

PAUTAS Y LECTURAS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y SALUD

ETAPA DE FORMACIÓN PROFESIONAL
ÁREA PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD

Raquel del Socorro Guillén Riebeling
Pedro Vargas Ávalos



Clave del proyecto: PE304820
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

PAUTAS Y LECTURAS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y SALUD

ETAPA DE FORMACIÓN PROFESIONAL
ÁREA PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD

Autores:

Raquel del Socorro Guillén Riebeling

Pedro Vargas Ávalos

Colaboradores:

Maricruz Morales Salinas

Joel Sánchez Monterrubio

Félix Ramos Salamanca

El presente libro, es resultado del proyecto: Elaboración de guías de lectura de las unidades de aprendizaje de la Carrera de Psicología, que contó con el sustento del Programa de Apoyo a Proyectos para Innovar y Mejorar la Educación (PAPIME).

Clave del proyecto: PE304820

2021

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza



Dr. Vicente Jesús Hernández Abad
Director

Dra. Mirna García Méndez
Secretaria General

Dr. José Luis Alfredo Mora Guevara
Secretario de Desarrollo Académico

CD. Yolanda Lucina Gómez Gutiérrez
Secretaria de Desarrollo Estudiantil

Mtro. Luis Alberto Huerta López
Secretario Administrativo

Dra. María Susana González Velázquez
Jefa de la División de Planeación Institucional

Dra. Rosalva Rangel Corona
Jefa de la División de Vinculación

Dr. David Nahum Espinosa Organista
Jefe de la División de Estudios de Posgrado e Investigación

Lic. Carlos Raziél Leaños Castillo
Diseño de portada

José Israel Álvarez Mundo
Diseño y formación de interiores

Datos para catalogación bibliográfica

Autores: Raquel del Socorro Guillén Riebeling y Pedro Vargas Ávalos.

Edición: Raquel del Socorro Guillén Riebeling y Maricruz Morales Salinas.

Apoyo editorial: Jocelyn Guadalupe García Rodríguez.

Pautas y Lecturas en Psicología Clínica y Salud.

UNAM, FES Zaragoza, febrero de 2022.

Peso: 2.4 MB

ISBN: 978-607-30-5794-3

Diseño de portada: Carlos Raziél Leaños Castillo.
Formación de interiores: José Israel Álvarez Mundo.

Este libro fue dictaminado a través del Comité Editorial de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza y se aprobó en diciembre de 2021.

El presente libro, es resultado del proyecto: Elaboración de guías de lectura de las unidades de aprendizaje de la Carrera de Psicología, que contó con el sustento del Programa de Apoyo a Proyectos para Innovar y Mejorar la Educación (PAPIME). Clave del proyecto: PE304820

DERECHOS RESERVADOS

Queda prohibida la reproducción o transmisión total o parcial del texto o las ilustraciones de la presente obra bajo cualesquiera formas, electrónicas o mecánicas, incluyendo fotocopiado, almacenamiento en algún sistema de recuperación de información, dispositivo de memoria digital o grabado sin el consentimiento previo y por escrito del editor.

Semiología de las principales manifestaciones clínicas.

D.R. © Universidad Nacional Autónoma de México
Av. Universidad # 3000, Col. Universidad Nacional Autónoma de México, C.U.,
Alcaldía de Coyoacán, C.P. 04510, Ciudad de México, México.

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
Av. Guelatao # 66, Col. Ejército de Oriente,
Alcaldía de Iztapalapa, C.P. 09230, Ciudad de México, México.

Prólogo	5
Presentación General	9
Etapas de Formación Profesional: Área de Psicología Clínica y de la Salud	12
Metodología	
<i>Elaboración y Diseño de las Pautas o Guías de Lectura de las Unidades de Aprendizaje:</i>	16
Etapas de formación profesional: Área de Formación: Psicología Clínica y de la Salud: Módulo I: Salud-Enfermedad: Enfoques y Procesos; Semestres: 3º, 5º, 7º.	19
PAUTA 1: Unidad de Aprendizaje: Enfoques y Procesos	21
Modalidad: Seminario	
Presentación	21
Cronograma de contenidos	23
Referencias Básicas y/o Clásicas de Enfoques y Procesos (R.B.E.P.): <i>Descripción de contenidos.</i>	32
Referencia de Contenidos de R.B.E.P.	59
Referencias Bibliográficas de R.B.E.P.	66
PAUTA 2: Unidad de Aprendizaje: Estrategias de Evaluación e Intervención.	71
Modalidad: Práctica supervisada.	
Presentación	71
Cronograma de contenidos.	72
Referencias Básicas de Estrategias de Evaluación e Intervención (R.B.E.E.I.): <i>Descripción de contenidos</i>	86
Referencia de Contenidos de R.B.E.E.I.	142
Referencias Bibliográficas de R.B.E.E.I.	154

PAUTA 3: Unidad de Aprendizaje: Neurociencias.	159
Modalidad: Taller.	
Presentación	159
Cronograma de contenidos.	161
Referencias Básicas de Estrategias de Evaluación e Intervención (R.B.N.): <i>Descripción de contenidos.</i>	167
Referencia de Contenidos de R.B.N.	197
Referencias Bibliográficas de R.B.N.	203
 Etapas de formación profesional: Área de Formación: Psicología Clínica y de la Salud:	208
Módulo II: Aproximaciones en Psicología Clínica y Salud; Semestre: 4°, 6° y 8°.	
 PAUTA 4: Unidad de Aprendizaje: El Desarrollo de la Psicología Clínica y de la Salud:	209
Modalidad: Seminario	
Presentación	209
Cronograma de contenidos	211
Referencias Básicas Desarrollo de la Psicología Clínica y de la Salud (R.B.D.P.C.S.): <i>Descripción de contenidos</i>	219
Referencia de Contenidos de R.B.D.P.C.S.	261
Referencias Bibliográficas de R.B.D.P.C.S.	270
 PAUTA 5: Unidad de Aprendizaje: Evaluación e Intervención en Psicología Clínica y de la Salud: Modalidad: Práctica Supervisada	275
Presentación	275
Cronograma de contenidos.	276
Referencias Básicas: Evaluación e Intervención en Psicología Clínica y de la Salud: (R.B.E.I.P.C.S.): <i>Descripción de contenidos</i>	289
Referencia de Contenidos de R.B.E.I.P.C.S.	331
Referencias Bibliográficas de R.B.E.I.P.C.S.	341

Prólogo

El plan de estudios de la Licenciatura en Psicología de la FES Zaragoza tiene como una de sus características distintivas, la aproximación plural hacia las diversas propuestas de la Psicología Científica, que son revisadas desde una perspectiva de los contenidos básicos al inicio de la carrera y luego de acuerdo a diferentes áreas de la psicología aplicada profesionalmente. La organización de los contenidos a lo largo de la carrera se hace con una propuesta de integración y práctica a través de dos concepciones generales de la currícula. En primer lugar tenemos el sistema de enseñanza modular (SEM) para agrupar en unidades de conocimiento las dimensiones teóricas y prácticas. Por otro lado, la noción de competencia para establecer un esquema de aterrizaje de los conocimientos, habilidades y actitudes en el perfil profesional. En la carrera de Psicología de la FES Zaragoza, gracias a sus escenarios educativos (tanto en las actividades de carácter teórico como en las de carácter práctico) esta integración con el SEM supone una tarea docente compleja y laboriosa.

En particular en el área profesional de Psicología Clínica y de la salud la revisión de los semestres non (3º, 5º y 7º) tiene como objetivo general la comprensión del proceso salud-enfermedad como un proceso complejo con diversas dimensiones. Esta complejidad es abordada acorde con el espíritu general del plan de estudios desde diversas perspectivas tanto en los componentes teóricos del módulo (en la que la modalidad central es el seminario) como los prácticos (donde las modalidades de taller y práctica supervisada son el eje principal). En los semestres pares (4º, 6º y 8º) el objetivo general está alrededor de implementar las acciones de intervención psicológica desde diferentes perspectivas en la psicología clínica y de la salud en relación a diferente función profesional (evaluación, intervención, detección) del psicólogo Clínico y de la Salud. En estos semestres la pluralidad conceptual y técnica también se abordan en los componentes teóricos y prácticos del módulo (de igual manera al semestre non, con la modalidad de seminario por un lado y las de práctica supervisada y taller por el otro).

La diversidad de enfoques nos permite una visión más amplia y crítica de la psicología y obliga en la presentación de los temas a tener diferentes secuencias de organización del material, en ocasiones cronológica, en ocasiones por la pertinencia profesional que tienen las aproximaciones teóricas propuestas en el plan. No hay que pasar por alto en este punto que esta organización para la presentación curricular puede ser adecuada a diferentes secuencias de presentación o el énfasis en algunos puntos temáticos más que en otros por parte del docente. Esto es posible pues la tarea central de docentes es alcanzar los objetivos del módulo, y para ello dispone de la libertad de cátedra que necesita para tratar los temas a su consideración, siempre y cuando consiga alcanzar

el objetivo general y específicos en la modalidad en la que ejerce su orientación y guía para con el estudiante.

En este panorama la tensión entre la tarea que supone lograr el objetivo del módulo con el énfasis que supone cada modalidad de enseñanza, ya sea el seminario, la práctica supervisada o el taller; y por otro lado la tensión que genera la diversidad de las concepciones teóricas a considerar, así como el volumen de referencias sugeridas por el plan de estudios y las compilaciones particulares de cada modalidad, supone una tarea muy laboriosa y de principio, tal vez un tanto sesgada, pues el docente que se encuentra con el plan de estudios y los programas de las modalidades de teoría y práctica puede verse con facilidad rebasado por la tarea. Diversas concepciones teóricas a presentar y demasiadas lecturas a considerar. Y hay que precisar, en la operación el docente se enfrenta a largas listas de referencias y a cientos de páginas de texto.

La tarea de enseñanza se torna más compleja en este escenario de enseñanza modular con una perspectiva plural de aproximaciones psicológicas. Quizás si la tarea rondara alrededor de una o dos aproximaciones, sólo para tener un contraste, el ejercicio de selección resultaría menos demandante y con seguridad más preciso para exponer los temas de los programas. Sin embargo, en nuestro plan de estudios nos enfrentamos a 5 o 6 (depende el semestre par o non) concepciones de la psicología clínica y de la salud que son vigentes, está en activo y por tanto son cuerpos de conocimiento vivos, que se van transformando con el ejercicio profesional a través del tiempo.

El profesorado en el momento de elaborar su programa de estudio, en cualquiera de las modalidades, se ve con una tarea que demanda el manejo de diversas perspectivas teóricas. El compromiso del docente de este plan de estudios es abordar esta diversidad y en su competencia profesional, promover con los alumnos experiencias de aprendizaje significativo que les permitan alcanzar los objetivos de cada módulo. Por otro lado, la asimilación para los alumnos exige que se les ofrezcan organizadores generales donde puedan apoyarse para integrar la información pues la diversidad de perspectivas puede dificultar este aprendizaje significativo. La propuesta de cada programa se tiene que considerar a la luz de estas dimensiones que hacen muy complejo el crear la mejor trayectoria de revisión y promoción de experiencias de aprendizaje.

Hasta este momento tanto el profesor como los alumnos que viven el Plan de Estudios de la Licenciatura en Psicología de la FES Zaragoza, se encuentran con este panorama de pluralidad conceptual y diversidad de los temas y contenidos, de cada perspectiva psicológica. Hemos visto

en nuestra experiencia que la carencia de mapas o guías han dificultado tanto a docentes como a los alumnos analizar y elegir las referencias más adecuadas para las propuestas de enseñanza. Las Pautas o Guías de Lectura se vuelven una herramienta muy útil en esta currícula de contenidos plurales. Para el docente, le permite que su selección de lecturas para cubrir los objetivos del programa sea más precisa. Y que realmente pueda hacer uso de los mejores recursos que a su juicio encuentre en los listados de referencias y los cientos de páginas de texto que tiene a su alcance en las compilaciones de cada Unidad de Aprendizaje.

Ahora bien, consideramos de mayor importancia el impulsar en los alumnos, el aprendizaje por ellos mismos como una estrategia que les permita la actualización permanente y ampliación del conocimiento en torno a la propia carrera como a disciplinas afines. Las Pautas o Guías de Lectura, le permitirán al alumno generar mapas generales que organizarán con mucha más pertinencia los contenidos a revisar y con ello alcanzarán más consistentemente un aprendizaje significativo. Este resultado esperamos que los lleve a tener los recursos para poder enfrentar los problemas sociales y los cambios en el mercado laboral que hoy como nunca antes, es incierto y de muchas demandas emergentes. Asimismo es trascendental que sean capaces de incursionar en los campos de la investigación que las diversas perspectivas proponen, con ello podrán contribuir en la explicación de problemas y en el planteamiento de alternativas de solución.

Mtro. Pedro Vargas Ávalos
Ciudad de México, 2021.

PRESENTACIÓN GENERAL

El progreso en la formación personal y profesional tiene como principio el derecho a la educación, el cual desde su nivel inicial hasta el superior corresponde al Estado quien proporciona además los medios de acceso a cada nivel. En el caso de la Universidad Nacional Autónoma de México, tiene la facultad y la responsabilidad de gobernarse a sí mismas; tiene como fines el educar, investigar y difundir la cultura, respetando la libertad de cátedra e investigación. Con el libre examen y discusión de las ideas; determina sus planes y programas de estudio, entre otros.

Con esto último, en la Facultad de Estudios Superiores (FES) Zaragoza se lleva a cabo la libre discusión de las ideas, la tolerancia, el respeto y la inclusión, en observancia con la Legislación Universitaria bajo una proyección de progreso y de retribución profesional, científica y humanística para la sociedad mexicana (Hernández-Abad, 2018).

Bajo la Misión institucional de: Formar profesionales de excelencia en las ciencias de la salud, del comportamiento, sociales, químico-biológicas, y de las ingenierías, éticos y con un firme compromiso social, que sean ciudadanos ejemplares. Llevar a cabo investigación y generar conocimiento encaminado a la resolución de los problemas de nuestro país. Extender con la mayor amplitud posible los beneficios del quehacer universitario, estableciendo un beneficio académico y en diversos ámbitos tanto para la institución como para los sectores con los que se relaciona (Plan de Trabajo, 2028-2022:31).

En la primera y segunda década de este siglo XXI, los propósitos de pertinencia y calidad están presentes en la agenda de la Educación Superior. El primero tiene como aspecto fundamental el contribuir al estudio y solución de los problemas nacionales, entre los que se encuentran la pobreza y la desigualdad social. El Plan de Estudios de Psicología de la FES Zaragoza contribuye al estudio y solución de los problemas de la sociedad mexicana, de los cuales destacan las tendencias y problemáticas como: los fenómenos de exclusión social, Salud pública y comportamiento y psico-trastornos generados por el modo de vida y acceso a los bienes y servicios. En el segundo se vincula con la eficacia, eficiencia, un estado de satisfacción, conformidad y servicio; supone el compromiso de todos sus integrantes para obtener un resultado óptimo cuyas características son de integralidad, coherencia y eficacia” (García, 1991, p. 10). En este aspecto, el Plan de Estudios (2010) de la Carrera de Psicología muestra la relación de contenidos a través de sus diversos programas de estudios que le brindan al estudiante el adquirir conocimientos, habilidades y actitudes, para el desempeño eficaz y sin demérito de la calidad académica.

Consideramos muy importante impulsar en los alumnos, el aprendizaje por ellos mismos como una estrategia que les permita la actualización permanente y ampliación del conocimiento en torno a la propia carrera como a disciplinas afines, con el propósito de poder enfrentar los problemas sociales y los cambios en el mercado laboral. Así mismo es trascendental que sean capaces de incursionar en los campos de la investigación y difusión de la cultura donde puedan abordar los problemas de índole sociales, y con ello contribuir en su explicación y en el planteamiento de alternativas de solución.

La presente obra está vinculada con el Plan de Desarrollo de la UNAM es resultado del proyecto cuyo vínculo es con el Programa estratégico:

1. Mejora de la educación universitaria.

En el punto 1.2 Desarrollo del pensamiento abstracto y adquisición de habilidades para la comunicación y con el punto 1.6 Adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes con el apoyo de recursos didácticos innovadores y de tecnologías de la información elaborados ex profeso, apartado 7. Promover la elaboración y distribución de textos y materiales didácticos para el apoyo a la enseñanza presencial y en línea que contribuya a mejorar el desempeño de los alumnos.

Con el Plan de Trabajo 2018-2022 en el Subprograma Mejora continua de planes y programas de estudio:

A través del análisis de la actualidad, relevancia, pertinencia y amplitud de sus contenidos, cuya aportación es proporcionar los insumos básicos y fundamentales de la formación profesional y que a su vez permitan perfeccionar los perfiles intermedios, de egreso y profesional. Además de proponer en una segunda parte, contenidos recientes y actualizados de los contenidos de las Unidades de Aprendizaje consideradas en esta Guía de Lectura.

Líneas de acción: Generar un Programa de mejora continua de cada programa académico, en colaboración con la CODEIC y el Proyecto institucional 1.6 Generación de recursos académicos de calidad para la enseñanza y el aprendizaje en las licenciaturas: 1.6.1 Generación de materiales educativos enfocados a los módulos o actividades académicas que imparten los profesores.

1.6.2 Generación de materiales educativos innovadores.

Bajo este rubro, la orientación del proyecto de la elaboración de las Guías de Lectura, accesibles tanto en la revisión presencial como en los trabajos a distancia (virtuales) se fundamentó en el mejoramiento de los procesos de enseñanza-aprendizaje, cuya actualización de contenidos disciplinares impactan en la estructura de las Unidades de Aprendizaje del Plan y Programas de Estudios vigentes, dando lugar a la incorporación de nuevos conocimientos teóricos y prácticos, con ellos a la preparación dinámica de los profesionales de la psicología. la obra intitulada Pautas y Lecturas de la Psicología Clínica y de la Salud, permite al lector abordar los contenidos bajo una descripción y progresiva de los objetivos de cada actividad instruccional así como comprender los contextos teórico- prácticos de la psicología.

Etapa de Formación Profesional: Área de Psicología Clínica y de la Salud

De acuerdo con el Plan de Estudios de la Licenciatura en Psicología (2010), se establece por etapas y áreas, que a su vez contienen divisiones en Módulos y Unidades de Aprendizaje como es el caso de la Psicología Clínica y de la Salud que contiene lineamientos conceptuales y específicos al área de conocimiento de la disciplina. En este trabajo, se eligió la Etapa de Formación Profesional cuyos lineamientos plantean que el alumno adquiera competencias que le permitan:

Desempeñarse con responsabilidad, mediante la aplicación del conocimiento adquirido que conduzca a la toma de decisiones que permitan la solución de problemas psicológicos, en función de las demandas del medio social, natural y cultural.

Y

Ejercer con un nivel de excelencia profesional a partir del conocimiento razonado relacionado con el dominio teórico-práctico de la disciplina, con la finalidad de mantener y/o elevar la calidad de vida de las personas (Plan de estudios de la Licenciatura de Psicología, 2010, p.18)

Además, de acuerdo con el Mapa Curricular Modular, se encuentra el área de formación y los módulos, los cuales se integran con las Unidades de Aprendizaje y sus semestres correspondientes. A continuación se describen las características de cada una de ellas.

MÓDULO I. Salud-Enfermedad: Enfoques y Procesos.

SEMESTRES: 3°, 5°, 7°.

Objetivo general

El alumno: Construirá una visión crítica de la conceptualización del proceso salud enfermedad como un fenómeno complejo, desde un contexto social, histórico y cultural.

Objetivos específicos

El alumno:

1. Analizará los aspectos sociales, históricos y culturales involucrados en el desarrollo de las aproximaciones al proceso salud-enfermedad en la Psicología clínica y de la salud.
2. Analizará los aspectos centrales del contexto social, histórico, cultural, económico y de orden político de México, relacionados con el proceso salud-enfermedad y las diferentes nociones de bienestar humano.
3. Evaluará situaciones donde el contexto social, histórico y cultural, enmarcan la conceptualización de las problemáticas humanas tales como: enfermedad, desadaptación, conflicto, disfunción, estado alterado de conciencia, entre otras.
4. Explicará el concepto salud-enfermedad a partir de las aproximaciones biomédica, socio-histórica y psicológica.
5. Desarrollará habilidades de investigación que le permitan incursionar en el estudio de la promoción y mantenimiento de la salud, en la prevención y el tratamiento de problemas de índole psicológica.
6. Participará en la implementación de tratamientos terapéuticos para la solución de problemas psicológicos.
7. Explicará con una visión crítica las implicaciones éticas de las diferentes formas de abordar el proceso salud-enfermedad en la Psicología clínica y de la salud.

UNIDADES DE APRENDIZAJE

2. Enfoques y Procesos (Seminario).

2.1. Aproximación Psicológica.

2.1.1. Psicoanálisis.

2.1.2. Aprendizaje social.

2.1.3. Humanismo.

2.1.4. Transpersonal.

2.1.5. Sistémico.

4. Estrategias de Evaluación e Intervención (Práctica Supervisada)

4.1. Intervención en Psicología clínica y salud.

4.1.1. Planificación del proceso de tratamiento.

4.1.2. Elaboración del programa de tratamiento.

4.1.3. Desarrollo del programa de tratamiento.

4.1.4. Seguimiento y evaluación del tratamiento.

5. Neurociencias (Taller)

5.1. Psicología y neurociencias.

5.1.1. Teorías neurocientíficas del comportamiento humano.

5.1.2. Modelos de organización cerebral de los procesos psicológicos.

5.1.3. Aportaciones de las neurociencias al servicio clínico.

5.1.4. Etiopatogenias.

5.1.5. Psicología de las personas con afecciones neurológicas.

MÓDULO II: Aproximaciones en Psicología Clínica y Salud.

SEMESTRES: 4°, 6°, 8°.

Objetivo General

El alumno:

Implementará estrategias de la Psicología clínica y de la salud basadas en sus diferentes aproximaciones teóricas, para la evaluación, intervención y detección de los factores psicológicos involucrados en la salud y el bienestar de los individuos.

Objetivos específicos

El alumno:

1. Aplicará los conceptos básicos de las diferentes aproximaciones teóricas de la Psicología que explican la salud y el bienestar en el ámbito psicológico.
2. Planificará estrategias de la Psicología clínica y de la salud, basadas en sus diferentes aproximaciones teóricas, para la evaluación, medición y detección de los factores psicológicos involucrados en la salud y el bienestar de los individuos.
3. Implementará estrategias de la Psicología clínica y de la salud, basadas en sus diferentes aproximaciones teóricas.
4. Participará en la instrumentación de proyectos de investigación.
5. Actuará con responsabilidad y ética profesional, manifestando conciencia social, solidaridad, respeto e imparcialidad con los usuarios, clientes o poblaciones.

UNIDADES DE APRENDIZAJE

2. El Desarrollo de la Psicología Clínica y de la Salud.

2.1. Psicoanálisis.

2.2. Aprendizaje social.

2.3. Sistémico.

2.4. Neuropsicología.

4. Evaluación e intervención en Psicología Clínica y de la Salud.

4.1. Psicoanálisis.

4.2. Aprendizaje social.

4.3. Sistémico.

METODOLOGÍA

Elaboración y Diseño de las Pautas o Guías de Lectura de las Unidades de Aprendizaje:

Para el diseño y elaboración de las Guías de lectura de las de las Unidades de Aprendizaje por periodo semestral Non y Par: Neurociencias (non); Estrategias de Evaluación e intervención (Non); Evaluación e intervención en Psicología Clínica y Salud (Par); Enfoques y Procesos (Non); y El desarrollo de la Psicología Clínica y de la Salud (Par).se tomaron en cuenta los datos particulares de cada unidad conformar el diseño con los siguientes elementos:

Portada: con datos de identificación de las Pautas o Guía de Lectura.

Índice: Secuencia de contenido de las guías.

Presentación General: Se muestra el propósito que se planteó para la elaboración del presente material en un esfuerzo de aportación al Plan Institucional y de la contribución al Plan de Estudio es sus programas del área de psicología en sus semestres Non y Par, referentes a Unidades de Aprendizaje seleccionadas. El presente trabajo se llevó a cabo gracias al apoyo de la DGAPA a través del PAPIIME en su convocatoria 2020.

Presentación particular. Se describen los elementos del Modulo objetivo (general y específico y de sus Unidades de Aprendizaje.

Lineamientos generales y particulares de cada Pauta o Guía de Lectura.

Selección de las referencias primarias y secundarias: Se clasificaron en básicas y clásicas

Las unidades primarias de muestreo fueron las referencias de los contenidos desglosados en cada compendio. Se clasificaron de acuerdo con el resultado del juicio de expertos con acuerdos del 90 por ciento. Las referencias que no obtuvieron este acuerdo se excluyeron de la presente guía. Se obtuvieron tres rubros: Referencias Clásicas, Referencias Básicas y Referencias secundarias o para actualizar.

Descripción de contenidos: Las referencias obtenidas en la muestra final, se distribuyó de acuerdo a los objetivos y referencias. La extensión máxima del contenido de las referencias es de 750 palabras

Validación de los resultados: Se realizó una validez de contenido con 10 participantes, con los criterios de: Concordancia de los objetivos con los contenidos descritos, en un margen de error de 0.05 por ciento.

Presentación de resultados: La estructura formal es de contenidos secuenciales por unidad de aprendizaje en cada período (non y par).

Referencias por contenidos: se establecieron las categorías y subcategorías que representan a los textos analizados. Las pautas de lectura se desglosaron de acuerdo con los contenidos, el título principal, autor y año. Posteriormente se agruparon de acuerdo con el orden de las lecturas. El formato de las referencias básicas y clásicas de las Unidades de Aprendizaje del Plan de Estudios 2010, Módulos I y II, no se modificaron por lo que se conservó la secuencia de las referencias por contenidos y se describieron de la siguiente manera:

Número de la sesión; título del contenido -obra, capítulo, artículo-; autor(es); año y fuente. Los indicadores de la fuente son: autor, título de la obra, volumen, páginas, lugar y editorial.

Referencias Bibliográficas particulares por Unidad de Aprendizaje en orden alfabético, bajo el formato APA en su versión siete.

Por último se reunieron todas las Referencias Bibliográficas por Módulo (I y II) en el último apartado.

ETAPA DE FORMACIÓN PROFESIONAL:
ÁREA DE FORMACIÓN:
PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD:

MÓDULO I: SALUD-ENFERMEDAD: ENFOQUES Y PROCESOS

SEMESTRES: 3°, 5°, 7°

PAUTA 1:

UNIDAD DE APRENDIZAJE: ENFOQUES Y PROCESOS

MODALIDAD: SEMINARIO

PRESENTACIÓN

El Plan de Estudios de la Carrera de Psicología de 2010 tuvo como propuesta para la integración de la teoría y la práctica el sistema de enseñanza modular en combinación con una concepción particular de la noción de competencias. Esta integración da como resultado una propuesta híbrida que considera la integración teoría y práctica en relación a dimensiones como la como los aspectos teóricos, técnicos y de carácter ético. De este modo en el marco de las diferentes modalidades que conforman los componentes de cada módulo, la modalidad de seminario se propuso como en los semestres nones 3º, 5º y 7º, dentro del módulo “Salud-Enfermedad: Enfoques y Procesos”, en los que se tiene como objetivo desarrollar en el alumno la habilidad para integrar y sintetizar información, habilidad para expresar verbalmente la información abstraída e integrada de diversas fuentes y la habilidad para desarrollar ilustraciones que ejemplifiquen los aspectos relevantes de la información adquirida e integrada. Esta actividad se concibe como aquella actividad donde el profesor discutirá junto con los estudiantes los aspectos relevantes de un concepto dado a través de la exposición de ideas de los alumnos bajo la moderación del profesor con la finalidad de integrar la teoría revisada.

Para conseguir este objetivo y en consideración al espíritu de flexibilidad curricular con el que se diseñó el plan de estudios, el programa que está dividido en cinco contenidos: Psicoanálisis, Aprendizaje Social, Humanismo, Transpersonal y Sistémico. Tiene cada uno propuestas de lecturas diferentes para que a elección del docente se utilice cierta secuencia de lecturas. El docente de este modo tiene que seguir los objetivos de este módulo en relación al proceso salud enfermedad, que el Plan de Estudios dice:

Objetivo General:

El alumno construirá una visión crítica de la conceptualización del proceso salud enfermedad como un fenómeno complejo, desde un contexto social, histórico y cultural.

Objetivo Específicos:

El alumno:

- *Explicará el concepto salud-enfermedad a partir de las aproximaciones psicológicas.*
- *Explicará con una visión crítica las implicaciones éticas de las diferentes formas de abordar el proceso salud-enfermedad en la Psicología clínica y de la salud.*

Para conseguir estos objetivos de manera original se elaboraron compilaciones de lecturas en un trabajo colegiado. Para cada contenido que consideraba los objetivos del programa se propusieron de una a tres lecturas diferentes y su elección depende del docente y la dinámica que haya establecido. Como parte de los criterios para su selección, únicamente se indica que se tratará de la realización de una revisión equitativa, es decir, que al ser 5 temas a revisar se divide el número de lecturas de las 16 semanas, lo que conlleva tres sesiones por semana. El total posible de asignar una lectura por sesión es de 48. En concreto se sugería que:

...de acuerdo al criterio del docente, puede considerar abordar los contenidos en un número mayor (mayor a 12) o menor (mínimo 10 sesiones) al propuesto, siempre y cuando estos sean completados.

El docente al abordar la propuesta de contenidos se encuentra con los siguientes contenidos del tema 1. Psicoanálisis se han propuesto 10; para el 2. Aprendizaje Social son 10; para el tema 3. Humanismo 5; el tema 4. Transpersonal con 12; y para el tema 5. El enfoque sistémico 10. Esta diversidad en la cantidad de lecturas (73 en total), hace difícil el establecer una propuesta que sugiera equidad en la revisión de lecturas. El Docente necesita de más elementos que le permitan una mejor decisión al momento de construir su programa de lecturas para cada tema.

La presente propuesta tiene el objetivo de facilitar una decisión informada del docente al momento de hacer la selección de lecturas. La elaboración de un resumen de cada texto seleccionado genera una bibliografía comentada, que enfatiza el objetivo y temas específicos que toca cada una de las lecturas. Su revisión de este modo permite que el docente pueda elegir con precisión cómo abordará cada tema en consideración con los objetivos del programa.

CRONOGRAMA DE CONTENIDOS

Los contenidos del Programa de la Unidad de Aprendizaje: **Enfoques y procesos** (Seminario) correspondiente al Módulo I: **Salud-Enfermedad: Enfoques y Procesos**, se organizaron de acuerdo con las sesiones y lecturas. Se encuentra en la Tabla A, el compendio de acuerdo con el número de sesiones, contenidos por sesión y referencias (básicas y clásicas). Este desglose permitirá al lector dar el seguimiento a la propuesta del programa, la revisión individual y/o grupal, así como plantear el análisis crítico y la elaboración de propuestas conceptuales de la Psicología Clínica y de la Salud. La revisión de los contenidos se encuentra en la Pauta o Guía de Lectura: Referencias Básicas de Enfoques y Procesos (R.B.E.P.) la cual tiene la siguiente distribución por contenidos: Psicoanálisis, Aprendizaje Social, Humanismo, Transpersonal y Sistémico.

En la Tabla A se encuentra dividida en tres secciones: Sesión, donde se indica el número de clase en el cual se revisa la lectura señalada; Contenido al que corresponde cada lectura; Referencia, que contiene los datos bibliográficos de la lectura y en su caso las páginas de cada lectura. Los contenidos correspondientes al 2.1. Aproximación Psicológica. (Seminario Módulo I) son: 2.1.1. Psicoanálisis. 10 sesiones con 5 referencias; 2.1.2. Aprendizaje social. 10 sesiones con 10 referencias; 2.1.3. Humanismo. 5 sesiones con 10 referencias; 2.1.4. Transpersonal. 12 sesiones con 17 referencias; y 2.1.5. Sistémico. 10 sesiones con 31 referencias. El total de sesiones son 47 con 73 referencias básicas y/o clásicas.

TABLA A: Relación de Contenidos, número de sesiones y referencias básicas y/o clásicas de R.B.E.P. (Nomenclatura: Sesión = S).

2.1. Aproximación Psicológica

Contenidos	S	Referencia básica y/o clásica
2.1.1. Psicoanálisis	1	Stultifera Navis (1). Foucault, M. (1998). Stultifera Navis. En: Foucault, M. (1998). Historia de la locura en la época clásica Tomo 1. México: FCE. (pp. 13-42).
	2	Stultifera Navis (2). Foucault, M. (1998). Stultifera Navis. En: Foucault, M. (1998). Historia de la locura en la época clásica Tomo 1. México: FCE. (pp. 43-74).
	3, 4 y 5	De un horizonte incierto. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual. En: Galende, E. (1997). Galende, E. (1997). De un horizonte incierto. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual. Buenos Aires: Paidós.
	6, 7 y 8	El Malestar en la Cultura. En: Freud, S. (1927-1931/1998). El malestar de la cultura. Obras completas (Vol. xxi) Buenos Aires: Amorrortu.
	9 y 10	Inhibición, síntoma y angustia. En: Freud, S. (1925-1926/1998). Obras completas Vol. XX. Inhibición, síntoma y angustia. Buenos Aires: Amorrortu. (I y II, III y IV).
2.1.2. Aprendizaje social	11	Una mirada al campo de la salud y la enfermedad. Morales-Calatayud, F. (1999). Una mirada al campo de la salud y la enfermedad. En: Morales-Calatayud, F. (1999). Introducción a la psicología de la salud. Argentina: Paidós Tramas Sociales. (pp. 21-64).
	12	La psicología y los problemas de salud. Morales-Calatayud, F. (1999). La psicología y los problemas de salud. En: Morales-Calatayud, F. (1999). Introducción a la psicología de la salud. Argentina: Paidós Tramas Sociales. , (pp. 65-120).

Contenidos	S	Referencia básica y/o clásica
2.1.2. Aprendizaje social	13	Planteamientos conceptuales sobre la relación entre las variables psicológicas, la salud y la enfermedad. Morales-Calatayud, F. (1999). Planteamientos conceptuales sobre la relación entre las variables psicológicas, la salud y la enfermedad. En: Morales-Calatayud, F. (1999). Introducción a la psicología de la salud. Argentina: Paidós Tramas Sociales. (pp. 121-132).
	14	La psicología en la atención primaria a la salud. Morales-Calatayud, F. (1999). La psicología en la atención primaria a la salud. En: Morales-Calatayud, F. (1999). Introducción a la psicología de la salud. Argentina: Paidós Tramas Sociales. (pp. 139-192).
	15	Salud y psicología de la salud. En: Palmero, F. & Fernández-Abaséal, EG. (1998). Emociones y adaptación. Barcelona: Ariel Psicología. (pp. 41-66).
	16 y 17	Psicología y salud: un análisis conceptual. En: Ribes-Iñesta, E. (2011). Psicología y salud: un análisis conceptual. México: Trillas.
	17.1	El comportamiento de salud desde la salud: la salud como un proceso. En: Cortés-Vázquez, E., Ramírez-Guerrero, M., Olvera-Méndez, J. & Arriaga-Abad, Y.J. (2009). El comportamiento de salud desde la salud: la salud como un proceso. Alternativas en Psicología, 14(20), 89-102.
	18	Determinantes de la salud conductual: un análisis psicosocial (Determinants of health behaviour: a social psychological analysis). Stroebe, W. (2000). Determinants of health behaviour: a social psychological analysis. En: Stroebe, W. Social psychology and health. Buckingham: Open University Press: (pp. 12-42).
	19	El papel de la cognición social en los comportamientos de salud. (The role of social cognition in health behaviours). Conner, M. & Norman, P. (1999). <i>The role of social cognition in health behaviours</i> . En: Conner, M. & Norman, P. (1999). <i>Predicting health behaviour</i> . Buckingham: Open University Press: (pp. 1-22).
	20	Autoeficacia y comportamientos de salud (Self-efficacy and health behaviours). Conner, M. & Norman, P. (1999). Self-efficacy and health behaviours. En: Conner, M. & Norman, P. (1999). <i>Predicting health behaviour</i> . Buckingham: Open University Press. (pp. 163-196).

Contenidos	S	Referencia básica y/o clásica
2.1.3. Humanismo	21.1	El concepto de salud mental en psicología humanista existencial. En: Carranza, V. (2002). El concepto de salud mental en psicología humanista existencial. Universidad Católica Boliviana; 1(1), 1-19.
	21.2	Psicología humanista. González-Padilla, A. (2001). Psicología humanista. En M. García-Méndez, M. Rojas-Russell & B. 1. Vargas-Núñez (Ed.)(2001), Psicología clínica y salud. Perspectivas teóricas (pp. 469-477).
	22.1	Humanizar la salud desde la Logoterapia. En: Vecco, R. (2009). Humanizar la salud desde la Logoterapia. Colección Sentido Iberoamericano, 13,1-11.
	22.2	Ciencias sociales, el tao de la transformación personal y social. Elgin, D. (1982). Ciencias sociales, el tao de la transformación personal y social. En R. Walsh & F. Vaughan (Comp.)(1982), Más allá del ego, textos de psicología transpersonal. Barcelona: Kairós. (pp. 387-408).
	23.1	La Logoterapia como acompañamiento en la enfermedad. En: Capdevila, V. (2005). La Logoterapia como acompañamiento en la enfermedad. Acompañamiento a pacientes inmunocomprometidos, una mirada desde la Logoterapia. Colección Sentido Iberoamericano, 9,1-11, 1-7.
	23.2	Teoría y técnica de la terapia centrada en el cliente aplicada al grupo. González Núñez J. -J. (2001). Teoría y técnica de la terapia centrada en el cliente aplicada al grupo En M. García-Méndez, M. Rojas-Russell & B. 1. Vargas-Núñez (Ed.)(2001), Psicología clínica y salud. Perspectivas teóricas (pp. 576-598).
	24.1	Terapia Gestalt. En Baumgardner, P. (2003). Terapia Gestalt. México: Pax.(Páginas, 61-131)
	24.2	Colisión de paradigmas. Walsh, R., Elgin, D., Vaughan, F. & Wilber, K. (1982). Colisión de paradigmas. En R. Walsh & F. Vaughan (Eds.) (1982), Más allá del ego, textos de psicología transpersonal. Barcelona: Kairós. (pp. 49-74).
	25.1	Salud y enfermedad en Terapia Gestalt. En: Rams, A. (30-05-2013). Salud y enfermedad en terapia Gestalt Disponible en: https://gestaltnet.net/gestaltoteca/documentos/articulos/salud-enfermedad-terapia-gestalt

Contenidos	S	Referencia básica y/o clásica
2.1.3. Humanismo	25.2	Comparación entre psicoterapias. Walsh, R. & Vaughan, F., (1982). Comparación entre psicoterapias. En R. Walsh & F. Vaughan (Eds.) (1982), Más allá del ego, textos de psicología transpersonal (pp. 255- 270).
2.1.4. Transpersonal	26, 27 y 28	El punto crucial. En: Capra, F. (1984). El punto crucial. Ciencia, sociedad y cultura naciente. Barcelona: Integral (pp. 307-354)
	29	La conspiración de Acuario. En: Ferguson, M. (1994). La conspiración de Acuario. Argentina: Biblioteca Fundamental. (pp. 274-319)
	30 y 31	La enfermedad como camino. En: Dethefsen, T. & Dahlke, R. (2000). La enfermedad como camino. España: Plaza y Janes Editores. (pp. 61-90)
	32	El mensaje curativo del Alma. En: Dethefsen, T. & Dahlke, R. (2000). El mensaje curativo del Alma. México: Océano. (pp. 17-60).
	33	La vieja y novísima Gestalt: Actitud y Práctica. En: Naranjo, C. (1990). La vieja y novísima Gestalt: Actitud y Práctica. Chile: Kairos. (pp. 197-205)
	34	La consciencia Transpersonal. En: Almendro, M. (1999). La consciencia Transpersonal. España: Kairos. (pp. 108-12).
	35 y 36	Gestalt Transpersonal. Un viaje hacia la unidad. En: Miguenz, M. (1993). Gestalt Transpersonal. Un viaje hacia la unidad. Argentina: Era Naciente. (pp. 15-42).
	37	Medicina Transpersonal. En: Lawlis, F. (1999). Medicina Transpersonal. Barcelona: Kairos. (pp. 23-85).
	38	Historia del movimiento transpersonal. Descamp, M. (1999). Historia del movimiento transpersonal. En M. García-Méndez, M. Rojas-Russell & B. 1. Vargas-Núñez (Eds.) (2001), Psicología clínica y salud. Perspectivas teóricas, (pp. 673- 686).
	39	La Psicología transpersonal. Villar del Pérez, L. (2001). La Psicología transpersonal. En M. García-Méndez, M. Rojas & B. 1. Vargas. (Eds.) (2001), Psicología clínica y salud. Perspectivas teóricas (pp. 601-610).

Contenidos	S	Referencia básica y/o clásica
2.1.4. Transpersonal	40	La Psicología transpersonal orígenes y consolidación. Villar del Pérez, L. (2001). La Psicología transpersonal orígenes y consolidación. En M. García-Méndez, M. Rojas & B. 1. Vargas. (Eds.) (2001), Psicología clínica y salud. Perspectivas teóricas. (pp. 611-620).
	41	El Problema. Fromm, E. (1957/2001). El Problema. En M. García-Méndez, M. Rojas- Russell & B. 1. Vargas-Núñez (Eds.) (2001), Psicología clínica y salud. Perspectivas teóricas, (pp. 478-481).
	42	La ética humanista: La Ciencia aplicada al arte de vivir. Fromm, E. (1957/2001). La ética humanista: La Ciencia aplicada al arte de vivir. En M. García-Méndez, M. Rojas-Russell & B. 1. Vargas- Núñez (Eds.) (2001), Psicología clínica y salud. Perspectivas teóricas, (pp. 482-500).
2.1.5. Sistémico	43.1	Antecedentes de la Terapia Sistémica: Una aproximación a su tradición de investigación científica. Vargas, P. (2004). Antecedentes de la Terapia Sistémica: Una aproximación a su tradición de investigación científica. En L. Eguiluz (Ed.). La Terapia Familiar. Su uso hoy en día México: Pax. . (pp. 1-27).
	43.2	El temor de los Ángeles. En: Bateson, G & Bateson, M. C. (2000). El temor de los Ángeles. Barcelona: Gedisa. (pp. 15-28)
	44	Hacia una teoría de la Esquizofrenia. Bateson, G., Jackson, D., Haley, J & Weakland, J.H. (1956/1977). Hacia una teoría de la Esquizofrenia. En D. D. Jackson (1977). Comunicación, Familia y matrimonio, (pp. 53.79). Buenos Aires: Nueva Visión.
	45.1	La familia del esquizofrénico: sistema modelo. Haley, J. (1959). La familia del esquizofrénico: sistema modelo. En D. D. Jackson (1977). Comunicación, Familia y matrimonio, Buenos Aires: Nueva Visión. (pp. 207-241).
	45.2	Estrategias en Psicoterapia. En: Haley, J. (1987). Estrategias en Psicoterapia. Barcelona: Toray. 1-23

Contenidos	S	Referencia básica y/o clásica
2.1.5. Sistémico	46.1	La hipótesis “doble ciego” de la esquizofrenia y la interacción de tres partes (The “double blind” hypothesis of Schizophrenia and three-party Interaction). Weakland, J. (1960/1976). The “double blind” hypothesis of Schizophrenia and three-party Interaction. En C. E. Sluzki & D.C. Ramsom (Eds.). (1976). Double Bind. The foundation of the communication approach to the family. New York: Grune & Stratton. (pp. 23-37).
	46.2	La “Teoría del Doble Vínculo” de la retrospectiva reflexiva (The Double bind Theory” by reflexive hindsight). Weakland, J. (1974/2009). The Double bind Theory” by reflexive hindsight. En R. Fisch, W. Ray & K. Schlangner (Eds.). Focused Problem Resolution. Selected Papers of the MRI Brief Therapy Center. Phoenix: Zeig, Tucker & Theisen. (pp. 31-38).
	47.1	Teoría de la comunicación humana. En: Watzlawick, P., Beavin, J., Jackson, D. (2002). Teoría de la comunicación humana. Barcelona: Herder. (pp. 49-71)
	47.2	Interacción familiar, homeostasis familiar y psicoterapia familiar conjunta. En: Jackson, D. D. (1959) Interacción familiar, homeostasis familiar y psicoterapia familiar conjunta. Palo Alto: Science & Behavior Books. (pp. 164-195).
	48.1	Teoría de la comunicación humana. En: Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D. (2002). Teoría de la comunicación humana. Barcelona: Herder. (pp. 73-114).
	48.2	Hacia una Teoría de los sistemas patológicos. Haley, J. (1967). Hacia una Teoría de los sistemas patológicos. En G. Zuck & I. Boszormenyi-Nagy (Comp.) (1985). Terapia familiar y familias en conflicto, México: FCE. (pp. 28-46).
	48.3	Las tácticas de poder de Jesucristo. En: Haley, J. (1991). Las tácticas de poder de Jesucristo. Barcelona: Paidós. (pp. 53-76)
	49.1	Estética del Cambio. En: Keeney, B. (1994). Estética del Cambio. Barcelona: Paidós. (pp. 26-76).

Contenidos	S	Referencia básica y/o clásica
2.1.5. Sistémico	49.2	Similitudes y diferencias entre las conceptualizaciones individuales e interacciones de la conducta y su cambio (Similarities and differences between individual and Interactional conceptions of behavior and change). En: Ray, W.A. & Borer, M. (2007). Similarities and differences between individual and Interactional conceptions of behavior and change. <i>Journal Of Brief, Strategic & Systemic Therapies</i> , 1(2), 37-45.
	49.3	Terapéuticas circulares (Circular Therapeutics). En: Keeney, H. & Keeney, B. (2012). <i>Circular Therapeutics</i> . Phoenix: Zeig, Tucker & Theisen, (pp. 15-45).
	50.1	Estética del Cambio. En: Keeney, B. (1994). <i>Estética del Cambio</i> . Barcelona: Paidós. (pp. 128-167)
	50.2	Externalización en la terapia narrativa: un re-surgimiento modernista del exorcismo. En: Stephenson, H. & Keeney, B. (2012). Externalización en la terapia narrativa: un re-surgimiento modernista del exorcismo. <i>Psicoterapia y Familia</i> , 25(1), 34-49.
	50.3	El Terapeuta Dialógico. En: Bertrando, P. (2011). <i>El Terapeuta Dialógico</i> . México: Pax. (pp. 1-24)
	50.4	Terapéuticas circulares (Circular Therapeutics). En: Keeney, H. & Keeney, B. (2012). <i>Circular Therapeutics</i> . Phoenix: Zeig, Tucker & Theisen. (pp. 47-75)
	50.5	¿Dónde está la familia en la terapia familiar narrativa? (Where is the family in narrative family therapy). En: Minuchin, S. (1998). Where is the family in narrative family therapy?. <i>Journal of Marital and Family Therapy</i> , 24(4), 397-403.
	51.1	Conversación, lenguaje y posibilidades. En: Anderson, H. (1999). <i>Conversación, lenguaje y posibilidades</i> . Buenos Aires: Amorrortu. (pp. 39-62).
	51.2	¿Qué es sistémico acerca de la terapia sistémica? Modelos de Terapia Confusa de la Práctica Sistémica (What Is Systemic About Systemic Therapy? Therapy Models Muddle Embodied Systemic Practice). En: Keeney, H. & Keeney, B. (2012). What Is Systemic About Systemic Therapy? Therapy Models Muddle Embodied Systemic Practice. <i>Journal of Systemic Therapies</i> , 31(1), 22-37.

Contenidos	S	Referencia básica y/o clásica
2.1.5. Sistémico	51.3	El Terapeuta Dialógico. En: Bertrando, P. (2011). El Terapeuta Dialógico. México: Pax. (pp. 25-44).
	51.4	Terapéuticas circulares (Circular Therapeutics). En: Keeney, H. & Keeney, B. (2012). Circular Therapeutics. Phoenix: Zeig, Tucker & Theisen. (pp. 81-114).
	51.5	Reimaginando la terapia familiar: Reflexiones sobre la familia invisible de Minuchin (Reimagining family therapy: Reflections on Minuchin's invisible family). En: Anderson, H. (1999). Reimagining family therapy: Reflections on Minuchin's invisible family. Journal of Marital and Family Therapy, 25(1), 1-8.
	51.6	Volver a contar, reinventar e investigar: una conversación continua (<i>Retelling, reimagining and researching: a continuing conversaron</i>). En: Minuchin, S. (1999). Retelling, reimagining and researching: a continuing conversaron. Journal of Marital and Family Therapy, 25(1), 9-14
	52.1	La constitución de lo patológico. Méndez, C., Coddou, F. & Maturana, H. (1995). La constitución de lo patológico. En J. Luzoro (Ed.), Humberto Maturana. Desde la Biología a la Psicología. Santiago: Universitaria. (pp. 158-194)
	52.2	Acerca de estar sano en un medio enfermo. Rosenhan, D. (1973). Acerca de estar sano en un medio enfermo. En P. Watzlawick (Ed.). (1998). La realidad Inventada. Barcelona: Gedisa. (pp. 99-120).
	52.3	Experiencias de inmersión total en el medio manicomial. En: Paniagua, C. (1985). Experiencias de inmersión total en el medio manicomial. Psiquis, 6(5), 163-172.
	52.4	Cuestiones éticas en las parejas y la terapia familiar (Ethical Issues in Couples and Family Therapy). Corey, G., Schneider-Corey, M.; & Callanan, P. (2011). Ethical Issues in Couples and Family Therapy. En G. Corey, M. Schneider-Corey & P. Callanan. Issues and Ethlcs in the Helping Professions. Belmont: Brooks/Cole. (pp. 449-477).
	52.5	Sobre el ética en psicoterapia y El influencia de Heinz Von Foerster (On ethics in psychotherapy and The influence of Heinz von Foerster). En: Anger-Díaz, B. (2008). On ethics in psychotherapy and The influence of Heinz von Foerster. Journal OfBrief, Strategic & Systemic Therapies, 2(1), 31-42.

REFERENCIAS BÁSICAS Y/O DE ENFOQUES Y PROCESOS (R.B.E.P.): *Descripción de contenidos.*

La descripción de los contenidos se realizó a partir de las referencias básicas y clásicas. La extensión máxima de su texto es de 750 palabras. Derivadas del análisis cualitativo, se eligió la obra completa del o de los autores en lugar de secciones de la misma obra. Se presenta la Guía de Lectura de manera secuencial, separada por los contenidos de la Unidad de Aprendizaje. A continuación, se encuentra la Pauta o Guía de Lectura: Referencias Básicas de Enfoques y Procesos (R.B.E.P.) identificando el contenido, la sesión, la referencia básica y/o clásica. Así también se encuentran las Referencias por contenidos y finalmente se encuentran las Referencias Bibliográficas.

2.1. Aproximación Psicológica.

2.1.1. Psicoanálisis.

Sesión 1:

Stultifera Navis (1).

Foucault, M. (1998) (pp. 13-42).

En esta lectura se plantea la concepción de la enfermedad empezando en el oscurantismo del fin de edad media con los leprosarios y su transformación en los hospitales de cómo estos se fueron llenando de incurables y por locos. Como también los mecanismos de la exclusión social que se repite en el tiempo.

Sesión 2:

Stultifera Navis (2)

Foucault, M. (1998) (pp. 43-74).

En este material de lectura se habla sobre la experiencia moderna de la locura es el nombre de la cruzada que occidente sostiene desde hace casi dos siglos, por la cual ve en el hombre la extraña conjunción de un ser objetivo alienado indefinidamente a la negatividad loca que, verdad suya, no puede sostener con él intercambio alguno, ya que ésta misma, objetivada, no puede sino amenazar desde su silencio con irrealizar su mundo. Pero esta irrealización no es la de las fuerzas mágicas o la de los poderes de lo teológico, sino que responde a mecanismos puntuales de un objeto nadificante y ominoso que, al revés de todo lo humano, el saber positivo se obstina en aclarar. Sin

embargo, y más importante aún, la locura, objeto ahora, es de por sí objetivante, porque asegura que el hombre puede conocerse a sí mismo y por lo tanto devenir objeto de su propio saber.

Sesiones: 3, 4 y 5

De un horizonte incierto. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual.

Galende, E. (1997).

Como parte del abordaje de este material de lectura se analiza lo singular de cada uno en la clínica y lo general de la cultura y la sociedad, sino que lo que le pasa a uno está relacionado con manifestaciones de la vida social actual. Los sujetos estamos atravesados por lo que pasa en la sociedad, cada sociedad produce un tipo de sujeto; son cosas que nos pasan, que nos involucran como sujetos debido a estar en una sociedad. Las nuevas situaciones se encarnan en la subjetividad singular de cada uno, producen rasgos nuevos de subjetividad, esto implica cambios en las prácticas de salud mental. Para los años 60 con el advenimiento del psicoanálisis se corre la medicalización y el encierro y se incluye la palabra. Se corre el psiquiátrico y aparecen APS, redes, interdisciplina, la necesidad de acción conjunta entre distintas instituciones.

Sesiones: 6, 7 y 8.

El Malestar en la Cultura.

Freud, S. (1927-1931/1998).

El tema principal del libro -el irremediable antagonismo entre las exigencias pulsionales y las restricciones impuestas por la cultura- puede rastrearse en los primeros escritos psicológicos de Freud. Así, por ejemplo, el 31 de mayo de 1897 le escribía a Fliess que “el incesto es antisocial; la cultura consiste en la progresiva renuncia a él”; y un año más tarde, en su trabajo la sexualidad en la etiología de las neurosis, sostendría que se torna lícito responsabilizar a nuestra civilización por la propagación de la neurastenia. En esos primeros escritos Freud no parece haber considerado que la represión era enteramente causada por influencias sociales externas. Aunque en los Tres ensayos de teoría sexual se refirió al vínculo de oposición existente entre la cultura y el libre desarrollo de la sexualidad, en otro lugar de la misma obra hacía el siguiente comentario acerca de los diques que se levantan contra la pulsión sexual durante el período de latencia.

Sesiones: 9 y 10

Inhibición, síntoma y angustia.

Freud, S. (1925-1926/1998).

Los temas aquí tratados abarcan un vasto ámbito, y hay indicios de que Freud tuvo inusuales dificultades para conferir a la obra un carácter unitario. Esto se aprecia, por ejemplo, en el repetido examen de la misma cuestión en diversos puntos del trabajo, con una terminología muy semejante; en la necesidad que sintió Freud de reunir en la “Addenda” cierto número de materias separadas; e incluso en el propio título del libro. Pero aun cuando en este se tratan importantes problemas colaterales, como las diferentes clases de resistencia, el distingo entre represión y defensa, y las relaciones entre la angustia, el dolor y el duelo, lo cierto es que su tema principal es la angustia.

2.1.2. Aprendizaje social.

Sesión 11:

Una mirada al campo de la salud y la enfermedad.

Morales-Calatayud, F. (1999) (pp. 21-64).

El autor aborda el pensamiento sobre salud y enfermedad y su situación actual. Revisa la evolución histórica de la interpretación causal de la salud y de las enfermedades. La frecuencia de los problemas de salud y las disciplinas que participan en el estudio y la atención de los problemas de salud. Finaliza con una descripción del estado de la salud pública y sus tendencias actuales.

Sesión 12:

La psicología y los problemas de salud.

Morales-Calatayud, F. (1999) (pp. 65-120).

Se revisa el papel de la psicología en relación a los problemas de salud. Presenta los antecedentes de esta relación. Hace una caracterización de la Psicología Clínica, La Psicología Médica, La Medicina Conductual y La Psicología Comunitaria. Con la revisión de estos campos se presenta cómo se va conformando el concepto de Psicología de la Salud. Revisa cómo están las tendencias y experiencias en Psicología de la salud en una perspectiva internacional y finaliza con una valoración general de esta aproximación.

Sesión 13:

Planteamientos conceptuales sobre la relación entre las variables psicológicas, la salud y la enfermedad.

Morales-Calatayud, F. (1999) (pp. 121-132).

Se presentan planteamientos conceptuales sobre la relación entre las variables psicológicas, la salud y la enfermedad. Se señala que uno de los problemas que más atención reclaman en psicología de la salud es el que se refiere al desarrollo de una teoría que sustente sus aplicaciones. En este sentido los esfuerzos realizados son menos numerosos que los dirigidos a investigaciones sobre temas puntuales, lo que es explicable debido a la naturaleza del trabajo a ser emprendido. Cuando se desarrollan enfoques teóricos es necesario que las formulaciones estén fundamentadas en el análisis de las regularidades que progresivamente han sido reveladas por la investigación empírica, pero el nivel de la teoría precisa un grado mayor de generalidad, suficientemente abierto para que permita plantear la investigación empírica en un punto más avanzado, y a su vez se encuentre en capacidad de aceptar nuevos aportes que conduzcan a su perfeccionamiento.

Sesión 14:

La psicología en la atención primaria a la salud.

Morales-Calatayud, F. (1999) (pp. 139-192).

La psicología en los programas y servicios de salud. Aquí se presenta el trabajo en ciertos tipos de instituciones. Este es un espacio para la atención primaria. Hay una discusión sobre los elementos que están en juego para la conceptualización tanto de la promoción de la salud, como de la prevención y el control de riesgos. Se expondrán ejemplos de programas de trabajo en atención primaria en diferentes grupos etarios, finalmente se reseña la experiencia de la Psicología en la Atención Primaria en Cuba.

Sesión 15:

Salud y psicología de la salud.

Palmero, F. y Fernández-Abaséal, EG. (1998) (pp. 41-66).

La enfermedad no es únicamente dolor y la salud no es únicamente ausencia de enfermedad sino un proceso complejo de adaptación en el que confluyen factores biológicos, psicológicos y sociales que en este capítulo está perfectamente expuesto. Justamente esta óptica amplia que contempla la salud como un concepto de múltiples facetas, sitúa a las emociones en un lugar central en los se debe entender hoy en día como salud.

Sesiones: 16 y 17

Psicología y salud: un análisis conceptual.

Ribes-Iñesta, E. (2011).

Una propuesta novedosa de Ribes, reconocido psicólogo experimental, que permite una seria aproximación a uno de los principales problemas en toda disciplina: la conceptualización de términos. Tal y como él mismo lo afirma en la introducción de esta obra titulada: Psicología y salud. Un análisis conceptual, “el único objetivo (de esta obra).es delimitar conceptualmente los problemas de la salud y la enfermedad”. El contenido de esta obra está organizado en seis capítulos: (1) el ámbito psicológico de la salud; (2) un modelo psicológico de la salud; (3) el proceso psicológico regulador de la salud; (4) efectos psicológicos y propensión a la enfermedad; (5) el comportamiento y la prevención de la enfermedad y (6) consideraciones acerca del problema de la salud mental.

Sesión 17.1:

El comportamiento de salud desde la salud: la salud como un proceso.

Cortés-Vázquez et al (2009).

El comportamiento saludable debe definirse como un comportamiento específico de salud desde la salud, este se adquiere y se aprende. La salud como proceso implica identificación, atención, adquisición, práctica, mantenimiento, y desarrollo. Su objetivo debe ser la salud Biopsicosocial y se manifiesta a corto plazo, salud a mediano plazo y salud a largo plazo. Esta debe enfrentarse como un proceso y no como un estado o absoluto. Su ejercicio requiere de responsabilidad individual. Aprender a identificar las variables de las cuales es función el estado saludable, los factores de salud, seguridad y bienestar de manera cotidiana, práctica constante, definición de las áreas como objetivos constantes de vida continuados: Inmediatos, a mediano y a largo plazo. Definiendo los factores de salud por sus cualidades, no por lo que no son o por su contrario. Se imponen métodos, estrategias y disciplina estableciéndose como hábito: El comportamiento de la salud debe enfocarse como proceso de un conjunto de diferentes factores, momentos, contextos y situaciones. Referirse a los comportamientos saludables específicos sobre qué sí hacer y no lo contrario. Hay que considerar que un proceso es una secuencia de comportamientos que se van especializando. Finalmente considerada y mantenerla como un estilo-de vida.

Sesión 18:

Determinantes de la salud conductual: un análisis psicosocial (Determinants of health behaviour: a social psychological analysis).

Stroebe, W. (2000) (pp. 12-42).

Se presentan modelos teóricos de la psicología social y de la salud que proporcionarán el marco para el análisis de los determinantes de la conducta sanitaria. El conocimiento de estos determinantes permite evaluar la efectividad potencial de las estrategias de cambio de comportamiento. En este texto se ven varios modelos psicológicos de comportamiento que se han desarrollado específicamente para predecir el comportamiento de salud (modelo de creencias de salud, teoría de la motivación de protección) o como modelos generales de comportamiento (teoría de la acción razonada, teoría del comportamiento planificado). El autor primero definirá estos conceptos centrales y discutirá la relación entre ellos. Luego describe y compara estos modelos de comportamiento. Finalmente, se discuten las implicaciones de estos modelos para la planificación de intervenciones dirigidas a cambiar el cambio de comportamiento en salud.

Sesión 19:

El papel de la cognición social en los comportamientos de salud.

(The role of social cognition in health behaviours).

Conner, M. & Norman, P. (1999) (pp. 1-22).

Se reconoce cada vez más que las personas pueden hacer contribuciones a su propia salud y bienestar mediante la adopción de conductas que mejoran la salud y la evitación de otras conductas que comprometen la salud. La identificación de los factores que subyacen a estos comportamientos de salud se ha convertido en el foco de la investigación en psicología y otras disciplinas relacionadas con la salud en los últimos años. Esta tarea ha sido motivada por dos factores principales: primero, el deseo de diseñar intervenciones para cambiar la prevalencia de tales comportamientos y así producir mejoras en la salud de las personas; en segundo lugar, el deseo de obtener una comprensión más general de las razones por las que los individuos realizan una variedad de comportamientos.

Los estudios epidemiológicos han revelado variaciones considerables en quién realiza estos comportamientos. Los enfoques adoptados para entender los factores que subyacen a esta variación han sido muchos y vagos. Se puede hacer una distinción amplia entre factores intrínsecos y actores extrínsecos al individuo.

El primero de estos factores son los cognitivos, que se han enfocado como los Factores con mayor importancia. En general han proporcionado una contribución valiosa para una mayor comprensión de quién realiza conductas de salud y cómo los factores extrínsecos pueden producir un cambio de comportamiento.

En segundo lugar, se plantea que estos factores cognitivos sociales están más abiertos al cambio que otros factores. Juntas, estas justificaciones implican que las intervenciones efectivas deben basarse en manipulaciones aquellas variables cognitivas que se ha demostrado que son determinantes de los comportamientos de salud. Se presenta un esbozo de la importancia de los comportamientos de salud en los resultados de salud y el papel de los modelos de cognición social en la comprensión de los determinantes de los comportamientos de salud.

Sesión 20:

Autoeficacia y comportamientos de salud (Self-efficacy and health behaviours).

Conner, M. y Norman, P. (1999) (pp. 163-196).

El pensamiento autorreferencial se ha convertido en un tema que impregna la investigación psicológica en muchos dominios. En 1977, el famoso psicólogo Albert Bandura de la Universidad de Stanford introdujo el concepto de autoeficacia percibida en el contexto de la modificación de la conducta cognitiva. Se ha encontrado que un fuerte sentido de eficacia personal está relacionado con una mejor salud, un mayor rendimiento y una mayor integración social. En este texto se presenta su influencia en la opción, iniciación y mantenimiento de conductas saludables.

2.1.3. Humanismo.

Sesión 21.1:

El concepto de salud mental en psicología humanista existencial.

Carranza, V. (2002).

Para hablar del concepto de salud mental, en esta lectura se centra en hacer referencia primero al concepto de salud propiamente dicha, que etimológicamente viene del latín *salus*, entendida como el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones. Sin embargo, el concepto de salud está perdido, porque no puede ser utilizado como único ni como uniforme, se lo debe relacionar con los aspectos individuales de cada persona. La salud no es solamente la ausencia de enfermedades sino la resultante de un complejo proceso donde interactúan factores biológicos, económicos, sociales, políticos y ambientales en la generación de las condiciones que permiten

el desarrollo pleno de las capacidades y potencialidades humanas, entendiendo al hombre como un ser individual y social. El objetivo de este texto es el análisis crítico del concepto de salud mental desde la perspectiva humanista-existencial con la finalidad de dar cuenta de cómo opera el mismo; hallando relaciones y/o diferencias con los postulados de salud mental planteados por la Organización Mundial de la Salud.

Sesión 21.2:

Psicología humanista.

González-Padilla, A. (2001) (pp. 469-477).

En la psicología el Humanismo a menudo es llamado la tercera fuerza después del conductismo y el psicoanálisis. El humanismo ha intentado ampliar los contenidos de la psicología para que incluya aquellas experiencias humanas que son únicas, tales como el amor, el odio, el temor, la esperanza, la alegría, el humor el afecto, la responsabilidad y el sentido de la vida, todos ellos aspectos de nuestras vidas que generalmente no son estudiados ni se escribe sobre ellos de manera científica, porque se resisten a ser definidos, manipulados y medidos. El texto describe las características generales del Humanismo las cuales se han sintetizado para su exposición y en segundo lugar presenta las actitudes terapéuticas humanistas, la autenticidad del terapeuta, su aceptación incondicional del paciente y la comprensión empática del mismo.

Sesión 22.1:

Humanizar la salud desde la Logoterapia.

Vecco, R. (2009).

De acuerdo al autor el “Humanismo” no es sólo una actitud altruista o de respeto a la vida y existencia del Ser-Humano, sino una constante investigación y compromiso sobre el significado de “lo humano”. Investigación y compromiso que nunca termina, ya que “lo humano” no puede ser entendido a cabalidad durante nuestra corta existencia. El Humanismo es una investigación no sólo de los fenómenos físicos, psicológicos, sociales, sino también de las manifestaciones e inquietudes filosóficas, espirituales, religiosas, artísticas, etc. Todo lo que venga del Ser-Humano debe incluirse en su estudio y ser incorporado. Investigación que no sólo es externa, sino que implica nuestra “propia humanidad”, el conocimiento de nosotros mismos nos ayuda a comprender mejor “lo humano”. Por ello Frankl decía que no es posible hablar de Humanismo, sin antes no tener claro ¿Qué es el Ser-Humano? Para ello el autor expone tres interrogantes: ¿Qué es el Ser-Humano?, ¿Quién soy yo? y ¿para qué existo?

Sesión 22.2:

Ciencias sociales, el tao de la transformación personal y social.

Elgin, D. (1982) (pp. 387-408).

El autor considera que la visión idealista de la acción taoísta se ha convertido en una necesidad realista y urgente. No se puede conceder una visión estrecha para hacer frente a problemas de una dificultad y una complejidad enormes, que alcanzan proporciones mundiales. Presenta entonces a su parecer, con una simplicidad austera, su visión personal del fluir natural de la forma social que parece irse conformando, considerando tres modos de fluir dominantes: el ímpetu decadente del paradigma industrial, las influencias de la ecología natural y política que nos está desviando de la trayectoria social definida por el paradigma industrial y la fuerza creciente que va cobrando una nueva imagen de la humanidad, basada en la simplificación voluntaria de los aspectos materiales de la vida, unida a la exploración de sus aspectos interiores y no materiales.

Sesión 23.1:

La Logoterapia como acompañamiento en la enfermedad.

Capdevila, V. (2005).

La autora tiene como objetivo, compartir lo trabajado desde la perspectiva de la logoterapia dentro de una institución que atiende pacientes inmuno-comprometidos, en una estructura de trabajo interdisciplinario. Partió de las siguientes interrogantes para pensar las funciones de un Logoterapeuta en ese contexto se responden a diferentes preguntas sobre los métodos a utilizar se propone presentar sus reflexiones a las interrogantes, sin asumir que se tratan de respuestas definitivas, pero para seguir pensando el quehacer profesional.

23.2:

Teoría y técnica de la terapia centrada en el cliente aplicada al grupo.

González Núñez J. -J. (2001) (pp. 576-598).

El autor presenta La teoría y técnica de la terapia centrada en el cliente creada por Carl Rogers. Para entender con mayor precisión su propuesta se explican sus principales conceptos básicos. Tendencia a la propia actualización y el proceso orgánico de valoración, Bondad básica de la naturaleza humana, Respeto de la individualidad, Naturaleza dual del yo, Conocimiento y conversión al yo real, Incongruencia, Introyección de valores, creencias y comportamientos, Condiciones de valía por otro, Necesidad de un respeto positivo. A continuación, expone los puntos

de vista sobre anormalidad que se tienen desde la perspectiva Rogeriana para continuar con las técnicas de la terapia centrada en el cliente, saber escuchar, técnicas de reflejo, tácticas de aceptación, explicar, respeto positivo, conocimiento de sí mismo. el siguiente punto que considera son las tácticas de terminación y un marco de lo que sería la personalidad ideal. El modelo puede ser aplicado en grupos de encuentro y presenta el esquema que se ha de seguir para su funcionamiento.

Sesión 24.1:

Terapia Gestalt.

Baumgardner, P. (2003) (Páginas, 61-131).

El autor presenta en este texto el esquema de trabajo del terapeuta Gestalt. Establece aquello que ha de tomar en cuenta el Terapeuta, desde la observación de la dimensión entre relación y retraimiento, buscar el contacto, los huecos en la personalidad. Buscar la evasión, y las declaraciones de desamparo, la identificación de los principales papeles sociales.

24.2:

Coalición de paradigmas.

Walsh, R., Elgin, D., Vaughan, F. y Wilber, K. (1982) (pp. 49-74).

En esta lectura nos plantea como el objetivo de este artículo es señalar las inadecuaciones que han frustrado esos intentos previos y delinear los criterios conceptuales, de información y de experiencia que se han de satisfacer para hacer posible un examen adecuado. Para hacerlo, el autor empezara por examinar y comparar los modelos de la naturaleza humana postulados por las disciplinas de la conciencia y la ciencia occidental y mostrara que es inevitable que resulte lo que Thomas Kuhn (1970) ha llamado un «choque de paradigmas» cuando se examina el primero de estos modelos desde el punto de vista occidental. Se verá que muchas conclusiones a que se ha llegado en ciertos informes provienen de supuestos. A hora bien, el interés principal de este artículo se centrará en el proceso de evaluación y comparación. Aunque serán examinados sus presupuestos básicos, no se hará intento alguno de formular una crítica detallada de las disciplinas de la conciencia

Sesión 25.1:

Salud y enfermedad en terapia Gestalt

Rams, A. (2011).

El texto presenta una reflexión en contexto de los conceptos de salud y de enfermedad, considerados como centrales de cada enfoque terapéutico, pues el autor considera que según sea la idea que tenga cada corriente y cada psicoterapeuta de ambos, así será su trabajo, su manera de proceder y de hacer. Considera que necesariamente una filosofía terapéutica subyace de forma inconsciente en una idea de salud y es hacia ese lugar donde el terapeuta llevaba a su paciente. Así mismo subyace una idea de enfermedad que implica a toda la estructura o pauta del proceso terapéutico.

25.2:

Comparación entre psicoterapias.

Walsh, R. y Vaughan, F., (1982) (pp. 255- 270).

En este capítulo nos plantea que teniendo en cuenta cada técnica terapéutica puede hacer su aporte a la salud y al bienestar a su manera y en su propio nivel. Lo que es apropiado en un estadio o en una situación puede no serlo en otro. Las diferentes técnicas se dirigen, simplemente, a diferentes niveles y dimensiones de la conciencia y del crecimiento. Idealmente, el enfoque transpersonal reconoce las potencialidades de todos los niveles y hace el mejor uso posible de todas las contribuciones, tanto orientales como occidentales, para intervenir en el nivel adecuado. Por lo tanto, lo que busca la lectura es un intento de comparar el punto de vista transpersonal con las principales tradiciones occidentales: psicoanálisis, psicología analítica, conductismo, psicología humanística y psicología existencial. Incluyen tanto las metas tradicionales como el alivio de síntomas y la modificación del comportamiento, como, cuando ello es adecuado, la posibilidad de realizar un trabajo óptimo en el nivel transpersonal

2.1.4. Transpersonal.

Sesiones: 26, 27 y 28.

El punto crucial.

Capra, F. (1984) (pp. 307-354).

En esta obra del autor, reflexiona sobre el trance que atraviesa la sociedad actual. Crisis económica, inflación galopante, alto índice de desempleo, crisis energética, sistemas de salud inapropiados para las necesidades de la población, carencia de alimentos y agua potable que no llega a millones de habitantes del planeta, contaminación, desastres ambientales, creciente oleada de violencia delincuencia y alta criminalidad, entre otros. ¿Parece que el planeta se autodefende para mantener un equilibrio? La tesis de fondo de la obra es intentar explicar que la forma newtoniano-cartesiana de entender al mundo no puede aplicarse en tiempos de globalización. Hoy día se mantienen infinitas interconexiones y fenómenos biológicos, psicológicos, sociales y ambientales que son recíprocamente independientes; es decir, todo ser humano habitante del planeta verde tiene deberes y derechos, sea o no científico. Conservar la vida pasa por conservar el planeta que habitamos, ello implica una conciencia ecológica en los quehaceres del hombre, pues la gravedad y extensión de la crisis indican la necesidad de un cambio dimensional sin precedentes, “un punto crucial, giro decisivo para todo el planeta”.

Sesión 29:

La conspiración de Acuario.

Ferguson, M. (1994) (pp. 274-319).

Este texto tiene que ver con el diseño de una cultura nueva, con una manera nueva de pensar viejos problemas y con un cambio de paradigma. Como también es el tema de nuestro tiempo: la lucha, en todos los frentes, contra la entropía. Nos dice que queremos lo improbable y asumimos el azar. Queremos ascender en la escala milagrosa de la complejidad, anudar antagonismos antes contradictorios, interrelacionar todo con todo, cobrar conciencia ecológica, usar lógica cibernética. Crear novedad. El nuevo paradigma nos habla de la creación de ese nuevo orden improbable a través de las fluctuaciones, los desórdenes parciales: una visión del mundo en la que convergen las más recientes adquisiciones de la ciencia y las más antiguas tradiciones místicas.

Sesiones 30 y 31:

La enfermedad como camino.

Dethefsen, T. y Dahlke, R. (2000) (pp. 61-90).

En este texto se propone demostrar que el enfermo no es víctima inocente de errores de la naturaleza, sino su propio verdugo. Y con esto no se refiere a la contaminación del medio ambiente, a los males de la civilización, a la vida insalubre ni a “villanos” similares, sino que se pretende situar en primer plano el aspecto metafísico de la enfermedad. A esta luz, los síntomas se revelan como manifestaciones físicas de conflictos psíquicos y su mensaje puede descubrir el problema de cada paciente. También se expone una filosofía de la enfermedad y se dan las claves para su comprensión.

Sesión 32:

El mensaje curativo del Alma.

Dethefsen, T. y Dahlke, R. (2000) (pp. 17-60).

En este material de lectura, se encuentran detallados análisis de las más diversas enfermedades y su significado para el afectado, el autor se ocupa muy detalladamente de cómo tratar cada una de ellas. Éste es un libro irremplazable, para el estudio profundo de la interrelación entre cuerpo y alma y con esto la relación con las causas espirituales de la enfermedad. Cómo también interpretar los síntomas de numerosos trastornos de salud. Desde los cuadros neurológicos como la enfermedad de Parkinson, la esclerosis múltiple o la epilepsia hasta las afecciones más comunes.

Sesión 33:

La vieja y novísima Gestalt: Actitud y Práctica.

Naranjo, C. (1990) (pp. 197-205).

Este material de lectura habla precisamente de cómo es que Claudio teoriza sobre lo que vio hacer a Fritz en la etapa de culminación de su estilo terapéutico. Habla del presente, del contagio de la transparencia, de la autorregulación orgánica, de las técnicas como extensiones de la actitud del terapeuta, no como teorías psicológicas. Claudio Naranjo lanzó la idea del “Neochamanismo”, y precisamente este libro es la secreta traducción del hacer de un chamán. Fritz Perls fue un chamán, con la dificultad que esto entraña para ser aceptado académicamente.

Sesión 34:

La consciencia Transpersonal.

Almendo, M. (1999) (pp. 108-112).

En esta lectura se habla desde visiones de conjunto sobre aplicaciones concretas como la música, pasando por la psicoterapia, la ontología, el chamanismo, la confrontación Oriente/ Occidente. Se trata pues de una aportación rica, heterogénea y creativa, a la vez teórica y práctica que ofrece reflexiones sobre la tradición y la modernidad, nuevas perspectivas en psicoterapia, nuevos planteamientos ecológicos, prácticas de meditación. Y todo ello en campos tan diferentes como la filosofía, la meditación, la sexualidad, la psicología, el arte y la experiencia en general.

Sesiones: 35 y 36.

Gestalt Transpersonal. Un viaje hacia la unidad.

Miguenz, M. (1993) (pp. 15-42).

La idea central de este material de lectura es que la causa más importante del sufrimiento humano, y sus diversos disfraces que son los miedos, la envidia, los celos, la avidez está íntimamente ligada a la manera dualista con que percibimos nuestra realidad: las dicotomías: yo versus el otro, organismo versus medio, dolor versus alegría, vida versus muerte. El modo de entender la curación de ese ser fragmentado que pide ayuda en los consultorios psicológicos es acompañarlo a encontrar el paso, o los pasos, que lo reconectan con la Unidad perdida, con la fuente de amor y armonía que está dentro suyo, resignificando su lugar en el mundo. De manera que el lector puede realizar un viaje a la conciencia y al autodescubrimiento.

Sesión 37:

Medicina Transpersonal.

Lawlis, F. (1999) (pp. 23-85).

Esta lectura habla sobre la contribución a la medicina. Es además un indicador de su futuro. Muestra que toda medicina que no honre y considere las dimensiones transpersonales de la experiencia humana será limitada e incompleta.

Sesión 38:

Historia del movimiento transpersonal.

Descamp, M. (1999) (pp. 673- 686).

La lectura plantea que el modelo Transpersonal es a la vez un término reciente y una realidad muy antigua. El movimiento transpersonal fue fundado en los Estados Unidos en 1969, pero fundamentalmente existía desde hacía siglos en todo el trabajo de los místicos de Oriente y Occidente. Con esto dice que el término “transpersonal”, que fue escogido en 1969 por Abraham Maslow, es definido muy precisamente por él en sus libros y artículos. Empieza por un estudio de las motivaciones humanas que clasifica jerárquicamente en cinco niveles: fisiológico, de seguridad, de integración, de autoestima y de autorrealización. Es entonces cuando, después de un estudio de las experiencias cumbre, descubre una sexta necesidad, la de ir más allá de uno mismo. Este nivel superior reagrupa todas las experiencias que sobrepasan la persona, hacia la trascendencia, y él le llama transpersonal. Más allá de la quinta necesidad de autorrealización se sitúa pues una necesidad inalienable de trascendencia, la necesidad de una vida significativa que, rebasando los límites habituales de la identidad humana, empuja a ponerse al servicio de los demás. Para esto se plantea que este conjunto ofrece una nueva visión del mundo, del hombre y de la ciencia. Así se constituye un universo donde todo está ligado.

Sesión 39:

La Psicología transpersonal.

Villar del Pérez, L. (2001) (pp. 601-610).

En esta lectura se plantea que a pesar de que el origen de todas las corrientes psicológicas y lo mismo puede decirse de las ciencias y disciplinas en general está supeditado en gran medida a eso que los filósofos llaman el “espíritu de los tiempos”, tal vez pocas veces, como en el caso de la llamada psicología transpersonal, dicho “espíritu” ha ejercido un peso tan considerable. No es exactamente que el advenimiento de la psicología transpersonal hubiera podido ser previsto con una antelación más que respetable. En todo caso, vistas las cosas en retrospectiva, ahora parece lógico pensar en la inevitabilidad de que ella cristalizara. La razón principal puede ser demasiado sencilla: fue la respuesta a décadas de un dominio ejercido por corrientes psicológicas materialistas en exceso, positivistas, a veces francamente antihumanísticas, y etnocentristas por añadidura.

Sesión 40:

La Psicología transpersonal orígenes y consolidación.

Villar del Pérez, L. (2001) (pp. 611-620).

En este texto se aborda el papel del pensamiento oriental que en muchas ocasiones se interpreta con una visión occidentalizada, pero que es una gran influencia de la psicología transpersonal y que es pertinente mencionar que no surge estrictamente en el siglo XX, aunque es donde experimentó su auge. Para la primera mitad del siglo XX llegaron al Occidente algunos pensadores orientales destacados, especialmente de la India, personajes como Swami Vivekananda, el teósofo Jinarajadasa y Jiddu Krishnamurti quienes dieron conferencias en Europa y en diferentes partes de América. Por ello se menciona que para los años cuarenta no era infrecuente que respetados conocedores del zen presentaran cursos en universidades europeas y norteamericanas, a la vez que traducían textos de lenguas poco conocidas y casi ininteligibles. A partir de estos contactos Occidente comenzó a repensar las nociones heterodoxas y heréticas, en la que se planea que la divinidad potencial de cada ser humano, una conexión más que estrecha entre la especie humana y el resto de lo existente, la posibilidad de producir controladamente estados psicológicos considerados muchas veces como patologías por los psiquiatras, revalorar el poder de prácticas como la meditación y los ejercicios corporales místicos lo que permitió incrementar un bienestar tanto corporal como emocional.

Sesión 41:

El Problema.

Fromm, E. (1957/2001) (pp. 478-481).

En este texto se realiza el abordaje de un planteamiento en el que el orgullo del hombre ha sido justificado y en virtud de su razón ha edificado un mundo material cuya realidad sobrepasa hasta los sueños y las visiones de las utopías y los cuentos de hadas. Así también las energías físicas que habrían de permitir a la raza humana asegurar las condiciones materiales necesarias para una existencia digna y productiva y, aunque muchas de sus metas no han sido alcanzadas, apenas cabe dudar que pueden lograrse y que el problema de la producción puede considerarse resuelto en principio.

Sesión 42:

La ética humanista: La Ciencia aplicada al arte de vivir.

Fromm, E. (1957/2001) (pp. 482-500).

En el texto se habla sobre las premisas del relativismo ético. Los criterios dependen del tipo del sistema ético cuyas normas se estudian. En el caso de la Ética Autoritaria los criterios son, por necesidad, fundamentalmente diferentes de los de la Ética Humanista. En la Ética Autoritaria, por ejemplo, una autoridad es la que establece lo que es bueno para el hombre y prescribe las leyes y normas de conducta, por otro lado, en la Ética Humanista es el hombre mismo quien da las normas y es a la vez el sujeto de las mismas, su fuente formal o agencia reguladora y el sujeto de su materia.

2.1.4. Sistémico.**Sesión 43.1:**

Antecedentes de la Terapia Sistémica:

Una aproximación a su tradición de investigación científica.

Vargas, P. (2004)(pp. 1-27).

En esta lectura se plantea un esquema histórico de las líneas de influencia necesarias para comprender las premisas conceptuales que fundamentan la terapia sistémica. Cómo las ideas y propuestas que explican el comienzo del desarrollo de este tipo de terapia, que además se origina en el seno del grupo cibernético, que además influyeron de manera definitiva en la comprensión del comportamiento y del proceso de cambio en la terapia sistémica. Con el trabajo de Milton H. Erickson se explica la influencia en la práctica de la terapia sistémica, para la realización de acciones terapéuticas y para la focalización en el proceso de cambio. También se señala cómo influye en otra vertiente del desarrollo de las explicaciones interaccionales en las ciencias sociales, en particular con la aparición de la escuela de Chicago y su propuesta llamada interaccionismo simbólico. Esto permite la comprensión sobre la aparición de las aproximaciones interaccionistas en la psicoterapia en consonancia con el pragmatismo de William James y su alumno John Dewey, para pasar, a partir de ellos, por Sapir, Whorf hasta Harry Stack Sullivan, y de ahí a otro de los fundadores de la terapia familiar sistémica: D. Jackson.

Sesión: 43.2:

El temor de los Ángeles.

Bateson, G y Bateson, M. C. (2000) (pp. 15-28).

La lectura empieza planteando las bases para poder construir una reflexión sobre el concepto de lo sagrado referirse a cuestiones intrínsecas de la descripción y ser reconocido entonces como parte de la “necesidad” de una clasificación de estos argumentos que tienen su base en una epistemología con raíces en la ciencia y en lo evidente que son hoy tan importantes como el testimonio de aquellos cuya fe religiosa se basa en una luz interior y en la experiencia “cósmica”.

Sesión 44:

Hacia una teoría de la Esquizofrenia.

Bateson et al (1956) (pp. 53-79).

Este texto propone la primera interaccional para explicar la patología mental. Se caracterizan las condiciones de acuerdo a la teoría que hacen que se presente el proceso disociativo y lo hacen considerando tanto los aspectos perceptuales del individuo, así como las interacciones familiares en juego.

Sesión 45.1:

La familia del esquizofrénico: sistema modelo.

Haley, J. (1959) (pp. 207-241).

En este capítulo se presentan las diferentes dimensiones de la comunicación con lo que el paciente esquizofrénico maniobra en la familia para no aceptar la comunicación. Esto tiene consecuencias en la organización familiar y en los posibles objetivos que puede tener un proceso terapéutico. Sus dos conclusiones finales están alrededor de la concepción de la comunicación en diferentes niveles de abstracción y el autogobierno de la organización familiar.

Sesión 45.2:**Estrategias en Psicoterapia.**

Haley, J. (1987).

La lectura plantea que, desde el punto de vista de la comunicación, la conducta sintomática representa una incongruencia entre un nivel de mensaje y un nivel meta comunicativo y que el paciente hace algo exagerado o incluso evita hacerlo, e indica que no puede dejar de obrar así. Para esto hay que aceptar que los síntomas neuróticos pueden verse como una incongruencia de este tipo, la táctica de la psicoterapia se hace potencialmente describible y este será el propósito. Los autores intentan demostrar que los síntomas de un paciente se perpetúan por la forma en que éste se comporta y por la influencia de otras personas íntimamente relacionadas con él. Por lo tanto, la táctica psicoterapéutica deba encaminarse a persuadir al individuo para que cambie de conducta y a sus íntimos para que modifiquen su comportamiento hacia él.

Sesión 46.1:

La hipótesis “doble ciego” de la esquizofrenia y la interacción de tres partes.

Weakland, J. (1960/1976) (pp. 23-37).

En el contexto de la investigación sobre el Doble Vínculo, el autor hace el recuento de los aspectos de relación triádica en el proceso de interacción familiar. Enfatiza que el desarrollo conceptual que se presenta tiene un registro empírico apoyado en filmes y audio cintas de la comunicación real de pacientes. Tanto en la relación con el terapeuta como con sus familias. El presente documento se centra en aplicar el enfoque y los conocimientos así desarrollados al análisis de la interacción tripartita y a la interrelación de las observaciones informadas por varios otros investigadores de la esquizofrenia.

Sesión: 46.2:

La teoría del doble vínculo” en retrospectiva reflexiva.

Weakland, J. (1974) (pp. 31-38).

En este texto se presenta una reflexión sobre las implicaciones de la teoría del doble vínculo a 18 años de su publicación. Se presentan las diferentes objeciones que se ha dado a la teoría y de ello el autor busca resaltar que hay otros aspectos que no se ha valorado adecuadamente en sus consecuencias o implicaciones para la conceptualización de un enfoque interaccional para la psicoterapia. Esto tiene consecuencias en la operación del proceso terapéutico y en la concepción del proceso de cambio.

Sesión 47.1:

Teoría de la comunicación humana.

Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (2002) (pp. 49-71).

En esta lectura se presentan las definiciones de cinco axiomas de la comunicación. Estos son necesarios para una descripción conceptualmente interaccional de la comunicación. Cada axioma es explicado con respecto a la naturaleza de los mensajes, la percepción de los sujetos en interacción, la codificación de los mensajes y la descripción de las formas de interacción.

Sesión 47.2:

Interacción familiar, homeostasis familiar y psicoterapia familiar conjunta.

Jackson, D. D. (1959) (pp. 164-195).

En este capítulo se enfoca en comprender la interacción familiar basándose en la teoría de la comunicación. También se señala que no hay nada que se parezca a un “no me importa”, esto es, el miembro de la familia sólo es relativamente independiente y, lo admita o no, responde sin cesar a las evaluaciones de los otros miembros. Como también que, con Maier, Halstead y otros, creen que la característica de la conducta frustrada es su estereotipia o compulsión, mientras que la conducta motivada se caracteriza por la flexibilidad. A sí mismo la ausencia de discusiones en el seno de la familia puede constituir un signo patológico, aunque el observador superficial puede considerarlo como una prueba de buena adaptación.

Sesión 48.1:

Teoría de la comunicación humana.

Watzlawick, P., Beavin, J., Jackson, D. (2002) (pp. 73-114).

En esta lectura se continúa con la presentación de los axiomas de la comunicación. Aquí se realiza un desglose de todas las acepciones o categorías posibles en cada uno de los axiomas.

Sesión 48.2:

Hacia una Teoría de los sistemas patológicos.

Haley, J. (1967) (pp. 28-46).

Este capítulo presenta la propuesta de descripción del proceso de “patología mental” desde una perspectiva comunicacional triádica que es la base del enfoque estratégico de terapia familiar.

Sesión 48.3:

Las tácticas de poder de Jesucristo.

Haley, J. (1991) (pp. 53-76).

En este material se realiza un planteamiento sobre la interacción que se da en una familia de forma tal para que se presente la esquizofrenia y sobre la responsabilidad fundamental del esquizofrénico que consiste en mantener unida a la familia, con su aguda percepción y habilidad interpersonal para mantener el sistema familiar en un equilibrio estable, aunque éste sea un estado de constante desesperación. También se dice y se hace ver la interacción que hay en un hospital tanto con su personal y con la familia

Sesión 49.1:

Estética del Cambio.

Keeney, B. (1994) (pp. 26-76).

Este texto presenta las premisas conceptuales que desde la cibernética se consideran para construir una matriz de análisis epistemológico, de cómo se construye la noción de realidad.

Sesión 49.2:

Similitudes y diferencias entre las conceptualizaciones individuales e interacciones de la conducta y su cambio.

Ray, W.A. y Borer, M. (2007).

En este documento se esquematizan las premisas conceptuales en tres dimensiones, sobre el enfoque de concepción, las implicaciones de ese enfoque y las aplicaciones clínicas. Ver estas diferencias permite entender las concepciones de salud desde diferentes modelos.

Sesión 49.3:

Terapéutica circular.

Keeney, H. y Keeney, B. (2012) (pp. 15-45).

En esta lectura se propone que la cibernética proporciona un medio preciso, de especificar las interacciones circulares que mantienen el proceso comunicativo. No obstante, hoy en día es necesario reconocer que, aunque ha habido muchos discursos sobre los sistemas, hay poca práctica sistémica que se apegue al marco cibernético. Paradójicamente, el malentendido de la llamada

cibernética de la cibernetica surgió en gran medida cuando se enfatizó como otra descripción para comprender la terapia en lugar de una receta para organizar una mayor participación circular en el desempeño de la terapia. Los autores hacen una revisión de cómo se fueron dando estos eventos y concluyendo en un llamado a dejar las propuestas narrativas.

Sesión 50.1:

Estética del Cambio.

Keeney, B. (1994) (pp. 128-167).

Este texto presenta cuatro pautas de distinción que ejemplifican la estructura cibernetica de algunas distinciones importantes en la terapia familiar. En particular se han de enfocar las pautas, Salud/ enfermedad y Terapeuta/paciente.

Sesión 50.2:

Externalización en la terapia narrativa: un re-surgimiento modernista del exorcismo

Stephenson, H. y Keeney, B. (2012).

En este material de lectura se realiza una comparación de la técnica de “externalización” de la terapia narrativa con el exorcismo medieval, donde se ve la causa del sufrimiento como algo maléfico que necesita extraerse de la persona, al atacarlo y vencerlo. Por lo tanto, a las campañas tipo cruzada de la externalización se le opone una forma alternativa de relacionarse con los problemas, cuya raíz yace en la sabiduría sistémica. Cuando el autor propone un posible avance para los terapeutas narrativos, se escribe una carta terapéutica a los problemas que ha castigado la terapia narrativa; y se les pide su perdón y su colaboración futura. Finalmente, a los problemas se les permite hablar con la terapia narrativa, pidiendo que permita más libertad interaccional y participación, para así poder regresar a la sabiduría relacional y al know- how interaccional terapéutico.

Sesión 50.3:

El Terapeuta Dialógico.

Bertrando, P. (2011) (pp. 1-24).

En esta lectura se plantea el concepto de lo “no-dicho” para referirse a aquellas teorías y experiencias de vida que todo terapeuta tiene y que se hacen parte de su modo de hacer terapia y funcionan dentro de él, de manera consciente o no consciente. El purismo teórico, entonces, se

vuelve nada más que un mito: cualquiera que trabaja en nuestro campo experimenta innumerables influencias a través de su vida personal y profesional. Para liberarnos de las paradojas de lo no-dicho, Boscolo y el autor teoriza un modelo epigenético para el terapeuta. De esta manera se plantea la versión de la evolución de la terapia sistémica, encontrando más continuidad de la que se reconoce usualmente y, al mismo tiempo, veremos que las nuevas teorías están construidas sobre las antiguas, en un proceso dictado no sólo por opciones teóricas, sino que también por condiciones culturales y materiales.

Sesión 50.4:

Terapéutica Circular.

Keeney, H. y Keeney, B. (2012) (pp. 47-75).

El material de lectura realiza una propuesta sobre la forma más importante para la distinción clave de la circularidad interactiva ofrecida por la cibernética puede utilizarse para una mayor crítica al modelo narrativo, donde sería menos importante que interactuar con sus metáforas dentro de la participación circular que invita. Con esto se regresa a la cibernética y su demanda por una actuación en la que la improvisación es necesaria. Con esto quieren decir que una circularidad autocorrectiva conlleva el cómo utilizamos el resultado para improvisar la próxima acción, y al hacerlo eso ayuda a lograr nuestro objetivo terapéutico.

Sesión 50.5:

Dónde está la familia en la terapia familiar narrativa.

Minuchin, S. (1998).

En la lectura se presenta la discusión entre Minuchin y Anderson sobre la presencia o ausencia de concepción de familia en la conceptualización del proceso terapéutico. La discusión sobre la conceptualización del proceso terapéutico da una perspectiva de cómo se entiende la noción de salud.

Sesión 51.1:

Conversación, lenguaje y posibilidades.

Anderson, H. (1999) (pp. 39-62).

El texto plantea que, para entender el actual cambio paradigmático en la psicoterapia posmoderna, y cómo se está produciendo, es preciso rastrear su desarrollo histórico. Para esto se ofrece aquí su versión de este desarrollo, y de cómo influyó sobre él la evolución de la terapia

familiar. Se centrará en el papel de las teorías cibernética, social, constructivista y evolutiva, y en un nuevo desarrollo teórico que las trasciende.

Sesión 51.2:

¿Qué es sistémico acerca de la terapia sistémica?
Modelos de Terapia Confusa de la Práctica Sistémica.
Keeney, H. y Keeney, B. (2012).

En el texto se hace una revisión crítica de algunos de los debates históricos entre terapeutas sistémicos que sugiere que la puesta en práctica de la práctica sistémica ha sido eclipsada en gran medida por un énfasis excesivo en la interpretación, la narrativa y la comprensión teórica. Argumentan que estar organizado principalmente por cualquier modelo terapéutico, ya sea que defienda una visión posmoderna, narrativa, sistémica o de otro tipo, mantiene la hegemonía no solo de una forma singular de interpretación, sino de la interpretación misma. Sugieren que el cambio práctico pretendido por las contribuciones sistémicas y cibernéticas al campo implicó su promoción implícita de una terapia siempre lista para cambiar, guiada creativamente por la interactividad en lugar de la lealtad a cualquier forma habituada.

Sesión 51.3:

El Terapeuta Dialógico.
Bertrando, P. (2011) (pp. 25-44).

El texto plantea que, para entender el actual cambio paradigmático en la psicoterapia posmoderna, y cómo se está produciendo, es preciso rastrear su desarrollo histórico. Para esto nos ofrecerá aquí su versión de este desarrollo, y de cómo influyó sobre él la evolución de la terapia familiar. Se centrará en el papel de las teorías cibernética, social, constructivista y evolutiva, y en un nuevo desarrollo teórico que las trasciende.

Sesión 51.4:

Circular Therapeutics.
Keeney, H. y Keeney, B. (2012) (pp. 81-114).

En la lectura se señala que cuando cambiamos a un énfasis en la corporización de la pauta, el observador va más allá de la observación, incluida la observación observada. Se rinde a la interactividad dentro de una circularidad improvisada. El salto a la inclusión circular es de vital

importancia. Lo que merece una mayor atención es un examen de lo que implica el cambio a la terapéutica circular. Dejar la caja se ha descrito como pasar de la causalidad lineal a la circular. Llegar al último lado de esa distinción, como sea que se llame, requiere tanto un nuevo orden de distinciones como una forma de manejarlas guiada de manera improvisada para crear diferencias que hacen, crean o inventan diferencias continuas.

Sesión 51.5 y 51.6:

Volver a contar, reimaginar e investigar: una conversación continua

Minuchin, S. (1999).

En el material de lectura se realiza la presentación de la discusión entre Minuchin y Anderson sobre la presencia o ausencia de concepción de familia en la conceptualización del proceso terapéutico. La discusión sobre la conceptualización del proceso terapéutico da una perspectiva de cómo se entiende la noción de salud.

Sesión 52.1:

La constitución de lo patológico.

Méndez, C., Coddou, F. y Maturana, H. (1995) (pp. 158-194).

En este material de lectura se analiza cómo es la objetividad con paréntesis y como está construye un problema ya que el efecto de que una persona sea escuchada y que su afirmación “aquí hay un problema” traiga a la mano un problema, revela un consenso o acuerdo social implícito o explícito que le concede poder a través de una disposición a escuchar y obedecer. En efecto, poner la objetividad entre paréntesis implica el reconocimiento explícito que la deseabilidad o indeseabilidad de cualquier comportamiento dado está determinada socialmente, y que no podemos afirmar que algo es bueno o malo, saludable o enfermo en sí mismo, como si éstas fueran características constitutivas intrínsecas de él. De acuerdo con todo esto, la salud y la enfermedad no son entidades absolutas o cualidades constitutivas de los individuos, sino formas de coexistencia socialmente definidas como deseables o indeseables, y que como tales no son independientes de las condiciones sociales que las traen a la mano.

Sesión 52.2:

Acerca de estar sano en un medio enfermo.

Rosenhan, D. (1973) (pp. 99-120).

En la lectura se presenta un experimento para evidenciar la poca confiabilidad del diagnóstico psiquiátrico. Se reportan los datos de la experiencia de diagnóstico y de la interacción con la población interna de la institución donde se hizo el ingreso. Se tienen conclusiones que permiten sugerir no sólo la falta de confiabilidad del diagnóstico, además se tienen resultados interesantes de cómo la interacción con el personal médico agudiza y perpetúa la experiencia de disociación.

Sesión 52.3:

Experiencias de inmersión total en el medio manicomial.

Paniagua, C. (1985).

El texto hace mención de varios observadores profesionales han llevado a cabo la experiencia de convivir durante unos días con pacientes psiquiátricos institucionalizados, a veces pasando ellos mismos por pacientes. El autor también describe una experiencia personal. La experiencia de inmersión total en el medio manicomial resulta extraordinariamente provechosa como aprendizaje clínico. Se discuten los riesgos inherentes a la ocultación de la identidad con el fin de pasar por paciente.

Sesión 52.4:

Cuestiones éticas en parejas y en la terapia familiar.

Corey, G., Schneider-Corey, M. y Callanan, P. (2011) (pp. 449-477).

En el material de lectura se habla de las cuestiones éticas en lo general referidas a las relaciones consigo mismo y los demás, adquieren un significado especial cuando los terapeutas trabajan con más de un cliente. La mayoría de los programas de posgrado en terapia de pareja y familiar ahora requieren un curso separado de ética y derecho relacionado con esta especialización, con un mayor énfasis en cuestiones éticas, legales y profesionales exclusivas de una perspectiva de sistemas. La práctica profesional de la terapia de pareja y familiar está regulada por leyes estatales, pautas de especialidades profesionales, códigos de ética, revisión por pares, educación continua, atención administrada y consultas. Algunas áreas específicas de preocupación ética para los terapeutas de pareja y de familia que desarrollaran en este capítulo incluyen las siguientes: estándares éticos de práctica, valores del terapeuta, responsabilidad del terapeuta, sensibilidad de género, confidencialidad, consentimiento informado y el derecho a rechazar el tratamiento.

Sesión 52.5:

Sobre la ética en psicoterapia y la influencia de Heinz von Foerster.

Anger-Díaz, B. (2008).

En la lectura se presentan algunas de las ideas de Heinz von Foerster además de que se busca la relación con el propio pensamiento y quehacer de la autora. En la determinación de demostrar que la ética puede fluir implícitamente, sin tener que ser explícito, von Foerster responde que la mejor forma de comunicar su respuesta es a través de historias, relatos de su vida. La ética es parte de una posición que uno asume en la orquestación de su vida. Heinz sostenía que en aquellos casos en los que no hay reglas del juego a seguir, uno tiene la libertad de tomar decisiones y vivir en consecuencia. Al reconocer la relatividad de todas las limitaciones culturales, al decidir que hay instancias sin reglas de juego implícitamente vinculantes, uno gana la libertad de decidir por sí mismo.

REFERENCIAS DE CONTENIDOS DE R.B.E.P.

1. *Stultifera Navis* (1). Foucault, M. (1998). En: M. Foucault Historia de la locura en la época clásica Tomo 1. (pp. 13-42). México: FCE.
2. *Stultifera Navis* (2). Foucault, M. (1998). En: M. Foucault Historia de la locura en la época clásica. Tomo 1. (pp. 43-74) México: FCE.
- 3, 4 y 5. *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual*. Galende, E. (1997). En: E. Galende, De un horizonte incierto. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual. Buenos Aires: Paidós.
- 6, 7 y 8. *El Malestar en la Cultura*. Freud, S. (1998). En: S. Freud, *El Malestar de la cultura*, (Obras completas, Vol. XXI)(original publicado en 1927-1931). Buenos Aires: Amorrortu.
- 9 y 10. *Inhibición, síntoma y angustia*. Freud, S. (1925-1926/1998). En: S. Freud, Inhibición, síntoma y angustia. (Obras completas, Vol. XX) (original publicado en 1925-1926). . Buenos Aires: Amorrortu.
11. *Una mirada al campo de la salud y la enfermedad*. Morales-Calatayud, F. (1999). En: F. Morales-Calatayud, Introducción a la psicología de la salud. (pp. 21-64). Argentina: Paidós Tramas Sociales.
12. *La psicología y los problemas de salud*. Morales-Calatayud, F. (1999). En: F. Morales-Calatayud, Introducción a la psicología de la salud. (pp. 65-120). Argentina: Paidós Tramas Sociales.
13. *Planteamientos conceptuales sobre la relación entre las variables psicológicas, la salud y la enfermedad*. Morales-Calatayud, F. (1999). En: F. Morales-Calatayud, Introducción a la psicología de la salud. (pp. 121-132). Argentina: Paidós Tramas Sociales.
14. *La psicología en la atención primaria a la salud*. Morales-Calatayud, F. (1999). En: F. Morales-Calatayud, Introducción a la psicología de la salud. (pp. 139-192). Argentina: Paidós Tramas Sociales.
15. *Salud y psicología de la salud*. Palmero, F. y Fernández-Abaséal, E.G. (1998). En: F. Palmero y E.G. Fernández-Abaséal, Emociones y adaptación. (pp. 41-66). Barcelona: Ariel Psicología.
- 16 y 17. *Psicología y salud: un análisis conceptual*. Ribes-Iñesta, E. (2011). En: E. Ribes-Iñesta, Psicología y salud: un análisis conceptual. México: Trillas.

- 17.1. *El comportamiento de salud desde la salud: la salud como un proceso*. Cortés-Vázquez et al (2009). En: E. Cortés-Vázquez, M. Ramírez-Guerrero, J. Olvera-Méndez y Y. J. Arriaga-Abad, *El comportamiento de salud desde la salud: la salud como un proceso*. Alternativas en Psicología, 14(20), 89-102.
18. *Determinantes de la salud conductual: un análisis psicosocial (Determinants of health behaviour: a social psychological analysis)*. Stroebe, W. (2000). En: W. Stroebe, *Social psychology and health*. (pp. 12-42). Buckingham: Open University Press.
19. *El papel de la cognición social en los comportamientos de salud*. (The role of social cognition in health behaviours). Conner, M. y Norman, P. (1999). En: M. Conner, y P. Norman. *Predicting health behaviour*. (pp. 1-22). Buckingham: Open University Press:
20. *Autoeficacia y comportamientos de salud (Self-efficacy and health behaviours)*. Conner, M. y Norman, P. (1999). En: M. Conner y P. Norman, *Predicting health behaviour*. (pp. 163-196). Buckingham: Open University Press.
- 21.1. *El concepto de salud mental en psicología humanista existencial*. Carranza, V. (2002). En: V. Carranza, *El concepto de salud mental en psicología humanista existencial*. Universidad Católica Boliviana; 1(1), 1-19.
- 21.2. *Psicología humanista*. González-Padilla, A. (2001). En M. García-Méndez, M. Rojas-Russell y B. I. Vargas-Núñez, (Ed.) *Psicología clínica y salud. Perspectivas teóricas* (pp. . 469-477). México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México.
- 22.1. *Humanizar la salud desde la Logoterapia*. Vecco, R. (2009). En: R. Vecco. *Humanizar la salud desde la Logoterapia*. Colección. Sentido Iberoamericano, 13,1-11.
- 22.2. *Ciencias sociales, el tao de la transformación personal y social*. Elgin, D. (1982). En R. Walsh y F. Vaughan (Comp.). *Más allá del ego, textos de psicología transpersonal*. (pp. 387-408). Barcelona: Kairós.
- 23.1. *La Logoterapia como acompañamiento en la enfermedad*. Capdevila, V. (2005). En: V. Capdevila. *La Logoterapia como acompañamiento en la enfermedad. Acompañamiento a pacientes inmunocomprometidos, una mirada desde la Logoterapia*. Colección Sentido Iberoamericano, 9,1-11.

23.2. *Teoría y técnica de la terapia centrada en el cliente aplicada al grupo*. González Núñez J. J. (2001). En M. García-Méndez, M. Rojas-Russell & B. 1. Vargas-Núñez (Ed.) *Psicología clínica y salud. Perspectivas teóricas* (pp. 576-598). México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México.

24.1. *Terapia Gestalt*. Baumgardner, P. (2003). En: P. Baumgardner. *Terapia Gestalt*. (pp. 61-131) México: Pax.

24.2. *Colisión de paradigmas*. Walsh et al (1982). En: R. Walsh y F. Vaughan. (Eds.) *Más allá del ego, textos de psicología transpersonal*. (pp. 49-74). Barcelona: Kairós.

25.1. *Salud y enfermedad en Terapia Gestalt*. Rams Ferrus, A. F. (2013). En: A. Rams, *Salud y enfermedad en terapia Gestalt*. <https://gestaltnet.net/gestaltoteca/documentos/articulos/salud-enfermedad-terapia-gestalt>

25.2. *Comparación entre psicoterapias*. Walsh, R. y Vaughan, F. (1982). En R. Walsh y F. Vaughan. (Eds.) *Más allá del ego, textos de psicología transpersonal* (pp. 255- 270). España: Kairos.

26, 27 y 28. *El punto crucial*. Capra, F. (1984). En: F. Capra. *El punto crucial. Ciencia, sociedad y cultura naciente*. (pp. 307-354) Barcelona: Integral.

29. *La conspiración de Acuario*. Ferguson, M. (1994). En: M. Ferguson. *La conspiración de Acuario*. (pp. 274-319) Argentina: Biblioteca Fundamental.

30 y 31. *La enfermedad como camino*. Dethefsen, T. y Dahlke, R. (2000). En: T. Dethefsen y R. Dahlke. *La enfermedad como camino*. (pp. 61-90). España: Plaza y Janes Editores.

32. *El mensaje curativo del Alma*. Dethefsen, T. y Dahlke, R. (2000). En: T. Dethefsen y R. Dahlke, *El mensaje curativo del Alma*. (pp. 17-60). México: Océano.

33. *La vieja y novísima Gestalt: Actitud y Práctica*. Naranjo, C. (1990). En: C. Naranjo, *La vieja y novísima Gestalt: Actitud y Práctica*. (pp. 197-205). Chile: Kairos.

34. *La consciencia Transpersonal*. Almendro, M. (1999). En: M. Almendro, *La consciencia Transpersonal*. (pp. 108-12). España: Kairos.

35 y 36. *Gestalt Transpersonal*. Un viaje hacia la unidad. Miguenz, M. (1993). En: M. Miguenz, *Gestalt Transpersonal*. Un viaje hacia la unidad. (pp. 15-42). Argentina: Era Naciente.

37. *Medicina Transpersonal*. Lawlis, F. (1999). En: F. Lawlis, *Medicina Transpersonal*. (pp. 23-85). Barcelona: Kairos.

38. *Historia del movimiento transpersonal*. Descamp, M. (2001). Historia del movimiento transpersonal. En: M. García-Méndez, M. Rojas-Russell y B.I. Vargas-Núñez (Eds.), *Psicología clínica y salud. Perspectivas teóricas*, (pp. . 673- 686). México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México.

39. *La Psicología transpersonal*. Villar del Pérez, L. (2001). La Psicología transpersonal. En: M. García-Méndez, M. Rojas-Russell y B.I. Vargas-Núñez (Eds.), *Psicología clínica y salud. Perspectivas teóricas* (pp. 601-610). México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México.

40. *La Psicología transpersonal orígenes y consolidación*. Villar del Pérez, L. (2001). La Psicología transpersonal orígenes y consolidación. En: M. García-Méndez, M. Rojas-Russell y B.I. Vargas-Núñez (Eds.), *Psicología clínica y salud. Perspectivas teóricas* (pp. 611-620). México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México.

41. *El Problema*. Fromm, E. (1957/2001). En: M. García-Méndez, M. Rojas-Russell y B.I. Vargas-Núñez (Eds.), *Psicología clínica y salud. Perspectivas teóricas*. (pp. 478-481). México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México.

42. *La ética humanista: La Ciencia aplicada al arte de vivir*. Fromm, E. (1957/2001). En: M. García-Méndez, M. Rojas-Russell y B.I. Vargas-Núñez (Eds.), *Psicología clínica y salud. Perspectivas teóricas*. (pp. 482-500). México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México.

43.1. *Antecedentes de la Terapia Sistémica: Una aproximación a su tradición de investigación científica*. Vargas, P. (2004). En: L. L. Eguiluz, (Ed.). *La Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. (pp. 1-27). México: Pax.

43.2. *El temor de los Ángeles*. Bateson, G., y Bateson, M.C. (2000). En: G. Bateson y M.C. Bateson, *El temor de los Ángeles*. (pp. 15-28). Barcelona: Gedisa.

44. *Hacia una teoría de la Esquizofrenia*. Bateson et al (1956/1977). En D. D. Jackson (1977). Comunicación, Familia y matrimonio, (pp. 53-79). Buenos Aires: Nueva Visión.

45.1. *La familia del esquizofrénico: sistema modelo*. Haley, J. (1959). En D. D. Jackson (1977). Comunicación, Familia y matrimonio. (pp. 207-241). Buenos Aires: Nueva Visión.

45.2 *Estrategias en Psicoterapia*. Haley, J. (1987). En: J. Haley, Estrategias en Psicoterapia. (pp. 1-23). Barcelona: Toray.

46.1. *La hipótesis “doble ciego” de la esquizofrenia y la interacción de tres partes (The “double blind” hypothesis of Schizophrenia and three-party Interaction)*. Weakland, J. (1960/1976). En: C. E. Sluzki y D. C. Ramsom. (Eds.). Double Bind. The foundation of the communication approach to the family. (pp. 23-37). New York: Grune & Stratton.

46.2. *La “Teoría del Doble Vínculo” de la retrospectiva reflexiva (The Double bind Theory” by reflexive hindsight)*. Weakland, J. (1974/2009). En R. Fisch, W. R., y Schlanger, K. (Eds.), Focused Problem Resolution. Selected Papers of the MR Brief Therapy Center. (pp. 31-38). Phoenix: Zeig, Tucker & Theisen.

47.1. *Teoría de la comunicación humana*. Watzlawick et al (2002). En: P. Watzlawick, J. Beavin, D. Jackson, Teoría de la comunicación humana. (pp. 49-71). Barcelona: Herder.

47.2. *Interacción familiar, homeostasis familiar y psicoterapia familiar conjunta*. Jackson, D. D. (1959). En: D. D. Jackson, Interacción familiar, homeostasis familiar y psicoterapia familiar conjunta. (pp. 164-195). Palo Alto: Science & Behavior Books.

48.1. *Teoría de la comunicación humana*. Watzlawick et al (2002). En: P. Watzlawick, J. Beavin y D. Jackson, Teoría de la comunicación humana. (pp. 73-114). Barcelona: Herder.

48.2. *Hacia una Teoría de los sistemas patológicos*. Haley, J. (1967/1985). En: G. Zuck y I. Boszormenyi-Nagy (Comp.), Terapia familiar y familias en conflicto. (pp. 28-46). México: FCE.

48.3. *Las tácticas de poder de Jesucristo*. Haley, J. (1991). En: J. Haley, Las tácticas de poder de Jesucristo. (pp. 53-76). Barcelona: Paidós.

49.1. *Estética del Cambio*. Keeney, B. (1994). En: B. Keeney, *Estética del Cambio*. (pp. 26-76). Barcelona: Paidós.

49.2. *Similitudes y diferencias entre las conceptualizaciones individuales e interacciones de la conducta y su cambio (Similarities and differences between individual and Interactional conceptions of behavior and change)*. Ray, W.A. y Borer, M. (2007). En: W.A. Ray y M. Borer, *Similarities and differences between individual and Interactional conceptions of behavior and change*. Journal OfBrief, Strategic and Systemic Therapies, 1(2), 37-45.

49.3. *Terapéuticas circulares (Circular Therapeutics)*. Keeney, H., y Keeney, B. (2012). En: H. Keeney y B. Keeney, *Circular Therapeutics*. (pp. 15-45). Phoenix: Zeig, Tucker & Theisen,

50.1. *Estética del Cambio*. Keeney, B. (1994). En: B. Keeney, *Estética del Cambio*. (pp. 128-167). Barcelona: Paidós.

50.2. *Externalización en la terapia narrativa: un re-surgimiento modernista del exorcismo*. Stephenson, H., y Keeney, B. (2012). En: H. Stephenson y B. Keeney, *Externalización en la terapia narrativa: un re-surgimiento modernista del exorcismo*. Psicoterapia y Familia, 25(1), 34-49.

50.3. *El Terapeuta Dialógico*. Bertrando, P. (2011). En: P. Bertrando, *El Terapeuta Dialógico*. (pp. 1-24). México: Pax.

50.4. *Terapéuticas circulares (Circular Therapeutics)*. Keeney, H., y Keeney, B. (2012). En: H. Keeney y B. Keeney, *Circular Therapeutics*. (pp. 47-75). Phoenix: Zeig, Tucker & Theisen.

50.5. *¿Dónde está la familia en la terapia familiar narrativa? (Where is the family in narrative family therapy?)*. Minuchin, S. (1998). En: S. Minuchin, *Where is the family in narrative family therapy*. Journal of Marital and Family Therapy, 24(4), 397-403.

51.1. *Conversación, lenguaje y posibilidades*. Anderson, H. (1999). En: H. Anderson, *Conversación, lenguaje y posibilidades*. (pp. 39-62). Buenos Aires: Amorrortu.

51.2. *¿Qué es sistémico acerca de la terapia sistémica? Modelos de Terapia Confusa de la Práctica Sistémica (What Is Systemic About Systemic Therapy? Therapy Models Muddle Embodied Systemic Practice)*. Keeney, H. & Keeney, B. (2012). En: H. Keeney & B. Keeney, *What Is Systemic About Systemic Therapy? Therapy Models Muddle Embodied Systemic Practice*. Journal of Systemic Therapies, 31(1), 22-37.

51.3. *El Terapeuta Dialógico*. Bertrando, P. (2011). En: P. Bertrando, *El Terapeuta Dialógico*. (pp. 25-44). México: Pax.

51.4. *Terapéuticas circulares (Circular Therapeutics)*. Keeney, H. y Keeney, B. (2012). En: H. Keeney y B. Keeney, *Circular Therapeutics*. (pp. 81-114). Phoenix: Zeig, Tucker & Theisen.

51.5 *Reimaginando la terapia familiar: Reflexiones sobre la familia invisible de Minuchin (Reimagining family therapy: Reflections on Minuchin's invisible family)*. Anderson, H. (1999). En: H. Anderson, *Reimagining family therapy: Reflections on Minuchin's invisible family*. *Journal of Marital and Family Therapy*, 25(1), 1-8.

51.6. *Volver a contar, reinventar e investigar: una conversación continua (Retelling, reimagining and researching: a continuing conversation)*. Minuchin, S. (1999). En: S. Minuchin, *Retelling, reimagining and researching: a continuing conversation*. *Journal of Marital and Family Therapy*, 25(1), 9-14.

52.1. *La constitución de lo patológico*. Méndez, C., Coddou, F., y Maturana, H. (1995). En: J. Luzoro (Ed.), *Humberto Maturana. Desde la Biología a la Psicología*. (pp. 158-194). Santiago: Universitaria.

52.2. *Acerca de estar sano en un medio enfermo*. Rosenhan, D. (1973/1998). En: P. Watzlawick. (Ed.). *La realidad inventada*. (pp. 99-120). Barcelona: Gedisa.

52.3. *Experiencias de inmersión total en el medio manicomial*. Paniagua, C. (1985). En: C. Paniagua, *Experiencias de inmersión total en el medio manicomial*. *Psiquis*, 6(5), 163-172.

52.4. *Cuestiones éticas en las parejas y la terapia familiar (Ethical Issues in Couples and Family Therapy)*. Corey, G., Schneider-Corey, M., y Callanan, P. (2011). En: G. Corey, M. Schneider-Corey & P. Callanan. *Issues and Ethics in the Helping Professions*. (pp. 449-477). Belmont: Brooks/Cole.

52.5. *Sobre la ética en psicoterapia y la influencia de Heinz Von Foerster (On ethics in psychotherapy and the influence of Heinz von Foerster)*. Anger-Díaz, B. (2008). En: B. Anger-Díaz, *On ethics in psychotherapy and the influence of Heinz von Foerster*. *Journal of Brief, Strategic and Systemic Therapies*, 2(1), 31-42.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS R.B.E.P.

Almendro, M. (1999). *La consciencia transpersonal*. Kairos.

Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades*. Amorrortu.

Anderson, H. (1999). Reimagining family therapy: Reflections on Minuchin's invisible family. *Journal of Marital and Family Therapy*, 25(1), 1-8. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1752-0606.1999.tb01105.x>

Anger-Díaz, B. (2008). On ethics in psychotherapy and The influence of Heinz von Foerster. *Journal of Brief, Strategic and Systemic Therapies*, 2(1), 31-42. <https://www.geyerhofer.com/download/090709125340.pdf>

Bateson, G., y Bateson, M. C. (2000). *El temor de los Ángeles*. Gedisa.

Baumgardner, P. (2003). *Terapia Gestalt*. Pax.

Bertrando, P. (2011). *El Terapeuta Dialógico*. Pax.

Capdevila, V. (3 de enero 2005). La Logoterapia como acompañamiento en la enfermedad. *Acompañamiento a pacientes inmunocomprometidos, una mirada desde la Logoterapia*. <https://logoforo.com/la-logoterapia-como-acompanamiento-en-la-enfermedad/>

Capra, F. (1984). *El punto crucial. Ciencia, sociedad y cultura naciente*. Integral.

Carranza, V. (2002). El concepto de salud mental en psicología humanista existencial. *Universidad Católica Boliviana*; 1(1), 1-19. <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v1n1/v1n1a01.pdf>

Conner, M. y Norman, P. (1999). *Predicting health behaviour*. Buckingham: Open University Press.

Corey, G., Schneider-Corey, M. & Callanan, P. (2011). *Issues and Ethlcs in the Helping Professions*. Brooks/Cole.

Cortés-Vázquez, E., Ramírez-Guerrero, M., Olvera-Méndez, J. y Arriaga-Abad, Y.J. (2009). El comportamiento de salud desde la salud: la salud como un proceso. *Alternativas en Psicología*, 14(20), 89-102. <https://biblat.unam.mx/en/revista/alternativas-en-psicologia/2>.

Dethefsen, T. y Dahlke, R. (2000). *El mensaje curativo del Alma*. Océano.

Dethefsen, T. y Dahlke, R. (2000). *La enfermedad como camino*. Plaza y Janes Editores.

Eguiluz, L. L. (Ed.) (2004). *La Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. Pax.

Ferguson, M. (1994). *La conspiración de Acuario*. Biblioteca Fundamental.

Fisch, R. & Schlanger, K. (Eds.) (1974/2009). *Focused Problem Resolution*. Selected Papers of the MR Brief Therapy Center. Zeig, Tucker & Theisen.

Foucault, M. (1998). *Historia de la locura en la época clásica* (Tomo 1). FCE.

Freud, S. (1925-1926/1998). *Inhibición, síntoma y angustia*. (Obras completas. Vol. XX.). Amorrortu.

Freud, S. (1927-1931/1998). *El malestar de la cultura*. (Obras completas. Vol. XXI.). Amorrortu.

Galende, E. (1997). *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual*. Paidós.

García-Méndez, M., Rojas-Russell, M. y Vargas-Núñez, B.I. (Ed.) (2001). *Psicología clínica y salud. Perspectivas teóricas*. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México.

Haley, J. (1987). *Estrategias en Psicoterapia*. Toray.

Haley, J. (1991). *Las tácticas de poder de Jesucristo*. Paidós.

Jackson, D. D. (1959). *Interacción familiar, homeostasis familiar y psicoterapia familiar conjunta*. Science & Behavior Books.

- Jackson, D. D. (1956/1977). *Comunicación, Familia y matrimonio*. Nueva Visión.
- Keeney, B. (1994). *Estética del Cambio*. Paidós.
- Keeney, H. & Keeney, B. (2012). What Is Systemic About Systemic Therapy? Therapy Models Muddle Embodied Systemic Practice. *Journal of Systemic Therapies*, 31(1), 22-37. https://www.academia.edu/1329855/H_Keeney_and_B_Keeney_2012_What_is_systemic_about_systemic_therapy_Therapy_models_muddle_systemic_practice_Journal_of_Systemic_Therapies_31_1_22_37
- Keeney, H. & Keeney, B. (2012). *Circular Therapeutics*. Zeig, Tucker & Theisen.
- Lawlis, F. (1999). *Medicina Transpersonal*. Kairos.
- Luzoro, J. (Ed.) (1995). *Humberto Maturana. Desde la Biología a la Psicología*. Universitaria.
- Miguenz, M. (1993). *Gestalt Transpersonal. Un viaje hacia la unidad*. Era Naciente.
- Minuchin, S. (1999). Retelling, reimagining and researching: a continuing conversaron. *Journal of Marital and Family Therapy*, 25(1), 9-14. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1752-0606.1999.tb01106.x>
- Minuchin, S. (1998). Where is the family in narrative family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24(4), 397-403. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1752-0606.1998.tb01094.x>
- Morales-Calatayud, F. (1999). *Introducción a la psicología de la salud*. Paidós.
- Naranjo, C. (1990). *La vieja y novísima Gestalt: Actitud y Práctica*. Kairos.
- Palmero, F. y Fernández-Abaséal, E. G. (1998). *Emociones y adaptación*. Ariel Psicología.
- Paniagua, C. (1985). *Experiencias de inmersión total en el medio manicomial*. Psiquis, 6(5), 163-172. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2765902>
- Rams-Ferrus, A. F. (30 Mayo 2013). *Salud y enfermedad en terapia Gestalt*. <https://gestaltnet.net/gestaltoteca/documentos/articulos/salud-enfermedad-terapia-gestalt>

Ray, W. A. & Borer, M. (2007). *Similarities and differences between individual and Interactional conceptions of behavior and change*. Journal of Brief, Strategic and Systemic Therapies, 1(2), 37-45. http://www.paginaspersonales.unam.mx/files/68/L7_Ray%26Borer_2007.pdf

Ribes-Iñesta, E. (2011). *Psicología y salud: un análisis conceptual*. Trillas.

Sluzki, C. E., & Ramsom, D. C. (Eds.). (1960/1976). Double Bind. *The foundation of the communicational approach to the family*. Gruñe & Stratton.

Stephenson, H. y Keeney, B. (2012). *Externalización en la terapia narrativa: un resurgimiento modernista del exorcismo*. *Psicoterapia y Familia*, 25(1), 34-49. https://www.academia.edu/1329859/Keeney_H_and_Keeney_B_2012_Externalization_in_narrative_therapy_Addressing_a_modernist_reemergence_of_exorcism

Stroebe, W. (2000). *Social psychology and health*. Open University Press.

Vecco, R. (2009). Humanizar la salud desde la Logoterapia. *Colección Sentido Iberoamericano*, 13, 1-11. <https://logoforo.com/humanizar-la-salud-desde-la-logoterapia/>

Walsh, R. y Vaughan, F. (Eds.) (1982). *Más allá del ego, textos de psicología transpersonal*. Kairós.

Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (2002). *Teoría de la comunicación humana*. Herder.

Watzlawick, P. (Ed.). (1973/1998). *La realidad inventada*. Gedisa.

Zuck, G. y Boszormenyi-Nagy, I. (Comp.). (1967/1985). *Terapia familiar y familias en conflicto*. FCE.

PAUTA 2:

UNIDAD DE APRENDIZAJE: ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN.

MODALIDAD: PRÁCTICA SUPERVISADA.

PRESENTACIÓN

En el programa de Psicología Clínica y de la Salud, se observa en la modalidad de Práctica Supervisada la temática de Estrategias de Evaluación e Intervención Psicológica en el semestre non. Esta unidad de aprendizaje tiene como objetivo principal que el alumno de la Carrera de Psicología desarrolle las capacidades pertinentes que le permitan un adecuado manejo clínico para la atención psicológica en personas con desórdenes o trastornos emocionales, conductuales y de personalidad. Por lo que el abordaje de los contenidos de esta unidad de aprendizaje promueve la formación de competencias profesionales, desde los conocimientos esenciales, las habilidades y las actitudes, que permiten que el profesional de la salud promueva comportamientos saludables, de prevención y de investigación, sobre las diversas problemáticas relacionadas con la Psicología desde un contexto social, histórico y cultural. De esta forma es que en la Unidad de Aprendizaje: Estrategias de Evaluación e Intervención se aborden contenidos que permiten la comprensión del alumno para llevar a cabo el proceso de atención terapéutica. La bibliografía a revisar se encuentra distribuida en cuatro contenidos. En el Contenido Uno (4.1.1.) se encuentra la temática sobre la Planificación del proceso de tratamiento, así como la implementación de la entrevista psicológica como herramienta para la obtención de datos relevantes para el proceso terapéutico. En el Contenido Dos (4.1.2.) se describe la elaboración del programa de tratamiento en el que se realiza la revisión de especificaciones para la elaboración del expediente clínico en la intervención individual en diferentes grupos de edad, desde la perspectiva de la terapia sistémica y aspectos relacionados desde el enfoque de la terapia cognitivo conductual. En el Contenido Tres (4.1.3.) se encuentra el desarrollo del programa de tratamiento, con la formulación de casos y el diseño de tratamientos cognitivos conductuales. Y en el Contenido Cuatro (4.1.4.) se realiza el análisis del tema referente al seguimiento y evaluación del tratamiento de problemas de índole psicológico, para las que se proponen abordajes desde las técnicas de solución de problemas, la psicoterapia estratégica y la terapia cognitivo conductual.

En esta Pauta o Guía de lectura para Unidad de Aprendizaje: Estrategias de Evaluación e Intervención, actividad que corresponde a la Práctica Supervisada, se presentan tanto las

referencias como los resúmenes de los materiales de lectura, que realizan una aproximación a las diferentes y principales teorías psicológicas que dan un enfoque particular para la descripción de la conducta humana dentro de proceso de salud-enfermedad, orientando así al alumno para pueda tener conocimiento sobre los métodos para el análisis y evaluación psicológica, aplicando aspectos socioculturales e históricos. Para presentar un recorrido organizado y brindar propuestas de actualización a estos materiales.

Objetivo General

El alumno:

Construirá una visión crítica de la conceptualización del proceso salud enfermedad como un fenómeno complejo, desde un contexto social, histórico y cultural.

Objetivo específico

El alumno:

Participará en la implementación de tratamientos terapéuticos para la solución de problemas psicológicos.

CRONOGRAMA DE CONTENIDOS

Los contenidos del Programa de la Unidad de Aprendizaje: **Estrategias de Evaluación e intervención** (Práctica Supervisada) correspondiente al Modulo I: **Salud-Enfermedad: Enfoques y Procesos**, se organizaron de acuerdo con las sesiones y lecturas. Se encuentra en la Tabla A, el compendio con el número de sesiones, contenidos por sesión y las referencias (básicas y clásicas) de la lectura. Este desglose permitirá al lector dar el seguimiento a la propuesta del programa, la revisión individual y/o grupal, así como plantear el análisis crítico y la elaboración de estrategias prácticas de la Psicología Clínica y de la Salud. La Pauta o Guía de Lectura contiene las Referencias Básicas de las Estrategias de Evaluación e Intervención (R.B.E.E.I.) tiene la siguiente distribución por contenidos: 4.1. Intervención en Psicología clínica y salud: 4.1.1. Planificación del proceso de tratamiento. 32 sesiones con 47 referencias; 4.1.2. Elaboración del programa de tratamiento. 13 sesiones con 19 referencias; 4.1.3. Desarrollo del programa de tratamiento. 28 sesiones con 48 referencias; y 4.1.4. Seguimiento y evaluación del tratamiento. 41 sesiones con 63 referencias. El total de sesiones son 115 con 177 referencias básicas y/o clásicas.

TABLA A: Relación de Contenidos, número de sesiones y referencias básicas y/o clásicas de R.B.E.E.I. (Nomenclatura: Sesión = S)

Contenidos	S	Referencia básica y/o clásica
4.1.1 Planificación del proceso de tratamiento	1	Bateson, G. (1999). Hacia una unidad Sagrada. Barcelona: Gedisa. (pp. 316-323).
	2	Beck, J. (2000). Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización. España: Gedisa. (pp. 17-30).
	3.1	Bellak, L. y Siegel, H. (1999). Manual de Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia: Manual Moderno. (pp. 1-5).
	3.2	Bellak, L. y Siegel, H. (1999). Manual de Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia: Manual Moderno. (pp. 17-26).
	4.1	Capra, F. (2002). La trama de la Vida. Una nueva perspectiva de los sistemas vivos. Barcelona: Anagrama. (pp. 25-55).
	4.2	Capra, F. (2002). La trama de la Vida. Una nueva perspectiva de los sistemas vivos. Barcelona: Anagrama. (pp. 70-89).
	5.1	Hirsch, H. y Casabianca, R. (2009). Como equivocarse menos en terapia. Santa Fe, Argentina: Universidad Católica de Santa Fe. (pp. 44-53).
	5.2	Hirsch, H. y Casabianca, R. (2009). Como equivocarse menos en terapia. Santa Fe, Argentina: Universidad Católica de Santa Fe (pp. 54-59).
	5.3	Hirsch, H. y Casabianca, R. (2009). Como equivocarse menos en terapia. Santa Fe, Argentina: Universidad Católica de Santa Fe (pp. 68-75).
	6	Castanedo, C. (2005). Psicología Humanística Norteamericana. México: Herder. (pp. 21-34).
	7	Compas, B. y Gotlieb, I. (2003). Introducción a la Psicología clínica. Ciencia y práctica. Madrid: McGraw Hill. (pp. 281-308).
	8	De Shazer, S. (1996). Pautas de Terapia Familiar Breve. Un enfoque ecosistémico. Buenos Aires: Paidós. (60-77).
	9.1	Fernández-Abascal E. y PaGGGGlmero, F. (1999). Emociones y salud. Barcelona: Ariel. (pp. 5-18).
	9.2	Fernández-Abascal E. y Palmero, F. (1999). Emociones y salud. Barcelona: Ariel. (pp. 49-67).

Contenidos	S	Referencia básica y/o clásica
4.1.1 Planificación del proceso de tratamiento	10.1	Fisch, R. Weakland, J.H. y Segal, L. (2003). La táctica del cambio. Barcelona: Herder. (pp. 9-38).
	10.2	Fisch, R. Weakland, J.H. y Segal, L. (2003). La táctica del cambio. Barcelona: Herder. (pp. 39-71).
	10.3	Fisch, R. Weakland, J.H. y Segal, L. (2003). La táctica del cambio. Barcelona: Herder. (pp. 73-88).
	11	Fisch, R. Weakland, J.H. y Segal, L. (2003). La táctica del cambio. Barcelona: Herder. (pp. 109-130) ¹ .
	12.1	Freud, S. (1923/1925). El yo y el ello y otras obras. Argentina: Amorrortu. (Obras Completas. Tomo XIX. Conciencia e inconciencia, página 15-40).
	12.2	Freud, S. (1923/1925). El yo y el ello y otras obras. Argentina: Amorrortu. (Obras Completas. Tomo XIX. Neurosis y psicosis, página 155-159).
	13	Freud, S. (1925/1926). Presentación autobiográfica Inhibición, síntoma y angustia ¿Pueden los legos ejercer el análisis? y otras obras. Argentina: Amorrortu. (Obras Completas. Tomo XIX. Alocución ante los miembros de la Sociedad, página 259-270).
	14	Gedo, J. y Goldberg, A. (2001). Modelos de la mente. Buenos Aires: Amorrortu. (pp. 11-27).
	15	Haley, J. (2003). Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson. Buenos Aires: Amorrortu. (pp. 7-32).
	16	Haley, J. (1991). Las tácticas de poder de Jesucristo. Barcelona: Paidós. (pp. 23-52).
	17.1	Halguin R. y Krauss S. (2004). Psicología de la anormalidad. México: McGraw-Hill. (pp. 1-11).
	17.2	Halguin R. y Krauss S. (2004). Psicología de la anormalidad. México: McGraw-Hill. (pp. 37-38).
	17.3	Halguin R. y Krauss S. (2004). Psicología de la anormalidad. México: McGraw-Hill. (pp. 12-23).

1 Esta referencia reemplaza la lectura 11 del compendio de Práctica Supervisada.

Contenidos	S	Referencia básica y/o clásica
4.1.1 Planificación del proceso de tratamiento	17.4	Halguin R. y Krauss S. (2004). Psicología de la anormalidad. México: McGraw-Hill. (pp. 82-119).
	18.1	Hirsch, H. y Rosarios, H. (1987). Estrategias Institucionales. Argentina: Nadir Editores. (pp. 99-126).
	18.2	Hirsch, H. y Rosarios, H. (1987). Estrategias Institucionales. Argentina: Nadir Editores. (pp. 197-210).
	19	Sadock, V.A. y Sadock, J.B. (2008). Kaplan, y Sadock: Manual de Bolsillo de Psiquiatría Clínica. Barcelona: Wolters Kluwer. (pp. 19-30).
	20.1	Madrid, J. (2005). Los procesos de la relación de ayuda. España: Desclée de Brouwer. (pp. 273-307).
	20.2	Madrid, J. (2005). Los procesos de la relación de ayuda. España: Desclée de Brouwer. (pp. 309-340).
	21	Maslow, A. (1990). La amplitud potencial de la naturaleza. México: Trillas. (pp. 19-38).
	22.1	Neimeyer, R. y Mahoney, M. (2000). Constructivismo en Psicoterapia. España: Paidós. (pp. 29-58).
	22.2	Neimeyer, R. y Mahoney, M. (2000). Constructivismo en Psicoterapia. España: Paidós. (pp. 59-87).
	23.1	O'Connor, J. y Seymour, J. (1993). Introducción a la programación neurolingüística. México: Urano. (pp. 27-56).
	23.2	O'Connor, J. y Seymour, J. (1993). Introducción a la programación neurolingüística. México: Urano. (57-86).
	23.3	O'Connor, J. y Seymour, J. (1993). Introducción a la programación neurolingüística. México: Urano. (pp. 87-109).
	23.4	O'Connor, J. y Seymour, J. (1993). Introducción a la programación neurolingüística. México: Urano. (pp. 111-135).
	23.5	O'Connor, J. y Seymour, J. (1993). Introducción a la programación neurolingüística. México: Urano. (pp. 137-165).
	24	O'Hanlon, W. y Weiner-Davis, M. (1990). En busca de soluciones. Barcelona: Paidós. (pp. 37-61).
	25	Olivares, R. (2005). La Construcción socio-existencial de los varones hoy. (Tesis de maestría). Universidad Nacional Autónoma México. (pp. 51-89).

Contenidos	S	Referencia básica y/o clásica
4.1.1 Planificación del proceso de tratamiento	26.1	Quitman, H. (1989). Psicología Humanística. España: Herder. (pp. 17-41).
	26.2	Quitman, H. (1989). Psicología Humanística. España: Herder. (pp. 45-73).
	27	Reynoso, E.L. y Seligson, N.I. (2011) Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual. México: Manual Moderno. (pp. 121-203).
	28.1	Sánchez, P. (2008). Psicología Clínica. México: Manual Moderno. (pp. 1-70).
	28.2	Sánchez, P. (2008). Psicología Clínica. México: Manual Moderno. (pp. 71-154).
	28.3	Sánchez, P. (2008). Psicología Clínica. México: Manual Moderno. (pp. 155-163).
	29	Sartre, J. (2008). El Existencialismo es un humanismo. México: Editores Mexicanos Unidos. (pp. 13-54).
	30	Watzlawick, P. y Ceberio, M. (2008). Ficciones de la realidad. Realidades de la ficción. Barcelona: Herder. (pp. 7-22).
	31	Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1991). Teoría de la Comunicación Humana. Barcelona: Herder. (pp. 21-48).
	32	Wittezaele, J. y García, T. (1994). La Escuela de Palo Alto. Barcelona: Herder. (pp. 229-289).
4.1.2 Elaboración del programa de tratamiento	33.1	Bellak, L. y Siegel, H. (1999). Manual de Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia. México: Manual Moderno. (pp. 30-40).
	33.2	Bellak, L. y Siegel, H. (1999). Manual de Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia. México: Manual Moderno. (pp. 44-53).
	34.1	Boscolo, L. y Bertrando, P. (1996). Terapia Sistémica Individual. Buenos Aires: Amorrortu. (pp. 65-75).
	34.2	Boscolo, L. y Bertrando, P. (1996). Terapia Sistémica Individual. Buenos Aires: Amorrortu. (pp. 85-95).
	35.1	Fernández-Abascal, E. y Palmero, F. (1999). Emociones y salud. Barcelona: Ariel. (pp. 69-87).
	35.2	Fernández-Abascal, E. y Palmero, F. (1999). Emociones y salud. Barcelona: Ariel. (pp. 91-124).

Contenidos	S	Referencia básica y/o clásica
4.1.2 Elaboración del programa de tratamiento	35.3	Fernández-Abascal, E. y Palmero, F. (1999). Emociones y salud. Barcelona: Ariel. (pp. 185-208).
	35.4	Fernández-Abascal, E. y Palmero, F. (1999). Emociones y salud. Barcelona: Ariel. (pp. 253-264).
	36	Fisch, R. Weakland, J.y Segal, L. (2003). La táctica del cambio. Barcelona: Herder. (pp. 109-130).
	37	Friedberg, R. (2005). Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes. México: Paidós. (pp. 67- 92).
	38	Gaskins, I. y Elliot, T. (2005). Cómo enseñar estrategias cognitivas en la escuela. Argentina: Paidós. (pp. 97-113).
	39	Guillén, R.S. (2007). Manual de evaluación psicológica multimodal ERIC.PSIC. México, FES Zaragoza. UNAM. (pp. 37-61).
	40	Haley, J. (2003). Terapia no convencional: Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson. Argentina: Amorrortu. (pp. 33-57).
	41	Lazarus, A. (2000). El enfoque multimodal: Una psicoterapia breve pero completa. Bilbao: Desclée de Brouwer. (pp. 37-45).
	42	Nardone, G. (2002). Psicoseoluciones. Barcelona: Herder. (pp. 15-37).
	43	O´Hanlon, W. H. y Weiner-Davis M. (2009). En busca de soluciones. Barcelona: Paidós. (pp. 71-86).
	44	Palazzoli, S.M., Boscolo, L., Cecchin, C. y Prata, G. (1998). Paradoja y Contraparadoja. Barcelona: Paidos. (pp. 19-28).
	45.1	Wittezaele, J. y García, T. (1994). La Escuela de Palo Alto. Barcelona. Herder. (pp. 23-29).
	45.2	Wittezaele, J. y García, T. (1994). La Escuela de Palo Alto. Barcelona. Herder. (pp. 260-289).
4.1.3 Desarrollo del programa de tratamiento	46.1	Auping, B.J. (2000). La teoría psicoanalítica a la luz de la ciencia moderna. México: Plaza y Valdez. (pp. 327-333).
	46.2	Auping, B.J. (2000). La teoría psicoanalítica a la luz de la ciencia moderna. México: Plaza y Valdez. (pp. 337-342).
	47.1	Bandler, R. y Grinder, J. (2012). De Sapos a príncipes. Programación neurolingüística. Argentina: Cuatro Vientos. (pp. 91-110).

Contenidos	S	Referencia básica y/o clásica
4.1.3 Desarrollo del programa de tratamiento	47.2	Bandler, R. y Grinder, J. (2012). De Sapos a príncipes. Programación neurolingüística. Argentina: Cuatro Vientos. (pp. 111-150).
	48	Beck, J. (2000). Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización. España: Gedisa. (pp. 31-44).
	49	Becoña, I.E., Casete, F.L., Lloves, M.M., Nogueiras, F.L., Lage, M.Z.M., Gutiérrez, M.M., Baamonde, R.M., Lorenzo, P.C., Suárez, P.S., González, V.N., Vázquez, D.M. y Miguez, V.M. (2004). Guías de tratamiento y guías para la práctica clínica psicológica: Una visión desde la clínica. Papeles del Psicólogo, 25(087), 9-19.
	50	Hirsch, H. y Casabianca, R. (2009). Como equivocarse menos en terapia. Santa Fe, Argentina: Universidad Católica de Santa Fe. (pp. 76-81).
	51	Díaz-Lázaro, C.M. (2011). Exploración de prejuicios en los psicólogos. El primer paso hacia la competencia sociocultural. Papeles del Psicólogo, 32 (3). pp. 274-281.
	52.1	Fernández-Abascal, E. y Palmero, F. (1999). Emociones y salud. Barcelona: Ariel. (pp. 327-348).
	52.2	Fernández-Abascal, E. y Palmero, F. (1999). Emociones y salud. Barcelona: Ariel. (pp. 349-364).
	53	Fernández, V. (1994). Psicoterapia estratégica. México: B.U.A.P. (pp. 7-17).
	54.1	Fisch, R. Weakland, J. y Segal, L. (2003). La táctica del cambio. Barcelona: Herder. (pp. 39-71).
	54.2	Fisch, R. Weakland, J. y Segal, L. (2003). La táctica del cambio. Barcelona: Herder. (pp. 89-108).
	54.3	Fisch, R. Weakland, J. y Segal, L. (2003). La táctica del cambio. Barcelona: Herder. (pp. 131-146).
	55	Flores, G.M. y Díaz-Loving, R. (2009). Escala Multidimensional de la asertividad. México: Manual Moderno.
	56	Gismero, G.E. (2010). Escala de Habilidades Sociales. Madrid: Publicaciones de Psicología Aplicada TEA. Inventario de habilidades sociales.

Contenidos	S	Referencia básica y/o clásica
4.1.3 Desarrollo del programa de tratamiento	57	González, A. (2003). Fenomenología y Hermenéutica: propuestas para la fundamentación metodológica del desarrollo humano. Prometeo, Revista Mexicana De Desarrollo Humano. No.38: (pp. 15-19).
	58	Haley, J. (1980). Terapia para resolver problemas. Buenos Aires: Amorrortu. (pp. 23-61).
	59.1	Lafarga, J. y Gómez J. (1999). Desarrollo del Potencial Humano. México: Trillas. (pp. 77-92).
	59.2	Lafarga, J. y Gómez J. (1999). Desarrollo del Potencial Humano. México: Trillas. (pp. 175-185).
	60	Lafarga, J. (2006). Conferencia Inédita.(pp. 1-13).
	61	Lore, S. (1997). Fuego para el propio conocimiento. México: Universidad Iberoamericana. (pp. 27-31).
	62.1	Madrid, J. (2005). Los procesos de la relación de ayuda. España: Desclée de Brouwer. (pp. 223-271).
	62.2	Madrid, J. (2005). Los procesos de la relación de ayuda. España: Desclée de Brouwer. (pp. 273-307).
	62.3	Madrid, J. (2005). Los procesos de la relación de ayuda. España: Desclée de Brouwer. (pp. 309-340).
	63.1	Nezu, M.A., Nezu Maguth, C y Lombardo, E. (2006) Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas. México: Manual Moderno. (pp. 1-51).
	63.2	Nezu, M.A., Nezu Maguth, C y Lombardo, E. (2006) Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas. México: Manual Moderno. (pp. 63-118).
	63.3	Nezu, M.A., Nezu Maguth, C y Lombardo, E. (2006) Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas. México: Manual Moderno. (pp. 119-170).
	63.4	Nezu, M.A., Nezu Maguth, C y Lombardo, E. (2006) Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas. México: Manual Moderno. (pp. 171-230).
	63.5	Nezu, M.A., Nezu Maguth, C y Lombardo, E. (2006) Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas. México: Manual Moderno. (pp. 231-268).

Contenidos	S	Referencia básica y/o clásica
4.1.3 Desarrollo del programa de tratamiento	64	O'Hanlon, W. (2001). Desarrollar Posibilidades. España: Paidós. (pp. 87-107).
	65	O'Connor, J. y Seymour, J. (1993). Introducción a la programación neurolingüística. México: Urano. (pp. 167-204).
	66	O'Hanlon, W. (2001). Desarrollar Posibilidades. España: Paidós. (pp. 143-149).
	67	O'Hanlon, W. (1989). Raíces profundas. Principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erickson. Argentina: Paidós. (pp. 35-63).
	68.1	Palazzoli, S.M., Boscolo, L., Cecchin, C. y Prata, G. (1998). Paradoja y Contraparadoja. Barcelona: Paidós. (pp. 31-43).
	68.2	Palazzoli, S.M., Boscolo, L., Cecchin, C. y Prata, G. (1998). Paradoja y Contraparadoja. Barcelona: Paidós. (pp. 64-67).
	69	Papp, P. (2008). El proceso de cambio. Buenos Aires: Paidós. (pp. 31-40).
	70.1	Robles, T. (1991). Terapia cortada a la medida. Un seminario ericksoniano con Jeffrey K. Zeig. México: Editorial del Instituto Milton H. Erickson. (pp. 27-47).
	70.2	Robles, T. (1991). Terapia cortada a la medida. Un seminario ericksoniano con Jeffrey K. Zeig. México: Editorial del Instituto Milton H. Erickson. (pp. 49-77).
	70.3	Robles, T. (1991). Terapia cortada a la medida. Un seminario ericksoniano con Jeffrey K. Zeig. México: Editorial del Instituto Milton H. Erickson. (pp. 79-94).
	71.1	Rogers, C. (2002). El proceso de convertirse en persona. México: Paidós. (pp. 15-35).
	71.2	Rogers, C. (2002). El proceso de convertirse en persona. México: Paidós. (pp. 39-45).
	71.3	Rogers, C. (2002). El proceso de convertirse en persona. México: Paidós. (pp. 46-62).
	72.1	Rogers, C. (1990). Desarrollo del Potencial Humano. México: Trillas. (pp. 29-34).

Contenidos	S	Referencia básica y/o clásica
4.1.3 Desarrollo del programa de tratamiento	72.2	Rogers, C. (1990). Desarrollo del Potencial Humano. México: Trillas. (pp. 121-136).
	73.1	Rogers, C. (1997). Psicoterapia centrada en el cliente. México: Paidós. (pp. 69-122).
	73.2	Rogers, C. (1997). Psicoterapia centrada en el cliente. México: Paidós. (pp. 123-175).
	73.3	Rogers, C. (1997). Psicoterapia centrada en el cliente. México: Paidós. (409-450).
4.1.4 Seguimiento y evaluación del tratamiento	74	Bandler, R. y Grinder, J. (2012). De sapos a príncipes. Programación Neurolingüística. Argentina: Cuatro Vientos. (pp. 151-174).
	75	Beck, A. (2005). El trastorno bipolar. Una aproximación desde la terapia cognitiva. Paidós. México. (pp. 107- 131).
	76.1	Beck, A. y Freeman, A. (2002). Terapia Cognitiva de los trastornos de la personalidad. España: Paidós. (pp. 184-218).
	76.2	Beck, A. y Freeman, A. (2002). Terapia Cognitiva de los trastornos de la personalidad. España: Paidós. (219-257).
	76.3	Beck, A. y Freeman, A. (2002). Terapia Cognitiva de los trastornos de la personalidad. España: Paidós. (pp. 258-299).
	76.4	Beck, A. y Freeman, A. (2002). Terapia Cognitiva de los trastornos de la personalidad. España: Paidós. (pp. 300-333).
	76.5	Beck, A. y Freeman, A. (2002). Terapia Cognitiva de los trastornos de la personalidad. España: Paidós. (pp. 334-367).
	76.6	Beck, A. y Freeman, A. (2002). Terapia Cognitiva de los trastornos de la personalidad. España: Paidós. (439-469).
	76.7	Beck, A. y Freeman, A. (2002). Terapia Cognitiva de los trastornos de la personalidad. España: Paidós. (pp. 470-491).
	77	Beck, J. (2000). Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización. España: Gedisa. (pp. 103-123).
	78	Becoña, I.E. (2001). Técnicas de solución de problemas. En: Labrador, F.J., Cruzado, J.A. y Muñoz, M. Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. Madrid: Pirámide. (pp. 710-743).

Contenidos	S	Referencia básica y/o clásica
4.1.4 Seguimiento y evaluación del tratamiento	79	Beriso, Gómez-Escalonilla, A.B., Plans-Beriso, B., Sánchez, P.D. y Sánchez-Guerra Roig, M. (2003). Cuadernos de psicoterapia cognitivo-conductual. 1. Estrategias cognitivas para sentirse bien. Madrid: EOS. (pp. 9-51).
	80	Eisenberg N. (1992). La Empatía y su Desarrollo. España: Desclée de Brouwer. (pp. 163-177).
	81	Fernández, V. (1994). Psicoterapia Estratégica. México: B.U.A.P. (pp. 94-103).
	82	Fisch, R. Weakland, J.H. y Segal, L. (2003). La táctica del cambio. Barcelona: Herder. (pp. 147-196).
	83	Fisch, R. Weakland, J.H. y Segal, L. (2003). La táctica del cambio. Barcelona: Herder. (pp. 197-211).
	84.1	Flores, G.M. y Díaz-Loving, R. (2002). Asertividad: una alternativa para el óptimo manejo de las relaciones personales. México: Miguel Ángel Porrúa. (pp. 21-73).
	84.2	Flores, G.M. y Díaz-Loving, R. (2002). Asertividad: una alternativa para el óptimo manejo de las relaciones personales. México: Miguel Ángel Porrúa. (pp. 75-96).
	84.3	Flores, G.M. y Díaz-Loving, R. (2002). Asertividad: una alternativa para el óptimo manejo de las relaciones personales. México: Miguel Ángel Porrúa. (pp. 97-108).
	84.4	Flores, G.M. y Díaz-Loving, R. (2002). Asertividad: una alternativa para el óptimo manejo de las relaciones personales. México: Miguel Ángel Porrúa. (pp. 109-115).
	85	Friedberg, R. (2005). Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes. México: Paidós. (Paginas 157-180).
	86	Goleman, D. (2000). La Inteligencia Emocional. México: Vergara. (pp. 123-138).
	87	Haley, J. (1980). Terapia para resolver problemas. Buenos Aires: Amorrortu. (pp. 62-93).
	88.1	Haley, J. (1984). Terapia de Ordalía, caminos inusuales para modificar la conducta. Buenos Aires: Amorrortu. (pp. 13-126).

Contenidos	S	Referencia básica y/o clásica
4.1.4 Seguimiento y evaluación del tratamiento	88.2	Haley, J. (1984). Terapia de Ordalía, caminos inusuales para modificar la conducta. Buenos Aires: Amorrortu. (pp. 127-206).
	89	Haley, J. (1991). Las tácticas de poder de Jesucristo. Barcelona: Paidós. (pp. 77-83).
	90	Hervás, G., Sánchez, A, y Vázquez Carmelo. (2008). Intervenciones psicológicas para la promoción del bienestar. En. Vázquez, C. y Hervás, G. (Eds.). Psicología positiva aplicada. España: Desclée de Brouwer. (pp. 41-71).
	91.1	Hirsch, H. y Rosarios, H. (1987). Estrategias Institucionales. (La organización del cambio). Argentina: Nadir, Editores. (pp. 127-136).
	91.2	Hirsch, H. y Rosarios, H. (1987). Estrategias Institucionales. (La organización del cambio). Argentina: Nadir, Editores. (pp. 183-186).
	92	Jiménez, F. (1997). El informe psicológico. En Buela-Casal, G. y Sierra, J.C. (Dirs.). Manual de evaluación psicológica. Fundamentos, técnicas y aplicaciones. Madrid: Siglo XXI. (pp. 221-238).
	93	Lafarga, J. (2001). Liberación o Manipulación: El Amor que da la Libertad. Prometeo Revista Mexicana de Desarrollo Humano. No 27. (pp. 42- 45).
	94	Lazarus, A. A. (2000). El enfoque multimodal. Una psicoterapia breve pero completa. Bilbao: Desclée De Brouwer. (pp. 37-47).
	95	Lucio, E. (2009). MMPI-2 Inventario Multifásico de la personalidad Minnesota-2. Adaptación al español. México: Manual moderno. Inventario MMPI-2. (pp. 1-15).
	96	Muñoz, M. y Bermejo, M. (2001). Entrenamiento en inoculación de estrés. Madrid: Síntesis. (pp. 7-54).
	97	Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992). El arte del cambio. Manual de terapia estratégica e hipnoterapia sin trance. Barcelona: Herder. (pp. 71-112).
	98	Nezu, M.A., Nezu Maguth, C y Lombardo, E. (2006) Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas. México: Manual Moderno. (pp. 13-35).

Contenidos	S	Referencia básica y/o clásica
4.1.4 Seguimiento y evaluación del tratamiento	99	O'Hanlon (2003). Pequeños grandes cambios. México: Paidós. (pp. 135-155).
	100.1	O'Connor, J. y Seymour, J. (1993). Introducción a la programación neurolingüística. México: Urano. (pp. 205-240).
	100.2	O'Connor, J. y Seymour, J. (1993). Introducción a la programación neurolingüística. México: Urano. (pp. 241-253).
	100.3	O'Connor, J. y Seymour, J. (1993). Introducción a la programación neurolingüística. México: Urano. (pp. 255-286).
	100.4	O'Connor, J. y Seymour, J. (1993). Introducción a la programación neurolingüística. México: Urano. (pp. 287-299).
	101.1	O'Hanlon, W.H. (1989). Raíces profundas. Principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erickson. Argentina: Paidós. (pp. 79-96).
	101.2	O'Hanlon, W.H. (1989). Raíces profundas. Principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erickson. Argentina: Paidós. (pp. 97-128).
	102	O'Hanlon, W.H. y Weiner-Davis, M. (2009). En busca de soluciones. Barcelona: Paidós. (pp. 178-193).
	103	Okun, F.B. (2010). Ayudar de forma efectiva: Counselling. México: Paidós. (pp. 45-80).
	104.1	Payne, R.A. (2005). Técnicas de relajación. Guía práctica. Barcelona: Paidotribo. (pp. 225-243).
	104.2	Payne, R.A. (2005). Técnicas de relajación. Guía práctica. Barcelona: Paidotribo. (pp. 245-265).
	104.3	Payne, R.A. (2005). Técnicas de relajación. Guía práctica. Barcelona: Paidotribo. (pp. 267-278).
	105	Quitman H. (1989). Psicología Humanística. España: Herder. (pp. 129-177).
	106	Ramos-del Río, B. (2007). La entrevista motivacional: una estrategia para el cambio en psicología y salud. En García-Méndez, M. (Comp.). Estrategias de evaluación e intervención en psicología. México: Miguel Ángel Porrúa. (pp. 189-231).

Contenidos	S	Referencia básica y/o clásica
4.1.4 Seguimiento y evaluación del tratamiento	107	Robles, T. (1991). Terapia cortada a la medida. Un seminario ericksoniano con Jeffrey K. Zeig. México: Instituto Milton H. Erickson. (pp. 27-91).
	108	Robles, T. (1991). Terapia cortada a la medida. Un seminario ericksoniano con Jeffrey K. Zeig. México: Instituto Milton H. Erickson. (pp. 95-143).
	109.1	Rogers, C. (2002). El proceso de convertirse en persona. México: Paidós. (pp. 294-300).
	109.2	Rogers, C. (2002). El proceso de convertirse en persona. México: Paidós. (pp. 75-102).
	109.3	Rogers, C. (2002). El proceso de convertirse en persona. México: Paidós. (pp. 103-116).
	110.1	Rogers, C. y Kinget, M. (1971). Psicoterapia y Relaciones Humanas. Madrid: Alfaguara. (pp. 62-107).
	110.2	Rogers, C. y Kinget, M. (1971). Psicoterapia y Relaciones Humanas. Madrid: Alfaguara. (pp. 73-110).
	111	Travé, M.J, Pousa T.E. (2012). Eficacia de la teoría cognitivo-conductual en pacientes con psicosis de inicio reciente: una revisión. Papeles del Psicólogo, 33 (1), 48-59.
	112	Vázquez, C., Hervás, G. y M.Y.Ho, S. (2006). Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: Fundamentos y aplicaciones. Rev. Psicología Conductual, 14(3). 401- 432.
	113.1	Vázquez, M.I. (2001). Técnicas de relajación y respiración. Madrid: Síntesis. (pp. 17-85).
	113.2	Vázquez, M.I. (2001). Técnicas de relajación y respiración. Madrid: Síntesis. (pp. 109-130).
	114	Watzlawick, P. y Ceberio, M. (2008). Ficciones de la realidad. Realidades de la ficción. Barcelona: Herder. (pp. 69-78).
	115	Watzlawick, P. y Weakland, J. y Fisch, R. (2007). Cambio. Barcelona: Herder. (pp. 117-134).

REFERENCIAS BÁSICAS DE ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN (R.B.E.E.I):

Descripción de contenidos

La descripción de los contenidos se realizó a partir de las referencias básicas y clásicas. La extensión máxima de su texto es de 750 palabras. Derivadas del análisis cualitativo, se eligió la obra completa del o de los autores en lugar de secciones de la misma obra. Se presenta la Guía de Lectura de manera secuencial, separada por los contenidos de la Unidad de Aprendizaje. A continuación se encuentra la Pauta o Guía de Lectura: Referencias Básicas de Estrategias de Evaluación e intervención (R.A.E.E.I.) identificando el contenido, la sesión, la referencia básica y/o clásica, Posteriormente se describen las Referencias por Contenidos y finalmente las Referencias Bibliográficas

4.1. Intervención en Psicología clínica y salud

4.1.1 Planificación del proceso de tratamiento.

Sesión 1:

Hacia una unidad Sagrada.

Bateson, G. (1999).

En esta obra se realizó una compilación de trabajos en la que se incluye la última conferencia de Bateson y una bibliografía completa de toda su obra publicada. Gregory Bateson (1904-1980), realizó trabajos innovadores en zoología, etnología, antropología, teoría de la comunicación, psiquiatría y ecología. Sus trabajos permitieron que se ganara un lugar fundamental en el pensamiento norteamericano contemporáneo al introducir la cibernética y el pensamiento sistémico en las ciencias sociales. Rodney E. Donaldson, quien fue presidente de la American Society for Cybernetics, se dedicó durante varios años a la organización del archivo de la obra de su maestro Gregory Bateson en la Universidad de California en Santa Cruz, por lo que es considerado un experto a nivel mundial en la obra batesoniana.

Sesión 2:

Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización

Beck, J. (2000).

En esta obra la autora plasma los fundamentos de la terapia cognitivo-conductual (TCC), mostrando la forma en la que se puede involucrar a los pacientes, desarrollar una conceptualización sólida del caso, realizar la planificación de un tratamiento, estructurar las sesiones y llevar a cabo

las técnicas básicas ya sean cognitivas, conductuales y/o experimentales. Se presentan los casos completos, uno de ellos es el de un cliente con depresión severa y otro con depresión, ansiedad y rasgos de personalidad límite, dichos casos enseñan como el un terapeuta capacitado pone en marcha la terapia cognitivo-conductual y resuelve problemas comunes.

Sesión 3.1:

Panorama General

Bellak, L. y Siegel, H. (1999), (pp. 1-5).

Para el método implementado en la psicoterapia breve intensiva que es orientada psicoanalíticamente (P.B.I.U.), es importante el historial para el entendimiento de las características aplicables: el método fue una respuesta pragmática a los recursos limitados que se ofrecieron a los veteranos de la Segunda Guerra Mundial. Esta fue una aproximación que trataba de ayudar a ese gran número de personas que lo necesitaban. Esta forma de ayuda se podía diferenciar con claridad por los métodos de tratamiento cortos que pre-seleccionaban pacientes adecuados a los que se le ofrece una terapia relativamente larga, como la de 30 sesiones o más, que principalmente se limitan al tratamiento de separación de la ansiedad.

Sesión 3.2:

El perfil básico de la P.B.I.U.

Bellak, L. y Siegel, H. (1999) (pp. 17-26).

En esta lectura se habla del perfil básico, así como de los pasos a seguir durante el proceso terapéutico propuesto, aun cuando se realiza de forma breve. En la propuesta de Perfil Básico se realizan sugerencias del número de sesiones incluso dependiendo de la problemática del paciente, sugieren cinco sesiones ya que este número parece adecuarse a la mayoría de los pacientes y ha tenido buen funcionamiento, teniendo en cuenta que se llevará a cabo una sexta sesión que servirá de seguimiento. Se sugiere que cada sesión tenga una duración de 50 minutos porque es lo que se ha usado en los últimos 40 años, es de utilidad y parece ser la cantidad de tiempo necesaria y suficiente. Sin embargo, ni el número de sesiones, arreglos o duración de las mismas se consideran inalterables. De forma particular en la atención de pacientes con pánico, por ejemplo, es deseable verlos más de una vez a la semana, incluso se puede considerar que algunos necesitan ocho sesiones. Otros encuentran que una sesión de 50 minutos es muy larga, en tanto que la atención a pacientes con trastornos obsesivos difícilmente funcionará con 50 minutos y, por lo menos, para el contacto inicial, se recomienda una sesión doble. En el caso de la anamnesis completa y apreciación dinámica y estructural se discuten con detalle en la sesión inicial.

Sesión 4.1 y 4.2:

La trama de la Vida. Una nueva perspectiva de los sistemas vivos.

Capra, F. (2002).

Debido al constante cambio en y al surgimiento de un nuevo lenguaje para la comprensión de los complejos sistemas vivos, pero que hasta hoy nadie había propuesto una síntesis completa que pudiera integrar nuevos descubrimientos en un mismo contexto, permitiendo con ello su comprensión por el lector común de modo coherente, se considera un reto y la promesa principal de esta lectura. En el caso de particular de las ideas de Fritjof Capra, la vitalidad y la accesibilidad de estas lo han convertido en uno de los más elocuentes portavoces de los últimos hallazgos de las fronteras del pensamiento científico, social y filosófico. Por lo que Capra da otro paso gigantesco, proponiendo un nuevo lenguaje científico para describir las interrelaciones e interdependencias de los fenómenos psicológicos, biológicos, físicos, sociales y culturales. Basado en diez años de investigación y discusiones con destacados científicos alrededor del mundo, Capra expone perspectivas de la naturaleza de la vida y abre las posibilidades al pensamiento interdisciplinario. La obra que contiene una crítica del pensamiento positivista que ayuda a entender el origen y desarrollo del pensamiento sistémico; muestra la orientación conjunta de lo filosófico, epistemológico, histórico y biológico del pensamiento sistémico. La trama de la vida es un despliegue de argumentos en torno a la evolución y desarrollo humano bajo su mirada integral, choca con las teorías conservadoras basadas en postulados rígidos y mecanicistas sin relación con la condición humana que tiene vida propia. El autor, plantea que el patrón de la vida forma parte de una “red” o “trama”, estructural con significado funcional. De esta manera, los seres vivos y en particular, los humanos son capaces de interactuar con otros sistemas. El recorrido que hace en la obra es de la aparición de la vida en la tierra por seres microscópicos hasta otras estructuras más complejas, que permiten acercar al lector a una nueva perspectiva de los sistemas vivos, a partir de diversas corrientes de pensamiento que son alternativas basadas en el pensamiento sistémico y en el complejo, lo que permiten plantear la necesidad de repensar la biología evolutiva basada en conceptos reduccionistas.

Sesión 5.1:

Cómo equivocarse menos en terapia breve.

Hirsch, H. y Casabianca, R. (2009), (pp. 44-53).

En esta lectura se realiza un abordaje de la construcción de un registro que pueda contener los datos esenciales de un interrogatorio clínico durante el proceso terapéutico. Específicamente se realiza una descripción de los elementos que se deben incluir en la ficha de registro inicial, como lo son carátula, que a su vez contiene los datos de identificación del paciente; el derivante, que se

refiere a la persona que hizo la solicitud de la consulta y que parentesco tienen con el paciente; grupo de convivencia, en el que se considera cuál es el tipo de convivencia con los miembros de la familia, biológica o no, con quienes tenga relación. Continúa con algunas instrucciones necesarias para llevar a cabo el registro de la primera entrevista, en la que se proponen diecinueve puntos los cuales son denominados de la siguiente forma 1) Queja inicial, 2) ¿Por qué ahora), 3) motivo de consulta, 4) Historia y circunstancia actual del motivo de consulta, 5) Que deja de hacer o quisiera hacer y no hace como consecuencia del problema, 6) Soluciones intentadas, 7) Tratamiento anteriores, 8) Tratamientos actuales de cualquier tipo que se consideren parientes, 9) Actitudes y opiniones importantes de las personas significativas, 10) Motivación, 11) Posiciones y lenguaje del/los consultante/s que pueden ser útiles, 12) Diagnóstico, 13) Meta mínima pactada con el consultante y reacción de éste, 14) Objetivo del terapeuta, 15) Intervenciones del terapeuta y primera reacción del consultante, 16) Predicciones, 17) Estrategia a seguir, 18) Quiénes son citados para la próxima y 19) Número de sesiones previstas.

Sesión 5.2:

El modelo de registro del proceso terapéutico.

Hirsch, H. y Casabianca, R. (2009), (pp. 54-59).

En esta lectura se consideran aspectos relevantes para el registro de los datos durante la sesión dando énfasis al motivo de consulta, que se especifica como la percepción subjetiva y es referida a cómo los consultantes perciben el problema en relación al momento de la consulta anterior y siempre en relación a la meta establecida. Para propósitos de la evaluación se especifica que puede realizarse una indagación específica, en la que se consideren preguntas particulares con la finalidad de fundamentar dicha evaluación. En observaciones, se sugiere el registro de todo comentario que sea útil para orientar las siguientes intervenciones terapéuticas, de forma particular las aclaraciones que permitan entender por qué rebotaron situaciones problema, si es el caso, parcial o total, con lo que se puede realizar una orientación sobre los aspectos de la intervención futura que tendrían que ser modificados.

Sesión 5.3:

Manual para ficha de evaluación parcial; “sesión por sesión” del proceso terapéutico.

Hirsch, H. y Casabianca, R. (2009), (pp. 68-75).

Después de la descripción detallada para el registro de la primera sesión, se realiza una propuesta para el registro de cada sesión, que se nombra como registro sesión por sesión, en la que se toman en cuenta datos como Estado del motivo de consulta en la percepción subjetiva, que se

refiere a la percepción del problema por parte del paciente; Respuestas de las intervenciones de la sesión anterior, que se concibe como el registro prácticamente textual de los comentarios de los pacientes, así como el enfatizar las diferentes clases de respuestas dadas ante un comentario; las Sugerencias dadas durante las sesiones, las cuales tienen que ser planteadas y revisadas por posibles cambios o modificaciones posteriores; Otros cambios, que se consideran observaciones que puedan influir en la intervención y que puedan ser dignas de análisis posterior; Clima motivacional del inicio de la sesión, que se refiere al aspecto emocional que interviene en la interacción terapeuta-paciente que puede intervenir o definir el grado de confianza en la terapia y que puede interferir en la percepción que tenga el paciente en la utilidad de la terapia para resolver el motivo de consulta, tomando en cuenta también el grado de disposición que tiene el paciente a seguir las recomendaciones del terapeuta y que se clasifican en alto, medio y bajo; Respuesta del terapeuta a la información precedente, se refiere a qué dice o hace el terapeuta tanto respecto a lo que los pacientes traen como respuesta a las intervenciones; Eje temático de la sesión, dando lugar a lo que se habló en sesiones anteriores o especificando si hay temas nuevos que se han comenzado a tratar; con los puntos anteriores se evaluar si hay necesidad de realizar un cambio en la meta el motivo de consulta, su diagnóstico u objetivo; Intervenciones principales, sección en la que se describe el tipo y métodos de intervención utilizados y si es necesario la modificación de estos por los objetivos terapéuticos que se tengan para trabajar; Evaluación de la sesión, en el que se describe el clima de comienzo y de cierre, para establecer cuáles fueron los puntos de trabajo y los resultados de la sesión; Predicciones se refiere a lo que el terapeuta cree que va a pasar; y Planificación, que se refiere a al manejo de actividades por sesión que no debe repetir el terapeuta ya que estas no han funcionado o no se consideran actividades adecuadas.

Sesión 6:

Psicología Humanística Norteamericana.

Castanedo, C. (2005).

Aún con el crecimiento del movimiento psicoanalítico, en la posguerra de la Segunda Guerra Mundial, predominaba en la psicología norteamericana del siglo XX una orientación conductista, a finales de los 50's e inicios de los 60's, algunos psicólogos durante la "edad de oro" del behaviorismo se sentían descontentos con el punto de vista acerca de la naturaleza humana de éste, así como de su metodología, por lo que se rebelaron institucional e intelectualmente y fundaron lo que se conoce como la "tercera fuerza" en la psicología americana- el psicoanálisis y el conductismo son las otras dos fuerzas. Sus teorías colectivas se conocen como psicología humanística. Por lo que en este material de lectura se abordan los puntos relacionados con el surgimiento y los mecanismos de trabajo de la terapia humanística, en los tiempos en los que

enfermedades mentales como el Alzheimer dominan sobre los recuerdos, en el que la fugacidad de los acontecimientos y la voracidad con los que los consumimos en todos los ámbitos sociales hacen imposible hilar los unos con los otros para poder entender la procedencia de lo que somos y cómo hemos llegado a serlo. Se menciona también a la denominada Terapia Gestalt, para la que pensadores y teóricos plantean recapitular la procedencia, origen y evolución de este movimiento, también conocido como “la tercera fuerza”. Por lo que en la primera parte del material se habla de cómo personajes importantes de la psicología como Gordon Allport, Abraham Maslow, Carl R. Rogers, Rollo May y James Bugental expusieron una nueva manera de entender al ser humano, no con la guía de la patología sino por la expresión del desarrollo de la capacidad de crecimiento y de autorrealización del individuo. Para dar paso al cómo y de qué manera la psicología humanística permite dar respuestas y también puede intervenir en el ámbito educativo, formando aplicaciones directas. Concluyendo con artículos que tratan aspectos diferentes de la psique humana es la psicología humanística y la orientación positiva del ser, en los que el nivel corporal, afectivo y mental están presentes de manera indisoluble, en particular visualizándolos con un enfoque holístico, para permitirse una explicación amplia del desarrollo de la identidad de una persona.

Sesión 7:

Introducción a la Psicología clínica.

Compas, B. y Gotlieb, I. (2003).

Este material de lectura tiene como objetivo el abordaje y descripción de los aspectos teóricos y prácticos de la psicología clínica, en la que los autores elaboraron un escrito de los temas de forma clara, ágil y con una profundidad apropiada, con sustento en investigaciones desarrolladas a lo largo de varios años abarcando las áreas teóricas de la psicología clínica y enfocado en los temas de mayor interés, como lo son la salud psicológica, la neuropsicología y la psicología del niño, destacando la aportación de casos con ilustraciones para reforzar los conceptos de mayor relevancia.

Sesión 8:

Procedimientos en la Terapia Familiar Breve.

De Shazer, S. (1996), (60-77).

Este material integra los procedimientos clínicos de Milton Erickson y la teoría del cambio de Gregory Bateson poniendo de manifiesto el importante papel que desempeña la perspectiva ecológica en la labor de ambos estudiosos. A partir del análisis de los aspectos de conducta, se describe un tipo de intervención que tiene la particularidad de cuestionar los supuestos básicos

de la terapia familiar y realiza una redefinición de la relación entre el terapeuta y sus clientes. El autor, De Shazer, sostiene que los conceptos de “resistencia” y “homeostasis” están basados en una modalidad de pensamiento transmitida culturalmente, es decir, en una epistemología. De acuerdo a este planteamiento la familia y el terapeuta son sistemas distintos y necesariamente conflictivos: la primera se opone al cambio y el segundo lo promueve. Con ello, se presenta al terapeuta como un sujeto al que no le queda más que planear estrategias que le permitan tener mayor control de la familia, dando paso al planteamiento de un método que convierte la resistencia en cooperación. Con lo que este enfoque pone a los clientes en comunicación directa, no de forma exclusiva con el terapeuta sino también con los miembros del equipo que observan detrás de la pantalla como colaboradores, genera así que los observadores se conviertan en participantes, convirtiendo el esquema en uno que es de relaciones recíprocas que se forman en el sistema terapéutico total.

Sesiones: 9.1, 9.2, 52.1 y 52.2.

Emociones y Salud.

Fernández-Abascal, E.G. y Palmero, F. (1999).

El material sigue las directrices de los autores en el estudio de las emociones, es decir, estudiadas como un proceso que se activa cuando el organismo detecta algún peligro, amenaza o desequilibrio con el fin de movilizar los recursos a su alcance para controlar la situación. Pero, si las emociones son, por tanto, procesos adaptativos. Además, añade la colaboración de expertos investigadores y clínicos se agrupa en torno a tres bloques temáticos. El bloque uno realiza una evaluación valorativa modulará la activación emocional en sus componentes de experiencia subjetiva o sentimiento, expresión corporal, tendencia a la acción y cortejo de respuestas fisiológicas y será el responsable del reajuste de las emociones a las demandas del entorno; pero, también, puede ser el responsable de que las emociones pierdan su valor adaptativo y sean entonces perjudiciales para la salud. El segundo filtro, actúa entre la activación y la expresión emocional se refiere a los mecanismos socioculturales de control emocional que determinan en gran medida los estilos de afrontamiento, es decir, las estrategias que cada persona pone en juego para responder ante las emociones. Las autoras consideran, en la primera parte, los cambios que experimenta el niño en su desarrollo, haciendo especial referencia al apego como manifestación emocional que capitaliza las relaciones afectivas entre adultos y niños. La segunda parte se concreta en describir algunos de los problemas más específicos asociados a la regulación emocional, trastornos derivados de una excesiva e inadaptada expresión de las emociones, los trastornos relacionados con la inhibición emocional y los problemas procedentes de sentimientos de soledad en el niño que impiden la comunicación de sus emociones.

El bloque dos considera la relación entre una emoción concreta y la salud. Las emociones estudiadas son la ansiedad, la ira y la hostilidad, la tristeza y la depresión. En relación con la ansiedad, se aborda su estudio comenzando por una caracterización de la propia ansiedad. Se aborda la evolución que ha experimentado la ansiedad desde el punto de vista conceptual para ajustarse a los sucesivos cambios teóricos, la ansiedad como factor de riesgo de enfermedad, los métodos de evaluación de la ansiedad y las técnicas de reducción de la ansiedad. El estudio de las relaciones entre emociones y enfermedad progresará con los resultados fruto de la puesta en marcha de programas combinados y efectivos de tratamiento.

El bloque tres aborda el estrés como proceso adaptativo implicado en el surgimiento y desarrollo de las emociones. Su estudio se inicia con un capítulo firmado por el profesor Fernández-Abascal que nos ofrece una perspectiva básica, pero muy clara sobre el estrés. En su análisis parte de la diferencia entre los procesos emocionales y el estrés y analiza el estrés como un proceso psicológico que origina las respuestas de estrés. Una de las claves está en la valoración que el sujeto protagonista de la situación hace del medio y sus demandas. Y si el medio es valorado como estresante en cualquiera de sus formas, daño o pérdida, amenaza o desafío, hay una segunda oportunidad para neutralizar la respuesta de estrés y es la puesta en marcha de las estrategias adecuadas para hacer frente a la situación estresante. Si el afrontamiento fracasa la respuesta fisiológica se pone en marcha y puede en algunos sujetos ser responsable de los efectos negativos que el estrés tiene sobre la salud. Llegados a este punto se analizan los principales modelos teóricos que se acercan al nexo entre estrés y salud.

Sesión 10.1:

La práctica y la teoría.

Fisch, R. Weakland, J.H. y Segal, L. (2003), (9-38).

Este material de lectura habla sobre cómo se lleva a cabo un proceso de psicoterapia en poco tiempo, si bien posee implicaciones más amplias para la solución de problemas por el hecho de que impulsa el cambio. Llevar a cabo una terapia en poco tiempo no es considerado lo mismo que hacer una breve psicoterapia. Esta última expresión ha llegado a significar muchas cosas. A menudo ha venido a implicar un acortamiento del tratamiento como expediente impuesto por las limitaciones de tiempo o de personal dedicado al tratamiento, por la limitación de recursos del paciente considerados necesarios para un tratamiento a largo plazo o la limitación económica para costear un tratamiento prolongado. Se realiza una aclaración ya que el término Terapia breve se utiliza de forma recurrente para referirse también a la intervención de crisis, para la cual se piensa apropiada la brevedad del tratamiento, pero sólo para problemas que tengan como origen

una naturaleza aguda y repentina. Ya que este modelo de psicoterapia se ha definido en muchos casos como de cobertura de espacios, la bibliografía sobre la psicoterapia breve está dedicada al intento de imponer límites al tratamiento convencional a largo plazo, recurriendo a dos métodos principales: una modificación de las técnicas tradicionales y una disminución de los objetivos de la terapia.

Sesión 10.2:

La capacidad de maniobra del terapeuta.

Fisch, R. Weakland, J.H. y Segal, L. (2003), (39-71).

La lectura considera la terapia breve en la que se describe la atención a diferentes pacientes, incluso se describen las conductas de los pacientes considerados como ideales y el diálogo que se podría entablar, en el que puede percibirse interés por el tratamiento: “Le daré toda la información que usted solicita, seré todo lo claro que me sea posible, tomaré seriamente en consideración cualquier idea nueva que usted me comunique acerca de mi problema, ensayaré fuera de las horas de terapia las nuevas conductas que usted me sugiera, y me esforzaré por hacer participar en el tratamiento a los miembros de mi familia o a los amigos que puedan ayudarme a resolver mi problema”. Lamentablemente las personas que se ajustan a esta descripción no suelen acabar siendo pacientes de un psicoterapeuta. Por el contrario, los pacientes reales acostumbran a no cumplir una o más de estas condiciones. En tal sentido, adrede o no, se resisten a los intentos del terapeuta de llevar a cabo el tratamiento. En nuestra opinión, los pacientes obstaculizan el esfuerzo terapéutico en la mayoría de los casos debido a su angustia o al temor de que el problema llegue a empeorar. En consecuencia, una cosa es saber cuál es la mejor manera de actuar en un tratamiento y otra muy distinta tener la libertad de actuar en la forma que uno considere más adecuada o, en otras palabras, ser capaz de poner en práctica lo que uno juzgue más apropiado en el transcurso del tratamiento. A esta libertad la llamamos «capacidad de maniobra del terapeuta», porque libertad es un término que indica un estado de relativa pasividad que permanece constante. En cambio, la capacidad de maniobra implica la posibilidad de emprender acciones dotadas de un propósito, a pesar de los obstáculos o inconvenientes que se presenten. El terapeuta tal vez sabe lo que le gustaría que el paciente hiciese para solucionar su problema, pero ganarse su colaboración para que lo haga es harina de otro costal. Sobre todo, porque, como antes hemos puesto de relieve, la solución que el paciente propugna, que provoca el problema, está determinada por lo que él considera como la única cosa razonable, saludable o salvadora que hay que hacer, a pesar de que no haya servido para solucionar su problema. En consecuencia, lograr que el paciente abandone su propia solución y se decida por un enfoque que por lo general considerará alocado o peligroso constituye un factor decisivo para realizar con brevedad la terapia.

Sesión 10.3:

La fijación del marco del tratamiento.

Fisch, R. Weakland, J.H. y Segal, L. (2003), (73-88).

Como parte de la información relevante para el comienzo de la terapia, se enfatiza en este material de lectura que el paciente acude a la primera entrevista, o incluso hasta más adelante si se considera que las sesiones iniciales de diagnóstico están separadas del tratamiento propiamente dicho. Las transacciones que tienen lugar con motivo de la preparación de esta primera entrevista son interpretadas por la mayoría de autores como meras necesidades rutinarias. Sin embargo, cualquier contacto con el cliente puede afectar al tratamiento; en consecuencia, si el terapeuta pretende realizar una terapia con eficiencia, se hace necesario planificar todas las etapas del tratamiento. En una de las etapas, teniendo en cuenta el contacto previo a la primera sesión, cuando los pacientes llaman solicitando una consulta o determinada información acerca del tratamiento, es posible que tales contactos no desempeñen un papel importante en todos los casos. En determinadas situaciones, sin embargo, el sujeto llama para formular una petición o para intentar imponer una condición al tratamiento, cosa que, si se acepta, podría crear apreciables dificultades durante la sesión inicial o en el resto de la terapia. Debido a estas condiciones, en este material de lectura se describen estas situaciones y se señala cómo afrontarlas.

Sesión 11:

La postura del paciente.

Fisch, R. Weakland, J.H. y Segal, L. (2003), (páginas109-130).

El objetivo de esta lectura es puntualizar la tarea principal de la terapia, la cual consiste en influir sobre el cliente para que afronte de un modo distinto su problema o dolencia. Pero el cómo se influye en otros sujetos depende en gran medida de con quien se realice. No se trata únicamente de proponer sugerencias sino también de la manera en que se enmarca cualquier sugerencia que se haga. El cómo se expresa, puede resultar convincente para una persona, pero no para otra. Así se propone un ejemplo de caso clínico en el que se describe tanto el vividor como la persona preocupada por el ahorro puede comprar un Rolls Royce, pero por razones diferentes, como es obvio. El vividor lo hará debido a la distinción y al estatus que otorga ese coche. El otro individuo, en cambio, lo comprará porque la construcción mecánica y la durabilidad del coche pueden ahorrarle dinero a largo plazo. Debido a estas diferencias de atractivo, el vendedor tiene que utilizar argumentos de venta diferentes para cada cliente. El modo en que encuadre sus argumentos comerciales hace que el cliente acepte o rechace la venta.

Sesión 12.1:

Conciencia e inconciencia.

Freud S. (1923/1925), (pp. 15-40).

En esta lectura se da énfasis a la diferencia entre lo consciente e inconsciente basándose en la premisa básica del psicoanálisis ya que es la única que da la posibilidad de comprender, de subordinar a la ciencia, los tan frecuentes como importantes procesos patológicos de la vida anímica. Se aclara que el psicoanálisis no puede situar en la conciencia la esencia de lo psíquico, sino que se ve obligado a considerar la conciencia como una cualidad de lo psíquico que puede añadirse a otras cualidades o faltar. Por lo que, para la mayoría de las personas de formación filosófica, la idea de algo psíquico que no sea también consciente es tan inconcebible que les parece absurda y desechable por mera aplicación de la lógica. Se cree que esto se debe únicamente a que nunca han estudiado los pertinentes fenómenos de la hipnosis y del sueño, que imponen por fuerza esa concepción. Con esto se plantea que la psicología de la conciencia es incapaz, por cierto, de solucionar los problemas del sueño y de la hipnosis. Por lo que, al referirse al origen y al papel del superyó, mucho permanece sin respuesta. Se considera probable que la aplicación de este supuesto tenga como beneficio de remontar de la gris teoría a la experiencia que reverdece eternamente.

Sesión 12.2:

Neurosis y psicosis.

Freud S. (1923/1925), (pp. 155-159).

En la obra mencionada se describen los diferentes características del yo, su posición intermedia entre mundo exterior y ello, y su afanoso empeño en acatar simultáneamente la voluntad de todos sus amos, en unión con una secuencia de pensamiento creadora desde otra óptica y cuyo propósito fue dar explicación del origen y prevención de las psicosis, incluso teniendo en cuenta factores de diferencia genética más importante entre neurosis y psicosis, dando como resultado teórico que la neurosis es el resultado de un conflicto entre el yo y su ello, en tanto que la psicosis es el desenlace análogo de una similar perturbación en los vínculos entre el yo y el mundo exterior.

Sesión 13:

Alocución ante los miembros de la Sociedad.

Freud, S. (1925/1926), (pp. 259-270).

El material considera el discurso que fue leído en nombre de Freud durante una de las reuniones de la Sociedad B'nai B'rith, realizada el 6 de mayo de 1926 en homenaje al 70. En el que fue

precedido por una presentación muy elogiosa que hizo de él su médico, el profesor Ludwig Braun. La Sociedad B'nai B'rith (Hijos del Pacto) es una entidad con fines culturales, intelectuales y de beneficencia, representativa de los intereses de los judíos. Fundada en Estados Unidos a mediados del siglo xix, tiene filiales en muchos lugares del mundo. Como se verá enseguida, Freud se unió al grupo de Viena en 1895, y durante muchos años acostumbró asistir regularmente a sus reuniones de los martes cada quince días.

Sesión 14:

Modelos de la mente.

Gedo, J. y Goldberg, A. (2001).

En esta obra Rapaport señaló ya en 1951 la inexistencia de un modelo de la mente totalmente satisfactorio lo que se considera cierto aún hoy. En la actualidad es necesario recurrir a diferentes teorías y a otros datos para poder realizar un abordaje completo. Por lo que Gedo y Goldberg denominan a esto el “principio de la complementariedad teórica”, demostrando que cada uno de los modelos existentes tiene relevancia para diferentes situaciones clínicas y realizan el postulado de un modelo jerárquico de cinco fases de desarrollo, de complejidad creciente. El progreso hacia una posición funcional más madura depende del logro de la autonomía secundaria en una o más de las restantes líneas evolutivas, de modo que las situaciones de stress propias de una fase no hagan retornar al individuo a niveles más arcaicos.

Sesión 15:

Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson.

Haley, J. (2003), (pp. 7-35).

Esta lectura organiza un marco de pensamiento acerca de la naturaleza de los dilemas humanos. Contempla la aportación de Milton H. Erickson y la variedad de brillantes técnicas terapéuticas que se exponen. Contiene un amplio texto para el marco teórico, pero también material de casos clínicos del doctor Erickson y de registros magnetofónicos de las conversaciones. Se plantea que en la actualidad si se desea mostrar al terapeuta trabajando con sus pacientes se tendría que hacer a través de filmaciones o de registros magnetofónicos, para documentar así la intrincada trama de la empresa terapéutica. Se realiza el examen de un caso, en el cual el terapeuta describe cómo vio el problema y qué hizo en relación con él, seguirá siendo una vía valiosa para comprender su enfoque. Una colección de casos como la que aquí se ofrece permite abarcar en forma sintética una vasta cantidad de técnicas para enfocar muy diversos problemas humanos. Cada caso se analiza brevemente a fin de ilustrar unos pocos puntos, si bien cualquiera de ellos podría constituir

un libro por sí mismo si se lo presentara en forma más completa. Debido a esta simplificación de intercambios muy complejos, lo que el libro presenta son anécdotas de casos en los que se incluyen los resúmenes que tienen el propósito de presentar los incidentes cruciales en la terapia. Por lo general, el doctor Erickson describe su enfoque con notable claridad, agregando ocasionalmente un toque dramático ya que él tiende a ver el mundo de esa manera. A menudo le gusta presentar el problema que hubo de enfrentar como si fuera insoluble, para después revelar la solución. Cuando se llega a captar su punto de vista, sus intervenciones terapéuticas parecen tan razonables que, de no haber sido ya efectuadas por él, se diría que alguien debería efectuarlas. Es posible adaptar su enfoque al estilo personal de cada uno. La característica de Erickson es que se involucra intensamente con cada persona, y el paciente que recibe toda su atención experimenta el impacto de su personalidad. Pero otros terapeutas, con diferentes personalidades y menor involucración afectiva, pueden usar muchas de sus técnicas.

Sesiones: 16 y 89.

Las tácticas de poder de Jesucristo.

Haley, J. (1991).

En esta lectura, se señala la importancia de las innovaciones de Jesús como organizador y también como líder. Se habla de él como un individuo que ideó por sí mismo con la estrategia de una organización, el cristianismo, considerada como la que derrocó al Imperio Romano y conservó un poder absoluto sobre la población del mundo occidental durante cientos de años. Una de las ideas fundamentales de Jesús es la de luchar por el poder, organizando a los desposeídos y a los pobres. Ya que durante siglos esta idea no se valoró y los pobres no suponían una amenaza contra el sistema establecido pero tras Jesús, han existido multitud de hombres que han dedicado sus vidas a sublevarlos y organizarlos. El material realiza una recopilación de breves ensayos, entre los que se encuentran algunos, que permiten un acercamiento al modelo psicoanalítico. “La mayor parte de los ensayos reunidos en este libro tratan de la situación terapéutica, tanto desde el punto de la víctima como del verdugo. Haley enseña al terapeuta cómo fracasar; el esquizofrénico, cómo seguir siéndolo; al analista, cómo subyugar al analizando...Pero el artículo que con toda probabilidad ha de causar más conmoción no tiene nada que ver con la psicología ni el psicoanálisis. Es un entretenido estudio sobre Jesucristo como táctico del poder... Haley muestra cómo Jesús organizó a los pobres...y exhortó simultáneamente al conformismo y al cambio social, controlando a sus discípulos con la astucia de un bolchevique. En el ensayo se hacen algunas afirmaciones que provocan asombro. Jesús, según Haley, no se tomó la molestia de ofrecer la otra mejilla, pese a que predicaba la “táctica de la sumisión”. Y su crucifixión tal vez fuera el resultado de un error de cálculo que él mismo cometió.” (Leonard, 1969).

Sesión 17.1, 17.2, 17.3 Y 17.4:

Psicología de la anormalidad.

Halguin R. y Krauss S. (2004).

En este material se realiza un abordaje para la comprensión de los trastornos psicológicos ya que para ello se requiere de un modelo biopsicosocial que incorpore las contribuciones biológicas, psicológicas y socioculturales para entender las causas y crear tratamientos. La definición que se plantea de los trastornos requiere que se tome en cuenta que son diversos, por ello se enfatizan los aspectos de la diversidad, en especial en el contexto social. Para ayuda adicional se cuentan con recuadros, que aparecen por capítulo, en los que se resaltan la variedad de la conducta humana y la experiencia de los trastornos psicológicos, abarcan la cultura, el género, la edad y la etnia, para concluir con una sección en la que se discute el tema del capítulo desde una perspectiva biopsicosocial entrelazando las múltiples dimensiones en una exposición integrada de las interacciones entre la biología, la psicología y el contexto social, de acuerdo a la manera en que éstos afectan a los individuos que sufren trastornos psicológicos. Ya que los individuos crecen y evolucionan a lo largo de la vida, y se cree como esencial captar esta dimensión de desarrollo en este material, por lo que se han agregado investigaciones y teorías que proporcionan conocimientos importantes de las variaciones por edad de los trastornos que se estudian. Debido a que el DSM-IV-TR se enfoca en la edad adulta, la mayor parte de este énfasis se refleja en la inclusión de la mediana edad y la vejez, cuando examinamos la epidemiología, la etiología y los tratamientos.

Sesión 18.1 y 18.2:

Estrategias Psicoterapéuticas Institucionales.

Hirsch, H. y Rosarios, H. (1987).

El texto de Hirsch y Rosarios aborda en tres partes el concepto de salud mental. La primera, con la experiencia obtenida de la conformación institucional de un Centro de Salud Mental en América del Sur. Describen el proyecto de asistencia psicológica integral de los propios autores y un equipo de profesionales, proponen sus conceptualizaciones la psiquiatría comunitaria, la docencia y la investigación. En la segunda parte exponen los fundamentos del paradigma sistémico desarrollando conceptos como la Construcción de Redefiniciones, la Motivación en psicoterapia, la Primera Entrevista como entrevista única y el Uso de Predicciones en Terapia Familiar. La tercera parte describe los mecanismos de la terapia sistémica mostrando su rigurosidad por un lado y por otro la sencillez pragmática.

Sesión 19:

Manual de Bolsillo de Psiquiatría Clínica.

Kaplan, y Sadock (2008)

La obra de Kaplan y Sadock (2008) (cuarta edición), proporciona indicadores básicos para la elaboración del diagnóstico de los trastornos mentales² de niños y adultos y niños. Para los profesionales de la salud y estudiantes, este Manual les proporciona un acercamiento a los criterios diagnósticos del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la American Psychiatric Association (DSM-IV-TR³). Además, se exponen aspectos del tratamiento psicológico y farmacológico. Esta obra expone de manera sintética la etiología, la epidemiología, las características clínicas, el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos mentales.

Sesión 20.1 y 20.2:

Los procesos de la relación de ayuda.

Madrid, J. (2005).

Este libro se considera un intento por traducir e integrar las principales cuestiones que ocupan y preocupan a los profesionales de la ayuda psicológica frecuentemente complejas y explicadas en términos muy “para especialistas”, a unos esquemas claros, sistemáticos y asequibles para un número creciente de personas interesadas en la Relación de ayuda, aunque procedan de otros campos de las ciencias humanas. Jesús Madrid Soriano es psicólogo, filósofo y terapeuta familiar. Ha armonizado la práctica terapéutica con el estudio y la dirección de centenares de cursos para la formación de “Agentes de ayuda”, con el propósito de lograr un voluntariado moderno bien formado, en países y culturas diferentes.

Sesión 21:

La amplitud potencial de la naturaleza.

Maslow, A. (1990).

Abraham H. Maslow fue uno de los principales portavoces de la psicología humanista o tercera fuerza en la psicología, que se dedicó arduamente a la tarea de descubrir y elaborar un método mediante el cual el hombre pudiera desarrollar todas sus capacidades, a fin de lograr lo que él

2 Que denomina psiquiátricos

3 TR significa “texto revisado”

denomina la plenitud humana. Así uno de sus mayores logros fue dotar a la psicología de un nuevo lenguaje conceptual. Los términos clave del lenguaje que desarrolló Maslow, son autorrealización; “experiencia cumbre”, y “Jerarquía de necesidades”. Maslow nos dice que, desde el principio de su carrera como psicólogo, observó que el lenguaje con el que contaba la psicología no era suficiente para los objetivos de su Investigación se propuso perfeccionarlo. De su trabajo surgió un enfoque psicológico regulado por entre la salud integral, la inteligencia y las aspiraciones humanas. En esta primera obra póstuma se presentan los conceptos claves del trabajo que realizó a lo largo de sus últimos cuarenta años. Además, se presentan sus ideas, experiencias y vivencias, en un lenguaje puro y original. Es una obra escrita para estudiantes de psicología, investigadores en las ciencias de la conducta y para todos aquellos interesados en conocer las potencialidades del ser humano.

Sesión 22.1 y 22.2:

Constructivismo en Psicoterapia.

Neimeyer, R. y Mahoney, M. (2000).

Los autores señalan la separación entre la epistemología y psicoterapia, y cómo se vinculan. Bajo los cuestionamientos: ¿En qué medida el sufrimiento humano y su curación dependen de la forma que tenemos de conocer la realidad? ¿Cuáles son las implicaciones terapéuticas para asumir que la realidad se representa directamente como un proceso activo de construcción? Destacan como eje central la coherencia entre la orientación epistemológica constructiva y la psicoterapia constructivista, donde el proceso activo de la persona para su referencia de la realidad, es explorado por el terapeuta constructivista quien centra ahí las interpretaciones lo que le permitirá propiciar algún cambio en su cliente al contar con métodos para el conocimiento de las premisas básicas o constructos personales, comprender el mundo desde su propia lógica. El terapeuta constructivista es activo, anima a implicarse en procesos de experiencia dentro y fuera del consultorio.

Sesión 23.1:

Sitúa en un contexto y traza las ideas principales de la PNL.

O'Connor, J. y Seymour, J. (1993), (pp. 27-56).

Ya que la Programación Neuro Lingüística es considerada el arte y ciencia de la excelencia personal, porque cada uno da su toque único personal y de estilo a lo que esté haciendo, y esto nunca se puede expresar con palabras o técnicas. Se propone que es una ciencia, porque hay un método y un proceso para descubrir los modelos empleados por individuos sobresalientes en un campo para obtener resultados sobresalientes. Ha este proceso se le denomina modelar, y los modelos, habilidades y técnicas descubiertas tienen un uso cada vez mayor en el campo de la

educación, asesoramiento y negocios para conseguir una comunicación más efectiva, tener un mayor desarrollo personal y acelerar el aprendizaje. La PNL es una habilidad práctica que crea los resultados que nosotros verdaderamente queremos en el mundo, mientras vamos dando valor a otros durante el proceso. Es el estudio de lo que marca la diferencia entre lo excelente y lo normal. También va dejando detrás todo un conjunto de técnicas sobre educación, asesoramiento, negocios y terapias, extremadamente efectivas.

Sesión 23.2:

Las puertas de la percepción.

O'Connor, J. y Seymour, J. (1993), (pp. 57-86).

En este material se considera el desarrollo de una amplia sensibilidad en cada uno de los sentidos que radica en la agudeza sensorial y es una meta explícita de la Programación Neuro Lingüística, se realiza la descripción de la sencilla tarea de mirar una de estas palabras, como ejemplo de la lectura para dar explicación de este proceso desde este modelo. Si su ojo y el papel estuvieran completamente quietos, la palabra desaparecería tan pronto como cada bastón se hubiese disparado en respuesta al estímulo inicial en blanco o negro. Para seguir enviando información sobre la forma de las letras, el ojo tiembla rápida y minuciosamente para que las varillas de la zona de blanco y negro continúen estimuladas. De esta forma se puede seguir viendo la letra. La imagen se proyecta invertida en la retina, codificada en forma de impulsos eléctricos por los bastones y conos, y reorganizada, a partir de aquí, por el córtex visual del cerebro. La imagen resultante se proyecta luego afuera, pero se crea en el interior del cerebro. Se puede aprender a hacer que nuestros sentidos nos sirvan mejor. La habilidad de observar mejor y realizar distinciones más sutiles con todos los sentidos puede enriquecer de forma significativa la calidad de vida, y es una habilidad esencial en muchas áreas de trabajo. Otro ejemplo propuesto es el de un catador de vino necesita un paladar muy sensible, un músico debe tener la habilidad de realizar distinciones auditivas muy delicadas; un escultor o un tallador deben ser muy sensibles a la hora de sentir los materiales de donde van a sacar las figuras encerradas en la roca o la madera. Un pintor debe ser sensible a los matices de color y forma. Aprender a realizar esto no es tanto aprender a ver más que los demás como saber qué buscar, aprendiendo a percibir la diferencia que es lo que hace que las cosas sean diferentes.

Sesión 23.3:

Estados fisiológicos y libertad emocional.

O'Connor, J. y Seymour, J. (1993), (pp. 87-109).

Con la finalidad de dar explicación al proceso emocional, en esta lectura se plantea que son todos los pensamientos, emociones y la fisiología que un individuo expresa en un momento determinado, es decir, también las imágenes mentales, sonidos, sentimientos y todos los gestos, posturas y ritmo respiratorio lo que lleva al alguien a tener un estado de ánimo particular. El cuerpo y la mente están totalmente intercomunicados, por lo que los pensamientos influyen inmediatamente en la fisiología, y viceversa. El estado de la mente cambia continuamente, y es ésta una de las pocas cosas de las que podemos estar seguros. Cuando cambia de estado, todo el mundo cambia también. Normalmente, somos más conscientes de nuestro estado emocional que de la fisiología, posturas, gestos y ritmo respiratorio. De hecho, se considera que las emociones se escapan, a menudo, del control consciente; son la pequeña parte visible del iceberg. Aunque no se puede ver toda la fisiología y el proceso mental que se esconde bajo las emociones y las apoya. Intentar influir en las emociones sin cambiar el estado y esto es lo que muchas veces se hace con ayuda de las drogas o con la llamada fuerza de voluntad. Para un individuo, se puede plantear que la mente guía y el cuerpo sigue obediente, por lo que las emociones habituales pueden estar impresas en el rostro y gestos de una persona, porque la persona no se da cuenta de cómo las emociones modelan su fisiología.

Sesión 23.4:

Bucles y sistemas.

O'Connor, J. y Seymour, J. (1993), (pp. 111-135).

Ya que la comunicación puede ser simplificada en mera causa y efecto, el autor de esta lectura estableció el aislamiento de la interacción, la trató como una causa y realizó el análisis del efecto que tiene sin considerar posteriores influencias. Por lo que se habla como si esto fuese lo que ocurre, pero se trata, claramente, de una simplificación. Se plantea a su vez, la descripción de las leyes de causa y efecto que valen para los objetos inanimados, teniendo como ejemplo una bola de billar, si ésta choca con otra, puede predecirse con un alto porcentaje de precisión los lugares donde se detendrán cada una. Después de la colisión inicial ya no se influyen la una a la otra. Otra cosa ocurre con los organismos vivos. Si se da un puntapié a un perro, podría calcular la fuerza y velocidad de mi pie y calcular exactamente la trayectoria del perro dado su tamaño y peso. La realidad podría ser algo diferente, el ejemplo, “si yo fuese lo suficientemente estúpido para darle un puntapié a un perro, éste podría volverse y mordirme”.

Sesión 23.5:

Palabras y significados.

O'Connor, J. y Seymour, J. (1993), (pp. 137-165).

Con la finalidad de dar un panorama de la utilidad del lenguaje, en esta lectura, se plasma que el lenguaje es un filtro poderoso para las experiencias individuales, es parte de la cultura en que se nace y no puede cambiar. Canaliza los pensamientos hacia unas direcciones, facilitando pensar de unas formas y dificultando pensar en otras. Los esquimales tienen muchas palabras distintas para la única palabra «nieve», en inglés o en español. Su vida puede depender de la correcta identificación de un tipo de nieve; les interesa distinguir entre una nieve que se puede comer y otra apta para la construcción, entre otras. La Programación Neurolingüística tiene un mapa muy útil de cómo funciona el lenguaje, que le evitará comunicadores del tipo Humpty Dumpty, y le asegurará que no se convierta usted mismo en uno de ellos. Este mapa del lenguaje se conoce en los escritos de la PNL como el Metamodelo. La palabra “meta” viene del griego y significa más allá o en un nivel diferente. El metamodelo emplea el lenguaje para clarificar, le previene de engañarse a usted mismo, le permite comprender lo que significan las palabras, vuelve a conectar el lenguaje con la experiencia.

Sesión 24:

En busca de soluciones.

O'Hanlon, W. y Weiner-Davis, M. (1990).

La psicología se está viendo influida por una nueva tendencia que pone más énfasis en los valores y las soluciones que en los problemas y la patología. En este material de lectura, se realiza la descripción del trabajo de dos médicos sobre la evolución de un método, en el que explican sus revolucionarias propuestas y ofrecen finalmente una guía clara, concreta y detallada para convertir la teoría en práctica. Cuando la terapia se orienta hacia la búsqueda de soluciones, las técnicas de perfeccionamiento se convierten en intervenciones deliberadas que a menudo niegan la necesidad del tratamiento más allá de la primera sesión. Los terapeutas “cuidan su lenguaje” y dirigen la conversación hacia el cambio, animando a sus clientes a que contemplen el futuro concentrándose en las posibilidades más que en los problemas. Así, los clientes aprenden cómo seguir adelante, asumiendo y practicando los cambios terapéuticos, e inevitablemente la terapia se convierte en un ejercicio breve y encaminado hacia un objetivo concreto.

Sesión 25:

La condición de los géneros en la época moderna.

Olivares, R. (2005), (pp. 51-89).

Desde mediados del siglo XVIII y todo el siglo XIX puede considerarse como el periodo del nacimiento de la modernidad. En esa época las utopías socialistas replanteaban el funcionamiento de la familia, la relación amorosa, la maternidad, así como todas las actividades sociales femeninas, de hecho es en ese tiempo que nace el movimiento feminista, que representa y promueve los cambios estructurales de la condición social de la mujer y la lanza del espacio privado y de lo doméstico a la escena de lo social y la política, con ello se le devuelve la libertad y se le reconoce la elección de una vida personal, así como una esencia diferente al hombre y a su vez, con igualdad de derechos. El hecho histórico con el cual se puede decir que inició la transformación del mundo de la mujer, fue la Revolución Francesa, pues fue la ocasión de un cuestionamiento sin precedentes de las relaciones sociales en general y de las relaciones entre los géneros; es en esta época que se ponen sobre la mesa cuestiones como el papel de las mujeres en la cultura, la sociedad y la política, es decir, en el espacio de lo público que desde la Edad Media había pertenecido a los hombres.

Sesión 26.1 y 26.2:

Psicología Humanística.

Quitman, H. (1989).

La obra de Quitman aborda la denominada “tercera corriente” psicológica, la humanista, al lado del psicoanálisis y del conductismo. Toma auge al finalizar la segunda guerra mundial (mediados del siglo XX) y el inicio de la denominada guerra fría. Con fuerte sustento filosófico del existencialismo y el fenomenológico, comienza la Psicología Humanista, en la búsqueda de la condición humana, la autorrealización y la liberación de sus potencialidades.

Sesión 27:

Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual.

Reynoso, E.L. y Seligson, N.I. (2011) (pp. 121-203).

En este material de lectura se tratan diferentes enfoques de la psicología, los métodos y características particulares, desde la Terapia conductual con la visión de la Medicina conductual, la Psicología clínica de la salud, así como los diferentes modelos propuestos como el Modelo para la evaluación e intervención, el Modelo de estrés y afrontamiento. Desde el enfoque de la

psicología clínica y de la Salud también se plantean las Estrategias de intervención y los Programas de intervención en distintos problemas.

Sesión 28.1:

La psicología clínica como campo profesional.

Sánchez-Escobedo, P. (2008). (pp. 1-70).

La psicología clínica es un campo en continua transformación disciplinaria y profesional que requiere de reflexión, actualización y renovación constantes. La psicología clínica, constituye un campo heterogéneo de teorías y procedimientos. Por lo que en este material se realiza un planteamiento en el que se dice que el psicólogo clínico trabaja en la promoción de la salud mental y en la intervención y rehabilitación de las personas con trastornos mentales y físicos. Esta rama de la psicología surge de la tradición en las profesiones de ayuda para atender la patología o anormalidad, el término surge de la etimología griega klinós que significa cama, en este sentido el clínico. La orientación clínica se dirige a quien tiene problemas y trastornos, enfatizando en el caso individual; pero sobrepasa el campo de la anormalidad y la patología, porque en muchos casos los psicólogos clínicos manejan eventos normales, cotidianos o extraordinarios, que de algún modo afectan a las personas en su desarrollo y bienestar. Así, ante la opinión pública, existe la noción de que el psicólogo es, el profesional de ayuda, quien coadyuva y facilita la intervención.

Sesión 28.2:

Bases teóricas y técnicas de la psicometría.

Sánchez-Escobedo, P. (2008) (pp. 71-154).

En esta lectura, se revisan las principales funciones profesionales del psicólogo clínico como psicómetra o examinador y las competencias profesionales necesarias para aplicar, calificar, integrar e interpretar las pruebas psicológicas utilizadas en la práctica clínica. En particular, se analiza la forma como el profesional debe difundir, discutir y participar en el equipo multidisciplinario en la divulgación de los resultados, dándole significado para la condición del paciente. Esto por la necesidad de establecer los campos de acción para el psicólogo clínico, su poder específico de poder profesional y la tarea en el campo clínico que lo distingue cualitativamente de los otros profesionales quienes laboran en el campo de la salud, es su capacidad para aplicar pruebas psicológicas, calificarlas y sobre todo, interpretarlas a la luz de las demás evidencias del proceso. Por lo anterior, en esta obra resulta indispensable repasar las bases teóricas y técnicas de la medición en psicología y revisar, de manera somera e intencionada, algunas de las pruebas más utilizadas en la clínica. Algunos autores han defendido, que el papel fundamental del psicólogo

clínico y la práctica clínica, consiste en la aplicación de pruebas psicométricas para lo cual debe estar entrenado, además para la calificación e interpretación de las pruebas que aplique.

Sesión 28.3:

Entrevista clínica.

Sánchez-Escobedo, P. (2008) (pp. 155-163).

Independientemente del contexto profesional donde se ubique el psicólogo clínico, sea este un hospital, gabinete, prisión, clínica de rehabilitación, centro para el control de adicciones, barraca militar o escuela; de la misma manera si el paciente se encuentra en una cama, en una silla de ruedas o cómodamente sentado, la entrevista psicológica es la herramienta esencial y primordial de trabajo y el procedimiento metodológico hace al psicólogo clínico distintivo de otros miembros del equipo multidisciplinario en las ciencias de la salud. Es la entrevista clínica, como técnica y proceso de la clínica psicológica, el procedimiento que mejor debe dominar cualquier psicólogo clínico. La entrevista es la herramienta para trascender la mera semiología descriptiva e interpretar las percepciones del contexto y la visión de la situación por parte del paciente. Gracias a la entrevista el psicólogo hace contacto con el paciente, a través de una interacción intencionada, sistemática y profesional con la finalidad de evaluar los pensamientos, sentimientos y conducta de éste. En este capítulo, se aborda especialmente el proceso de la entrevista como una herramienta en el ámbito clínico, mientras que en el siguiente capítulo se aborda con mayor profundidad el proceso terapéutico en psicología clínica.

Sesión 29:

El Existencialismo es un humanismo.

Sartre, J. (2008)

Como parte del abordaje que se tiene en este material de lectura, el autor realiza una defensa del existencialismo. Por los diferentes reclamos, por llamarlos de alguna forma, que han llegado a este modelo teórico. En primer lugar, se le ha reprochado el invitar a las personas a permanecer en una inactividad desesperante, ya que, si bien todas las soluciones están cerradas, habría que considerar que la acción en este mundo es totalmente imposible y desembocar finalmente en una filosofía contemplativa, lo que, además, dado que la contemplación es un lujo, conduce a una filosofía burguesa. Éstos son sobre todo los reproches de los comunistas. Se ha reprochado, por otra parte, que se subraya la ignominia humana, que se muestra en todas las cosas y que desatiende a cierto número de personas bellas, el lado luminoso de la naturaleza humana. El reproche de unos y los otros, a la falta de solidaridad humana, al considerar al hombre aislado, ya que se parte de la subjetividad pura. Continúa el autor con argumentaciones de la existencia humana.

Sesión 31:

Conclusiones de la meta-comunicación y el concepto de cálculo:

Teoría de la Comunicación Humana.

Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1991), (pp. 21-48).

Esta lectura trata sobre los efectos pragmáticos, especialmente en la conducta, de la comunicación humana y, en particular, sobre los trastornos de la conducta. En una época en que ni siquiera se han formalizado los códigos gramaticales y sintácticos de la comunicación verbal y en que se contempla con creciente escepticismo la posibilidad de adscribir a la semántica de la comunicación humana, un encuadre preciso, todo intento de sistematizar su pragmática quizá parezca una prueba de ignorancia o presunción. Si en el estado actual del conocimiento no existe siquiera una explicación adecuada para la adquisición del lenguaje natural. Por otro lado, resulta evidente que la comunicación es una condición sine qua non de la vida humana y el orden social. También es obvio que, desde el comienzo de su existencia, un ser humano participa en el complejo proceso de adquirir las reglas de la comunicación, ignorando casi por completo en qué consiste ese conjunto de reglas, ese cálculo de la comunicación humana. No pretende ser otra cosa que un intento de construir un modelo y una presentación de algunos hechos que parecen sustentar ese modelo. Su integración con muchos otros campos del esfuerzo científico es una esperanza para el futuro. Sin embargo, y confiando en que tal integración se logrará en el futuro, este libro está dirigido a todos los estudiosos de aquellos campos donde se enfrentan problemas de interacción sistémica en el más amplio sentido del término.

Sesiones: 32, 45.1 y 45.2

La Escuela de Palo Alto.

Witzeaele, J. y García, T. (1994).

La reseña de la Obra “la Escuela de Palo Alto (California, E.U.A.), muestra la Corriente de pensamiento y de investigación de mediados del siglo XX y décadas posteriores. La escuela reúne a investigadores de la psicología, la sociología, ciencias de la información y de la comunicación. Dieron origen al proceso psicoterapéutico denominado Terapia Familia y Terapia Breve. Recorrer el texto permite ubicar a los autores y sus propuestas de intervención terapéutica en casos clínicos, en el proceso de la comunicación, en el diagnóstico y el planteamiento de las resoluciones de las familias y los individuos. Por señalar alguna, la visión de la situación de crisis sea el mejor momento para intervenir, al contrario de la idea de que primero hay que aliviar el sufrimiento. El cliente de la intervención es una persona que sufre, lejos de su punto de equilibrio y listo para hacer lo suficiente para un nuevo equilibrio.

4.1.2 Elaboración del programa de tratamiento.

Sesión 33.1 y 33.2:

Manual de Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia.

Bellak, L. y Siegel, H. (1999).

Los autores con este texto aportan los principios y técnicas básicas para la aplicación del proceso psicoterapéutico breve y de urgencia. También a través de casos muestran en los trastornos de origen psicológico más frecuentes, la aplicación de estas intervenciones. De manera progresiva y sistemática, ofrecen al lector los principios de la intervención bajo circunstancias que exponen a la persona a un esfuerzo mental adicional (emergencia, salud, entre otros); en dificultades para la elaboración del diagnóstico y la intervención terapéutica. Ejemplifican la entrevista inicial y el aporte de medios audiovisuales en la intervención.

Sesión 34.1 y 34.2:

Terapia Sistémica Individual.

Boscolo, L. y Bertrando, P. (1996).

El desarrollo del conocimiento ha permitido separar la Terapia Sistémica de la Terapia Familiar. El enfoque sistémico, métodos y técnicas, pueden aplicarse actualmente en intervenciones individuales. El texto propuesto por Boscolo y Bertrando, describe esta primera adaptación del modelo sistémico al contexto individual. A través de sus dos partes, dedican la teoría y la presentación de casos clínicos. En su llamada terapia breve-larga, con un número de sesiones (20) y de dos a cuatro semanas, sin superar 18 meses. Muestran la estructura de la terapia: indicaciones, diagnóstico, objetivos); la posición del terapeuta respecto del cliente y a la relación con este, las cuestiones éticas y “filosóficas” de la terapia.

Sesión 35.1, 35.2, 35.3 y 35.4:

Emociones y salud.

Fernández-Abascal, E. y Palmero, F. (1999).

Los autores abordan la activación de las emociones frente a situaciones que son amenazantes, peligros o gratificantes, llevando al individuo a la movilización de sus recursos para hacer frente a dicha situación. La consecuencia de adaptación o enfermedad es tratada por los autores en su obra, distribuida en tres ejes temáticos: El primero sobre los aspectos generales del binomio

emociones y salud; el segundo abarca la medición de la salud, y el tercero trata el desarrollo emocional del niño. Para finalizar, esta referencia básica revisa con claridad algunas de las claves que relaciona las emociones y la salud y que abre nuevos horizontes de investigación.

Sesión 36:

La postura del paciente.

Fisch, R. Weakland, J. y Segal, L. (2003), (pp. 109-130).

Como parte de la dinámica que se establece para el proceso terapéutico, la lectura realiza un análisis de las formas en las que el terapeuta debe llevar el proceso, incluyendo las conductas y comportamientos del paciente. El terapeuta tal vez sabe lo que le gustaría que el paciente hiciese para solucionar su problema, pero ganarse su colaboración para que lo haga es harina de otro costal. Sobre todo, porque, como antes hemos puesto de relieve, la solución que el paciente propugna, que provoca el problema, está determinada por lo que él considera como la única cosa razonable, saludable o salvadora que hay que hacer, a pesar de que no haya servido para solucionar su problema. En consecuencia, lograr que el paciente abandone su propia solución y se decida por un enfoque que por lo general considerará alocado o peligroso constituye un factor decisivo para realizar con brevedad la terapia. Para esta tarea la postura del paciente es de una importancia enorme. Por ellos, se describe lo que se entiende por postura, la importancia que la misma tiene para el tratamiento, en qué sentido puede evaluarse y, finalmente, cómo puede usarse para aumentar la colaboración del paciente y, como es lógico para el éxito del tratamiento. En esencia, la tarea principal de la terapia consiste en influir sobre el cliente para que afronte de un modo distinto su problema o dolencia. Pero el cómo se influye sobre otro individuo depende en gran medida de a quién intentamos influir.

Sesión 37:

Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes.

Friedberg, R. (2005).

El autor presenta una guía para la intervención terapéutica cognitiva con niños y adolescentes. Describe cómo adaptar los principios y procedimientos de la intervención a las necesidades individuales de los niños que presentan una amplia variedad de problemas. Introduce paso a paso al lector en el manejo de situaciones clínicas sencillas y otras más complicadas. Incluyen ejemplos ilustrativos sobre lo que debe hacer el profesional en estos casos. También explica cómo adaptar cada técnica a niños de edades diferentes.

Sesión 38:

Cómo enseñar estrategias cognitivas en la escuela.

Gaskins, I. y Elliot, T. (2005).

En esta obra los autores describen un programa aplicado de la escuela de Benchmark⁴. Muestran los esfuerzos, éxitos y desafíos de dicho programa, implementado a lo largo de veinte años, diseñando un nuevo tipo de currículo en el cual los alumnos adquirieran simultáneamente conocimientos de los temas abordados y los procesos de pensamiento involucrados en el aprendizaje. El propósito de este programa es que los niños se orienten hacia metas, puedan trazar planes estrategias y se autoevalúan críticamente. En el caso de los alumnos con serios problemas de lectura, el aprendizaje de estrategias cognitivas resulta fundamental para que el estudiante supere los obstáculos y logre al mismo tiempo un sentimiento de mayor autoestima.

Sesión 39:

Formatos de evaluación multimodal ERIC-PSIC para adultos.

Guillén, R.S. (2007), (pp. 37-61).

Estos formatos tienen el propósito de integrar un expediente clínico de acuerdo a lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico (1999) y se encuentran conformados de la siguiente forma:

1. Apertura de Expediente: en el que se encuentran los datos de identificación, motivo de consulta y la propuesta de atención.

2. Evaluación Multimodal ERIC-PSIC

2.1. Parte I Historia clínica para adultos: contiene los elementos que permiten la obtención de los antecedentes de la problemática del paciente, contiene los datos generales del paciente, motivo de consulta, factores que se consideran desencadenantes del episodio actual problemático, información referente a los antecedentes personales, familiares de relaciones interpersonales, de salud y problemática actual.

⁴ El benchmarking es una herramienta que también puede ser apropiada para la educación, pudiendo ser muy significativa para mejorar la calidad educativa de una escuela y hasta un sistema nacional de educación. Su aplicación debe partir de las siguientes cinco fases. Iniciándose con la fase de planeación y continúa a través del análisis, la integración, la acción y por último la madurez. Es un medio para mejorar la calidad de las instituciones, de la formación técnica como universitaria. (Fuente: Anonymous (2015). El benchmarking en el campo educativo. <https://sanbraya.blogspot.com>.

2.2. Parte II Análisis Multimodal: conformado por la evaluación de cada una de las siete modalidades, además de las técnicas psicológicas y la evaluación multiaxial del Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales IV-TR (2002).

2.2.1. Modalidad I: Emociones

Modalidad II: Relaciones Interpersonales Modalidad III: Conducta Modalidad IV: Personalidad (pruebas psicológicas) Cuestionario de 16 Factores de la Personalidad (16 FP) Estudio de valores (Allport) Inventario Multifacético de Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2) Autobiografía Test de la Figura Humana

Modalidad V: Salud Modalidad VI: Imágenes Modalidad VII: Cognición

3. Diagnóstico: Evaluación Multiaxial, DSM-IV-TR

4. **Resultados de la Evaluación para adultos:** los resultados que se obtiene se concentran en estos formatos lo que facilita el manejo para la posterior elaboración del reporte final.

5. **Reporte de Evaluación Multimodal ERIC-PSIC para adultos:** en este se concentran los indicadores de la Evaluación Multimodal ERIC-PSIC que comprenden los datos de identificación, motivo de consulta, referencias de la problemática actual, antecedentes resumen por áreas, pronóstico y propuesta de intervención psicoterapéutica integral.

Sesión 40

Terapia no convencional: Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson.

Haley, J. (2003).

Esta obra es el resultado de los encuentros que Jay Haley mantuvo con Milton H. Erickson a lo largo de diecisiete años. El material de casos proviene de los escritos de Erickson y de registros magnetofónicos de las conversaciones sostenidas entre ambos. Haley centró su trabajo de investigación en los aspectos comunicacionales de la relación hipnótica y en el particular estilo de terapia de Erickson, descubriendo que su enfoque resultaba particularmente esclarecedor en el ámbito terapéutico familiar. Era posible ubicar su terapia en el contexto de la teoría de la familia pues su trabajo llevaba implícita una orientación de este tipo, concibiendo a la familia como centro de los conflictos humanos, concomitantes inevitables del desarrollo.

Sesión 41:

¿En qué consiste el modelo multimodal?

Lazarus, A. (2000), (pp. 37-45).

En esta lectura se aborda la terapia de enfoque cognitivo-conductual, cuyo principio es la concepción de los humanos como seres biológicos que piensan, sienten, actúan, percibe, imaginan e interactúan, razón por la cual cada una de estas 'modalidades' debe abordarse en tratamiento psicológico. En el que se toman en cuenta diferentes modalidades como Biológico: ejecución laboral reducida, reducción de la actividad; Afecto: tristeza, ansiedad intermitente; Sensación: menos placer de la comida y sexo, aumento de la fatiga; Imaginación: visiones de soledad y fracaso, imágenes de que su entorno lo rechaza; Cognición: culpabilidad, auto-evaluación negativa; Interpersonal: reducida participación social y Drogas/Biología: Insomnio intermitente. Además de mencionar res puntos para seleccionar las técnicas para afrontar el problema, que son: 1. Se recomienda empezar por procesos más obvios y lógicos, 2. Superar soluciones generalizadas de problemas y 3. El perfil de modalidades ubicará síntomas específicos.

Sesión 42:

Construir realidades patológicas.

Nardone, G. (2002), (pp. 15-37).

Con la finalidad de introducir argumentos sobre la forma en que los seres humanos construyen sus propias patologías, se plantea en esta lectura la utilidad de basarse en una anécdota real que no viene directamente de la práctica clínica, ya que la opinión que vierte el autor sobre el trabajo de los terapeutas es que deberían aprender no solo de aquello que acontece en las consultas sino sobre todo de lo que sucede en las usuales interacciones humanas, observar cómo cambia la naturaleza de las cosas, cómo los fenómenos sociales e interpersonales, según sus diferentes manifestaciones, producen patologías o estrategias para resolver patologías y aprender de estas observaciones cómo afrontar los problemas para los cuales los pacientes piden soluciones.

Sesión 43:

En busca de soluciones.

O'Hanlon, W. H. y Weiner-Davis M. (2009).

Los autores plantean esta obra las nuevas tendencias acerca de los valores, las soluciones a los problemas y la patología. Con ello, proponen una guía concreta y detallada para convertir la

teoría en práctica, en la búsqueda de soluciones. Así, las técnicas se convierten en intervenciones deliberadas que a menudo niegan la necesidad del tratamiento más allá de la primera sesión. Los terapeutas “cuidan su lenguaje” y dirigen la conversación hacia el cambio, animando a sus clientes que contemplen el futuro concentrándose en las posibilidades más que en los problemas.

Sesión 44:

Paradoja y contraparadoja.

Palazzoli, et al (1998).

El texto de Palazzoli se enmarca en las aportaciones derivadas del Centro para el Estudio de la Familia de Milán (Italia), donde han tratado a grupos de familias de transacción esquizofrénica. El fundamento teórico está planteado por los modelos cibernético y pragmático de la comunicación humana, donde la familia es un sistema autocorrectivo, auto-gobernado por reglas que se constituyen en el tiempo mediante ensayos y errores. Implica esta conceptualización que los terapeutas tengan un cambio epistemológico, al abandonar la visión mecanicista-causal de los fenómenos y adquirir una visión sistémica. El terapeuta debe ser capaz de considerar a los miembros de la familia como elementos de un circuito de interacción y sin poder unidireccional alguno sobre el conjunto.

4.1.3 Desarrollo del programa de tratamiento

Sesiones 46.1 y 46.2:

La teoría psicoanalítica a la luz de la ciencia moderna.

Auping, B.J. (2000).

El autor en 2000 retoma la teoría psicoanalítica a la luz del nuevo milenio, reavivando sus fundamentos teórico-metodológicos bajo una revisión cuidadosa y observaciones agudas que dan aportaciones a la psicología moderna.

Sesiones: 47.1, 47.2, 74

De Sapos a príncipes. Programación neurolingüística.

Bandler, R. y Grinder, J. (2012).

El descubrimiento de que “imágenes dobles” eran percepciones de dos niveles distintos de percepción, muy a menudo basados en asociaciones experienciales diferentes, abrió para mí un nuevo campo de observación. Después descubrí la posibilidad de una “imagen triple” y comencé a practicar mentalmente el fraseo de una comunicación que pudiera causar diferentes percepciones,

aun contradictorias en carácter, a diferentes niveles de comprensión. Estos esfuerzos me llevaron a reconocer los factores que gobiernan la comunicación, por ejemplo, la tonalidad, el valor del tiempo, secuencia de presentación, asociaciones cercanas y lejanas, contradicciones inherentes, omisiones, distorsiones, redundancias, nivel de énfasis, directo o indirecto, ambigüedades, relevancias o irrelevancias por nombrar algunos. También fue obvio para mí los múltiples niveles de percepción y respuesta, no todas al mismo nivel de conciencia sino en niveles no comprendidos por el self, a menudo llamadas “instintivas” o “intuitivas”. Tal vez, el caso más simple sea el de Frank Bacon y su logro en su actuación de “Lightening”, el relámpago, donde repitió la palabra “no” muchas veces con al menos 16 diferentes significados que variaban entre un no enfático, un no sutil, una promesa de “no todavía”, un divertido “No seas ridículo” y aún el no fuerte de “Ni siquiera si todo el infierno se congela”. El cambio de tono de voz significa lo mismo que la palabra hablada o un lenguaje corporal.

Sesión 48:

La conceptualización cognitiva.

Beck, J. (2000), (pp. 31-44).

La conceptualización cognitiva provee al terapeuta el marco necesario para comprender al paciente. Al iniciar el abordaje de un caso, el terapeuta se plantea preguntas en relación al diagnóstico del paciente, sobre el desarrollo del problema del paciente. Con ello el terapeuta establece, entonces, una hipótesis acerca del modo como el paciente llegó a desarrollar el trastorno psicológico. Desde el primer contacto, el terapeuta comienza a construir una conceptualización cognitiva del paciente y la sigue profundizando hasta la última sesión. Este marco orgánico y siempre en evolución, lo ayuda a planificar una terapia eficaz y eficiente. Por ellos se describe el modelo cognitivo, que es la base teórica de la terapia cognitiva. En donde también se aborda la relación entre pensamientos y creencias y finalmente se analiza un caso a modo de ejemplo de aplicación del modelo terapéutico.

Sesión 49:

Guías de tratamiento y guías para la práctica clínica psicológica: Una visión desde la clínica.

Becoña et al (2004).

Como parte de la evolución y los descubrimientos en psicología, en la lectura se realiza la descripción de los últimos años se han dado pasos consistentes para establecer una psicología basada en la evidencia a partir de guías clínicas o también llamadas de tratamiento y de guías para la práctica clínica. Su objetivo es conocer qué tratamiento o tratamientos psicológicos son

eficaces para los distintos trastornos clínicos o cómo implantar el mejor tratamiento a partir de las mismas. Junto a la descripción de estas guías, sus características, cómo inciden en la práctica de la psicología, sus implicaciones, polémicas, etc., se analizan cuáles son las ventajas y problemas de las mismas en la práctica clínica. Se revisan cuestiones como el enfoque clínico vs. El científico, la diferencia de la psicología clínica en el campo público y privado, ventajas y limitaciones que tienen las mismas con los pacientes o clientes, la necesidad de formación, cómo pasar las recomendaciones de las guías a la práctica clínica, la adecuación de las mismas a los pacientes/clientes, su nivel de conocimiento y aceptación entre los psicólogos clínicos, etc. Se concluye que es necesario prestar cada vez más atención a las guías de tratamiento y a las guías para la práctica clínica y que, como ocurre en las otras áreas de la salud, tenemos que ir cada vez más hacia una psicología clínica basada en la evidencia.

Sesión 50:

Ficha de evaluación parcial del proceso terapéutico

Hirsch, H. y Casabianca, R. (2009), (pp. 76-81).

El protocolo de evaluación sesión por sesión, que sigue al que acabamos de comentar, está concebido de modo de guiar al terapeuta a considerar cada entrevista como una verdadera continuación de la anterior. Así, empieza por ocuparse de los efectos de ésta, y por ende el ítem 1 (estado del motivo de consulta) lleva a un punto que en este modelo es central: identificación del motivo de consulta. Esto permite una comparación inmediata con las predicciones (ítem 9) establecidas al final de la sesión anterior, o en el caso de que sea la segunda sesión, a lo establecido en el ítem 16 de la ficha de registro de la primera entrevista. El ítem 2 (respuestas a las intervenciones de la sesión anterior) enriquece la información vertida en el ítem 1, en tanto permite saber que dio lugar al cambio y cómo, o de qué manera la intervención fue rechazada por el sistema.

Sesión 51:

Exploración de prejuicios en los psicólogos. El primer paso hacia la competencia sociocultural.

Díaz-Lázaro, C.M. (2011).

En este material de lectura se presentan argumentos para la inclusión de la exploración de prejuicios en la formación y desarrollo profesional de los psicólogos. La tesis del trabajo se centra en la presuposición de que no se puede tener competencia terapéutica sin competencia sociocultural, y que el primer paso hacia la competencia sociocultural es nuestra habilidad para reconocer nuestros prejuicios y manejarlos de forma tal que minimicemos su impacto en la

terapia. Se identifican teorías e investigaciones empíricas dentro de la psicología del prejuicio para discutir cómo los sesgos intergrupales pueden afectar el trabajo de los psicólogos. Se hace hincapié en el modelo cognitivo del prejuicio. Se discuten los sesgos reduccionistas, universalista, y de benevolencia como trampas del proceso mismo de socialización profesional de los psicólogos las cuales impiden la exploración sincera de nuestros prejuicios, así como la inclusión de factores sociales y culturales en nuestros análisis. Finalmente se discute la importancia de afrontar nuestros prejuicios y se presentan sugerencias de cómo comenzar este proceso.

Sesiones: 53 y 81

Psicoterapia estratégica.

Fernández, V. (1994).

Fernández propone una guía al estudiante acerca de los fundamentos teóricos del Modelo de Psicoterapia Estratégica cuyo origen es el centro de investigación mental de Palo Alto (California, E.U.A.). Los procedimientos prácticos en las diversas consultas clínicas. Esta guía enriquece el modelo original y sus diversas adaptaciones de acuerdo con las realidades locales.

Sesión 54.1:

La capacidad de maniobra del terapeuta.

Fisch, R. Weakland, J. y Segal, L. (2003), (pp. 39-71).

Como consecuencia, casi todas las terapias apelan a tácticas que conceden al terapeuta el adecuado control del curso del tratamiento. Sin embargo, a menudo se pasan por alto los aspectos gerenciales de la terapia, como si fueran simplemente una parte del proceso de tratamiento. En psicoanálisis, por ejemplo, el paciente tendido en el diván no tiene posibilidad alguna de observar a su analista, mientras que éste, sentado detrás del enfermo, puede observar al paciente o no, según prefiera. Estas posiciones relativas, no obstante, son vistas únicamente como una parte necesaria del proceso analítico. De igual modo, la noción de “defensas” permite que el analista invalide el desacuerdo del paciente con sus interpretaciones; de hecho, al etiquetar dicho desacuerdo como resistencia, el analista puede utilizarlo para legitimar la supuesta exactitud de la interpretación. La teoría analítica otorga así al analista la opción de meta comunicarse acerca de la conducta del paciente, mientras que el sujeto analizado no posee la misma opción, al menos legítimamente.

Sesión 54.2:

La entrevista inicial.

Fisch, R. Weakland, J. y Segal, L. (2003), (pp. 89-108).

Como parte del proceso terapéutico la lectura considera la importancia de la entrevista, el objetivo primordial del terapeuta a lo largo de la entrevista inicial consiste en recoger la adecuada información sobre los factores que consideramos esenciales para cada caso, naturaleza de la enfermedad, cómo se está afrontando el problema, objetivos mínimos del cliente, y actitud y lenguaje del cliente. Por información adecuada entendemos aquella que es clara, explícita y que se manifiesta en términos de conductas, es decir, qué hacen y dicen los individuos concretos cuando se da el problema y cuando intentan afrontarlo, más bien que enunciados generales o interpretaciones explicativas del tipo no nos comunicamos, Johnny tiene fobia a la escuela» o «me falta confianza en mí mismo porque mi madre me despreciaba. La adecuada información constituye un requisito imprescindible para llevar a cabo un tratamiento breve pero efectivo, puesto que sirve de fundamento sobre el cual se planifican y se realizan las intervenciones. Para conseguir tal información tal vez se requiera un tiempo, un esfuerzo y una perseverancia considerables, pero valdrá la pena. Es mucho más positivo avanzar al principio lentamente que no apresurarse a realizar una intervención activa (hacer algo) antes de que el problema y el modo de tratarlo se hayan aclarado y explicitado.

Sesión 54.3:

La planificación del caso

Fisch, R. Weakland, J. y Segal, L. (2003), (pp. 131-146).

La planificación del caso acostumbra a ser la parte menos interesante y más desagradable de la terapia, sobre todo cuando el terapeuta trabaja en solitario, sin formar parte de un equipo terapéutico. Aunque la planificación no exige demasiado tiempo, a pesar de todo constituye una tarea antipática para la mayoría de terapeutas. Desafortunadamente, sin embargo, planificar es imprescindible para aplicar con eficiencia la propia influencia y para resolver los problemas con rapidez. Si no se le dedica a la planificación el tiempo necesario, disminuyen notablemente las posibilidades de éxito y el tratamiento se convierte a menudo en una aventura prolongada y errática que acaba por consunción. El terapeuta termina renunciando, o bien el paciente pierde el interés y abandona el tratamiento. Al examinar nuestros propios fracasos descubrimos que el factor concreto más decisivo ha sido la falta de una planificación del tratamiento.

Sesión 55:

Escala Multidimensional de la Asertividad.

Flores, G.M. y Díaz-Loving, R. (2009).

La obra de Flores y Diaz como su nombre lo indica es un instrumento auto-aplicable que consta de 45 afirmaciones, tipo Likert de cinco opciones de respuesta para evaluar el tipo y grado de asertividad que presente el individuo. Denominada Escala Multidimensional de la Asertividad (EMA), evalúa la dimensión psicológica asertividad: el individuo se permite expresar deseos, opiniones y sentimientos, así como defender los derechos e intereses propios, manejar la crítica positiva y negativa, declinar y aceptar peticiones, respetándose a sí mismo y a los demás (habilidad social para establecer relaciones interpersonales armónicas). La EMA es útil en las áreas clínica, educativa y laboral y sirve como guía de intervención terapéutica o establecer programas de entrenamiento asertivo entre personas cuyas profesiones les hacen entrar en contacto con otros.

Sesión 56:

Escala de Habilidades Sociales.

Gismero, G.E. (2010).

Este instrumento psicológico “Escala de Habilidades Sociales (EHS), evalúa la conducta asertiva y las habilidades sociales. La EHS está compuesta por 33 ítems a los que el examinando responde indicando en qué medida se identifica con cada afirmación. La aplicación de esta escala puede ser individual o colectiva y está dirigida tanto a adolescentes como a adultos, existiendo baremos separados para ambos grupos. Evalúa: Autoexpresión en situaciones sociales; Defensa de los propios derechos como consumidor; Expresión de enojo o inconformidad; Decir no y cortar interacciones; Hacer peticiones; Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto. Por último también ofrece información en una escala global.

Sesiones: 57 y 58

Terapia para resolver problemas.

Haley, J. (1980), (pp. 23-61).

Para continuar con el proceso de la terapia psicológica se debe tomar en cuenta la implementación de la entrevista, la cual concibe como un diálogo social con la familia -muy breve o bien prolongarse durante algunos minutos- se precisa superar esta etapa a la terapia, ya que la situación ya no es de tipo social, sino que obedece a un propósito. El autor describe paso a paso las estrategias para llevar a cabo la terapia con los integrantes de la familia.

Sesiones: 59.1, 59.2 y 60.

Desarrollo del Potencial Humano.

Lafarga, J. y Gómez J. (1999).

La obra de Lafarga y Gómez tiene como propósito dar a conocer la teoría y las aplicaciones prácticas de la psicología humanista. Reúnen las aportaciones de estudiosos de la psicología del desarrollo y personalidad humana bajo siete capítulos: 1. Perspectivas; 2. Relación interpersonal; 3. El terapeuta, maestro y facilitador del crecimiento; 4. Entrenamiento en las relaciones humanas; 5. Ejercicios y prácticas estructuradas; 6. Cambio social; 7. Educación y desarrollo humano.

Sesión 61:

Fuego para el propio conocimiento.

Schluter, H.L. (1997).

A lo largo de cuatro años, la antorcha de Prometeo se ha empeñado en mantener iluminados los recintos interiores de quienes, comprometidos con una visión humanista de la vida, ven evolucionar su propio ser trabajando en el crecimiento del ser de los demás.

Sesión 62.1, 62.2 y 62.3:

Los procesos de la relación de ayuda.

Madrid, J. (2005).

Esta obra es un intento vigoroso de traducir e integrar las principales cuestiones que ocupan a los profesionales de la ayuda psicológica en descripciones sistemáticas y asequibles para los estudiosos de las ciencias humanas en el tema de la ayuda.

Sesión 63.1:

Una sola medida no les queda a todos.

El terapeuta cognitivo-conductual como solucionador de problemas.

Nezu, M.A., Nezu Maguth, C y Lombardo, E. (2006) (pp. 1-51).

En esta lectura aclara que el texto ha sido redactado para el profesional de la salud mental que se encuentra interesado en la terapia Cognitivo-Conductual (TCC) para la atención de pacientes de consulta externa. Teniendo como objetivo principal, el ofrecer una guía sencilla que facilite

al terapeuta el tratamiento con esta terapia, específicamente para 11 problemas psicológicos comunes. Por ello, se centra en la formulación de casos y el diseño del tratamiento, pero también se presenta un modelo de toma de decisiones clínica en este modelo de terapia que facilitara la aplicación ideográfica a la práctica clínica del conjunto de información nomotética.

Sesión 63.2:

Depresión.

Nezu, M.A., Nezu Maguth, C y Lombardo, E. (2006) (pp. 63-118).

En la lectura se aborda la temática del trastorno por depresión, definiendo que la depresión es uno de los trastornos psicológicos más comunes, por lo que se denomina el resfriado entre los problemas de salud mental. Sin embargo, presentar un episodio depresivo mayor es distinto a tan solo sentirse triste. La principal diferencia radica en la consistencia de un grupo de síntomas que persisten por un periodo de al menos dos semanas. De acuerdo con el Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR), cinco de los nueve síntomas deben estar presentes cada día de dicho periodo de dos semanas, uno de los cuales necesitar ser uno de los primeros dos; estado de ánimo depresivo, pérdida constante de interés o placer, ganancia o pérdida significativa de peso, insomnio o hipersomnía, agitación o retardo psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de poca valía o culpa excesiva, dificultades para concentrarse y tomar decisiones, así como pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida.

Sesión 63.3 y 63.4:

Trastorno por estrés postraumático.

Nezu, M.A., Nezu Maguth, C y Lombardo, E. (2006) (pp. 171-230).

En esta lectura después de abordar la ansiedad generalizada, continúa con las principales características del Trastorno de estrés postraumático (TEPT) que es el cuarto desorden psiquiátrico más común en Estados Unidos. Considerado como uno de los trastornos más desgastantes y genera un daño significativo en numerosas facetas de la calidad de vida general de una persona. De acuerdo con el el Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) la característica esencial del trastorno es el desarrollo de síntomas característicos en una persona luego de que ha experimentado, presenciado o le han relatado uno o más acontecimientos caracterizados por muerte o amenazas para su integridad física o la de los demás. La respuesta de la persona al suceso debe presentar temor, desesperanza o terror. Los síntomas característicos que resultan de la exposición directa son la re-experiencia persistente de sucesos traumáticos, evitación del estímulo asociado con el trauma, embotamiento de la capacidad general de respuesta y síntomas

de activación elevada. El cuadro clínico completo debe estar presente durante más de un mes, y la perturbación tiene que causar malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes del funcionamiento.

Sesión 63.5:

Angustia de pareja.

Nezu, M.A., Nezu Maguth, C y Lombardo, E. (2006) (pp. 231-268).

Como parte del abordaje de este capítulo, se realiza un análisis en el que se describe con el término “pareja” se alude a una relación romántica significativa entre dos adultos, lo que sugiere que los principios, en lo básico, son aplicables a personas que no están casadas por la ley o que son del mismo género. En vista de la elevada presencia de matrimonios y divorcios, la angustia de pareja es muy común. Surge la pregunta: ¿por qué, si se supone que la pareja se forma en virtud de que dos personas se quieren, se presenta la angustia de pareja? Una respuesta implica la naturaleza cambiante de las relaciones. Salir con alguien en una cita se caracteriza por emoción y novedad; sin embargo, conforme pasa el tiempo, suceden cosas que generan angustia en la relación, incluso la “erosión del reforzamiento” y el surgimiento o reconocimiento de incompatibilidades.

Sesión 64:

Una megatendencia en el campo de la psicoterapia.

O´Hanlon, W. (2001) (pp. 87-107).

En este material de lectura se encuentra detallado algunas tendencias generales que se encuentran en la sociedad pero que quizá no eran evidentes para otras personas. De una manera similar, se observa y experimenta una tendencia en el campo de la psicoterapia que se expone, a lo largo de este capítulo, la psicoterapia se está apartando de las explicaciones, los problemas y las patologías y se acerca más a las soluciones, las competencias y las capacidades. Esta megatendencia ha ido surgiendo en mí poco a poco, principalmente como resultado de la práctica de la terapia “ericksoniana”, es decir, de la terapia basada en la tradición y el espíritu de Milton Erickson. El hecho de aplicar la terapia ericksoniana acabó orientando en una dirección concreta. Más adelante pude observar una tendencia similar en otros terapeutas, sobre todo en el trabajo reciente de Mara Selvini Palazzoli y sus colegas del Nuovo Centro per lo Studio della Famiglia de Milán, Italia, y en el trabajo de Steve de Shazer y su grupo en el Brief Family Therapy Center (BFTC) de Milwaukee, Wisconsin. Aunque estos profesionales no son verdaderos ericksonianos y, en ciertos aspectos, su práctica difiere bastante de la de Erickson, en su trabajo había algo que me

sonaba vagamente familiar. Tras profundizar un poco más en esa sensación acabé descubriendo la mencionada megatendencia.

Sesión 65:

Introducción a la programación neurolingüística.

O'Connor, J. y Seymour, J. (1993) (pp. 167-204).

En este capítulo se realiza una introducción y a la vez, un recorrido del campo conocido como Programación Neurolingüística o PNL. Se hace una definición la PNL es el arte y la ciencia de la excelencia, y deriva del estudio de cómo las mejores personas en distintos ámbitos obtienen sus sobresalientes resultados. Estas habilidades en la comunicación puede aprenderlas cualquiera para mejorar su eficiencia tanto personal como profesional. Por ello se considera también la descripción de los modelos de excelencia que la PNL ha construido en los campos de la comunicación, negocios, educación y terapia. El enfoque es práctico, da resultados y va adquiriendo cada vez más influencia en diversas disciplinas por todo el mundo

Sesión 66:

Desarrollar Posibilidades.

O'Hanlon, W. (2001).

Esta obra nos ofrece un examen del proceso del desarrollo de las posibilidades psicoterapéuticas bajo el enfoque del autor y la selección de artículos que se agrupan en función de cuatro enfoques psicoterapéuticos: el método eriksoniano/estratégico, la terapia orientada a soluciones, la terapia de posibilidades y la terapia inclusiva. El texto permite al lector la oportunidad de observar la evolución y la transformación de los pensamientos de un profesional sobre diversas cuestiones relacionadas con la psicoterapia.

Sesión 67:

Utilización de las pautas presentes.

O'Hanlon, W. (1989) (pp. 35-63).

En esta lectura, se plantea el trabajo en el que Erickson observó la conducta y el pensamiento de las personas están pautados con rigidez, pero, en lugar de extraer la conclusión de que como consecuencia de esa rigidez el cambio es imposible (según lo consideran muchas terapias), él

pensaba que las pautas son modificables. Su hipnosis y su terapia presentaban tres concepciones principales para intervenir en las pautas: 1) la utilización de las pautas corrientes al servicio del cambio; 2) la alteración o la obstrucción de tales pautas corrientes, y 3) el establecimiento de pautas nuevas.

Sesión 68.1:

La pareja y la familia con transacción esquizofrénica.

Palazzoli et al (1998) (pp. 31-43).

En este material de lectura se presenta el trabajo de colaboración para la difusión de las técnicas de hipnosis moderna más reciente entre los profesionales de la salud, en México. De esta manera, podrán traer a otros expertos y difundir más en México la práctica de las técnicas creadas por Milton Erickson. Los miembros de la American Psychological Association buscan más entrenamiento en estas técnicas que en otros tipos de terapias. Las técnicas ericksonianas son actualmente, con las de terapia familiar, las más populares en los Estados Unidos y su popularidad está creciendo en todo el mundo. Se describe el proceso del Seminario que tiene como propósito principal dar una introducción a las técnicas ericksonianas, dando un enfoque general de la psicoterapia. Vamos a definir lo que distingue a las técnicas ericksonianas de otras cuestiones de terapia y tratar de ofrecer una visión general que permita integrarlas a una práctica profesional.

Sesión 68.2:

La tiranía del condicionamiento lingüístico.

Palazzoli et al (1998) (pp. 64-67).

En este material se expone una serie de experiencias especialmente decepcionantes en el tratamiento psicoterapéutico de familias con interacción esquizofrénica nos obligó a tomar conciencia de que el mayor obstáculo que debíamos enfrentar para su abordaje, estaba dentro de nosotros. Este obstáculo era nuestro propio e inevitable condicionamiento lingüístico. Tal toma de conciencia la debemos particularmente a dos obras fundamentales desde la de Gregory Bateson (Steps to an ecology of mind: pasos a una ecología de la mente), y de Harley Shands (The war with words: La guerra de palabras). El reflexionar respecto de esas obras permiten la realización de esfuerzos para cambiar la epistemología por otra, más correcta, que permita proponer una metodología terapéutica adecuada. La relevancia y la clasificación minuciosa de las perturbaciones de la comunicación peculiares de la familia con interacción esquizofrénica fueron una conquista en el sentido de la investigación científica.

Sesión 69:

El proceso de cambio.

Papp, P. (2008)

Para el autor, el cambio es el objetivo de toda terapia, pero las técnicas que llevan a comprender y predecir esas repercusiones, las que permiten a los miembros de las familias percibirlas y hacerles frente es, entre otras, el triángulo terapéutico formado por el terapeuta, la familia y un grupo asesor de terapeutas que observa a la familia a través de un espejo de visión unidireccional y comentan las acciones de los participantes.

Sesiones 70.1, 70.2, 70.3, 107 y 108:

Terapia cortada a la medida.

Un seminario ericksoniano con Jeffrey K. Zeig Robles, T. (1991)

En este texto se propone que la psicoterapia es un proceso que se da entre dos sujetos y que crecer a medida que se usan las cualidades, defectos, cosas resueltas y cosas por resolver. Estos dos personajes involucrados se encuentran para realizar un trabajo en común. Está el experto en sí mismo, que es la persona que consulta, y el experto en las técnicas, el terapeuta, colaborando para ayudar al primero a cambiar desde adentro, en su estilo y a su ritmo, lo que quiere cambiar, para crecer y lograr sus objetivos, aprendiendo a disfrutar la vida, saludablemente. En este proceso, el terapeuta acompaña y cuida a la persona en terapia para que llegue a sus metas, aprovechando sus recursos y todo aquello que surge en el camino como herramientas para facilitar el cambio.

Sesión 71.1, 71.2, 71.3 y 72.1:

El proceso de convertirse en persona.

Rogers, C. (2002).

El encuadre psicoterapéutico de esta obra rebasa las categorías de conocimiento tradicionales y altera el rol del terapeuta, pues en lugar de encargarle curar a alguien que está enfermo, le asigna la tarea de comprender al otro, de ser el espejo de la expresión total de la vida del cliente convirtiéndose el terapeuta en su asesor y a la relación terapéutica en asesoramiento o consejo. El autor impulsa el enfoque terapéutico Terapia centrada en el cliente donde se elimina la actitud directiva por parte del terapeuta y favorece una relación de búsqueda y maduración afectiva que permite al cliente convertirse en persona. En este libro el autor expone sus ideas principales y ejemplos de sesiones terapéuticas.

Sesión 73.1, 73.2 y 73.3:

Psicoterapia centrada en el cliente

Rogers, C. (1997)

En esta lectura se presenta la perspectiva de la psicoterapia centrada en el cliente por el autor. Considera dentro de la escuela humanista de psicoterapia su enfoque con personas que buscan ayuda psicológica. La técnica que propone ha sido importante en la formación de los profesionales de la psicología.

4.1.4. Seguimiento y evaluación del tratamiento.

Sesión 75:

El trastorno bipolar. Una aproximación desde la terapia cognitiva.

Beck, A. (2005).

Este volumen ofrece al profesional de la salud mental una introducción práctica y completa a la psicoterapia cognitiva aplicada al tratamiento del trastorno bipolar, Trata también la relación entre la psicoterapia cognitiva y la farmacoterapia; presenta directrices para abordar las dudas y temores de los pacientes en relación con los cambios propuestos. Incrementar la moral, la autoestima, la esperanza y la constancia de los pacientes por medio de una sólida relación terapéutica es un propósito del autor.

Sesión 76.1, 76.2, 76.3, 76.4, 76.5, 76.6 Y 76.7:

Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad.

Beck, A. y Freeman, A. (2002).

Los autores organizan el contenido en dos secciones. En la primera dan una visión general de los aspectos históricos, teóricos y terapéuticos de la terapia cognitivo conductual a través de capítulos que detallan el tratamiento individualizado de trastornos específicos de la personalidad por el D.S.M. III (1987). El grupo A, de trastornos descritos como “raros o excéntricos”, está formado por los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico. El grupo B incluye los trastornos: antisocial, límite, histriónico y narcisista, que son descritos como “dramáticos, emotivos e imprevisibles”. El grupo C comprende las personas “ansiosas o temerosas”, que pertenecen a las categorías de los trastornos por evitación, por dependencia, obsesivo-compulsivo y pasivo-agresivo.

Sesión 77:

Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización.

Beck, J. (2000).

A través de este texto la autora ha pretendido educar, enseñar y entrenar a los profesionales de la psicología en la aplicación de la terapia cognitiva sus conceptos básicos y su profundización. Hace un recorrido histórico desde sus inicios hasta el desarrollo de su publicación en este texto.

Sesiones: 78 y 79

Estrategias cognitivas para sentirse bien.

Beriso et al (2003).

Las autoras ofrecen en esta obra la experiencia de más de 20 años como psicólogas clínicas. Aportan los instrumentos necesarios para llevar a cabo de forma eficaz la terapia cognitivo-conductual, afrontando trastornos de ansiedad, depresión, fobias, trastornos de la conducta alimentaria, problemas de pareja, entre otros.

Sesión 80:

La Empatía y su Desarrollo.

Eisenberg N. (1992) (pp. 163-177).

En esta lectura se realiza una revisión de las principales aportaciones teóricas y metodológicas al estudio de la empatía. Así, se revisan los orígenes del término empatía. Se aborda la historia de su estudio, haciendo referencia a las distintas perspectivas desde las que se ha abordado, el debate entre la postura disposicional y la situacional, y la visión cognitiva, afectiva, y por último integradora. Se recogen y comentan las principales medidas de la empatía desde las distintas aproximaciones mencionadas. Se comentan los estudios realizados sobre la empatía desde distintas perspectivas: neuropsicológica, diferencial y social. También se comentan las más importantes aplicaciones prácticas del estudio de la empatía en los ámbitos clínico y organizacional. Por último, se trata de constituir toda la información en un modelo explicativo integrador de la empatía, y se plantean las cuestiones que permanecen abiertas o que requieren de un mayor esfuerzo investigador para avanzar en el estudio de este constructo

Sesión 81:

Psicoterapia Estratégica.

Fernández, V. (1994). (pp. 94-103).

En esta lectura se habla sobre el establecimiento sobre cómo el aprendizaje es dado, sino de definir qué se entiende por conocimiento, tampoco se refiere a si ese aprendizaje es un proceso social o individual, aunque en sus orígenes si se trataba de un hecho netamente individual. Se entiende el concepto de actividad psíquica como el conjunto de operaciones, tanto interiores como exteriores, que realiza el ser humano para cumplir su deseo de conocimiento, y la construcción de la realidad. En el concepto de actividad.

Sesión 82:

Las intervenciones.

Fisch, R. Weakland, J.H. y Segal, L. (2003) (pp. 147-196).

En este material de lectura se realiza el análisis de los diferentes modelos de intervención psicoterapéutica, destacando que las terapias prolongadas resultan adecuadas cuando se puede considerar como un acontecimiento especial el término del tratamiento. También se destaca que entre el paciente y el terapeuta se ha ido desarrollando una relación significativa, y el final del tratamiento es al mismo tiempo el final de esta relación. Además, en esta clase de tratamientos se encuentra incluida la idea de que la terapia se proponen más cosas que la solución de un problema concreto, por lo que el terapeuta ayuda al paciente a obtener una profunda comprensión de sí mismo y de su existencia. Por ello, se da una especie de sensación de liberación del los pacientes y los terapeutas con frecuencia preparan al paciente para la terminación, a veces con muchas semanas de adelanto. Se necesite o no en la práctica dicha preparación, lo cierto es que los terapeutas que efectúan tratamientos prolongados suelen creer que es necesaria.

Sesiones: 83 y 84.1, 84.2, 84.3 Y 84.4.

La terminación del tratamiento.

Fisch, R. Weakland, J.H. y Segal, L. (2003) (pp. 197-211).

En este material de lectura se realiza un abordaje sobre las particularidades de los cierres o la culminación del proceso terapéutico, particularmente en las terapias breves en cambio no se considera que la terminación constituya un acontecimiento especial. La brevedad del tratamiento y el énfasis en la solución de problemas no favorecen el desarrollo de una relación entre terapeuta

y paciente. En consecuencia, no se da la sensación de que el paciente se separe desgarradoramente del tratamiento, o quede navegando al garete obligado a valerse por sí mismo. Un enfoque dirigido a la solución de problemas también señala que el tratamiento es un medio para solucionar un problema específico, por lo que no hay necesidad de dedicar demasiado tiempo a resumir los logros del tratamiento. En la terapia breve, en consecuencia, se afronta con brevedad la terminación.

Sesión 85:

Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes.

Friedberg, R. (2005).

En este material, se plantea una guía sobre la práctica de la terapia cognitiva con niños y adolescentes. Se constituye de un marco teórico bien definido, con una explicación de la forma de aplicar los principios y procedimientos de la terapia cognitiva a las necesidades individuales de niños que presentan una amplia variedad de problemas. Esta forma de abordaje de la dinámica de terapia psicológica permite que se pueda ir paso a paso en el manejo de situaciones clínicas sencillas y otras más complejas, además de incluir ejemplos que ilustran lo que debe hacer un profesional experimentado en casos similares. Se explica también cómo adecuar cada técnica a pacientes de diferentes edades.

Sesión 86:

Trauma y reeducación emocional.

Goleman, D. (2000), (pp. 123-138).

Como parte de una visión actual de la salud, en esta lectura se menciona que así como en el siglo XX se ha destacado por ser la Era de la ansiedad, en los últimos años de este milenio parecen anunciar la llegada de una Era de la conocida melancolía. Todos los datos parecen hablar de una epidemia de depresión a escala mundial, epidemia que se desarrolla a la par de la expansión del estilo de vida del mundo moderno. Desde comienzos de este siglo, cada generación se ha visto más expuesta que la anterior, a sufrir depresión, y se hace referencia sólo a la melancolía sino a la insensibilidad, el abatimiento, la autocompasión y la desesperación. Y no es lo único, también los episodios depresivos se inician a una edad, con mayor frecuencia, más temprana. Por lo que, la depresión infantil, no reconocida como tal hace algunos años pasados. Aunque las probabilidades de padecer depresión se incrementan con la edad, en la actualidad el aumento de casos se produce entre los individuos más jóvenes. El porcentaje de personas con este trastorno de depresión en algún momento de su vida. Por su parte, la probabilidad de que los nacidos entre 1945 y 1954 experimenten una depresión antes de llegar a los treinta y cuatro años es diez veces superior a

las de las personas nacidas entre 1905 y 1914. De este modo, a medida que ha ido transcurriendo el siglo, la irrupción del primer episodio de depresión tiende a ocurrir a una edad cada vez más temprana.

Sesión 87:

Terapia para resolver problemas.

Haley, J. (1980).

En este material de lectura se plantea un enfoque terapéutico que intenta resolver, dentro del contexto familiar, los problemas que se presentan a un cliente, dando énfasis no necesariamente en un método particular, sino dando respuestas a cada problema con técnicas apropiadas para esa situación específica. Es así que se plantea la tarea del terapeuta como la de formular claramente el o los síntomas y proponer una intervención en la situación social del cliente para así modificarlo. Este enfoque enfatiza el contexto social de los problemas humanos, por ello, el terapeuta no sólo debe dar importancia a los problemas, sino que debe considerarse a sí mismo como un miembro más de la unidad dentro de la cual está contenido el problema.

Sesión 88.1 y 88.2:

Terapia de Ordalía, caminos inusuales para modificar la conducta.

Haley, J. (1984).

Este material de lectura habla sobre los dilemas planteados como absurdos que de forma usual se encuentran en las personas, así como las soluciones que se proponen en terapia. Para ello se exponen casos clínicos reales. Se puede encontrar a lo largo de la lectura, los informes basados en grabaciones hechas en cintas magnetofónicas y videocintas, las sesiones se realizaron en consultorios equipados con pantallas para la observación directa del supervisor, se tomó en cuenta que algunos de los terapeutas fueron estudiantes.

Sesión 90:

Intervenciones psicológicas para la promoción del bienestar.

Hervás, G., Sánchez, A, y Vázquez Carmelo. (2008).

En este capítulo se realiza una compilación de los programas o estrategias de intervención desde la psicoterapia que han tenido resultados positivos que han sido más relevantes, sin ánimo de ser exhaustivos, que han cosechado algún tipo de resultado de validación empírica. Por lo que

el objetivo es dar un panorama general de lo que se construye en para la intervención psicológica y de las vías que están abiertas para el futuro.

Sesión 91.1 y 91.2:

Estrategias Institucionales. (La organización del cambio).

Hirsch, H. y Rosarios, H. (1987).

En este material de lectura se plantea como propósito particular, presentar una serie de prácticas utilizadas para la organización de servicios y programas de salud mental, vistas desde la aplicación a casos clínicos.

Sesiones: 92 y 93

El informe psicológico.

Jiménez, F. (1997).

Como parte del análisis que realiza esta lectura, aborda la evaluación psicológica y enfatiza que que es un ejemplo de la evolución durante los últimos años la psicología en general. Como la aplicación de tests conforma solo una pequeña parte del proceso de recolección de información que supone la evaluación psicológica, la cual va más allá, puesto que exige el planteamiento de hipótesis, su contrastación, así como la toma de decisiones en la aplicación de los instrumentos con la finalidad de alcanzar unos objetivos preestablecidos que van desde la descripción, la clasificación, la predicción y/o cambio durante el proceso. El material está organizado en seis partes donde se tratan aspectos conceptuales y metodológicos, técnicas de evaluación psicológica, evaluación de la inteligencia, evaluación del aprendizaje y desarrollo, evaluación de la personalidad y evaluación en otras áreas, en el que participaron más de cuarenta destacados especialistas.

Sesión 94:

El enfoque multimodal. Una psicoterapia breve pero completa.

Lazarus, A. A. (2000).

Como parte de la temática de la que trata esta lectura, es el Enfoque Multimodal que involucra la esencia de la práctica de la psicoterapia de tiempo limitado o breve, en este el Dr. Lazarus realiza una síntesis de sus años de experiencia clínica y también docente, enfatizando los elementos básicos de la terapia multimodal de forma agradable y comprensiva. Este texto se presenta de una forma lúdica, plasmada por el propio autor, con ilustraciones, presentaciones de casos y ejemplos prácticos.

Sesión 95:

MMPI-2 Inventario Multifásico de la personalidad Minnesota-2. Adaptación al español.
Lucio, E. (2009).

En este material se realiza la descripción del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota, concretamente el MMPI-2, que es uno de los instrumentos más populares dentro de la psicología especialmente en el área clínica, para la evaluación la personalidad, las características psicopatológicas globales y específicas de la persona, o las alteraciones psicosomáticas. Particularmente en esta versión se desarrolla en el año 1989 a partir del MMPI original que gozó de una popularidad debido a que permite al profesional de la salud mental formular dictámenes o juicios válidos y fiables sobre la personalidad del paciente. De la misma manera, permite la creación de un perfil psicológico muy completo.

Sesión 96:

Entrenamiento en inoculación de estrés.
Muñoz, M. y Bermejo, M. (2001).

El material de lectura propone desde un inicio una estrategia de intervención psicológica precautoria, la inoculación de agobio que es una técnica que ha proporcionado múltiples aportaciones a la psicología clínica, hasta el punto de transformarse en un tratamiento propiamente dicho. Frente a cualquier inconveniente en que las personas tengan dificultades para hacer frente a las demandas ambientales con sus recursos personales y sociales, por lo que se hace ver que el adiestramiento en inoculación de Agobio es una de las herramientas más rápidas con las que cuenta el psicólogo clínico en su práctica profesional.

Sesión 97:

La praxis clínica en terapia estratégica: proceso y procedimientos.
Nardone, G. y Watzlawick, P. (1990) (pp. 71-112).

En este capítulo se realiza una exposición sobre el proceso común de la terapia psicológica, desde el primer encuentro entre terapeuta y paciente hasta la conclusión del tratamiento. En esta referencia se presenta también de forma detallada una serie de estrategias consolidadas y de técnicas terapéuticas específicas. Con el propósito de hacer un análisis exhaustivo en lo relacionado al proceso y procedimientos de la terapia que tienen que ver con el repertorio de las posibles estrategias de aplicación, puesto que las combinaciones de jugadas y contrajugadas en

una partida son innumerables y dependen de la interacción entre los dos que juegan: terapeuta y paciente.

Sesión 98:

Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales.

Un enfoque basado en problemas.

Nezu, M.A., Nezu Maguth, C y Lombardo, E. (2006) (pp. 13-35).

La lectura trata sobre los aspectos relacionados a la formulación de casos, se se visualiza como un conjunto de hipótesis, de forma particular delimitados por una teoría de la personalidad o una orientación psicoterapéutica, las que toman en cuenta las diferentes variables que influyen como causa, como detonantes o factores que mantienen los problemas emocionales, psicológicos, interpersonales y conductuales de una persona. Por ello se clasifica como una descripción de las quejas y síntomas de ansiedad de un paciente, así como un mecanismo organizativo para que el terapeuta pueda entender cómo es la manifestación de dichas problemáticas, el modo en que éstas coexisten con otros síntomas, lo estímulos ambiental o intrapersonales que los desencadenan y por qué persisten.

Sesión 99:

Pequeños grandes cambios.

O' Hanlon (2003).

En este material de lectura se centra la atención en las soluciones prácticas, creativas, eficaces y realistas para los problemas que plantean desafíos en la vida de los sujetos, en las que se pretende que sean directas y llenas de sentido del humor, que pueden ayudar a cambiar el punto de vista y la forma de crear soluciones a los problemas, desde las relaciones humanas a la mejora de la vida sexual y la resolución de conflictos de todo tipo. Proponiendo también que en las sucesivas ocasiones que una persona tenga un problema, pueda intentar aplicar alguna de las soluciones propuestas en este material como romper patrones de conducta, por ejemplo: si suele enfadarse y ponerse a la defensiva, siéntese tranquilamente y escuche; encontrar y utilizar modelos de solución, por ejemplo: ¿qué cosas de las que dice para solucionar un problema con un cliente irritado no le dice a su pareja cuando se enfada con usted? y fijar la atención, es decir, céntrese en lo que le gustaría que sucediera en lugar de en lo que esté pasando. Partiendo de la base de la práctica terapéutica, este libro audaz y divertido le devolverá el control sobre sus emociones y su propia vida.

Sesión 100.1:**Conflicto y congruencia.**

O'Connor, J. y Seymour, J. (1993), (pp. 205-240).

Como parte del abordaje que realiza este material de lectura, presenta una premisa en la que todas las personas al vivir en el mismo mundo se realizan interpretaciones y modelos distintos de él, que pueden generar conflicto. Como ejemplo, se expone que dos personas pueden mirar el mismo hecho, escuchar las mismas palabras y darle la interpretación completamente diferente. De estos modelos e interpretaciones obtenemos la rica pluralidad de valores humanos, políticos, religiosos, intereses y motivaciones. Por ello se examinan las negociaciones y los encuentros para reconciliar intereses en conflicto y algunas de las formas en que éstos se usan con éxito.

Sesión 100.2:**Psicoterapia.**

O'Connor, J. y Seymour, J. (1993) (pp. 241-253).

Esta lectura realiza un recorrido de la forma y propuesta de los primeros modelos de la Programación Neurolingüística, que tiene su origen en la psicoterapia, sin embargo, la Neurolingüística no hay restricción en relación a la psicoterapia, y es considerado también como un accidente histórico en el que John y Richard establecieron contacto con personajes excepcionales en el campo de la psicoterapia cuando empezaron sus estudios. En la obra *Structure of Magic 1* se explora cómo se puede limitar el mundo dependiendo de cómo se emplee el lenguaje, y cómo utilizar el Metamodelo para librarse de estos límites. Ya para *Structure of Magic 2* se desarrolla el tema de los sistemas representativos y la terapia familiar. A partir de ello la Programación Neurolingüística ha creado técnicas de psicoterapia muy poderosas, y en este documento girará en torno a tres de las más importantes: la cura de la fobia, el modelo ¡chas! y la negociación interna. También da una idea de cuándo es preferible emplearlos. Hay dos aspectos esenciales para cualquier psicoterapeuta, o para cualquiera que esté intentando ayudar a alguien a realizar cambios en su vida. El primero es definido como la relación, construir y mantener la sintonía para establecer una atmósfera de credibilidad. El segundo es la congruencia, que da como hipótesis “usted debe ser completamente congruente con lo que hace para ayudar a esa persona”, en la que cualquier incongruencia transmitirá un mensaje contradictorio y reducirá la efectividad del proceso de cambio. Esto significa que deberá actuar de manera congruente, como si creyera que las técnicas van a funcionar. La relación y la congruencia están a un nivel lógico superior a cualquier otra técnica que vaya a aplicar. Se utiliza el marco objetivo para reunir información sobre el estado presente, el estado deseado y también los recursos necesarios para pasar de uno a otro. Dentro de

este marco los objetivos, se estará atento a lo que se vea, se oiga y se sienta, y esté dispuesto a responder a los cambiantes intereses de la persona.

Sesión 100.3:

Aprendizaje como creación/imitación de modelos.

O'Connor, J. y Seymour, J. (1993) (pp. 255-286).

En este material de lectura se enmarca que los seres humanos, tienen disposiciones naturales para aprender. Por lo que, para muchos, este proceso se convierte en algo más espacioso con la edad. Para otros sujetos, el aprendizaje continúa in-Lume, es decir, sin disminuir durante toda la vida. Cuando se crece, se aprende solo a caminar y hablar estando con personas, al hacer estas cosas. De forma cotidiana se realizan actos, que se pueden suponer primeros intentos, y en el proceso se comprueban los resultados, de acuerdo a esto se realizan modificaciones o cambios en los actos a partir del apoyo de otros, lo que implica aprender mediante la imitación de modelos. A medida que las personas se hacen mayores, se tiende a interpretar este proceso natural de aprendizaje como una serie de pequeños éxitos y fracasos. Con la colaboración reforzadora de los padres y compañeros, se comienzan a formar los éxitos y a “temer” a los fracasos. Parece ser que temer a “hacer mal las cosas”, es como se aprende a inhibir los procesos naturales, como el aprendizaje.

Sesión 100.4:

Epílogo

O'Connor, J. y Seymour, J. (1993) (pp. 287-299).

Este libro describe las ideas más importantes de la Programación Neurolingüística desde un punto de vista práctico más que teórico. La PNL no se desarrolló siguiendo unos pasos lógicos, y no es fácil de describir. Para describir la PNL de forma lógica es necesario tener en cuenta que es como intentar describir un holograma separándolo en pedazos, siendo así que cada pedazo contiene su totalidad. Se plantean algunas reflexiones finales y más especulativas sobre la PNL y su posición en el mundo. Se cree que la PNL es el paso siguiente de la psicología. Se la ha llamado Nuevo paradigma de aprendizaje y Nuevo lenguaje de la psicología y como modelo estructurado de la experiencia humana, se le puede considerar como un paso significativo como la invención del lenguaje. Pero también es un proceso que irá generando formas de alcanzar resultados excelentes en una amplia gama de campos.

Sesión 101.1:

Submodalidades de la terapia.

O'Hanlon, W.H. (1989) (pp. 79-96).

En esta lectura se habla de las tres formas principales de pensar, específicamente mediante sonidos, imágenes y sensaciones, pero esto es sólo un primer paso. Este tipo de distinciones puede hacerse sin tener en cuenta lo que haya en la imagen. Igualmente, se puede describir un sonido como de tono alto o bajo, cercano o distante, alto o suave. Una sensación puede ser intensa o leve, aguda o apagada, pesada o ligera. Así que una vez establecida la forma general en que pensamos, el paso siguiente es precisar más dentro de ese sistema. Como ejemplo de este tipo de procesamiento se expone: "Póngase cómodo y piense de nuevo en algo agradable. Examine cualquier imagen que tenga de ello. ¿Está contemplándolo todo como si lo viera con sus propios ojos (asociado), o lo está viendo desde otro lugar (disociado)? Por ejemplo, si usted se ve a sí mismo en la imagen, estará disociado. ¿Es en color? ¿Hay movimiento o está fija? ¿Está en tres dimensiones o la imagen es plana como una foto? A medida que siga observando la imagen puede seguir definiéndola".

Sesión 101.2:

Anclaje de recursos.

O'Hanlon, W.H. (1989) (pp. 97-128).

Con la finalidad de dar a conocer lo que interviene en el proceso terapéutico, en esta lectura se dan a conocer los pasos para transferir recursos emocionalmente positivos desde experiencias del pasado a situaciones del presente para que le sirvan en la actualidad. La postura de este método puede requerir de hacerlo con un amigo que será como un guía por los distintos pasos. Por lo que da los pasos generales para este proceso de anclaje de recursos, comenzando con instrucciones como: 1) Siéntese cómodamente en una silla o permanezca de pie en un lugar donde pueda considerar el proceso de forma objetiva; 2) Piense en una situación específica en la que le gustaría ser diferente, sentirse diferente y responder de manera diferente; 3) Luego escoja un estado emocional en particular, de los distintos que ha tenido a lo largo de su vida, del que le gustaría disponer en esa situación. Puede ser cualquier estado de plenitud de recursos (seguridad, humor, valor, persistencia, creatividad), aquello que venga intuitivamente a la mente como lo más apropiado. Cuando esté seguro de qué recurso quiere, empiece a buscar una situación en su vida en que sintió ese recurso. 4) Tómese su tiempo, observe qué ejemplos vienen a su mente y elija aquel que sea más claro e intenso. Si ha escogido ya un recurso, y es difícil recordar un momento en que lo ha experimentado, piense entonces en alguien que usted conozca o en un personaje ficticio

de un libro o película. Y se lleva en este caso al paciente a postular con respuestas a preguntas su percepción, preguntas como ¿Qué es lo que pasaría, si usted fuera el otro, al experimentar este recurso?

Sesión 102:

El camino equivocado: Cosas a evitar en terapia.

O'Hanlon, W.H. y Weiner-Davis, M. (2009) (pp. 178-193).

Este capítulo del material de lectura se centra en lo que se debe evitar en terapia, considerando algunas trampas en las que los terapeutas que supervisan tienen con frecuencia. Si el terapeuta permanece en el camino de las soluciones, todo va bien. Sin embargo, si se desvía de la carretera principal, la terapia puede dar un giro poco provechoso, se queda en la patología, o puede que entre en un callejón sin salida, sin soluciones a la vista. Es necesario guiarse por señales de aviso que eviten a los terapeutas dirigirse por caminos equivocados. Se propone equivocarse entre comillas porque lo que se ofrece es simplemente un mapa basado en la experiencia, y porque todos saben que los mapas pueden quedarse desfasados al cambiar el territorio, o resultar poco útiles si contienen información irrelevante para la meta.

Sesión 103:

Ayudar de forma efectiva: Counselling.

Okun, F.B. (2010). (pp. 45-80).

Este material de lectura se trata de una introducción a la terapia en relaciones personales, los elementos que se proporcionan ayudan a conocerse mejor a sí mismo, a entender las fuerzas sociales que rodean la actividad y también a apreciar cualquier tipo de ayuda que permita obtener buenos resultados. Además, se pueden encontrar ejercicios y ejemplos, así como la teoría que permite adquirir habilidades indispensables para desarrollar relaciones autenticidad y compasión. Se pretende que se aprenda a atender a todos los aspectos multiculturales de las distintas situaciones y a asimilar las terapias orientadas a las soluciones y adoptar una perspectiva particular y dar énfasis en el trabajo de equipo multidisciplinario.

Sesiones: 104.1, 104.2, 104.3 y 105

Técnicas de relajación. Guía práctica.

Payne, R.A. (2005).

En este material se presentan las pautas para la experiencia clínica, se reúnen dieciocho métodos de relajación más utilizados a la par de la descripción de técnicas prácticas que se acompañan con fotografías, guiones y referencias que facilitan el aprendizaje y la práctica. Por ello se realiza una división en cuatro partes, en la primera el procedimiento general para aplicar en todos los métodos junto con un análisis de las teorías con las que se estudia la relajación y el estrés. En la segunda parte se desarrollan los métodos físicos de relajación, relajación progresiva, muscular pasiva, aplicada, entrenamiento de la relajación del comportamiento, método de Mitchell, técnica de Alexander, relajación diferencial, y se analiza el papel de los estiramientos en la relajación, el ejercicio físico y la respiración. Para la tercera parte se ocupa de los sistemas mentales de relajación como el autoconocimiento, la visualización, el entrenamiento autogénico y la meditación. En la última parte se pueden encontrar diferentes métodos que facilitan la relajación a corto plazo y hacer frente a las situaciones estresantes de la vida diaria. También, se considera el modo en que los distintos métodos se relacionan entre sí y cómo realizar la combinación de las distintas técnicas.

Sesión 106:

La entrevista motivacional: una estrategia para el cambio en psicología y salud.

Ramos-del Río, B. (2007).

En este material de lectura se presenta una guía que apoya para las actividades de evaluación e intervención, con descripciones teóricas, acompañadas de un conjunto de ejemplos que le permiten al alumno o lector relacionar el conocimiento teórico y práctico, convirtiéndose en un texto útil para los interesados en el tema.

Sesión 109.1, 109.2 y 109.3:

El proceso de convertirse en persona.

Rogers, C. (2002).

En este material se realiza un encuadre psicoterapéutico no se basa en las categorías de conocimiento tradicionales sino que realiza una propuesta en la que altera el rol del terapeuta, ya que en lugar a que se encargara de curar a alguien que está enfermo, le asigna la tarea de comprender al otro, de ser el espejo de la expresión total de la vida del paciente con ello convirtiéndolo en

su asesor y a la relación terapéutica en “asesoramiento” o “consejo”. La dinámica planteada para la modificación se enfoca en el paciente mismo, eliminando toda actitud directiva del terapeuta y negando la posibilidad de la división de la personalidad del asesorado en cuestiones enfermas o sanas. Por lo tanto el asesor y el asesorado entran en una relación de búsqueda del sí mismo de cada uno y, en ese contexto interpersonal, desarrollan un diálogo en el que el cliente vive una maduración a través de insights que rescatan e integran la totalidad de su experiencia vivida.

Sesión 110.1 Y 110.2:

Psicoterapia y Relaciones Humanas.

Rogers, C. y Kinget, M. (1971).

En esta obra de lectura se describe de manera extensa y profunda la teoría de Rogers que toca temas sobre las nociones del proceso psicoterapéutico desde la dirección, porque centrarse en el cliente, la tendencia actual, la noción del Yo, los problemas del conocimiento de sí mismo, la atmósfera en el consultorio humanista, las actitudes del terapeuta, la capacidad empática, la autenticidad, la importancia del reflejo, la tolerancia, el respeto y la aceptación o la consideración positiva incondicional. También se encuentran destacados los conceptos de estructura general de las teorías de Rogers, como la teoría de la personalidad y la dinámica de la conducta, la modificación de la personalidad, el funcionamiento óptimo de la personalidad, las relaciones humanas, las relaciones familiares, la educación y el aprendizaje y las tensiones y conflictos en los grupos. Se expone la teoría psicoterapéutica de Rogers que tienen un fundamento en ayudar al cliente a encontrar sus propias soluciones a los problemas.

Sesión 111.

Eficacia de la teoría cognitivo-conductual en
pacientes con psicosis de inicio reciente: una revisión.

Travé, M.J, Pousa T.E. (2012).

La lectura trata la eficacia de los tratamientos psicológicos en la esquizofrenia como ejemplo de la implementación efectiva de la terapia cognitivo-conductual, ya que se enfatiza que ha sido explorada en varios estudios controlados desde hace veinte años, confirmando que éstos son un importante complemento terapéutico a la medicación antipsicótica en el tratamiento de dicho trastorno. Dentro de estos tratamientos, las intervenciones familiares y los tratamientos cognitivo-conductuales son los que han recibido una mayor atención en relación a los resultados conseguidos. Se hace una de revisión dando atención en la literatura existente sobre las técnicas y procedimientos de la terapia cognitivo-conductual aplicadas a reducir el malestar emocional y

aumentar el nivel de funcionamiento psicosocial en la fase temprana de la enfermedad, así como su eficacia a lo largo de los estudios realizados en estos últimos años y esclarecer en qué fase se encuentran actualmente.

Sesión 112.

Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: Fundamentos y aplicaciones.

Vázquez, C., Hervás, G. y Ho, S.M.Y. (2006).

El énfasis que esta lectura realiza, gira en torno a las intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva está ya apareciendo en la literatura científica. En esta revisión, se defienden las razones teóricas como prácticas que son necesarias para tener en cuenta los aspectos negativos y positivos del funcionamiento humano y que permiten a su vez la comprensión de los aspectos clínicos. Se realiza una discusión de tres modelos complementarios y relevantes en relación a sus implicaciones directas para las intervenciones psicoterapéuticas. El primero de ellos es el modelo de las tres vías hacia la felicidad de Seligman (2002), el segundo es el modelo multidimensional del bienestar psicológico de Ryff (1995) y el tercero es el modelo motivacional de Deci y Ryan (2000). Las intervenciones positivas en el área clínica deberían estar sólidamente guiadas por los datos empíricos guiados por la ya abundante investigación sobre felicidad y bienestar psicológico y las novedosas y prometedoras intervenciones y programas destinadas a aumentar el bienestar de las personas, algunas de las cuales son descritas en esta revisión, deben ser evaluadas con los diseños más estrictos para probar su eficacia. Finalmente, también se discuten las implicaciones de las intervenciones positivas para abordar importantes problemas clínicos y presentamos algunos desafíos que la investigación futura en este campo emergente.

Sesión 113.1 y 113.2:

Técnicas de relajación y respiración.

Vázquez, M.I. (2001) (pp. 17-85).

En este material se abordan las definiciones de las técnicas de relajación y respiración como procedimientos para el control de la activación, estas engloban técnicas que es enseñar a las personas a controlar sus propios niveles de activación. Se trata, de la estrategia terapéutica más ampliamente utilizada en el ámbito de la psicología clínica, ya sea como un procedimiento específico o como un componente más de otras técnicas, que permiten a un individuo controlar sus reacciones generadas en respuesta incompatible con la ansiedad que se caracteriza por un patrón reducido de actividad somática y autónoma y cambios cognitivos que implican sensaciones de tranquilidad, confort y sosiego. El objetivo de las técnicas de relajación no es la eliminación de

los niveles de activación, ya que, no parece conveniente puesto que un cierto nivel de activación puede ser necesario para alcanzar un rendimiento óptimo.

Sesión 114:

Ficciones de la realidad. Realidades de la ficción.

Watzlawick, P. y Ceberio, M. (2008) (pp. 69-78).

En esta lectura se presenta una reflexión epistemológica acerca de las técnicas más relevantes de la terapia sistémica. Esta terapia se caracteriza por la gama de estrategias y tácticas clínicas que emplea. Tomando como referencia los diversos estudios de la comunicación humana, la terapia sistémica ha sistematizado, teorizado y creado técnicas que, entre otras cosas, permiten agilizar, desbloquear o incrementar el flujo de la comunicación entre las personas. Mediante la exposición de casos clínicos, los artículos que componen este libro aclaran algunos conceptos claves de la terapia sistémica, y dan a conocer de manera clara las sólidas y complejas bases de las intervenciones sistémicas, tan efectivas como criticadas por otros modelos.

Sesión 115:

El delicado arte de reestructurar.

Watzlawick, P. y Weakland, J. y Fisch, R. (2007) (pp. 117-135).

En esta lectura se realiza un planteamiento sobre un caso clínico en el que se puede hacer una observación de la aplicación de técnicas psicológicas y que reestructurar implica cambiar el marco conceptual o emocional, en el cual se experimenta una situación, para con ello situarla dentro de otra estructura, que tenga presente los “hechos” relacionados a misma situación concreta, cambiando así el sentido de los mismos. El mecanismo descrito no se destaca a primera vista, sobre todo si se tiene en cuenta que puede existir un cambio, mientras que la situación misma permanece sin modificación. Se hace también una descripción de la teoría de los tipos lógicos, aplicado consecuentemente al comportamiento humano y a los problemas humanos, se refiere al concepto de “adaptación a la realidad”, tan fácilmente utilizado como criterio de normalidad y por lo general jamás puesto en duda. Por lo que parte del propósito de la lectura es intentar responder exhaustivamente el por qué del comportamiento humano, ya que se encuentran problemas filosóficos y lingüísticos, el interés en ello también permite afirmar que cuando se hace referencia al concepto de realidad, dentro del discurso psiquiátrico, raramente se trata de la realidad de una cosa per se, es decir, de sus propiedades básicas, si es que existen, o incluso de lo que es simplemente observable, si bien es éste el tema manifiesto.

REFERENCIAS DE CONTENIDO R.B.E.E.I.

1. *Hacia una unidad Sagrada*. Bateson, G. (1999). En: G. Bateson, *Hacia una unidad Sagrada*. (pp. 316-323). Barcelona: Gedisa.

2. *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización* Beck, J. (2000). En: J. Beck, *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. (pp. 17-30). España: Gedisa.

3.1 *Panorama General*. Bellak, L. y Siegel, H. (1999). En: L. Bellak, y H. Siegel, *Manual de Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia*: (pp. 1-5). México: Manual Moderno.

3.2 *El perfil básico de la P.B.I.U.* Bellak, L. y Siegel, H. (1999). En: L. Bellak y H. Siegel, *Manual de Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia*: (pp. 17-26). México: Manual Moderno.

4.1 y 4.2. *La trama de la Vida. Una nueva perspectiva de los sistemas vivos* Capra, F. (2002). En: F. Capra, *La trama de la Vida. Una nueva perspectiva de los sistemas vivos*. (pp. 25-55). Barcelona: Anagrama.

5.1 *Cómo equivocarse menos en terapia breve*. Hirsch, H. y Casabianca, R. (2009). En: H. Hirsch y R. Casabianca, *Como equivocarse menos en terapia*. (pp. 44-53). Santa Fe, Argentina: Universidad Católica de Santa Fe.

5.2 *El modelo de registro del proceso terapéutico*. Hirsch, H. y Casabianca, R. (2009). En: H. Hirsch y R. Casabianca, *Como equivocarse menos en terapia*. (pp. 54-59). Santa Fe, Argentina: Universidad Católica de Santa Fe

5.3. *Manual para ficha de evaluación parcial; “por” del proceso terapéutico* Hirsch, H. y Casabianca, R. (2009). En: H. Hirsch y R. Casabianca, *Como equivocarse menos en terapia*. (pp. 68-75). Santa Fe, Argentina: Universidad Católica de Santa Fe.

6. *Psicología Humanística Norteamericana*. Castanedo, C. (2005). En: C. Castanedo, *Psicología Humanística Norteamericana*. (pp. 21-34). México: Herder.

7. *Introducción a la Psicología clínica*. Compas, B. y Gottlieb, I. (2003). En: B. Compas y I. Gottlieb, *Introducción a la Psicología clínica. Ciencia y práctica*. (pp. 281-308). Madrid: McGraw Hill.

8. *Procedimientos en la Terapia Familiar Breve*. De Shazer, S. (1996). En: S. De Shazer, Pautas de Terapia Familiar Breve. Un enfoque ecosistémico. (pp. 60-77). Buenos Aires: Paidós.

9.1, 9.2, 52.1 y 52.2. *Emociones y Salud*. Fernández-Abascal, E.G. y Palmero, F. (1999). En: E.G. Fernández-Abascal y F. Palmero, Emociones y salud. Barcelona: Ariel.

10.1. *La práctica y la teoría*. Fisch, R. Weakland, J.H. y Segal, L. (2003). En: R. Fisch, J.H. Weakland y L. Segal, La táctica del cambio. (pp. 9-38). Barcelona: Herder.

10.2. *La capacidad de maniobra del terapeuta*. Fisch, R. Weakland, J.H. y Segal, L. (2003). En: R. Fisch, J.H. Weakland y L. Segal, La táctica del cambio. (pp. 39-71). Barcelona: Herder.

10.3. *La fijación del marco del tratamiento*. Fisch, R. Weakland, J.H. y Segal, L. (2003). En: R. Fisch, J.H. Weakland y L. Segal, La táctica del cambio. (pp. 73-88). Barcelona: Herder.

11. *La postura del paciente*. Fisch, R. Weakland, J.H. y Segal, L. (2003). En: R. Fisch, J.H. Weakland y L. Segal, La táctica del cambio. (pp. 109-130). Barcelona: Herder.

12.1. *Conciencia e inconciencia*. Freud S. (1923/1925/1986). En: S. Freud, S. El yo y el ello y otras obras. Obras Completas. Tomo XIX) original publicado en 1923/1925(pp. 15-40). Argentina: Amorrortu.

12.2. *Neurosis y psicosis*. Freud S. (1986). En: S. Freud, El yo y el ello y otras obras. (Obras Completas, Vol. XIX) (pp. 155-159). Argentina: Amorrortu.

13. *Alocución ante los miembros de la Sociedad*. Freud, S. (1925/1926/1986). En: S. Freud (1925/1926), Presentación autobiográfica Inhibición, síntoma y angustia ¿Pueden los legos ejercer el análisis? y otras obras. (Obras Completas, Vol. XIX) (pp. 259-270). Argentina: Amorrortu.

14. *Modelos de la mente*. Gedo, J. y Goldberg, A. (2001). En: J. Gedo A. Goldberg, Modelos de la mente. (pp. 11-27). Buenos Aires: Amorrortu.

15. *Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Haley, J. (2003). En: J. Haley, Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson. (pp. 7-32). Buenos Aires: Amorrortu.

16 y 89. *Las tácticas de poder de Jesucristo*. Haley, J. (1991). En: J. Haley, *Las tácticas de poder de Jesucristo*. Barcelona: Paidós.

17.1, 17.2, 17.3 Y 17.4. *Psicología de la anormalidad*. Halguin R. y Krauss S. (2004). . En: R. Halguin y S. Krauss *Psicología de la anormalidad*. México: McGraw-Hill.

18.1 y 18.2. *Estrategias Psicoterapéuticas Institucionales*. Hirsch, H. y Rosarios, H. (1987). En: H. Hirsch y H. Rosarios, *Estrategias Institucionales*. Argentina: Nadir Editores.

19. *Manual de Bolsillo de Psiquiatría Clínica*. Kaplan, y Sadock (2008). En: V.A. Sadock y J.B. Kaplan, *Manual de Bolsillo de Psiquiatría Clínica*. (pp. 19-30). Barcelona: Wolters Kluwer.

20.1 Y 20.2. *Los procesos de la relación de ayuda*. Madrid, J. (2005). En: J. Madrid, *Los procesos de la relación de ayuda*. España: Desclée de Brouwer.

21. *La amplitud potencial de la naturaleza*. Maslow, A. (1990). En: A. Maslow, *La amplitud potencial de la naturaleza*. (pp. 19-38). México: Trillas.

22.1 y 22.2. *Constructivismo en Psicoterapia*. Neimeyer, R. y Mahoney, M. (2000). En: R. Neimeyer y M. Mahoney, *Constructivismo en Psicoterapia*. España: Paidós.

23.1. *Sitúa en un contexto y traza las ideas principales de la PNL*. O'Connor, J. y Seymour, J. (1993) En: J. O'Connor, y J. Seymour, *Introducción a la programación neurolingüística*. (pp. 27-56). México: Urano.

23.2. *Las puertas de la percepción*. O'Connor, J. y Seymour, J. (1993). En: J. O'Connor y J. Seymour, *Introducción a la programación neurolingüística*. (pp. 57-86). México: Urano.

23.3. *Estados fisiológicos y libertad emocional*. O'Connor, J. y Seymour, J. (1993). En: J. O'Connor y J. Seymour, *Introducción a la programación neurolingüística*. (pp. 87-109). México: Urano.

23.4. *Bucles y sistemas*. O'Connor, J. y Seymour, J. (1993). En: J. O'Connor y J. Seymour, *Introducción a la programación neurolingüística*. (pp. 111-135). México: Urano.

23.5. *Palabras y significados* O'Connor, J. y Seymour, J. (1993). En: J. O'Connor y J. Seymour, *Introducción a la programación neurolingüística*. (pp. 137-165). México: Urano.

24. *En busca de soluciones*. O'Hanlon, W. y Weiner-Davis, M. (1990). En: W. O'Hanlon y M. Weiner-Davis, *En busca de soluciones*. (pp. 37-61). Barcelona: Paidós.

25. *La condición de los géneros en la época moderna*. Olivares, R. (2005). En: R. Olivares, *La construcción socio-existencial de los varones hoy*. (pp. 51-89). México, UNAM: Tesis Maestría, Inédita.

26.1 y 26.2. *Psicología Humanística*. Quitman, H. (1989). En: H. Quitman, *Psicología Humanística*. España: Herder.

27. *Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual*. Reynoso, E.L. y Seligson, N.I. (2011). En: E.L. Reynoso y N.I. Seligson, *Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual*. (pp. 121-203). México: Manual Moderno.

28.1. *La psicología clínica como campo profesional*. Sánchez-Escobedo, P. (2008). En: P. Sánchez Escobedo, *Psicología Clínica*. (pp. 1-70). México: Manual Moderno.

28.2. *Bases teóricas y técnicas de la psicometría*. Sánchez-Escobedo, P. (2008). En: P. Sánchez-Escobedo, *Psicología Clínica*. (pp. 71-154). México: Manual Moderno.

28.3. *Entrevista clínica*. Sánchez-Escobedo, P. (2008). En: P. Sánchez-Escobedo, *Psicología Clínica*. (pp. 155-163). México: Manual Moderno.

29. *El Existencialismo es un humanismo*. Sartre, J. (2008). En: J. Sartre, *El Existencialismo es un humanismo*. (pp. 13-54). México: Editores Mexicanos Unidos.

30. *Ficciones de la realidad. Realidades de la ficción*. Watzlawick, P. y Ceberio, M. (2008). En: P. Watzlawick y M. Ceberio, *Ficciones de la realidad. Realidades de la ficción*. (pp. 7-22). Barcelona: Herder.

31. *Conclusiones de la metacomunicación y el concepto de cálculo: Teoría de la Comunicación Humana*. Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1991). En: P. Watzlawick, J. Beavin y D. Jackson, *Teoría de la Comunicación Humana*. (pp. 21-48). Barcelona: Herder.

32, 45.1 y 45.2. *La Escuela de Palo Alto*. Wittezaele, J. y García, T. (1994). En: J. Wittezaele y T. García, *La Escuela de Palo Alto*. Barcelona: Herder.

- 33.1 y 33.2. *Manual de Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia*. Bellak, L. y Siegel, H. (1999). En: L. Bellak y H. Siegel, *Manual de Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia*. México: Manual Moderno.
- 34.1 y 34.2. *Terapia Sistémica Individual*. Boscolo, L. y Bertrando, P. (1996). En: L. Boscolo y P. Bertrando, *Terapia Sistémica Individual*. Buenos Aires: Amorrortu.
- 35.1, 35.2, 35.3 y 35.4. *Emociones y salud*. Fernández-Abascal, E. y Palmero, F. (1999). En: E. Fernández-Abascal, y F. Palmero, *Emociones y salud*. Barcelona: Ariel.
36. *La postura del paciente*. Fisch, R. Weakland, J. y Segal, L. (2003). En: R. Fisch, J. Weakland y L. Segal, *La táctica del cambio*. (pp. 109-130). Barcelona: Herder.
37. *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Friedberg, R. (2005). En: R. Friedberg, *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. (pp. 67- 92). México: Paidós.
38. *Cómo enseñar estrategias cognitivas en la escuela*. Gaskins, I. y Elliot, T. (2005). En: I. Gaskins y T. Elliot, *Cómo enseñar estrategias cognitivas en la escuela*. (pp. 97-113). Argentina: Paidós.
39. *Formatos de evaluación multimodal ERIC-PSIC para adultos*. Guillén-Riebeling, R.S. (2007). En: R.S. Guillén-Riebeling, *Manual de evaluación psicológica multimodal ERIC.PSIC*. (pp. 37-61). México, FES Zaragoza. UNAM.
40. *Terapia no convencional: Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Haley, J. (2003). En: J. Haley, *Terapia no convencional: Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. (pp. 33-57). Argentina: Amorrortu.
41. *¿En qué consiste el modelo multimodal?* Lazarus, A. (2000). En: A. Lazarus, *El enfoque multimodal: Una psicoterapia breve pero completa*. (pp. 37-45). Bilbao: Desclée de Brouwer.
42. *Construir realidades patológicas*. Nardone, G. (2002). En: G. Nardone, *Psicosoluciones*. (pp. 15-37). Barcelona: Herder.
43. *En busca de soluciones*. O´Hanlon, W. H. y Weiner-Davis M. (2009). En: .H. O´Hanlon y M. Weiner-Davis *En busca de soluciones*. (pp. 71-86). Barcelona: Paidós.

44. *Paradoja y contraparadoja*. Palazzoli et al (1998). En: S.M. Palazzoli, L. Boscolo, C. Cecchin y G. Prata, *Paradoja y Contraparadoja*. Barcelona: Paidós. (pp. 19-28) México: Paidós.

46.1 y 46.2. *La teoría psicoanalítica a la luz de la ciencia moderna*. Auping, B.J. (2000). En: B.J. Auping, *La teoría psicoanalítica a la luz de la ciencia moderna*. (pp. 327-333). México: Plaza y Valdez.

47.1, 47.2, 74. *De Sapos a príncipes. Programación neurolingüística*. Bandler, R. y Grinder, J. (2012). En: R. Bandler y J. Grinder, *De Sapos a príncipes. Programación neurolingüística*. (pp. 111-150). Argentina: Cuatro Vientos.

48. *La conceptualización cognitiva*. Beck, J. (2000). En: J. Beck, *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. (pp. 31-44). España: Gedisa.

49. *Guías de tratamiento y guías para la práctica clínica psicológica: Una visión desde la clínica*. Becoña et al. (2004). En: I.E. Becoña, F.L. Casete, M.M. Lloves, F.L. Nogueiras, M.Z.M. Lage, M.M. Gutiérrez, R.M. Baamonde, P.C. Lorenzo, P.S. Suárez, V.N. González, D.M. Vázquez y V.M. Miguez, *Guías de tratamiento y guías para la práctica clínica psicológica: Una visión desde la clínica*. *Papeles del Psicólogo*, 25(87), 9-19.

50. *Ficha de evaluación parcial del proceso terapéutico*. Hirsch, H. y Casabianca, R. (2009). En: H. Hirsch y R. Casabianca, *Como equivocarse menos en terapia*. (pp. 76-81). Santa Fe, Argentina: Universidad Católica de Santa Fe.

51. *Exploración de prejuicios en los psicólogos*. El primer paso hacia la competencia sociocultural. Díaz-Lázaro, C.M. (2011). En: C.M. Díaz-Lázaro, *Exploración de prejuicios en los psicólogos. El primer paso hacia la competencia sociocultural*. *Papeles del Psicólogo*, 32 (3). pp. 274-281.

52.1 y 52.2. *Emociones y Salud*. Fernández-Abascal, E.G. y Palmero, F. (1999). En: E.G. Fernández-Abascal y F. Palmero, *Emociones y salud*. Barcelona: Ariel.

53 y 81. *Psicoterapia estratégica*. Fernández, V. (1994). En: V. Fernández, *Psicoterapia estratégica*. México, Puebla: B.U.A.P.

54.1. *La capacidad de maniobra del terapeuta*. Fisch, R. Weakland, J. y Segal, L. (2003). En: R. Fisch, J. Weakland y L. Segal, *La táctica del cambio*. (pp. 39-71). Barcelona: Herder.

54.2. *La entrevista inicial*. Fisch, R. Weakland, J. y Segal, L. (2003). En: R. Fisch, J. Weakland y L. Segal, *La táctica del cambio*. (pp. 89-108). Barcelona: Herder.

54.3. *La planificación del caso*. Fisch, R. Weakland, J. y Segal, L. (2003). En: R. Fisch, J. Weakland y L. Segal, *La táctica del cambio*. (pp. 131-146). Barcelona: Herder.

55. *Escala Multidimensional de la Asertividad*. Flores, G.M. y Díaz-Loving, R. (2009). En: G.M. Flores y R. Díaz-Loving, *Escala Multidimensional de la asertividad*. México: Manual Moderno.

56. *Escala de Habilidades Sociales*. Gismero, G.E. (2010). En: G.E. Gismero, *Escala de Habilidades Sociales*. Madrid: Publicaciones de Psicología Aplicada TEA.

57 y 58. *Terapia para resolver problemas*. Haley, J. (1980). En: J. Haley, *Terapia para resolver problemas*. (pp. 23-61). Buenos Aires: Amorrortu.

59.1, 59.2 y 60. *Desarrollo del Potencial Humano*. Lafarga, J. y Gómez J. (1999). En: J. Lafarga y J. Gómez, *Desarrollo del Potencial Humano*. México: Trillas.

61. *Fuego para el propio conocimiento*. Schluter, H.L. (1997). En: S. Lore, *Fuego para el propio conocimiento*. (pp. 27-31). México: Universidad Iberoamericana.

62.1, 62.2 y 62.3. *Los procesos de la relación de ayuda*. Madrid, J. (2005). En: J. Madrid, *Los procesos de la relación de ayuda*. España: Desclée de Brouwer.

63.1. *Una sola medida no les queda a todos. El terapeuta cognitivo-conductual como solucionador de problemas*. Nezu et al., (2006). En: M.A., Nezu, C., Nezu- Maguth, y E. Lombardo, *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. (pp. 1-51). México: Manual Moderno.

63.2. *Depresión*. Nezu et al. (2006). En: M.A., Nezu, C., Nezu- Maguth, y E. Lombardo, *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. (pp. 63-118). México: Manual Moderno.

63.3 y 63.4 *Trastorno por estrés postraumático*. Nezu et al. (2006). En: M.A., Nezu, C., Nezu- Maguth, y E. Lombardo, *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. (pp. 119-170).México: Manual Moderno.

63.5. *Angustia de pareja*. Nezu et al. (2006). En: M.A. Nezu, C. Nezu Maguth y E. Lombardo, Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas. (pp. 231-268). México: Manual Moderno.

64 *Una megatendencia en el campo de la psicoterapia*. O'Hanlon, W. (2001). En: W. O'Hanlon, Desarrollar Posibilidades. (pp. 87-107). España: Paidós.

65. *Introducción a la programación neurolingüística*. O'Connor, J. y Seymour, J. (1993). En: J. O'Connor y J. Seymour, Introducción a la programación neurolingüística. (pp. 167-204). México: Urano.

66. *Desarrollar Posibilidades*. O'Hanlon, W. (2001). En: W. O'Hanlon, Desarrollar Posibilidades. (pp. 143-149). España: Paidós.

67. *Utilización de las pautas presentes*. O'Hanlon, W. (1989). En: W. O'Hanlon, Raíces profundas. Principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erickson. (pp. 35-63). Argentina: Paidós.

68.1. *La pareja y la familia con transacción esquizofrénica*. Palazzoli, S.M., Boscolo, L., Cecchin, C. y Prata, G. (1998). En: S.M. Palazzoli, L. Boscolo, C. Cecchin y G. Prata, Paradoja y Contraparadoja. (pp. 31-43). Barcelona: Paidós.

68.2. *La tiranía del condicionamiento lingüístico*. Palazzoli et al (1998). En: S.M. Palazzoli, L. Boscolo, C. Cecchin y G. Prata, Paradoja y Contraparadoja. (pp. 64-67). Barcelona: Paidós.

69. *El proceso de cambio*. Papp, P. (2008). En: P. Papp, El proceso de cambio. (pp. 31-40). Buenos Aires: Paidós.

70.1, 70.2 Y 70.3. *Terapia cortada a la medida*. Un seminario ericksoniano con Jeffrey K. Zeig. Robles, T. (1991). En: T. Robles, Terapia cortada a la medida. Un seminario ericksoniano con Jeffrey K. Zeig. México: Editorial del Instituto Milton H. Erickson.

71.1, 71.2 y 71.3. *El proceso de convertirse en persona*. Rogers, C. (2002). En: C. Rogers, El proceso de convertirse en persona. México: Paidós.

72.1 y 72.2. *Desarrollo del Potencial Humano*. Rogers, C. (1990). En: C. Rogers, Desarrollo del Potencial Humano. México: Trillas.

73.1, 73.2 y 73.3 *Psicoterapia centrada en el cliente*. Rogers, C. (1997). En: C. Rogers, *Psicoterapia centrada en el cliente*. México: Paidós.

74. *De Sapos a príncipes. Programación neurolingüística*. Bandler, R. y Grinder, J. (2012). En: R. Bandler y J. Grinder, *De Sapos a príncipes. Programación neurolingüística*. (pp. 151-174). Argentina: Cuatro Vientos.

75. *El trastorno bipolar. Una aproximación desde la terapia cognitiva*. Beck, A. (2005). En: A. Beck, *El trastorno bipolar. Una aproximación desde la terapia cognitiva*. (pp. 107- 131). Paidós. México.

76.1, 76.2, 76.3, 76.4, 76.5, 76.6 Y 76.7 *Terapia Cognitiva de los trastornos de la personalidad*. Beck, A. y Freeman, A. (2002). En: A. Beck y A. Freeman, *Terapia Cognitiva de los trastornos de la personalidad*. España: Paidós.

77. *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Beck, J. (2000). En: J. Beck, *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. (pp. 103-123). España: Gedisa.

78 y 79. *Estrategias cognitivas para sentirse bien*. Gómez-Escalonilla et al (2003). En: Beriso, A.B. Gómez-Escalonilla, B. Plans-Beriso, P.D. Sánchez y M. Sánchez-Guerra Roig, *Cuadernos de psicoterapia cognitivo-conductual*. 1. *Estrategias cognitivas para sentirse bien*. Madrid: EOS.

80. *La Empatía y su Desarrollo*. Eisenberg N. (1992). En: N. Eisenberg, *La Empatía y su Desarrollo*. (pp. 163-177). España: Desclée de Brouwer.

81. *Psicoterapia estratégica*. Fernández, V. (1994). En: V. Fernández, *Psicoterapia Estratégica*. (pp. 94-103). México: B.U.A.P.

82. *Las intervenciones*. Fisch, R. Weakland, J.H. y Segal, L. (2003). En: R. Fisch, J.H. Weakland y L. Segal, *La táctica del cambio*. (pp. 147-196). Barcelona: Herder.

83. *La terminación del tratamiento* Fisch, R. Weakland, J.H. y Segal, L. (2003). En: R. Fisch, J.H. Weakland y L. Segal, *La táctica del cambio*. (pp. 197-211). Barcelona: Herder.

84.1, 84.2, 84.3 Y 84.4 *Asertividad: una alternativa para el óptimo manejo de las relaciones personales*. Flores, G.M. y Díaz-Loving, R. (2002). En: G.M. Flores y R. Díaz-Loving, *Asertividad: una alternativa para el óptimo manejo de las relaciones personales*. México: Miguel Ángel Porrúa.

85. *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Friedberg, R. (2005). En: R. Friedberg, *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. (Paginas 157-180). México: Paidós.
86. *Trauma y reeducación emocional*. Goleman, D. (2000). En: D. Goleman, *La Inteligencia Emocional*. (pp. 123-138). México: Vergara.
87. *Terapia para resolver problemas*. Haley, J. (1980). En: J. Haley, *Terapia para resolver problemas*. (pp. 62-93). Buenos Aires: Amorrortu.
- 88.1 Y 88.2. *Terapia de Ordalía, caminos inusuales para modificar la conducta*. Haley, J. (1984). En: J. Haley, *Terapia de Ordalía, caminos inusuales para modificar la conducta*. Buenos Aires: Amorrortu.
90. *Intervenciones psicológicas para la promoción del bienestar*. Hervás, G., Sánchez, A, y Vázquez Carmelo. (2008). En: C. Vázquez y G. Hervás (Eds.), *Psicología positiva aplicada* (pp. 41-71). España: Desclée de Brouwer.
- 91.1 y 91.2 *Estrategias Institucionales. (La organización del cambio)*. Hirsch, H. y Rosarios, H. (1987). En: H. Hirsch y H. Rosarios, *Estrategias Institucionales. (La organización del cambio)*. Argentina: Nadir, Editores.
- 92 y 93. *El informe psicológico*. Jiménez, F. (1997). En: G. Buela-Casal y J.C. Sierra (Dirs.), *Manual de evaluación psicológica. Fundamentos, técnicas y aplicaciones*. (pp. 221-238). Madrid: Siglo XXI.
94. *El enfoque multimodal. Una psicoterapia breve pero completa*. Lazarus, A. A. (2000). En: A.A. Lazarus, *El enfoque multimodal. Una psicoterapia breve pero completa*. (pp. 37-47). Bilbao: Desclée De Brouwer.
95. *MMPI-2 Inventario Multifásico de la personalidad Minnesota-2. Adaptación al español*. Lucio, E. (2009). En: E. Lucio, *MMPI-2 Inventario Multifásico de la personalidad Minnesota-2. Adaptación al español*. Inventario MMPI-2. (pp. 1-15). México: Manual moderno.
96. *Entrenamiento en inoculación de estrés*. Muñoz, M. y Bermejo, M. (2001). En: M. Muñoz y M. Bermejo, *Entrenamiento en inoculación de estrés*. (pp. 7-54). Madrid: Síntesis.

97. *La praxis clínica en terapia estratégica: proceso y procedimientos*. Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992). En: G. Nardone y P. Watzlawick, *El arte del cambio. Manual de terapia estratégica e hipnoterapia sin trance*. (pp. 71-112). Barcelona: Herder.

98. *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. Nezu et al (2006). En: M.A. Nezu, C. Nezu Maguth y E. Lombardo, *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. (pp. 13-35). México: Manual Moderno.

99. *Pequeños grandes cambios*. O'Hanlon (2003). En: O'Hanlon, *Pequeños grandes cambios*. (pp. 135-155). México: Paidós.

100.1. *Conflicto y congruencia*. O'Connor, J. y Seymour, J. (1993). En: J. O'Connor y J. Seymour, *Conflicto y congruencia. Introducción a la programación neurolingüística*. (pp. 205-240). México: Urano.

100.2. *Psicoterapia*. O'Connor, J. y Seymour, J. (1993). En J. O'Connor y J. Seymour, *Introducción a la programación neurolingüística*. (pp. 241-253). México: Urano.

100.3. *Aprendizaje como creación/imitación de modelos*. O'Connor, J. y Seymour, J. (1993). En: J. O'Connor y J. Seymour, *Introducción a la programación neurolingüística*. (pp. 255-286). México: Urano.

100.4 *Epílogo*. O'Connor, J. y Seymour, J. (1993). En: J. O'Connor y J. Seymour, *Introducción a la programación neurolingüística*. (pp. 287-299). México: Urano.

101.1. *Submodalidades de la terapia*. O'Hanlon, W.H. (1989). En: W.H. O'Hanlon, *Submodalidades de la terapia. Raíces profundas. Principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erickson*. (pp. 79-96). Argentina: Paidós.

101.2 *Anclaje de recursos*. O'Hanlon, W.H. (1989). En: W.H. O'Hanlon, *Raíces profundas. Principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erickson*. (pp. 97-128). Argentina: Paidós.

102. *El camino equivocado: Cosas a evitar en terapia*. O'Hanlon, W.H. y Weiner-Davis, M. (2009). En: W.H. O'Hanlon y M. Weiner-Davis, *En busca de soluciones*. (pp. 178-193). Barcelona: Paidós.

103. *Ayudar de forma efectiva: Counselling*. Okun, F.B. (2010). En: F.B. Okun, *Ayudar de forma efectiva: Counselling*. (pp. 45-80). México: Paidós.

104.1, 104.2, 104.3 y 105. *Técnicas de relajación. Guía práctica.* Payne, R.A. (2005). En: R.A. Payne, *Técnicas de relajación. Guía práctica.* Barcelona: Paidotribo.

105. *Psicología Humanística.* Quitman H. (1989). En: H. Quitman, *Psicología Humanística.* (pp. 129-177). España: Herder.

106. *La entrevista motivacional: una estrategia para el cambio en psicología y salud.* Ramos-del Río, B. (2007). En: M. García-Méndez (Comp.), *Estrategias de evaluación e intervención en psicología.* (pp. 189-231). México: Porrúa.

107 y 108. *Terapia cortada a la medida. Un seminario ericksoniano con Jeffrey K. Zeig.* Robles, T. (1991). En: T. Robles, *Terapia cortada a la medida. Un seminario ericksoniano con Jeffrey K. Zeig.* México: Instituto Milton H. Erickson.

109.1, 109.2 y 109.3. *El proceso de convertirse en persona.* Rogers, C. (2002). En: C. Rogers, *El proceso de convertirse en persona.* México: Paidós.

110.1 Y 110.2. *Psicoterapia y Relaciones Humanas.* Rogers, C. y Kinget, M. (1971). En: C. Rogers y M. Kinget, *Psicoterapia y Relaciones Humanas.* Madrid: Alfaguara.

111. *Eficacia de la teoría cognitivo- conductual en pacientes con psicosis de inicio reciente: una revisión.* Travé, M.J. y Pousa T.E. (2012). En: M.J. Travé y T.E. Pousa, *Eficacia de la teoría cognitivo conductual en pacientes con psicosis de inicio reciente: una revisión.* Papeles del Psicólogo, 33 (1), 48- 59.

112. *Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: Fundamentos y aplicaciones.* Vázquez, C., Hervás, G. y M.Y.Ho, S. (2006). En: C. Vázquez, G. Hervás y S. M.Y.Ho, *Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: Fundamentos y aplicaciones.* Rev. Psicología Conductual, 14(3). 401- 432.

113.1 Y 113.2. *Técnicas de relajación y respiración.* Vázquez, M.I. (2001). En: M.I. Vázquez, *Técnicas de relajación y respiración.* Madrid: Síntesis.

114. *Ficciones de la realidad. Realidades de la ficción.* Watzlawick, P. y Ceberio, M. (2008). En: P. Watzlawick y M. Ceberio, *Ficciones de la realidad. Realidades de la ficción.* (pp. 69-78). Barcelona: Herder.

115. *El delicado arte de reestructurar.* Watzlawick, P. y Weakland, J. y Fisch, R. (2007). En: P. Watzlawick, J. Weakland, y R. Fisch, *Cambio.* (pp. 117-134). Barcelona: Herder.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS R.B.E.E.I.

- Auping, B.J. (2000). *La teoría psicoanalítica a la luz de la ciencia moderna*. Plaza y Valdez.
- Bateson, G. (1999). *Hacia una unidad Sagrada*. Gedisa.
- Bandler, R. y Grinder, J. (2012). *De sapos a príncipes. Programación neurolingüística*. Cuatro Vientos.
- Beck, A. (2005). *El trastorno bipolar. Una aproximación desde la terapia cognitiva*. Paidós.
- Beck, A. y Freeman, A. (2002). *Terapia Cognitiva de los trastornos de la personalidad*. Paidós.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Gedisa.
- Becoña, I.E. (2001). En: Labrador, F.J., Cruzado, J.A. y Muñoz, M., *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Pirámide.
- Becoña, I.E., Casete, F.L., Lloves, M.M., Nogueiras, F.L., Lage, M.Z.M., Gutiérrez, M.M., Baamonde, R.M., Lorenzo, P.C., Suárez, P.S., González, V.N., Vázquez, D.M. y Miguez, V.M. (2004). *Guías de tratamiento y guías para la práctica clínica psicológica: Una visión desde la clínica*. *Papeles del Psicólogo*, 25(87), 9-19. <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/778/77808702.pdf>
- Bellak, L. y Siegel, H. (1999). *Manual de Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia*. Manual Moderno.
- Beriso, Gómez-Escalonilla, A.B., Plans-Beriso, B., Sánchez, P.D. y Sánchez-Guerra Roig, M. (2003). *Cuadernos de psicoterapia cognitivo-conductual. 1. Estrategias cognitivas para sentirse bien*. EOS.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (1996). *Terapia Sistémica Individual*. Amorrortu.
- Capra, F. (2002). *La trama de la Vida. Una nueva perspectiva de los sistemas vivos*. Anagrama.
- Castanedo, C. (2005). *Psicología Humanística Norteamericana*. Herder.
- Compas, B. y Gotlieb, I. (2003). *Introducción a la Psicología clínica. Ciencia y práctica*. McGraw Hill.
- De Shazer, S. (1996). *Pautas de terapia familiar breve. Un enfoque ecosistémico*. Paidós.

Díaz-Lázaro, C.M. (2011). Exploración de prejuicios en los psicólogos. El primer paso hacia la competencia sociocultural. *Papeles del Psicólogo*, 32(3), 274-28. <http://www.cop.es/papeles>.

Eisenberg N. (1992). *La empatía y su desarrollo*. Desclée de Brouwer.

Fernández-Abascal E. y Palmero, F. (1999). *Emociones y salud*. Ariel.

Fernández, V. (1994). *Psicoterapia Estratégica*. B.U.A.P.

Fisch, R. Weakland, J.H. y Segal, L. (2003). *La táctica del cambio*. Herder.

Flores, G.M. y Díaz-Loving, R. (2009). *Escala Multidimensional de la asertividad*. Manual Moderno.

Freud, S. (1979). *El yo y el ello y otras obras. Obras Completas*. Tomo XIX. (Original publicado en 1923/1925). Amorrortu.

Freud, S. (1980). Presentación autobiográfica Inhibición, síntoma y angustia ¿Pueden los legos ejercer el análisis? y otras obras. *Obras Completas*. Tomo XIX. (Original publicado en 1925/1926). Amorrortu.

Friedberg, R. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Paidós.

Gaskins, I. y Elliot, T. (2005). *Cómo enseñar estrategias cognitivas en la escuela*. Paidós.

Gedo, J. y Goldberg, A. (2001). *Modelos de la mente*. Amorrortu.

Gismero, G.E. (2010). Escala de Habilidades Sociales. *Inventario de habilidades sociales*. Publicaciones de Psicología Aplicada TEA.

Guillén, R.S. (2007). *Manual de evaluación psicológica multimodal ERIC-PSIC*. FES Zaragoza. UNAM.

Goleman, D. (2000). *La Inteligencia Emocional*. Vergara.

González, A. (2003). Fenomenología y Hermenéutica: propuestas para la fundamentación metodológica del desarrollo humano. *Prometeo, Revista Mexicana De Desarrollo Humano*, 38: 15-19. <https://es-la.facebook.com/revistaprometeo/>

- Haley, J. (2003). Terapia no convencional. *Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Amorrortu.
- Halguin R. y Krauss S. (2004). *Psicología de la anormalidad*. McGraw-Hill.
- Hirsch, H. y Casabianca, R. (2009). *Como equivocarse menos en terapia*. Universidad Católica de Santa Fe.
- Hirsch, H. y Rosarios, H. (1987). *Estrategias Institucionales*. Nadir Editores.
- Lafarga, J. y Gómez J. (1999). *Desarrollo del Potencial Humano*. Trillas.
- Lazarus, A. (2000). *El enfoque multimodal: Una psicoterapia breve pero completa*. Desclée de Brouwer.
- Leonard, J. (October 29, 1969). *Books of Times*. The New York Times Archives, pág. 45.
- Lore, S. (1997). *Fuego para el propio conocimiento*. Universidad Iberoamericana.
- Madrid, J. (2005). *Los procesos de la relación de ayuda*. Desclée de Brouwer.
- Maslow, A. (1990). *La amplitud potencial de la naturaleza*. Trillas.
- Nardone, G. (2002). *Psicosoluciones*. Herder.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio. Manual de terapia estratégica e hipnoterapia sin trance*. Herder.
- Neimeyer, R. y Mahoney, M. (2000). *Constructivismo en Psicoterapia*. Paidós.
- Nezu, M.A., Nezu Maguth, C y Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales*. Un enfoque basado en problemas. Manual Moderno.
- O'Connor, J. y Seymour, J. (1993). *Introducción a la programación neurolingüística*. Urano.
- O'Hanlon, W.H. (2001). *Desarrollar Posibilidades*. Paidós.

O'Hanlon, W.H. (1989). *Raíces profundas. Principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erickson*. Paidós.

O'Hanlon, W. H. y Weiner-Davis M. (2009). *En busca de soluciones*. Paidós.

Olivares, R. (2005). *La Construcción socio-existencial de los varones hoy. (Tesis de maestría)*. Universidad Nacional Autónoma de México.

Palazzoli, S. M., Boscolo, L., Cecchin, C. y Prata, G. (1998). *Paradoja y Contraparadoja*. Paidós.

Papp, P. (2008). *El proceso de cambio*. Paidós.

Quitman, H. (1989). *Psicología Humanística*. Herder.

Reynoso, E.L. y Seligson, N.I. (2011). *Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual*. Manual Moderno.

Robles, T. (1991). *Terapia cortada a la medida. Un seminario ericksoniano con Jeffrey K. Zeig*. Editorial del Instituto Milton H. Erickson.

Rogers, C. (1990). *Desarrollo del Potencial Humano*. Trillas.

Rogers, C. (1997). *Psicoterapia centrada en el cliente*. Paidós.

Rogers, C. (2002). *El proceso de convertirse en persona*. Paidós.

Sadock, V.A. y Sadock, J.B. (2008). *Kaplan, y Sadock: Manual de Bolsillo de Psiquiatría Clínica*. Wolters Klumer.

Sánchez, P. (2008). *Psicología Clínica*. Manual Moderno.

Sartre, J. (2008). *El Existencialismo es un humanismo*. Editores Mexicanos Unidos.

Travé, M. J. y Pousa, T. E. (2012). Eficacia de la teoría cognitivo- conductual en pacientes con psicosis de inicio reciente: una revisión. *Papeles del Psicólogo*, 33(1), 48-59. <http://www.cop.es/papeles>

Vázquez, C., Hervás, G. y M.Y.Ho, S. (2006). Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: Fundamentos y aplicaciones. *Rev. Psicología Conductual*, 14(3), 401-432. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/05.Vazquez_14-3oa.pdf

Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1991). *Teoría de la Comunicación Humana*. Herder.

Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (2007). *Cambio*. Herder.

Wittezaele, J. y García, T. (1994). *La Escuela de Palo Alto*. Herder.

PAUTA 3:

UNIDAD DE APRENDIZAJE: NEUROCIENCIAS

MODALIDAD: TALLER

PRESENTACIÓN

La Licenciatura en Psicología, contempla en la Etapa de Formación Profesional la Unidad de Aprendizaje: Neurociencias. En esta unidad el alumno adquirirá conocimientos importantes para su desarrollo profesional, tales como identificar los recursos aportados por las neurociencias al sistema de atención de la salud de la Psicología Clínica, también reconocerá el origen y mecanismos de las enfermedades que alteran la función neuronal y dan como resultado la disfunción del comportamiento, asimismo conocerá las aportaciones que hacen las neurociencias al conocimiento humano. En esta Unidad de Aprendizaje se presentan la Pauta o Guía de Lectura de referencias correspondientes al campo de conocimiento en base a los descubrimientos científicos que han aportado modelos teóricos y técnicas para conocer los factores involucrados y los procesos de intervención.

Es así que el estudio de Neurociencias en Psicología es importante, pues se integran para aportar conocimiento del comportamiento humano, el cual se hace desde un nivel epistémico, teórico, metodológico y técnico, llevando a las prácticas nuevas formas de atención que consideren los aspectos orgánicos y psicológicos en todas las áreas requeridas por la salud. Partiendo de lo anterior los alumnos de la Carrera de Psicología serán capaces de aplicar este conocimiento en el área práctica, al estar dotados con conocimiento teórico-práctico.

OBJETIVO GENERAL:

El alumno construirá una visión crítica de la conceptualización del proceso salud enfermedad como un fenómeno complejo, desde un contexto social, histórico y cultural.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

El alumno:

- 1. Evaluará situaciones donde el contexto social, histórico y cultural, enmarcará la conceptualización de las problemáticas humanas tales como: enfermedad, desadaptación, conflicto, disfunción, estado alterado de conciencia, entre otras.*
- 2. Explicará el concepto de salud-enfermedad a partir de las aproximaciones biomédica, socio-histórica y psicológica.*
- 3. Explicará con una visión crítica las implicaciones éticas de las diferentes formas de abordar el proceso salud-enfermedad en la Psicología Clínica y de la Salud.*

OBJETIVOS PARTICULARES:

El alumno:

- 1. Diferenciará las unidades de análisis de las neurociencias a partir de las aportaciones que hacen al conocimiento del comportamiento humano.*
- 2. Distinguirá los diversos métodos empleados por las neurociencias para estudiar los procesos psicológicos.*
- 3. Conocerá los diferentes modelos de organización cerebral de la psique humana en su proceso de desarrollo ontogenético.*
- 4. Analizará la estructura de los procesos psicológicos en el contexto de las neurociencias.*
- 5. Identificará los recursos teórico-metodológicos y técnicos aportados por las neurociencias al sistema de atención de la salud de la Psicología Clínica.*
- 6. Reconocerá el origen y mecanismos de las enfermedades que alteran la función neural y dan como resultado disfunción del comportamiento.*
- 7. Describirá las principales cualidades de los cuadros clínico - neuropsicológicos adquiridos por afección cerebral de personas en diferentes etapas de su desarrollo.*

Los contenidos que se abordan de acuerdo a esta temática de Psicología y Neurociencias son:

5.1.1 Teorías neurocientíficas del comportamiento humano.

5.1.2. Modelos de organización cerebral de los procesos psicológicos.

5.1.3. Aportaciones de las neurociencias al servicio clínico.

5.1.4. Etiopatogenias.

5.1.5. Psicología de las personas con afecciones neurológicas.

CRONOGRAMA DE CONTENIDOS:

Los contenidos del Programa de la **Unidad de Aprendizaje de Neurociencias** correspondiente al Modulo I: **Salud-Enfermedad: Enfoques y Procesos**, se organizaron de acuerdo con las sesiones y lecturas. Se encuentra en la Tabla A, el compendio con el número de sesiones, contenidos por sesión y las referencias (básicas y clásicas) de la lectura. Este desglose permitirá al lector dar el seguimiento a la propuesta del programa, la revisión individual y/o grupal, así como plantear el análisis crítico y la elaboración de estrategias prácticas de la Psicología Clínica y de la Salud. La Pauta o Guía de Lectura de las Referencias Básicas Neurociencias (R.B.N). La distribución por contenidos fue es la siguiente:

5.1.1 Teorías neurocientíficas del comportamiento humano: 10 sesiones con 19 referencias básicas y clásicas.

5.1.2. Modelos de organización cerebral de los procesos psicológicos: 4 sesiones con 6 referencias básicas y clásicas.

5.1.3. Aportaciones de las neurociencias al servicio clínico: 4 sesiones con 11 referencias básicas y clásicas.

5.1.4. Etiopatogenias: 4 sesiones con 6 referencias básicas y clásicas.

5.1.5. Psicología de las personas con afecciones neurológicas: 9 sesiones con 13 referencias básicas y clásicas.

El total de sesiones son 32 con 59 referencias básicas y/o clásicas.

TABLA A: Relación de Contenidos, número de sesiones y referencias básicas y/o clásicas de R.B.N. (Nomenclatura: Sesión = S).

Contenidos	S	Referencia básica y/o clásica
5.1.1. Teorías neurocientíficas del comportamiento humano	1	De la Fuente, R. (2017). Las bases neurobiológicas de la mente. En R. de la Fuente y F. J. Álvarez (Eds.). <i>Biología de la Mente</i> . México: FCE (pp. 9-22).
	2	De la Fuente, R. (2017). La localización de las funciones mentales en el cerebro. En R. de la Fuente y F. J. Álvarez (Eds.). <i>Biología de la Mente</i> . México: FCE. (Páginas) 32-50.
	3	Soriano, C., Guillazo, G., Redolar, D., Torras, M., Vale, A. (2007). <i>Fundamentos de Neurociencia</i> . Barcelona: Editorial UOC. páginas 15 - 39
	4	Maureira, F. (2010). La Neurociencia Cognitiva ¿Una Ciencia Base para la Psicología? <i>Gaceta de Psiquiatría Universitaria.</i> , 6(4), 449-453
	5	II Congreso Nacional de Psicología, COLPSIC- ASCOFAPSI. 20 al 22 de agosto de 2009. Sedes: Bogotá, Cartagena y Medellín, Colombia
	5.1	Ser psicólogo sin perder la cabeza: importancia de la neurociencia en la psicología básica y aplicada. Carlos Valencia (2009)
	5.2	La división entre Psicología y Neurociencias. Enrique Ávila y César Acevedo (2009)
	5.3	Portellano-Pérez ⁵ , J. A., Martínez-Arias, R. y Zumárraga, R. (2009). ENFEN. Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños. Madrid: TEA Ediciones.
	5.4	Presente y futuro de la neuropsicología. José Antonio Portellano Pérez
	5.5	Investigación Psicobiología del comportamiento. María Fernanda Quiroz
	5.6	Investigaciones recientes sobre el trauma de cráneo en Colombia Juan Carlos Arango

⁵ Portellano presenta en el Congreso la ponencia: Evaluación neuropsicológica de las funciones ejecutivas en la infancia, temática que se encuentra contenida en su obra, del mismo nombre en colaboración con Martínez y Zumárraga y es descrita en esta guía de lectura.

Contenidos	S	Referencia básica y/o clásica
	6	Eslava-Cobos, J., Mejía, L., Quintanar, L. y Solovieva, J. (2008). Los Trastornos del aprendizaje: Perspectivas Neuropsicológicas. Bogotá: Magisterio (pp. 46-159)
5.1.1. Teorías neurocientíficas del comportamiento humano	7	Turbino, M. (2004). Plasticidad y evolución: papel de la interacción cerebro-entorno. Divergencias. Revista de estudios lingüísticos y literarios. 2(1), 43-59.
	8	Pinel, J. (2007). Biopsicología. Madrid: Pearson: (Capítulo 13, páginas 351-380)
	9.1	Mercadillo, R., Díaz, J., Barrios, F. (2007). Neurobiología de las emociones morales. Salud Mental, 30 (3), 1 - 11.
	9.2	Palma, B., & Cosmelli, D. (2008). Aportes de la Psicología y las Neurociencias al concepto del “Insight”: la necesidad de un marco integrativo de estudio y desarrollo. Revista Chilena de Neuropsicología, (2), 14-27
	9.3	Mogollón, E. (2010). Aportes de las neurociencias para el desarrollo de estrategias de enseñanza y aprendizaje de las Matemáticas. Revista Electrónica Educare, 2, 113-124
	10.1	García-Albea, J. E. (2011a). Usos y abusos de lo “neuro”. Revista de neurología, 52(10), 577-580
	10.2	García-Albea, J. E. (2011b). Larga vida a la Neuropsicología. Revista de neurología, 53(6).384
1.2. Modelos de organización cerebral de los procesos psicológicos	11	Kandel, E. R, Jessel, T. M. & Schwartz, J. H. (1999). Cerebro y conducta. En: Kandel, E. R, Jessel, T. M. & Schwartz, J. H. Neurociencia y conducta. España, Prentice Hall. (capítulo 1, páginas 5-20).
	12.1	Quintanar-Rojas, L. (2002) La escuela neuropsicológica soviética. Revista Española de Neuropsicología, 4(1), 15-41.
	12.2.	Quintanar, L., y Solovieva (2008). Aproximación histórico-cultural: fundamentos teórico-metodológicos. En J. Eslava-Cobos, L. Mejía, L. Quintanar y Y. Solovieva. Los trastornos de aprendizaje: perspectivas neuropsicologías. Textos de neuropsicología Latinoamericana. Bogotá: Neurociencias Magisterio (pp. 145-182).

Contenidos	S	Referencia básica y/o clásica
1.2. Modelos de organización cerebral de los procesos psicológicos	13	Villa-Rodríguez, M. A. (2007) Las redes corticales: el nuevo paradigma en la neuropsicología. En: A. Escotto-Córdova, Pérez-Mendoza, E.A., y N.A. Sánchez-Cortés, Lingüística, neuropsicología y neurociencias ante los trastornos del desarrollo infantil. México: universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (pp. 71 - 86)
	14.1	González, M. (2006). Aspectos Psicológicos y Neurales en el Aprendizaje del Reconocimiento de Emociones. Revista Chilena de Neuropsicología, 1(1). 21-28
	14.2	Ardila, A. (2008). Qué puede localizarse en el cerebro. Ciencia Cognitiva, 2(2), 53-55
1.3 Aportaciones de las neurociencias al servicio clínico	15	Freidin, E., & Mustaca, A. (2001). Kandel y sus Aportes Teóricos a la Psicología y a la Psiquiatría. Medicina, 61(6), 898-902.
	16	Verdejo-García, A., & Tirapu-Ustárriz, J. (2012). Neuropsicología clínica en perspectiva: retos futuros basados en desarrollos presentes. Revista de neurología, 54(3), 180-186
	17.1	Ardila, A. y Rosselli, M. (2007). Evaluación neuropsicológica. En: Neuropsicología clínica. México; Manual Moderno. (pp. 255-282)
	17.2	Pérez, M. (2012). La evaluación neuropsicológica. Granada, España: FOCAD. (pp. 3-25)
	18.1	Silva, J. (2003). Biología de la regulación emocional: su impacto en la Psicología del afecto y la psicoterapia. Terapia psicológica, 21(2), 163-172
	18.2	López-Escribano, C. (2007). Contribuciones de la neurociencia al diagnóstico y tratamiento educativo de la dislexia del desarrollo. Revista de neurología, 44(3). 173-180
	19.1	Tirapu-Ustárriz, J. (2011). Neuropsicología - Neurociencia y Ciencias "PSI". Cuadernos de Neuropsicología, 5(1). 11-24
	19.2	Ibañez, A., Ceric, F., López, V., & Aldunante, N. (2008). Neurociencias:Reconsiderando los dominios de la Psicología. En Kaulino, A., Stecher, A. y Moyano, E. (Ed.). Cartografía de la psicología contemporánea: Pluralismo y modernidad. Serie Universitaria LOM Ediciones (pp. 271-293)

Contenidos	S	Referencia básica y/o clásica
1.3 Aportaciones de las neurociencias al servicio clínico	19.3	Escarabajal, M.D. y Torres, C. (2004). Precisiones conceptuales en torno a psicobiología y neurociencia: afinidades y divergencias. Seminario Médico, 56(2). 67-72
	19.4	Benito, E. (2010). La Utilidad Social de las Neurociencias. PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica, 2(1) http://www.psiencia.org/index.php/psiencia/article/view/32
	19.5	Tubau, E. (1989). La “amenaza” de la psicología científica. Cognitiva, 2(3). 271-273
1.4. Etiopatogenias	20.1	Ardila, A. y Rosselli, M. (2007). Patologías neurológicas; Etiologías. En: Neuropsicología clínica. México; Manual Moderno.(pp. 11-23),
	20.2	Ardila, A. y Rosselli, M. (2007). Patologías neurológicas; Etiologías. En: Neuropsicología (pp. 213-216)
	20.3	Portellano, J. (2005). Introducción a la Neuropsicología. España: McGraw Hill. (Capítulo 2, 31-70
	21	Barker, R., Barasi, S. y Neal, N. (2002). Neurociencias en esquemas. Barcelona: Ars Médica.(pp. 106-111).
	22	Barker, R., Barasi, S. y Neal, N. (2002). Neurociencias en esquemas. Barcelona: Ars Médica. (pp. 116-120)
	23	Duvignau, E. (2012). Gilíes de la Tourette. Accesos. 4(20), 6-9
1.5. Psicología de las personas con afecciones neurológicas	24	Portellano, J. (2005). Síndromes hemisféricos. En: Introducción a la neuropsicología. España; McGraw Hill. 191-200
	25	Cérvera, G., Haro, G., & Martínez-Raga, J. (2001). Los trastornos relacionados con el uso de sustancias desde la perspectiva de la psicopatología y las neurociencias. Trastornos Adictivos, 3(3). 164-171
	26	Balmaseda, R., Barroso, J. León-Carrión, J. (2002) Déficits neuropsicológicos y conductuales de los trastornos cerebrovasculares. Revista Española de Neuropsicología 4, 4: (2002). 312-330
	27	Ariza, M., Pueyo, R. y Serra, J. (2004). Secuelas neuropsicológicas de los traumatismos craneoencefálicos. Anales de psicología 2004, vol. 20, n° 2 (diciembre). 303-316

Contenidos	S	Referencia básica y/o clásica
1.5. Psicología de las personas con afecciones neurológicas	28	Pinel, J. (2007). Biopsicología. Madrid: Pearson. 475-500
	29	Pinel, J. (2007). Biopsicología. Madrid: Pearson. 413-441
	30	Pinel, J. (2007). Biopsicología. Madrid: Pearson. 501-522
	31	Rosselli, M., Matute, E. y Ardila, A. (2010). Trastornos por lesiones cerebrales tempranas. En Neuropsicología del desarrollo infantil. México; Manual Moderno. (páginas, 245-260).
	32.1	Ardila, A. y Rosselli, M. (2007). Envejecimiento normal y patológico. En: Neuropsicología clínica. México; Manual Moderno. (páginas, 227-254)
	32.2	Bilbao, A., Bize, A. (2003). Modelos teóricos y prácticos de rehabilitación cognitiva. Conferencia en el II Congreso Internacional de Neuropsicología en Internet. http://www.serviciodc.com/congreso/congress/confer/Bilbao-Model.html 1-9
	32.3	Pinel, J. (2007). Biopsicología. Madrid: Pearson./cap_10_Pinel_2007. pdf 257-288

REFERENCIAS BÁSICAS NEUROCIENCIAS (R.B.N): *Descripción de contenidos*

La descripción de los contenidos se realizó a partir de las referencias básicas y clásicas. La extensión máxima de su texto es de 750 palabras. Derivadas del análisis cualitativo, se eligió la obra completa del o de los autores en lugar de secciones de la misma obra. Se presenta la Guía de Lectura de manera secuencial, separada por los contenidos de la Unidad de Aprendizaje. A continuación se encuentra la Pauta o Lectura: Referencias Básicas Neurociencias (R.B.N) identificando el contenido, la sesión, la referencia básica y/o clásica. Posteriormente las Referencias por Contenidos y finalmente las Referencias Bibliográficas en orden alfabético.

1. Psicología y neurociencias

1.1 Teorías neurocientíficas del comportamiento humano

Sesión 1:

Bases neurobiológicas de la mente
De la Fuente y Álvarez (2017), (pp. 9 - 22)

La obra de De la Fuente y Álvarez (2017) ofrece explicaciones científicas actuales de los procesos cerebrales responsables de la memoria, la atención, el aprendizaje, las emociones, el lenguaje, la cognición, la ideación y la conciencia. Las enfermedades mentales tienen una mayor comprensión de su sustento biológico lo que permite una mayor posibilidad de tratamiento. Revisan los autores desde la historia de las neurociencias hasta la comprensión actual del cerebro. El capítulo de las bases neurobiológicas de la mente describe en esta obra la visión general en torno a los temas sobre el funcionamiento de la mente. Los autores, expertos en áreas de las neurociencias, ofrecen explicaciones científicas de los mecanismos neurales encargados de llevar a cabo procesos mentales como: la memoria, la atención, el aprendizaje, las emociones, el lenguaje, la cognición y la conciencia.

Sesión 2:

La localización de las funciones mentales en el cerebro
De la Fuente, R. y Álvarez, F. J. (Eds.) (pp. 32-50).

En este capítulo, De la Fuente y Álvarez (2017) hacen un recorrido histórico de la localización de las funciones superiores o mentales en el cerebro. Señala cinco siglos atrás el estudio estructural y funcional del cerebro de gran trascendencia en el ámbito científico. En épocas anteriores, las

funciones mentales tenían otras zonas de localización y explicaciones. Solo hasta el siglo XIX e inicio del XX, los estudios de laboratorio dan un gran impulso al identificar la estructura celular del sistema nervioso y sus funciones conectivas, como la actividad eléctrica. Aporta el papel de estas consideraciones en el estudio actual del cerebro.

Sesión 3:

Fundamentos de Neurociencia

Soriano, C., Guillazo, G., Redolar, D., Torras, M., Vale, A. (2007)

Soriano y colaboradores (2007) en su obra Fundamentos de Neurociencia enriquecen el estudio del Sistema Nervioso o Cerebro bajo una perspectiva amplia y dinámica al integrar de manera multidisciplinaria los niveles que lo han abordado. Confluyen diferentes niveles de análisis derivado de la llamada “complejidad ascendente” que recorre lo molecular, el celular, el funcional -sistémico o por aparatos-, el cognoscitivo y el conductual. El punto central de interacción es el Sistema Nervioso, órgano de control principal del resto del cuerpo y de la conducta. Los objetivos que la obra propone son los siguientes:

La comprensión del organismo humano en la recepción sensorial de la información por las células receptoras, la transformación en señales neurales y sus procesos.

Describir las principales características del control motor, sus órganos de acción o efectores que llevan a cabo las órdenes en movimiento.

Identificar los principales sistemas reguladores y motivacionales del cuerpo y sus características funcionales.

El papel de las emociones a partir de las principales teorías que intentan explicar el procesamiento nervioso que llevan a cabo

Deducir los mecanismos neurales subyacentes a la respuesta de estrés y de qué manera el estrés afecta la salud del individuo.

Conocer las bases estructurales y funcionales de los procesamiento cognoscitivos del aprendizaje, la memoria, la atención, el lenguaje, así como de las funciones ejecutivas.

Identificar el efecto del envejecimiento sobre el Sistema Nervioso central y sus repercusiones de sus procesos.

Conocer las técnicas de neuroimagen que ayudan en la comprensión de los mecanismos fisiopatológicos y neuropsicológicos subyacentes a diversas anomalías mentales y neurales

En su capítulo 1, de carácter introductorio, señalan los autores los contenidos en este Manual permiten abordar el papel que tiene el Sistema nervioso en la fisiología de la conducta, en interacción con el resto del cuerpo humano. Su conexión disciplinaria es con las Neurociencias, sus estudiosos se encargan del estudio de todos los aspectos del sistema nervioso: anatomía, química, fisiología, desarrollo y funcionamiento. Concluye con el análisis de los campos de aplicación de la neurociencia cuyo centro es el sistema nervioso

Sesión 4:

La Neurociencia Cognitiva ¿Ciencia básica para la Psicología?

Maureira, F. (2010)

En 2010, F. Maureira analiza las diversas posturas acerca si Neurociencia Cognitiva es una rama del conocimiento base de la Psicología. La revisión muestra que la Neurociencia es importante para conocer todo aquello relacionado con la conducta y la cognición, y con ello es una base útil para comprender diversas disciplinas sociales al brindar conocimientos empíricos obtenidos desde la Biología del Sistema Nervioso, que permiten generar bases explicativas para muchos procesos complejos como las enfermedades mentales. Concluye que la unión de la Neurociencia -en particular la cognoscitiva- y la Psicología puede representar un avance importante y significativo en la forma cómo se enfrenta el problema de la patología mental.

Sesión 5:

II Congreso Nacional de Psicología, COLPSIC- ASCOFAPSI. 20 al 22 de agosto de 2009.

A continuación se presentan los trabajos más destacados por los profesionales de las Neurociencias en el Primer Congreso Nacional de Psicología Colpsic - Ascofapsi, “Unidos por la Psicología”, llevado a cabo del 20 al 22 de agosto de 2009.

Sesión 5.1:

Ser psicólogo sin perder la cabeza: importancia de la neurociencia en la psicología básica y aplicada: Carlos Valencia (2009).

El comportamiento, como objeto de estudio de la psicología, es un fenómeno multicausal y de aquí la gran diversidad de variables que tienen una influencia sobre la conducta puede resumirse en una sola interacción: medio ambiente - organismo. Presenta de manera resumida varias investigaciones actuales en neurociencia que contribuyen al enriquecimiento de las diversas áreas de la psicología básica y aplicada.

Sesión 5.2:

La división entre Psicología y Neurociencias
Enrique Ávila y César Acevedo (2009).

Los autores presentan las bases de cada una de las disciplinas al abordar procesos como la conciencia, el aprendizaje, las emociones, los desórdenes mentales o los fenómenos sensoriales, entre otras. También las aportaciones de otras áreas del conocimiento en la comprensión integral de la conducta como la medicina, biología y la antropología. Añaden algunos de los campos de unión entre la psicología y las neurociencias en la Psicobiología, las bases biológicas del comportamiento, el análisis experimental de la conducta, el contexto social, la cultura, la psicofarmacología, la neuropsicología clínica y cognoscitiva, entre otros.

Sesión 5.3:

Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños (ENFEN)
Portellano-Pérez, J. A., Martínez-Arias, R. y Zumárraga, R. (2009).

El proceso madurativo en la infancia se encuentra estrechamente relacionado con el desarrollo del cerebro. El ENFEN es una nueva batería para evaluar el desarrollo madurativo global y el rendimiento cognitivo de los niños de 6 a 12 años que incide especialmente en la evaluación de las Funciones Ejecutivas (FE) del cerebro.

La Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños (ENFEN) es una nueva batería para evaluar el desarrollo madurativo global de los niños entre 6 y 12 años de edad, incidiendo especialmente en las funciones ejecutivas (FE) controladas por el área prefrontal.

La ENFEN permite evaluar la madurez neuropsicológica del niño mediante cuatro pruebas que miden componentes de la actividad mental superior del ser humano: Fluidez, Senderos, Anillas e Interferencia. Para Portellano y colaboradores, el término más parecido a la palabra “inteligencia” es “funcionamiento ejecutivo”.

Las pruebas son:

Fluidez: consiste en identificar lenguaje expresivo o fluidez verbal. A su vez se divide en dos subpruebas: fonológica y semántica.

Senderos. Trata

Senderos o prueba de creación de senderos (en inglés Trail Making Test) compuesta de dos partes: Sendero gris consiste en pedirle al menor de edad que dibuje una línea o sendero, uniendo los números en orden progresivo del 20 al 1 que están ordenados aleatoriamente en una hoja. Y Senderos a color aquí el menor debe dibujar otro sendero uniendo los números en orden progresivo del 1 al 21 que están ordenados aleatoriamente en otra hoja, pero alternando los que son de color amarillo y los que son de color rosa.

Anillas: Similar a la “Torre de Hanoi” o “Torre de Londres” cuyo objetivo es la reproducción, en un tablero con tres ejes verticales, de un modelo que se presenta al menor en una lámina. Consta de 14 ensayos y uno de entrenamiento. En cada uno de ellos el menor trata de realizar el modelo propuesto en el menor tiempo posible y en un número menor de movimientos, además, debe ajustarse a las indicaciones que se le dan para tratar de reproducir el modelo. Los modelos de las láminas son de dificultad creciente y requieren el uso de 4, 5 o 6 anillas de diferentes colores.

Interferencia: Esta prueba evalúa el control atencional del niño mediante la evaluación de la inhibición. Consiste en una lista de 39 palabras dispuestas en tres columnas verticales de 13 palabras cada una; las 39 palabras son nombres de colores (rojo, verde, amarillo y azul), aparecen impresas aleatoriamente en tinta de color verde, azul, amarillo o roja. En ningún caso el color de la palabra coincide con el color de la tinta impresa. La tarea consiste en que el menor diga en voz alta el color de la tinta en que está impresa la palabra.

Sesión 5.4:**Presente y futuro de la neuropsicología****José Antonio Portellano Pérez (2009)**

El autor trata el tema: Presente y Futuro de la Neuropsicología en dos apartados:

1. La neuropsicología en la actualidad. La neuropsicología como campo de conocimiento donde convergen diferentes orientaciones, modelos, herramientas y técnicas de estudio. Así como las interacciones con otras disciplinas el ámbito de la medicina y las neurociencias, al experimentar un fructífero desarrollo, especialmente en las dos últimas décadas.

2. La neuropsicología en el futuro: Los avances en el conocimiento de las relaciones cerebro-conducta se extenderán tanto a la evaluación, al diagnóstico como a la rehabilitación y la investigación neuropsicológica, infantil y geriátrica. Así como la incorporación a las técnicas tradicionales del lápiz y papel, las producidas del desarrollo tecnológico con técnicas de la medicina nuclear, la neuroimagen funcional y la inteligencia artificial. Estrategias en la rehabilitación cognitiva, a patologías clínicas o algún tipo de daño cerebral de etiología traumática, vascular, tumoral o infecciosa. El desarrollo de la neuropsicología en la infancia, la vejez y la consolidación profesional del profesional en la Neuropsicología

Sesión 5.5:**Psicobiología del comportamiento: Núcleo parafascicular (PF)
del tálamo/ lesión excitotóxica bilateral.****María Fernanda Quiroz (2009)**

El grupo de Psicología, Biología y Neurodesarrollo de Universidad de La Sabana buscó establecer una continuidad en la investigación básica del núcleo parafascicular (PF) del tálamo, para proporcionar una mejor comprensión de su participación en los procesos de aprendizaje y la memoria. Para ello realizaron un experimento con lesión excitotóxica bilateral pre-entrenamiento en el PF, en el modelo de aprendizaje y memoria de reconocimiento de ostrojetos novedosos para otros resultados de investigación de psicobiología, discriminación simple de olores y la transmisión social de preferencia alimentaria. Los resultados que obtuvieron fueron que el núcleo PF parece ser necesario en tareas donde se requieren alternancia de respuestas, cambio de conducta y la expresión flexible de la memoria en circunstancias donde tuvo lugar el aprendizaje, lo que sugiere una función moduladora genérica de este núcleo en los procesos de aprendizaje y memoria por influencia del PF sobre circuitos cerebrales relevantes para el sistema de los ganglios basales- tálamo-cortical.

Sesión 5.6:**Investigaciones recientes sobre el trauma de cráneo en Colombia****Juan Carlos Arango (2009)**

Los traumatismos craneoencefálicos (TEC) son una de las principales causas de muerte y discapacidad en personas entre los 15 y 30 años en Colombia. Las causas más frecuentes suelen estar relacionadas con accidentes automovilísticos, heridas por armas de fuego y caídas. Durante las dos últimas décadas se ha incrementado considerablemente el número de personas que sobreviven a los TEC, debido a un mayor conocimiento por parte de los médicos y del personal de los servicios de urgencia de los efectos del trauma, la creación de métodos diagnósticos más avanzados y la comprensión de los mecanismos cerebrales involucrados en la recuperación. Sin embargo, muchas de las personas que logran sobrevivir a un TEC quedan con secuelas a largo plazo tales como alteraciones cognitivas, problemas físicos y cambios emocionales. Desafortunadamente son muy pocos los estudios que se han realizado en el área de la evaluación, diagnóstico y rehabilitación de personas con trauma de cráneo en Colombia.

Sesión 6:**Los Trastornos del aprendizaje: Perspectivas Neuropsicológicas****Eslava-Cobos, J., Mejía, L., Quintanar, L. y Solovieva, J. (2008), (pp. 46 - 159)**

Eslava Cobos y colaboradores en 2008 definen a la neuropsicología como la disciplina que se encarga del análisis de las funciones psicológicas en estrecha relación con la actividad cerebral, normal y patológica en diversas etapas de la vida del individuo. Esta disciplina se remonta a la segunda mitad del siglo XIX, casi un siglo después, surge en la Unión Soviética, durante la Segunda Guerra Mundial la neuropsicología con sus propias características con bases teóricas y metodológicas propuestas por A. R. Luria. En la segunda mitad del siglo XX se diversifica el conocimiento del sistema nervioso, la investigación en evaluación, diagnóstico, tratamientos, patologías e integración de funciones cerebrales. De esta manera abordan las perspectivas neuropsicológicas de los trastornos del aprendizaje, particularmente en menores de edad a través de sus contenidos que apoyan la conceptualización actual de la educación y del aprendizaje. Incorporan las aportaciones teóricas y prácticas de las neurociencias favoreciendo el apoyo terapéutico y las prácticas de rehabilitación en los trastornos del aprendizaje.

Los contenidos son:

Parte 1. Aproximación neurofisiológica

Parte 2. Aproximación histórico-cultural, y

Parte 3. Aproximación cognoscitiva.

En la primera parte, describen los trastornos del aprendizaje a partir de la aproximación neurofisiológica: fundamentos teórico-metodológicos, su evaluación y la propuesta de Intervención.

Sesión 7:

Plasticidad y evolución: papel de la interacción cerebro-entorno.

Turbino, M. (2004).

Turbino en 2004 estudia la plasticidad cerebral y su evolución a partir del papel de la interacción del cerebro con el entorno, dadas las repercusiones del alargamiento en la infancia que tuvo como resultado la capacidad humana para caminar en dos extremidades (bipedalismo); en la evolución del cerebro de los homínidos. También reflexiona sobre el papel de la plasticidad cerebral en este proceso, Toma en cuenta las distintas fases de desarrollo y funcionamiento del cerebro humano; compara la citoarquitectura humana con la de otras especies. Concluye que la plasticidad cerebral es muy importante en el desarrollo y evolución del cerebro humano por las conexiones neuronales en respuesta a los nuevos estímulos y peligros inherentes del ambiente, la aparición del lenguaje y los procesos comunicativos.

Sesión 8:

Hormonas y sexo: ¿Qué hay de malo en la idea de que...?

Pinel, J. (2007)(pp.351-380).

La obra de Pinel (2007) aborda a lo largo de 18 capítulos la Biopsicología. Resalta cuatro temas entrelazados: la reflexión crítica, la temática central de la obra, las implicaciones clínicas, la perspectiva evolutiva y la neurociencia cognitiva. Añade estudios de casos clínicos, aspectos sociales, implicaciones individuales y anecdóticos. Los contenidos del capítulo 13 Hormonas y sexo: ¿Qué hay de malo en la idea de que los hombres son hombres y las mujeres son mujeres?, hace referencia a los principios generales de la función neuroendocrina, el papel de las glándulas y las hormonas en el desarrollo y función de la conducta sexual. Los mecanismos neurales de la conducta sexual y la orientación sexual, las hormonas y el encéfalo.

Sesión 9.1:

Neurobiología de las emociones morales.

Mercadillo, R., Díaz, J., Barrios, F. (2007).

El trabajo de Mercadillo y colaboradores en 2007, realizan una revisión crítica de las bases históricas, teóricas y neurobiológicas de la teoría de las emociones morales. Los métodos y protocolos de neuro-imagen utilizados para estudiar los correlatos neuronales de las emociones morales y el análisis de las funciones cerebrales involucradas en su procesamiento, permiten formular hipótesis que intentan comprender algunos procesos emocionales y cognitivos relacionados con las emociones morales. Además, la investigación de la expresión facial humana de manera transcultural ha dado como resultado la identificación de patrones universales en las expresiones de emociones básicas como el miedo, el enojo o la felicidad, emociones relevantes para el concepto de moralidad. Los procesos cognitivos y conductuales involucrados en las emociones morales están relacionados con la teoría cognoscitiva sobre la capacidad de representar estados mentales y emocionales de los demás, como sus pensamientos, deseos, creencias, intenciones y conocimientos. Por último, proponen la elaboración de protocolos determinados sobre la emisión de emociones morales específicas.

Sesión 9.2:

Aportes de la Psicología y las Neurociencias al concepto del “Insight”:
la necesidad de un marco integrativo de estudio y desarrollo.

Palma, B., & Cosmelli, D. (2008).

Palma y Cosmelli (2008) proponen que se requiere de un marco integrativo de estudio y desarrollo para el concepto psicoanalítico de Insight⁶ desde las Neurociencias. Consideran al Insight como un fenómeno cognitivo a través del cual se llega a la comprensión de un conflicto, vinculada con una vivencia afectiva de sorpresa y certeza ante el descubrimiento. Debido al papel que tiene en el contexto psicoterapéutico sobre la cura y su relación con procesos cognitivos como el aprendizaje, la creatividad y las estrategias de resolución de problemas, el lograr una mayor comprensión que incorpore todas las aristas del fenómeno e integre los aportes de las diversas perspectivas teóricas que a su vez posibilite el encuentro entre las aproximaciones neurocientíficas y psicoterapéuticas.

⁶ Se puede traducir al español como “visión interna” o “entendimiento”. Mediante un insight el sujeto “capta”, “internaliza” o comprende, una “verdad” revelada. Un insight provoca cambios en la conducta de los sujetos, ya que no solo afecta la conciencia de sí, sino su relación con respecto al resto, sobre todo, tomando como base la mirada holística gestáltica, la cual dice que el todo es más que la suma de las partes (Fuente: [https://es.wikipedia.org/wiki/Insight_\(psicolog%C3%ADa\)_t_\(psicolog%C3%ADa, 2021\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Insight_(psicolog%C3%ADa)_t_(psicolog%C3%ADa, 2021)))

Sesión 9.3:

Aportes de las neurociencias para el desarrollo de estrategias de enseñanza y aprendizaje de las Matemáticas.

Mogollón, E. (2010).

Mogollón, en 2010 revisa los aportes de las neurociencias de estrategias de enseñanza y aprendizaje de las matemáticas a partir de investigaciones en Neurociencias. Trata sobre la interrelación de la enseñanza compatible con las funciones y estructuras cerebrales, particularmente en las identificadas con el pensamiento en matemáticas. A través de diversas estrategias considera procesos cognoscitivos como lo semiótico (lo relacionado con las señales o síntomas), el lenguaje, la emotividad y las fobias en el aula. Concluye que en el ejercicio de la enseñanza- aprendizaje, el docente debe incluir en su formación pedagógica, el conocimiento neuronal de la función, estructuras y sus implicaciones con la educación, particularmente en la enseñanza de las Matemáticas.

Sesión 10.1:

Usos y abusos de lo “neuro”.

García-Albea, J. E. (2011a).

García Albea en 2011, analiza desde una perspectiva crítica la extensión de las llamadas “Neurociencias” a las demás disciplinas del conocimiento humano dando lugar a una “Neurocultura” en expansión, en un cambio de paradigma que va más allá de la neurología clásica (centrada en el estudio del sistema nervioso en estado normal y patológico) a un enfoque multidisciplinario y universal. Con el prefijo “neuro” abarcaría sin límite, el estudio de cualquier actividad o manifestación humana, como reflejo, a su vez, de la actividad del sistema nervioso: Neuro-ciencias, neuro-economía o neuro-marketing, entre muchas otras. Observa el autor el riesgo de generalizar todo ámbito del saber humanístico, la contribución al avance de las disciplinas y el efecto a la propia disciplina neurológica.

Sesión 10.2:

Larga vida a la Neuropsicología.

García-Albea, J. E. (2011b).

En este texto, García-Albea responde a opositores a su primer texto “Uso y abusos de la Neuro” de 2011, argumentando que su posición no es contraria la Neuropsicología a la (neuro) disciplina, sino

que hace una llamada de atención al uso excesivo de lo “neuro” a disciplinas que tienen un cuerpo disciplinar diferente, sosteniendo a la Neuropsicología como eje central o referencia obligada para la comprensión de las Neurociencias, sugiriendo que se tomen con calma sus argumentos.

1.2. Modelos de organización cerebral de los procesos psicológicos.

Sesión 11:

Cerebro y conducta.

Kandel, E. R, Jessel, T. M. & Schwartz, J. H. (1999) (pp. 5-20).

Las bases biológicas de la psique o mente tienen un papel muy importante en el conocimiento del individuo. En la última década del siglo XX, su conocimiento se ha incrementado y su importancia. La obra de Kandel, E. R, Jessel, T. M. & Schwartz (1999) es en la actualidad una referencia básica de la Neurociencia al enlazar las humanidades con las ciencias naturales. A través de sus capítulos, enfatiza la interdependencia de la neurobiología y la ciencia cognitiva; la formación de conexiones neuronales durante el desarrollo y procesos conductuales; el uso de animales manipulados genéticamente da paso a una aproximación molecular de la cognición; la perspectiva clínica; y demás áreas relacionadas con el Sistema nervioso y procesos psicológicos como aprendizaje y memoria, entre otros.

En su capítulo 1, aborda el cerebro y la conducta a partir de las células nerviosas, el encéfalo y la conducta a partir de las bases biológicas de la conciencia y los procesos mentales que dan lugar a las percepciones, el aprendizaje y la memoria. La unión disciplinar de la Neurociencia con la biología (celular, y molecular) y del estudio de la conducta. El capítulo aborda los argumentos de las funciones encefálicas y sus interconexiones con otras estructuras (neurales, endocrinas y sistémicas), las cuales dan origen a pequeñas conductas, actos cognitivos (simples y complejos) y las alteraciones de las llamadas enfermedades mentales y sus trastornos. La neurociencia moderna estudia uno de los procesos cognoscitivos más importantes del ser humano: el lenguaje, que le da su diferenciación con otras especies y da lugar a procesos muy complejos provenientes de zonas específicas del encéfalo. El recorrido conceptual

Sesión 12.1:

La escuela neuropsicológica soviética.

Quintanar-Rojas, L. (2002).

Quintanar-Rojas, en 2002 a lo largo de su capítulo La Escuela Neuropsicológica Soviética ofrece un recorrido de los estudios más sobresalientes de la segunda mitad del siglo XX. En la entonces Unión Soviética⁷ los estudios de la conducta humana y animal considerando el cerebro como base biológica, dieron lugar al surgimiento de psicólogos y científicos que trascendieron por sus estudios. De ahí provienen Luria (1947, 1948); Vigotsky y Leontiev quienes en sus respectivas áreas sentaron las bases para el desarrollo de la psicología soviética. Estudios de las afasias, de Wernicke-Lichtheim o del origen y estructuras de las funciones psicológicas.

Sesión 12.2:

Aproximación histórico-cultural: fundamentos teórico-metodológicos.

Quintanar, L., y Solovieva (2008) (pp. 145-182).

Quintanar y Solovieva en 2008, en la segunda parte del libro de Esleva y colaboradores, en su capítulo 1 abordan la aproximación histórico-cultural: Fundamentos teórico-metodológicos de los trastornos del aprendizaje a lo largo de seis contenidos. Introducen a la Neuropsicología como la disciplina que se encarga del análisis de las funciones psicológicas en relación con la actividad cerebral, tanto a nivel normal como patológico, en diversos grupos etarios. Por ello se observa el análisis de la formación y desarrollo de las funciones psicológicas en la ontogenia. El objetivo principal es el identificar la causa de las dificultades y elaborar el programa de intervención que garantice su superación. Continúa con un recorrido histórico - cultural de los estudios en esta área en diversos países como la entonces Unión Soviética, y la importancia de las investigaciones en sujetos con daño cerebral. Así como con la identificación del objeto de estudio, la unidad de análisis y el método de la ciencia psicológica, ha sido una preocupación constante en la aproximación histórico-cultural y en la psicología de la actividad. Los autores proponen un modelo histórico-cultural a nivel neuropsicológico para el estudio de las dificultades en el aprendizaje escolar a través del concepto de factor que se refiere a la unidad de trabajo cerebral o “modus operandi” y sus manifestaciones en el nivel psicológico, como el mecanismo psicofisiológico de la actividad.

⁷ Unión Soviética o Unión de Repúblicas Socialistas Soviética (U.R.S.S.) que se instauró de 1922 a 1991 en la actual Federación de Rusia.

Sesión 13:

Las redes corticales: el nuevo paradigma en la neuropsicología.

Villa-Rodriguez, M. A. (2007) (pp. 71 - 86).

Villa-Rodriguez en 2007 en su artículo “Redes corticales: el nuevo paradigma en la Neuropsicología” hace una revisión de los avances científicos que sustentan dicho paradigma. A partir de la conceptualización de paradigma donde el conjunto de concepciones sobre la naturaleza (teorías y conceptos) y la forma en que se llega a ellos (métodos) que son aceptados por una comunidad científica durante un cierto tiempo, la Neuropsicología ha pasado por varios periodos desde su fundación en el siglo XIX al siglo XX, y por diversas escuelas, grupos científicos y estudios, cuyas aportaciones han dado lugar a identificar componentes estructurales y funcionales de la actividad cerebral en general y de la cognoscitiva en particular. Sobre las redes corticales, se han sustentado en las aportaciones de la psicología experimental, de la neuropsicología cognitiva, del desarrollo de las técnicas para la obtención de imágenes cerebrales y de la investigación en primates humanos y no humanos de las redes corticales. Esto último da lugar a la revisión de los centros cerebrales, de los módulos y de la emergencia de las redes corticales.

Sesión 14.1:

Aspectos Psicológicos y Neurales en el Aprendizaje del Reconocimiento de Emociones.

González, M. (2006).

González, en 2006 aborda los aspectos psicológicos y neurales en el Aprendizaje del Reconocimiento de Emociones a través de una revisión de la información desde una perspectiva psicológica y de la Neurociencia., con el propósito de desarrollar un modelo de aprendizaje emocional que pueda orientar la investigación aplicada a un mejor desempeño en la socialización de las personas. La forma en que se aprende el reconocimiento está vinculada a la naturaleza de las emociones y de sus correlatos neuronales. Concluye que hay mucha afinidad entre la psicología y las neurociencias lo que permite sistematizar un modelo basado en la (re)educación de los procesos de atención y en la retroalimentación de las diferentes manifestaciones de la respuesta emocional.

Sesión 14.2:

Qué puede localizarse en el cerebro.

Ardila, A. (2008).

El trabajo clásico de Ardila (2010) aborda el tema de la Neurociencia a través de los cuestionamientos acerca de la localización -topografía o estructura- en el cerebro de las funciones cognoscitivas. Como partida será el análisis de las funciones cognitivas en sus factores de procesamiento seguido de la búsqueda de su componente estructural de dichos factores y, por último, la incorporación de los métodos de la neuropsicología como la neuro-imagen o la psicometría. La idea central del artículo es brindar una propuesta fundamentada en que: la localización es posible si se cuenta una teoría del procesamiento cognoscitivo que divida cada proceso psicológico en sus factores componentes de una manera ya que hipotéticamente, estos elementos si son localizables en el cerebro.

1.3 Aportaciones de las neurociencias al servicio clínico.

Sesión 15:

Kandel y sus Aportes Teóricos a la Psicología y a la Psiquiatría.

Freidin, E., & Mustaca, A. (2001).

Esteban Freidin y Alba Mustaca en la Editorial de la Revista Medicina de Buenos Aires (Argentina) revisan los trabajos de Kandel⁸ que aportaron fundamentos teóricos a las ciencias psicológicas y medicina psiquiátrica (particularmente la biológica). Este autor, propone como la base epistemológica sobre la cual se podría desarrollar la teoría y la práctica psiquiátrica y psicológica dentro de parámetros científicos, enmarca en cinco principios que considera básicos: El primero partir de la idea de que lo que se llama mente se trata de un conjunto de funciones llevadas a cabo por el cerebro; segundo las combinaciones de genes y sus productos proteicos son determinantes del patrón de interconexiones entre las neuronas del cerebro y de los detalles de su funcionamiento, por lo cual ejercen un significativo control sobre el comportamiento; tercero, las combinaciones de genes contribuyen a determinar el comportamiento, incluyendo el social, también la conducta y los factores sociales pueden ejercer acciones en el cerebro mediante una retroalimentación que modifica la expresión de los genes, es decir, su función transcripcional; cuarto, las alteraciones en la expresión de genes inducidas por aprendizaje dan lugar a cambios en los patrones de conexiones neuronales. Estos cambios, según Kandel, no sólo contribuyen a

8 Kandel, E. R. (1998). A new Intellectual Framework for Psychiatry. Am J Psych, 4, 457-469.

las bases biológicas de la individualidad, sino también son presumiblemente responsables de la iniciación y mantenimiento de anormalidades de la conducta inducidas a través de contingencias sociales; y quinto, si la psicoterapia es efectiva y produce cambios de larga duración en el comportamiento, posiblemente hace esto mediante mecanismos de aprendizaje, que producen cambios en la expresión de los genes que alteran a la vez la fuerza de las conexiones sinápticas y los cambios estructurales y también modificando el patrón anatómico de interconexiones entre las células nerviosas del cerebro. Así, el terapeuta que habla y obtiene mejoras en el paciente, está produciendo necesariamente cambios en el cerebro del mismo.

Sesión 16:

Neuropsicología clínica en perspectiva.

Verdejo-García, A., & Tirapu-Ustárrroz, J. (2012).

Verdejo-García y Tirapu-Ustárrroz en 2012 abordan a la Neuropsicología clínica en perspectiva a partir del desarrollo del conocimiento obtenido de los estudios realizados por las líneas de investigación los cuales muestran a la Neuropsicología (clínica) como una disciplina articulada que vincula los hallazgos básicos con sus implicaciones clínicas y con ello darle significado a la experiencia fenomenológica. El objetivo del presente estudio pretende asentar las líneas que han emergido de la Neurociencia y la Neuropsicología en los últimos años y las cuales se prevén las líneas estratégicas y prioridades que tendrá la Neurociencia. En este estudio pretende identificar los cambios paradigmáticos en las dos últimas décadas (a la fecha de su publicación); posteriormente proponen nuevos objetivos y campos de aplicación de la Neurociencia. Consideran diluir las falsas dicotomías genes frente a ambiente, mente frente a cerebro, razón frente a emoción, las aplicaciones de la neuropsicología para la comprensión de trastornos psicopatológicos, de lo neurodegenerativo al neuro-desarrollo, de los fármacos adversos a los potenciadores cognitivos y afectivos.

Sesión 17.1:

Evaluación neuropsicológica.

Ardila, A. y Rosselli, M. (Edit) (2011).

Ardila y Rosselli en 2011 tratan en el capítulo 14 “Evaluación neuropsicológica” contenido en el libro Neuropsicología clínica. Referencia básica de la Neuropsicología, estos autores tratan la aproximación de casos clínicos neurológicos a partir de cinco objetivos:

El primero consiste en determinar la anomalía de la actividad cognoscitiva del paciente para describir el patrón general de cambios que pudo haberle sucedido y establecer su condición cognoscitiva actual.

El segundo es analizar los síntomas y signos presentes e identificar los síndromes fundamentales subyacentes.

El tercero consiste en las propuestas de los procedimientos terapéuticos y de rehabilitación.

El cuarto radica en promover la información adicional para efectuar un diagnóstico diferencial de las condiciones aparentemente similares.

El quinto propone los posibles trastornos subyacentes en la disfunción cognoscitiva existente.

Por último, se describen los campos de aplicación de la evaluación por grupos de edad y las problemáticas de evaluación y diagnóstico; las etapas de la evaluación; instrumentos psicológicos y neuropsicológicos; etapa de resultados, integración y conclusiones.

Sesión 17.2:

La evaluación neuropsicológica.

Pérez, M. (2012).

Pérez en 2012 aborda en su artículo “la Evaluación neuropsicológica”, las bases de la misma disciplina de la Neuropsicología Clínica; los instrumentos de evaluación neuropsicológica y la presentación de los documentos de acreditación del neuropsicólogo clínico por la Federación de Asociaciones de Neuropsicología Españolas (FANPSE) que establece los criterios de acreditación de profesional del experto en Neuropsicología Clínica.

El autor desglosa el análisis teórico que lo sustenta y señala los objetivos de la evaluación neuropsicológica en:

I. Definición y objetivos de la evaluación neuropsicológica o para qué evaluar. A través de la realización de: 1) el diagnóstico diferencial; 2) la caracterización del deterioro neuropsicológico en términos de áreas dañadas e intactas, 2.1. Conocer la naturaleza del daño cerebral, 2.2. Planificar la rehabilitación, 2.3. Dar consejo educativo y 2.4. Medir el cambio después de una intervención; 3) la evaluación en el ámbito forense; y 4) la evaluación en protocolos de investigación.

II. Los contenidos de la evaluación neuropsicológica. Las dimensiones psicológicas se identifican en cognición, emocional/personalidad y la ejecutiva (conductual).

III. Aproximaciones al proceso de la evaluación neuropsicológica o formas de evaluar. En este apartado destaca los enfoques metodológicos y sus instrumentos: la aproximación cuantitativa frente a la cualitativa; instrumentos fijos o por baterías frente a la flexible, o la aproximación psicométrica frente a la centrada en el proceso. Estas aproximaciones las resume en el análisis de patrones, el contraste de hipótesis y el estado de la cuestión con las propuestas de unificación que culminan en la aproximación por baterías flexibles. En esta última aproximación, el clínico selecciona las pruebas neuropsicológicas más adecuadas para cada paciente o patologías a partir de la evaluación de todos los dominios psicológicos para poder conocer las áreas afectadas e intactas y el utilizar pruebas estandarizadas que cumplan los requisitos de confiabilidad y validez.

IV. El proceso de evaluación neuropsicológica o cómo evaluar. Se describen los contenidos del proceso de la evaluación neuropsicológica por baterías flexibles tomando en cuenta: a) las variables a considerar antes de la evaluación; b) fases del proceso; la entrevista clínica, la administración de pruebas y la comunicación de resultados al paciente o profesionales que han remitido al paciente.

Concluye el artículo que la evaluación neuropsicológica es un proceso dinámico que trata de contrastar hipótesis sobre qué áreas psicológicas (cognitivas, emocionales y ejecutivas o conductuales), dañadas y cuáles se encuentran intactas como consecuencia de un daño cerebral. Lo anterior puede variar por su objetivo: el diagnóstico diferencial, la caracterización en términos de tipo y severidad de las secuelas, la planificación de la rehabilitación, la emisión de informes forenses o de la investigación.

Sesión 18.1:

Biología de la regulación emocional.

Silva, J. (2003).

La Biología de la regulación emocional: su impacto en la Psicología del afecto y la psicoterapia es el artículo titulado por Silva (2003), quien considera que la regulación emocional incluye todas aquellas estrategias dirigidas a mantener, suprimir o aumentar un estado emocional. Apoyado en recientes estudios de laboratorio, menciona que los tipos de regulación (emocional) tienen consecuencias en el estado de salud tanto física como psicológica. En el campo de la Neurociencia Afectiva (NA), los resultados de la actividad cerebral tónica están asociados con algunos parámetros de la respuesta emocional que a su vez dan lugar a estilos afectivos. Continúa analizando la

evidencia científica y presenta un programa de investigación que tiene como objetivo el desarrollar un modelo de la afectividad y su sustrato biológico.

Sesión 18.2:

Contribuciones de la neurociencia al diagnóstico y
tratamiento educativo de la dislexia del desarrollo.

López-Escribano, C. (2007).

López-Escribano examina en 2007 las contribuciones de la psicología cognitiva, la neurociencia y la educación, como modelos explicativos a la dislexia con las aportaciones de los estudios de neuroimagen y de las intervenciones educativas. Como primer modelo muestra el “déficit fonológico” de amplia aceptación y demostración. Las personas con dislexia, presentan dificultades en tareas que implican segmentación fonológica del lenguaje. Por su parte, los estudios de neuroimagen en disléxicos, muestran una activación cerebral atípica durante las tareas que requieren procesamiento fonológico. Por su parte, los programas de intervención de tipo fonológico han mostrado su eficacia en relación con la conducta como en la función neurológica. En el complejo proceso lector, se investigan otros modelos actualmente. El modelo del déficit en el “procesamiento temporal” es más controvertido y menos aceptado que el anterior, algunos trabajos muestran evidencia conductual y neurofisiológica en la existencia de diferencias en el procesamiento visual y auditivo entre sujetos disléxicos y normales (o controles). Las diferentes aproximaciones educativas para corregir este déficit de procesamiento temporal han mostrado su efectividad en niños disléxicos. En la última parte del estudio, la autora examina el estado de la relación entre la neurociencia y la educación en el área de las dificultades de lectura y analiza las implicaciones futuras relacionadas con los diferentes enfoques y métodos utilizados en la investigación actual. Concluye que la colaboración entre la neurociencia, la psicología y la educación contribuye a una mejor comprensión de la psicología de la lectura, de su diagnóstico y de su intervención.

Sesión 19.1:

Neuropsicología - Neurociencia y Ciencias.

Tirapu-Ustárrroz, J. (2011).

Para Jaime Tirapu-Ustárrroz (2011) en el pasado siglo XX se llevó a cabo el período más revolucionario en el crecimiento y asentamiento de la Neurociencia como disciplina, tanto en la investigación como en la clínica, finalizando el siglo con la “Década del cerebro” de los años noventa. Derivado de ello, Kolb realiza una reflexión que suscribe esta idea: “El siglo veinte pertenece a la Neurociencia”. El conocimiento del funcionamiento cerebral se encuentra en

desarrollo por su incalculable e inagotable potencial de investigación en las funciones superiores o los trastornos mentales, así como la convergencia de diferentes aspectos de la neurología, la psiquiatría y la psicología.

Sesión 19.2:

Neurociencias: Reconsiderando los dominios de la Psicología.

Ibañez, A., Ceric, F., López, V. & Aldunante, N. (2008). (pp. 271-293).

Ibañez y colaboradores en 2008 revisan desde la ciencia psicológica, a las Neurociencias. Los cuestionamientos fundamentales de la mente, el funcionamiento cerebral o la comprensión del comportamiento humano son las directrices para considerar el avance de las Neurociencias a finales del siglo XX y comienzos del XXI. En su estudio muestran una aproximación de la neurociencia desde la psicología, resaltando a través de sus páginas los contenidos de algunas áreas de investigación, evaluando algunas de sus perspectivas meta teóricas, analizando el nivel de explicación psicológico y la relevancia social del desarrollo neurocientífico. Procesos psicológicos como memoria, atención, afectividad, conciencia, que son relevantes por el nivel de explicación psicológica en la interacción entre la Psicología y la Neurociencia.

Sesión 19.3:

Precisiones conceptuales en torno a Psicobiología y neurociencia.

Escarabajal, M.D. y Torres, C. (2004).

Escarabajal y Torres (2004), elaboran un texto donde realizan algunas precisiones conceptuales en torno a la Psicobiología y a la neurociencia. Señalan que si bien la Neurociencia se ha colocado a la cabeza de diversas disciplinas y las ha envuelto como a la Psicobiología “desdibujada” frente a ella y viceversa. Sostienen que se puede plantear un entrecruzamiento conceptual donde existen claros puntos de contacto y en ocasiones, solapamientos. Desprenden de sus cuestionamientos que la Neurociencia se vincula con la Medicina y la Psicobiología con la Psicología, así como la estrecha relación que existe entre el Sistema Nervioso y la Conducta puede ser fácil considerar que cualquier disciplina que tenga como objeto de estudio el sistema nervioso, las Neurociencias en general, tiene como objetivo propio explicar la conducta, puede estudiar los aspectos básicos del Sistema Nervioso sin plantearse la explicación del comportamiento, interesándose por el órgano y englobando todos aquellos estudios que faciliten un conocimiento de la estructura y las funciones del sistema nervioso. Para la Psicobiología se interesa preferentemente por el significado conductual, su objetivo específico es relacionar la conducta con los procesos neuro: anatómicos, fisiológicos y químicos, subyacentes que proporcionan una explicación adecuada en

términos neurobiológicos. Los argumentos finales permiten orientar el estudio de ambos campos en el contexto de la psicología.

Sesión 19.4:

La Utilidad Social de las Neurociencias.

Benito, E. (2010).

El trabajo editorial de Benito (2010) presenta imágenes y realidades de las neurociencias en la revista *Psiencia*⁹. Introduce el nivel CTS (Ciencia, Tecnología y Sociedad) como campo para explorar las condiciones sociales de producción del conocimiento científico y tecnológico, así como sus relaciones y consecuencias para con la sociedad. Añade el análisis reflexivo sobre este campo, registrando sus potencialidades en el marco de un desarrollo complementario socialmente estratégico con la discusión sobre como las neurociencias exploran la sociedad y podrían ser pensadas como tecnociencias, la revisión de tópicos de investigación, la utilidad social de las neurociencias y la revisión de procesos neurales vinculados con la teoría de la personalidad planteada por Hans Eysenck.

Sesión 19.5:

La “amenaza” de la psicología científica.

Tubau, E. (1989).

Tubau en 1989 expone sus argumentaciones en torno al artículo de López Cerezo¹⁰ acerca de las virtuales condiciones de un enfrentamiento entre la Psicología Popular y la Psicología Científica donde esta última se vería amenazada por el reduccionismo y posiciones radicales. La autora defiende la Psicología Científica y con ella a las Neurociencias dando diferentes niveles de explicación de la psicología.

⁹ Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica. Disponible en www.psiencia.org

¹⁰ López-Cerezo, J.A. (1989). El Caso de la Psicología Popular, *Cognitiva*, 2(3), 227-242. <https://dialnet.unirioja.es/metricas/documentos/ARTREV/2669688>

1.4. Etiopatogenias

Sesión 20.1:

Patologías neurológicas; Etiologías.

Ardila, A. y Rosselli, M. (Edit) (2007) (pp. 11-23).

En el capítulo 2, los autores tratan las etiologías de las patologías neurológicas. Refieren que existen siete condiciones generales que alteran el funcionamiento normal del cerebro. Examinan cada una de estas alteraciones señalando sus características principales y su forma de evolución. Las alteraciones abordadas son:

- 1) Las enfermedades cerebrovasculares o accidentes cerebro-vasculares (ACV);
- 2) Los traumatismos cráneo- encefálicos (TCE);
- 3) Los tumores cerebrales;
- 4) Las infecciones del sistema nervioso;
- 5) Las enfermedades nutricionales y metabólicas;
- 6) Las enfermedades degenerativas; y
- 7) La epilepsia.

Sesión 20.2:

Características cognoscitivas asociadas con disfunciones globales: retardo mental.

Ardila, A. y Rosselli, M. (Edit) (2007) (pp. 213-216).

En esta parte de la obra de Ardila y Rosselli, hace referencia a las etiologías, particularmente del retardo mental o retraso cognoscitivo generalizado, que se presenta antes de los 18 años de edad. Se relaciona con conductas desadaptativas. Si bien el retardo mental es una alteración cognoscitiva y conductual, puede ser el resultado de varias causas o etiologías como metabólicas, infecciosas, cromosómicas y culturales. Dos grandes factores etiológicos son los familiares y los socioculturales, donde se encuentran la alimentación y la economía. También los autores abordan otros factores como los accidentales: defectos cromosómicos o infecciosos, entre otros relacionados con defectos de tipo motor y/o sensorial.

Sesión 20.3:

Etología del Daño Cerebral.

Portellano, J. (2005) (pp. 31-70).

Portellano en su obra "Introducción a la Neuropsicología" (2005) aborda en el capítulo 2 la etiología del daño cerebral de seis afectaciones:

- 1) Trastornos vasculares cerebrales;
- 2) Traumatismos cráneo- encefálicos (TCE);
- 3) Tumores cerebrales;
- 4) Infecciones del sistema nervioso;
- 5) La epilepsia; y
- 6) Trastornos del nivel de conciencia.

El autor considera que el daño cerebral adquiere múltiples dimensiones: física, cognitiva, emocional y socio-familiar. A su vez, todas ellas al involucrar al Cerebro pueden producir trastornos mentales que pueden crear una incapacidad proporcionalmente mayor que la producida por las secuelas físicas. "La pérdida de memoria o de capacidad de razonamiento puede causar en el lesionado cerebral un grado de incapacidad e indefensión psicológica mayor que otras secuelas de tipo sensorial o motor (p. 33)".

Sesión 21:

Neurociencias en esquemas: Epilepsia.

Barker, R.A., Barasi, S. y Neal, M.J. (2002) (pp. 106-111).

Como su nombre lo indica, la obra de Barker y colaboradores (2002) abordan en este capítulo varias alteraciones neuropsicológicas como la epilepsia, o las inmunodeficiencias, con su definición, patogenia y tratamiento, apoyados en imágenes, esquemas y cuadros.

Sesión 22:

Neurociencias en esquemas: trastornos neuroquímicos, afectivos y esquizofrenia.

Barker, R., Barasi, S. y Neal, N. (2002) (pp. 116-120).

La obra de Barker y colaboradores (2002) abordan en este capítulo los trastornos neuroquímicos: trastornos afectivos (como la depresión, y ansiedad) y la esquizofrenia con su definición, patogenia y tratamiento, apoyados en imágenes, esquemas y cuadros. Destacan el papel de los neurotransmisores en la estructura neuronal y sus alteraciones.

Sesión 23:

Gilíes de la Tourette.

Duvignau, E. (2012).

Duvignau en 2012, reseña la vida del Médico francés Guiles de Tourette en su aspecto profesional. Georges Albert Édouard Brutus Gilles de la Tourette, reconocido neurólogo francés del siglo XIX, estudió en Poitiers y en la Universidad de París. Realizó sus prácticas en diversos hospitales públicos de París hasta que en 1884 inició sus estudios en el Hospital Salpêtrière de París. Investigó acerca de la hipnosis, la histeria y diversos padecimientos neuropatológicos. En 1885, publicó en la revista Les Archives de Neurologie el artículo “Étude sur une affection nerveuse caractérisée par de l'incoordination motrice accompagnée d'écholalie et de coprolalie” (Estudio de una condición nerviosa caracterizada por incoordinación motriz acompañada de ecolalia y coprolalia). Único estudio, ya que su colega Charcot fue quien nombró al síndrome como un padecimiento muy diferente a lo ya conocido. Escribió en el Semaine Médicale (1886): “Hemos probado que esta gente (los pacientes) tiene algo a lo que yo llamaría una configuración mental muy particular...” y nombró al síndrome como Enfermedad de Gilles de la Tourette.

1.5. Psicología de las personas con afecciones neurológicas.

Sesión 24:

Síndromes hemisféricos.

Portellano, J. (2005) (pp. 191-200).

Portellano en 2005, en su obra Introducción a la Neuropsicología, aborda en el capítulo 5, las asimetrías cerebrales en cinco subtemas, en el quinto centra sobre los Síndromes Hemisféricos de lo general a lo particular de acuerdo con su estructura y funciones diferenciales. Izquierdo,

derecho y región lobular. Se añaden otros síndromes particulares que implican ambos hemisferios: desconexión, comisurotomía y agenesia del cuerpo calloso.

Sesión 25:

Los trastornos relacionados con el uso de sustancias.

Cérvera, G., Haro, G., & Martínez-Raga, J. (2001).

Cérvera, Haro y Martínez, en 2001 publicaron la revisión bibliográfica que elaboraron de los aspectos psicobiológicos de la adicción y su relación con los hallazgos clínicos dentro de los trastornos por uso de sustancias. Consideran importante esta revisión al considerar que en el campo de las Neurociencias se encuentran cada vez más explicaciones del origen y causas de los trastornos psicopatológicos, entre los que se encuentran el uso de sustancias. Conocer los fundamentos estructurales y funcionales, los mecanismos de la adicción, del refuerzo, así como la psicopatología y la comorbilidad asociada, permiten ampliar el marco de referencia para la elaboración del diagnóstico y las propuestas de tratamiento. Los resultados de esta revisión van de mediados del siglo XX hasta la última década con los descubrimientos de los mecanismos de los neurotransmisores implicados como los dopaminérgicos, áreas implicadas y las condiciones de vulnerabilidad, entre otros. A partir de la integración psicobiológica, el factor biológico de la adicción conlleva la relación con otras variables como la psicopatología y el contexto social que permitirán comprender de forma adecuada los trastornos adictivos y la psicopatología asociada.

Sesión 26:

Déficits neuropsicológicos y conductuales de los trastornos cerebrovasculares.

Balmaseda, R., Barroso, J. León-Carrión, J. (2002).

Balmaseda, Barroso y León en 2002 publicaron la revisión bibliográfica que elaboraron de los déficits neuropsicológicos y conductuales a consecuencia de los trastornos cerebrovasculares como en el accidente cerebrovascular (AVC). Si bien la literatura científica refiere que cuando se produce un déficit en el aporte sanguíneo al cerebro algunas estructuras de éste pueden verse afectadas produciendo déficits neuropsicológicos que afecten a todas las esferas de la vida del paciente. Uno de los factores más importantes que determinan la naturaleza de estos déficits es el territorio arterial afectado. Por ello, hemos optado por hacer una clasificación de los déficits atendiendo a la afectación de las arterias más importantes que pueden verse implicadas cuando sucede una alteración en el aporte sanguíneo del cerebro.

Sesión 27:

Secuelas neuropsicológicas de los traumatismos craneoencefálicos.

Ariza, M., Pueyo, R. y Serra, J. (2004).

Ariza, y colaboradores en 2004 revisan las secuelas neuropsicológicas de los traumatismos craneoencefálicos (TCLI) que son importantes indicadores para la propuesta terapéutica. Describen las alteraciones neuropsicológicas en los TCLI que están relacionadas directamente con los mecanismos fisiopatológicos subyacentes y de manera indirecta con otras variables biológicas y socio-demográficas. Para su valoración, se requiere de estudios de neuroimagen los cuales aportan datos relevantes en estructura, función, zona y el tipo de TCLI como: moderados, graves, daño no específico o generalizado. Las funciones que se encuentran alteradas tras un TCLI, en la mayoría de los casos son la atención, la memoria, las funciones frontales, la emoción y la conducta.

Sesión 28:

Biopsicología.

Pinel, J. (2007).

Pinel presenta la sexta edición de su libro Biopsicología, obra que muestra la evidencia de la investigación científica moderna en el campo de la interacción de los procesos psicológicos y los biológicos. Los contenidos están presentados de manera concisa y breve sobre los mecanismos implicados en los mismos resaltando cuatro grandes aspectos: la perspectiva evolutiva, la neurociencia cognitiva, las implicaciones clínicas y la reflexión crítica. El índice de contenidos son los siguientes:

1. La Biopsicología en tanto que neurociencia.
2. Evolución, genética y experiencia.
3. Anatomía del sistema nervioso.
4. Conducción neural y transmisión sinóptica.
5. Métodos de investigación en Biopsicología.
6. El sistema visual.
7. Mecanismos de la percepción, la consciencia y la atención.
8. Sistema sensitivo- motor.
9. Desarrollo del sistema nervioso.

10. Daño cerebral y plasticidad neural.
11. Aprendizaje, memoria y amnesia.
12. Hambre, ingesta de alimentos y salud.
13. Hormonas y sexo.
14. Sueño, ensueños y ritmos circadianos.
15. Drogadicción y circuitos cerebrales de recompensa.
16. Lateralización, lenguaje y cerebro escindido.
17. Biopsicología de la emoción, el estrés y la salud.
18. Biopsicología de los trastornos psiquiátricos.

De la emoción, el estrés y la salud.

Pinel, J. (2007) (Capítulo 17 páginas 475-500).

Pinel (2007) aborda en este capítulo 17: la biopsicología de la emoción, del estrés y de la salud. Los puntos iniciales son las emociones, sus procesos y los descubrimientos científicos, así como el papel que desempeña el sistema nervioso autónomo o neurovegetativo en los procesos emocionales, las manifestaciones conductuales, motoras, faciales y los efectos de las lesiones corticales sobre la emoción. De la gama de emociones, Pinel trata en este capítulo la emoción del miedo y las conductas de defensa dada la importancia que desempeñan los efectos estresantes del miedo crónico en la génesis de la enfermedad. Visto el miedo como una reacción emocional ante una amenaza; será la fuerza que motiva las conductas defensivas y protectoras. Los señalamientos finales del capítulo son acerca del conocimiento de la biopsicología de la emoción que ha sido el resultado de la convergencia de los enfoques evolucionista y comparativo con la investigación clínica, con participación de la neurociencia cognitiva. De aquí la importancia de los estilos de crianza, de la exposición a situaciones adversas y los instrumentos de medición de laboratorio o de gabinete para la evaluación de las emociones y sus procesos subyacentes.

Sesión 29:

Drogadicción y circuitos cerebrales de recompensa.

Pinel, J. (2007) (pp. 413 - 441).

Pinel (2007) considera a la drogadicción como un grave problema grave en la mayoría de las partes del mundo cuya población se encuentra inmersa y el deterioro individual conlleva serias

consecuencias en la salud y en el estilo de vida. En el capítulo 15 aborda el tema de la drogadicción y circuitos cerebrales de recompensa, El desglose temático lo lleva a cabo en siete apartados: Principios básicos de la acción de las drogas; el papel del aprendizaje en la tolerancia a la droga y la abstinencia de la droga; las cinco drogas de consumo frecuente; las teorías biopsicológicas de la adicción; la autoestimulación cerebral y centros de recompensa cerebrales; mecanismos neurales de la motivación y la adicción; y un caso notorio de adicción cuya implicaciones clínicas devastadora. Por último, señala los riesgos asociados a la administración de drogas adictivas y a la manipulación directa de estructuras cerebrales, la mayoría de los estudios biopsicológicos de la drogadicción implican a sujetos no humanos en su mayor parte, ratas y monos. Y al estudiar los mecanismos neurales de la adicción, se necesita mantener una perspectiva evolutiva con métodos de la neurociencia cognitiva.

Sesión 30:

Biopsicología de los trastornos psiquiátricos.

Pinel, J. (2007) (pp. 501-522).

Pinel en el capítulo 18, trata la Biopsicología de los trastornos psiquiátricos, los cuales difieren de los trastornos neuropsicológicos (por perspectiva funcional y teórica, entre otras). Los primeros (psiquiátricos o psicológicos) son trastornos graves de la función psicológica que requiere atención clínica por parte de un psiquiatra o un psicólogo clínico. Los trastornos pueden o no tener una base orgánica que implica estructuras cerebrales. Las disfunciones o cerebros disfuncionales se abordan en este capítulo como la influencia de los factores de la experiencia (estrés o situaciones adversas) o como el resultado de formas más sutiles de patología cerebral menos conocida. Los subtemas que aborda son: el análisis de la investigación biopsicológica de cuatro trastornos psiquiátricos: la esquizofrenia, los trastornos afectivos (emocionales), los trastornos de ansiedad y el Síndrome de Gilíes de la Tourette. En cada uno de ellos hace referencia a los avances de los mecanismos neurales del trastorno, de los fármacos para su tratamiento, su mecanismo de acción y las propuestas teóricas sobre los mecanismos neurales del trastorno y su consecuente influencia en la fabricación de nuevos fármacos más efectivos para el problema disfuncional del individuo.

Sesión 31:

Trastornos por lesiones cerebrales tempranas.

Rosselli, M., Matute, E. y Ardila, A. (2010) (pp. 245-260).

Rosselli, Matute y Ardila en 2010, desarrollan en el capítulo 11 de la obra Neuropsicología del desarrollo infantil los trastornos por lesiones cerebrales tempranas (LCT). Dan una descripción de

las LCT, que afectan principalmente la estructura cerebral y su desarrollo cuyas secuelas dependen del momento del desarrollo, la zona afectada, el agente (infeccioso, traumatismo o metabólico, entre otros) o la genética. De manera clara y sistemática abordan las diversas características del desarrollo del cerebro, sus alteraciones como daño encefálico, su clasificación, origen, prevalencia, síndromes y trastornos específicos. Finalizan con la propuesta del valor predictivo de la evaluación neuropsicológica la cual, mientras más inespecífica sea la función considerada menos valor predictivo tiene. De aquí que el evaluador clínico tenga más y mejores herramientas para llevar a cabo una evaluación y atención oportuna para los menores.

Sesión 32.1:

Neuropsicología clínica.

Ardila, A. y Rosselli, M. (Edit) (2011/2019).

La Segunda edición de este texto en Neuropsicología aborda el estudio de la organización cerebral de los procesos cognoscitivos comportamentales y de sus alteraciones en caso de daño o disfunción cerebral se le llaman Neuropsicología. Esta rama del conocimiento ocupa un lugar intermedio entre la neurología y las neurociencias por una parte y la psicología y las ciencias comportamentales por la otra. Su objetivo es el estudio de la organización de la actividad psicológica a partir del sistema nervioso. El libro presenta en el capítulo inicial, una revisión histórica del área, intentando situar la disciplina en el marco general del desarrollo de la ciencia. Se encuentran las principales problemáticas como la asimetría cerebral, síndromes en caso de daño cerebral (afasias, alexias, agrafias, acalculias, apraxias, agnosias, amnesias y disfunción ejecutiva). Los problemas neuropsicológicos vinculados al desarrollo en sus diversas etapas; diagnóstico y rehabilitación en neuropsicología y se revisan las principales etiologías de daño cerebral.

Envejecimiento normal y patológico.

Ardila, A. y Rosselli, M. (Edit) (2019) (pp. 227-254).

En el capítulo 13 de la obra Neuropsicología Clínica, Ardila y Rosselli, describen el envejecimiento, normal y patológico. Consideran que el envejecimiento implica una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales, que a su vez tienen sus efectos en todos los órganos del individuo. Por el paso del tiempo, el cerebro empieza a mostrar modificaciones cognoscitivas que pueden involucrar procesos como la memoria, el lenguaje, la percepción y la atención. Estos cambios constituyen factores centrales de las etapas tardías de la vida. Revisan las estadísticas en la esperanza de vida de los individuos, mujeres y hombres, que muestran una mayor esperanza de vida “la ciencia y la tecnología modificaron las causas de muerte temprana, pero no la duración máxima de la vida” (pág. 227). Examinan algunos cambios generales asociados con el proceso de envejecimiento; abordan

los cambios cognoscitivos que subyacen en el envejecimiento normal y las características propias del envejecimiento patológico (demencia). Por último, discuten si estos cambios son conscientes durante las últimas décadas de la vida, y se indican los factores que podrían contribuir a este deterioro. Este proceso requiere de ajustes en los instrumentos de medición Neuropsicológica y la revisión de la literatura científica del tema que se encuentra en constante evolución.

Sesión 32.2:

Modelos teóricos y prácticos de rehabilitación cognitiva.

Bilbao, A. & Bize, A. (2003).

Bilbao y Bize en 2003 revisan los modelos teóricos y prácticos de rehabilitación cognitiva, trabajo que exponen en el II Congreso Internacional de Neuropsicología (por Internet). Dentro de este modelo, revisan los trabajos de Luria, el cognitivo-conductual, el estructuralismo, e interaccionismo social, a partir de la adecuación en su aplicación en distintos recursos para la rehabilitación cognoscitiva. Para la aplicación de los programas de rehabilitación cognoscitiva para personas con déficit cognitivos se requiere el conocimiento de los principios del funcionamiento cognoscitivo normal, de su naturaleza, así como de las interrelaciones de los déficits cognitivos a consecuencia del daño cerebral, de los mecanismos de restauración y del desarrollo de las distintas funciones cognitivas. Proponen llevar a cabo un marco teórico de trabajo que permita seleccionar estrategias de evaluación e intervención. Además de la posibilidad de diseñar nuevas tareas y metodología de trabajo que sean consistentes con los fundamentos teóricos del modelo propuesto. Con este marco teórico tiene también la función de un modelo a seguir para guiar y orientar la intervención a nivel general y a nivel específico. De esta manera, un modelo teórico tiene la posibilidad de traducirse a modelo práctico de rehabilitación que se adapte a las necesidades y recursos de los pacientes, del profesional de la salud y del medio de trabajo. Con ello, los modelos teóricos son fundamentales para la rehabilitación neuropsicológica

Sesión 32.3:

Daño cerebral.

Pinel, J. (2007) (pp. 257-288).

Pinel aborda en el capítulo 10: el daño cerebral y plasticidad neural en su libro Biopsicología de 2007. El propósito que plantea para el estudio del daño cerebral en seres humanos tiene dos objetivos: incrementar el conocimiento del cerebro humano sano y sentar las bases para la elaboración de nuevas intervenciones terapéuticas. El desglose temático se aborda en la primera parte sobre el daño cerebral. Continúa desarrollando el tema de la plasticidad neural, lo siguiente

lo dedica a la recuperación y a la reorganización del cerebro tras el daño. El último subtema revisa los tratamientos actuales que favorecen la neuroplasticidad. Acerca de las causas del daño cerebral describe seis principales: tumores, trastornos cerebro-vasculares, traumatismos cráneo-encefálicos cerrados, infecciones cerebrales, neurotoxinas y factores genéticos. Finaliza con un análisis de la muerte celular programada, la cual media muchas formas de daño cerebral.

REFERENCIAS DE CONTENIDO R.B.N.

1: *Bases neurobiológicas de la mente*. De la Fuente y Álvarez (2017). En: R. De la Fuente y F.J. Álvarez (Eds.), *Biología de la Mente*. (Capítulo 1, páginas 9-22). México: FCE.

2: *La localización de las funciones mentales en el cerebro*. De la Fuente, R. (2017). La localización de las funciones mentales en el cerebro. En: R. De la Fuente y F.J. Álvarez (Eds.), *Biología de la Mente*. (Capítulo 2, páginas 32-50). México: FCE.

3: *Fundamentos de Neurociencia*. Soriano, C., Guillazo, G., Redolar, D., Torras, M. y Vale, A. (2007). En: C. Soriano, G. Guillazo, D. Redolar, M. Torras y A. Vale, *Fundamentos de Neurociencia*. (pp. 15-39). Barcelona: Editorial UOC.

4: *La Neurociencia Cognitiva ¿Ciencia básica para la Psicología?* Maureira, F. (2010). En: F. Maureira, *La Neurociencia Cognitiva ¿Una Ciencia Base para la Psicología?* *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 6(4), 449-453.

5. *II Congreso Nacional de Psicología, COLPSIC- ASCOFAPSI*. 20 al 22 de agosto de 2009. <https://ascofapsi.org.co/>. <https://congresopsicologiacolombia.com/index.php/memorias>

5.1: *Ser psicólogo sin perder la cabeza: importancia de la neurociencia en la psicología básica y aplicada*. Carlos Valencia (2009). <https://ascofapsi.org.co/>. <https://congresopsicologiacolombia.com/index.php/memorias>

5.2: *La división entre Psicología y Neurociencias*. Enrique Ávila y César Acevedo (2009). En: <https://ascofapsi.org.co/>. <https://congresopsicologia colombia.com/index.php/memorias>

5.3: *Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños (ENFEN)*. Portellano-Pérez, J. A., Martínez-Arias, R. y Zumárraga, R. (2009). En: J. A. Portellano-Pérez. <https://ascofapsi.org.co/>. <https://congresopsicologiacolombia.com/index.php/memorias>;

5.4: *Presente y futuro de la neuropsicología*. José Antonio Portellano Pérez (2009). En: <https://ascofapsi.org.co/>. <https://congresopsicologiacolombia.com/index.php/memorias>.

5.4.1: *Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños (ENFEN)*. Portellano-Pérez, J. A., Martínez-Arias, R. y Zumárraga, R. (2009). En: J. A. Portellano-Pérez, R. Martínez-Arias y R. Zumárraga, ENFEN. Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños. Madrid: TEA Ediciones.

5.5: *Psicobiología del comportamiento: Núcleo parafascicular (PF) del tálamo/ lesión excitotóxica bilateral*. María Fernanda Quiroz (2009). En: <https://ascofapsi.org.co/>. <https://congresopsicologiacolombia.com/index.php/memorias>

5.6: *Investigaciones recientes sobre el trauma de cráneo en Colombia*. Juan Carlos Arango (2009). En: <https://ascofapsi.org.co/>. [https://congresopsicologiacolombia.com /index.php/memorias](https://congresopsicologiacolombia.com/index.php/memorias)

6: *Los Trastornos del aprendizaje: Perspectivas Neuropsicológicas*. Eslava-Cobos, J., Mejía, L., Quintanar, L. y Solovieva, J. (2008). En: J. Eslava-Cobos, L. Mejía, L. Quintanar y J. Solovieva, Los Trastornos del aprendizaje: Perspectivas Neuropsicológicas. (Primera parte, páginas 46-159). Bogotá: Editorial Magisterio.

7: *Plasticidad y evolución: papel de la interacción cerebro-entorno*. Turbino, M. (2004). En: M. Turbino, Plasticidad y evolución: papel de la interacción cerebro-entorno. Divergencias. Revista de estudios lingüísticos y literarios. 2(1), 43-59.

8: *Hormonas y sexo: ¿Qué hay de malo en la idea de que...?* Pinel, J. (2007). En: J. Pinel, Biopsicología. (Capítulo 13, páginas 351-380). Madrid: Pearson

9.1: *Neurobiología de las emociones morales*. Mercadillo, R., Díaz, J. y Barrios, F. (2007). En: R. Mercadillo, J. Díaz y F. Barrios, Neurobiología de las emociones morales. Salud Mental, 30 (3), 1 - 11.

9.2: *Aportes de la Psicología y las Neurociencias al concepto del “Insight”: la necesidad de un marco integrativo de estudio y desarrollo*. Palma, B., y Cosmelli, D. (2008). En: B. Palma y D. Cosmelli, Aportes de la Psicología y las Neurociencias al concepto del “Insight”: la necesidad de un marco integrativo de estudio y desarrollo. Revista Chilena de Neuropsicología, 2, 14-27.

9.3: *Aportes de las neurociencias para el desarrollo de estrategias de enseñanza y aprendizaje de las Matemáticas*. Mogollón, E. (2010). En: E. Mogollón, Aportes de las neurociencias para el desarrollo de estrategias de enseñanza y aprendizaje de las Matemáticas. Revista Electrónica Educare, 2, 113-124.

10.1: *Usos y abusos de lo “neuro”*. García-Albea, J. E. (2011a). En: J. E. García-Albea, Usos y abusos de lo “neuro”. Revista de neurología, 52(10), 577-580.

10.2: *Larga vida a la Neuropsicología*. García-Albea, J. E. (2011b). En: J. E. García-Albea, Larga vida a la Neuropsicología. Revista de neurología, 53(6), 384.

11. *Cerebro y conducta*. Kandel, E. R, Jessel, T. M. & Schwartz, J. H. (1999). En: E. R. Kandel, T. M. Jessel y J. H. Schwartz, Neurociencia y conducta. (Capítulo 1, páginas 5-20). España, Prentice Hall

12.1: *La escuela neuropsicológica soviética*. Quintanar-Rojas, L. (2002). En: L. Quintanar-Rojas, La escuela neuropsicológica soviética. Revista Española de Neuropsicología, 4(1), 15-41.

12.2: *Aproximación histórico-cultural: fundamentos teórico-metodológicos*. Quintanar, L., y Solovieva (2008). En: J. Eslava-Cobos, L. Mejía, L. Quintanar y Y. Solovieva, Los trastornos de aprendizaje: perspectivas neuropsicológicas. Textos de neuropsicología Latinoamericana. (pp. 145-182). Bogotá: Neurociencias Magisterio.

13. *Las redes corticales: el nuevo paradigma en la neuropsicología*. Villa-Rodriguez, M. A. En: A. Escotto-Córdova, E.A. Pérez- Mendoza y N.A. Sánchez-Cortés, Lingüística, neuropsicología y neurociencias ante los trastornos del desarrollo infantil. (pp. 71- 86). México: UNAM, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

14.1. *Aspectos psicológicos y neurales en el aprendizaje del reconocimiento de emociones*. González, M. (2006). En: M. González, Aspectos Psicológicos y Neurales en el Aprendizaje del Reconocimiento de Emociones. Revista Chilena de Neuropsicología, 1(1), 21-28.

14.2: *Qué puede localizarse en el cerebro*. Ardila, A. (2008). En: A. Ardila, Qué puede localizarse en el cerebro. Ciencia Cognitiva, 2(2), 53-55.

15: *Kandel y sus Aportes Teóricos a la Psicología y a la Psiquiatría*. Freidin, E. y Mustaca, A. (2001) En: E. Freidin y A. Mustaca, Kandel y sus Aportes Teóricos a la Psicología y a la Psiquiatría. Medicina, 61(6), 898-902.

16: *Neuropsicología clínica en perspectiva*. Verdejo-García, A. y Tirapu-Ustárrroz, J. (2012). En: A. Verdejo-García y J. Tirapu-Ustárrroz, Neuropsicología clínica en perspectiva: retos futuros basados en desarrollos presentes. Revista de neurología, 54(3), 180-186.

17.1: *Evaluación neuropsicológica*. Ardila, A. y Rosselli, M. (2011). En: A. Ardila y M. Rosselli (Edit), *Evaluación neuropsicológica*. (Capítulo 14, páginas 255-282). México; Manual Moderno.

17.2: *La evaluación neuropsicológica*. Pérez, M. (2012). En: M. Pérez, *La evaluación neuropsicológica*. (pp. 3-25). Granada, España: FOCAD.

18.1: *Biología de la regulación emocional*. Silva, J. (2003). En: J. Silva, *Biología de la regulación emocional: su impacto en la Psicología del afecto y la psicoterapia*. *Terapia psicológica*, 21(2), 163-172.

18.2: *Contribuciones de la neurociencia al diagnóstico y tratamiento educativo de la dislexia del desarrollo*. López-Escribano, C. (2007). En: C. López-Escribano, *Contribuciones de la neurociencia al diagnóstico y tratamiento educativo de la dislexia del desarrollo*. *Revista de neurología*, 44(3), 173-180.

19.1: *Neuropsicología - Neurociencia y Ciencias*. Tirapu-Ustárrroz, J. (2011). En: J. Tirapu-Ustárrroz, *Neuropsicología - Neurociencia y Ciencias "PSI"*. *Cuadernos de Neuropsicología*, 5(1), 11-24.

19.2: *Neurociencias: Reconsiderando los dominios de la Psicología*. Ibañez, A., Ceric, F., López, V. y Aldunante, N. (2008). En: A. Kaulino, A. Stecher y E. Moyano (Ed.), *Cartografía de la psicología contemporánea: Pluralismo y modernidad*. (pp. 271-293). Serie Universitaria LOM Ediciones

19.3: *Precisiones conceptuales en torno a Psicobiología y neurociencia*. Escarabajal, M.D. y Torres, C. (2004). En: M.D. Escarabajal y C. Torres, *Precisiones conceptuales en torno a psicobiología y neurociencia: afinidades y divergencias*. *Seminario Médico*, 56(2), 67-72.

19.4: *La Utilidad Social de las Neurociencias*. Benito, E. (2010). En: E. Benito, *La Utilidad Social de las Neurociencias*. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 2(1), 1-2.

19.5: *La "amenaza" de la psicología científica*. Tubau, E. (1989). En: E. Tubau, *La "amenaza" de la psicología científica*. *Cognitiva*, 2(3), 271-273.

20.1: *Patologías neurológicas; Etiologías*. Ardila, A. y Rosselli, M. (2007). En: A. Ardila y M. Rosselli (Eds.), *Neuropsicología clínica*. (Capítulo 2, páginas 11- 23). México: Manual Moderno.

20.2: *Características cognoscitivas asociadas con disfunciones globales: retardo mental*. Ardila, A. y Rosselli, M. (2007) En: A. Ardila y M. Rosselli (Edit.), *Neuropsicología clínica*. (pp. 213-216). México: Manual Moderno.

20.3: *Etología del Daño Cerebral*. Portellano, J. (2005). En: J. Portellano, Introducción a la Neuropsicología. (Capítulo 2, 31-70). España: McGraw Hill.

21: *Neurociencias en esquemas: Epilepsia*. Barker, R., Barasi, S. y Neal, N. (2002). En: R. Barker, S. Barasi, y N. Neal, Neurociencias en esquemas. (pp. 106-111). Barcelona: Ars Médica.

22: *Neurociencias en esquemas: trastornos neuroquímicos, afectivos y esquizofrenia*. Barker, R., Barasi, S. y Neal, N. (2002). En: R. Barker, S. Barasi, y N. Neal, Neurociencias en esquemas (pp. 116-120). Barcelona: Ars Médica.

23: *Gilíes de la Tourette*. Duvignau, E. (2012). En: E. Duvignau, Gilíes de la Tourette. Accesos. 4(20), 6-9.

24: *Síndromes hemisféricos*. Portellano, J. (2005). En: J. Portellano, Introducción a la neuropsicología. (Capítulo 5, páginas 191-200) España; McGraw Hill.

25: *Los trastornos relacionados con el uso de sustancias*. Cervera, G., Haro, G. y Martínez-Raga, J. (2001). En: G. Cervera, G. Haro y J. Martínez-Raga, Los trastornos relacionados con el uso de sustancias desde la perspectiva de la psicopatología y las neurociencias. Trastornos Adictivos, 3(03), 164-171.

26: *Déficits neuropsicológicos y conductuales de los trastornos cerebrovasculares*. Balmaseda, R., Barroso, J. y León-Carrión, J. (2002). En: R. Balmaseda, J. Barroso y J. León-Carrión, Déficits neuropsicológicos y conductuales de los trastornos cerebrovasculares. Revista Española de Neuropsicología 4(4), 312-330.

27: *Secuelas neuropsicológicas de los traumatismos craneoencefálicos*. Ariza, M., Pueyo, R. y Serra, J. (2004). En: M. Ariza, R. Pueyo y J. Serra, Secuelas neuropsicológicas de los traumatismos craneoencefálicos. Anales de psicología, 20(2), 303-316.

28: *Biopsicología. De la emoción, el estrés y la salud*. Pinel, J. (2007). En: J. Pinel, Biopsicología. (Capítulo 17:, páginas 475-500) Madrid: Pearson.

29: *Drogadicción y circuitos cerebrales de recompensa*. Pinel, J. (2007). En: J. Pinel, Biopsicología. (Capítulo 15, páginas 413 - 441). Madrid: Pearson.

30: *Biopsicología de los trastornos psiquiátricos*. Pinel, J. (2007). En: J. Pinel, Biopsicología. (Capítulo 18, páginas 501-522). Madrid: Pearson.

31: *Trastornos por lesiones cerebrales tempranas*. Rosselli, M., Matute, E. y Ardila, A. (2010). En: M. Rosselli, E. Matute y A. Ardila, Neuropsicología del desarrollo infantil. (Capítulo 11, páginas 245-260) México; Manual Moderno.

32.1: *Envejecimiento normal y patológico*. Ardila, A. y Rosselli, M. (2019). En: A. Ardila y M. Rosselli (Edit.), Neuropsicología clínica. (Capítulo 13, páginas 227-254) México: Manual Moderno.

32.2: *Modelos teóricos y prácticos de rehabilitación cognitiva*. Bilbao, A. y Bize, A. (2003). En: A. Bilbao y A. Bize, Conferencia en el II Congreso Internacional de Neuropsicología en Internet.

32.3: *Daño cerebral*. Pinel, J. (2007). En: J. Pinel, Biopsicología. (Capítulo 10, páginas 257-288) Madrid: Pearson.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS R.B.N..

Ardila, A. (2008). Qué puede localizarse en el cerebro. *Ciencia Cognitiva*, 2(2), 53-55. <http://www.cienciacognitiva.org/files/2008-22.pdf>.

Ardila, A. y Rosselli, M. (2007). *Neuropsicología clínica*. Manual Moderno.

Ardila, A. y Rosselli, M. Edit) (2019). *Neuropsicología clínica*. Manual Moderno

Ariza, M., Pueyo, R. y Serra, J. (2004). *Secuelas neuropsicológicas de los traumatismos craneoencefálicos*. *Anales de Psicología*, 20(2), 303-316. [http://www.ub.edu/neuropsychology/Articles_jmsg/Neuropsychologic_sequelae_of_traumatic_bran_injury_\(Spanish\).pdf](http://www.ub.edu/neuropsychology/Articles_jmsg/Neuropsychologic_sequelae_of_traumatic_bran_injury_(Spanish).pdf).

Balmaseda, R., Barroso, J. León-Carrión, J. (2002). Déficits neuropsicológicos y conductuales de los trastornos cerebrovasculares. *Revista Española de Neuropsicología* 4(4), 312-330. <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/51075/D%c3%a9ficits%20neuropsicol%c3%b3gicos%20y%20conductuales.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Barker, R., Barasi, S. y Neal, N. (2002). *Neurociencias en esquemas*. Ars Médica.

Benito, E. (2010). La Utilidad Social de las Neurociencias. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 2(1), 1-2. <http://www.psiencia.org/ojs/index.php/psiencia/article/view/36/60>

Bilbao, A. y Bize, A. (2003). *Modelos teóricos y prácticos de rehabilitación cognitiva*. Conferencia en el II Congreso Internacional de Neuropsicología en Internet. https://www.academia.edu/37865383/II_CONGRESO_INTERNACIONAL_DE_NEUROPSICOLOG%C3%8DA_EN_INTERNET

Cérvera, G., Haro, G. y Martínez-Raga, J. (2001). Los trastornos relacionados con el uso de sustancias desde la perspectiva de la psicopatología y las neurociencias. *Trastornos Adictivos*, 3(3), 164-171. [https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(01\)70029-3](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(01)70029-3).

De la Fuente, R. y Álvarez, F. J. (Eds.). (2017). *Biología de la Mente*. Fondo de Cultura Económica.

Duvignau, E. (2012). Gilies de la Tourette. *Accesos*, 4(20), 6-9.

Escarabajal, M. D. y Torres, C. (2004). Precisiones conceptuales en torno a psicobiología y neurociencia: afinidades y divergencias. *Seminario Médico*, 56(2), 67-72. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1232854>

Escotto-Córdova, A., Pérez-Mendoza, E. A. y Sánchez-Cortés, N. A. (2007). *Lingüística, neuropsicología y neurociencias ante los trastornos del desarrollo infantil*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

Eslava-Cobos, J., Mejía, L., Quintanar L. y Solovieva Y. (2008). Los trastornos de aprendizaje: perspectivas neuropsicologicas. *Textos de neuropsicología Latinoamericana*. Editorial Magisterio.

Freidin, E. y Mustaca, A. (2001). Kandel y sus Aportes Teóricos a la Psicología y a la Psiquiatría. *Medicina*, 61(6), 898-902. <http://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol61-01/6/kandel.htm>.

García-Albea, J. E. (2011a). Usos y abusos de lo “neuro”. *Revista de neurología*, 52(10), 1. <https://www.neurologia.com/articulo/2010313>.

García-Albea, J. E. (2011b). Larga vida a la Neuropsicología. *Revista de neurología*, 53(6), 384. <https://www.neurologia.com/articulo/2011363>.

González, M. (2006). Aspectos Psicológicos y Neurales en el Aprendizaje del Reconocimiento de Emociones. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 1(1), 21-28. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2683027>.

II Congreso Nacional de Psicología, COLPSIC- ASCOFAPSI. 20 al 22 de agosto de 2009. Sedes: Bogotá, Cartagena y Medellín, Colombia. <https://ascofapsi.org.co/> <https://congresopsicologiacolombia.com/index.php/memorias>.

Kandel, E. R, Jessel, T. M. y Schwartz, J. H. (1999). *Neurociencia y conducta*. Prentice Hall.

Kaulino, A., Stecher, A. y Moyano, E. (Ed.) (2008). *Cartografía de la psicología contemporánea: Pluralismo y modernidad*. Serie Universitaria LOM Ediciones.

López-Escribano, C. (2007). Contribuciones de la neurociencia al diagnóstico y tratamiento educativo de la dislexia del desarrollo. *Revista de neurología*, 44(3), 173-180. https://sid.usal.es/docs/F8/ART13092/contribuciones_de_la_neurociencia.pdf.

Maureira, F. (2010). La Neurociencia Cognitiva ¿Una Ciencia Base para la Psicología? *Gaceta de Psiquiatría Universitaria.*, 6(4), 449-453. https://www.researchgate.net/publication/271328160_La_neurociencia_cognitiva_una_ciencia_base_para_la_psicologia.

Mercadillo, R., Díaz, J. y Barrios, F. (2007). Neurobiología de las emociones morales. *Salud Mental*, 30 (3), 1 - 11. <https://psycnet.apa.org/record/2007-11929-001>

Mogollón, E. (2010). Aportes de las neurociencias para el desarrollo de estrategias de enseñanza y aprendizaje de las Matemáticas. *Revista Electrónica Educare*, 2, 113-124. <https://www.redalyc.org/pdf/1941/194115606009.pdf>.

Palma, B., y Cosmelli, D. (2008). Aportes de la Psicología y las Neurociencias al concepto del “Insight”: la necesidad de un marco integrativo de estudio y desarrollo. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 3, 14-27. https://www.med.ufro.cl/neurociencia/images/palma_b_rcnp_v3_14-27.pdf.

Pérez, M. (2012). *La evaluación neuropsicológica*. FOCAD.3-25.

Pinel, J. (2007). *Biopsicología*. Pearson.

Portellano, J. (2005). *Introducción a la Neuropsicología*. McGraw Hill.

Portellano-Pérez, J. A., Martínez-Arias, R. y Zumárraga, R. (2009). ENFEN. *Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños*. TEA Ediciones.

Quintanar-Rojas, L. (2002). La escuela neuropsicológica soviética. *Revista Española de Neuropsicología*, 4(1), 15-41. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2011198>.

Rosselli, M., Matute, E. y Ardila, A. (2010). *Neuropsicología del desarrollo infantil*. Manual Moderno.

Silva, J. (2003). Biología de la regulación emocional: su impacto en la Psicología del afecto y la psicoterapia. *Terapia psicológica*, 21(2), 163-172. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2052360>.

Soriano, C., Guillazo, G., Redolar, D., Torras, M. y Vale, A. (2007). *Fundamentos de Neurociencia*. Editorial UOC.

Tirapu-Ustárrroz, J. (2011). Neuropsicología - Neurociencia y Ciencias "PSI". *Cuadernos de Neuropsicología*, 5(1), 11-24. <https://www.redalyc.org/pdf/4396/439642487002.pdf>.

Tubau, E. (1989). La "amenaza" de la psicología científica. *Cognitiva*, 2(3), 271-273. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2669969>.

Turbino, M. (2004). Plasticidad y evolución: papel de la interacción cerebro-entorno. *Divergencias. Revista de estudios lingüísticos y literarios*. 2(1), 43-59. <https://divergencias.arizona.edu/sites/divergencias.arizona.edu/files/articles/Plasticidad.pdf>

Verdejo-García, A. y Tirapu-Ustárrroz, J. (2012). Neuropsicología clínica en perspectiva: retos futuros basados en desarrollos presentes. *Revista de neurología*, 54(3), 180-186. <https://www.neurologia.com/articulo/2011499>.

ETAPA DE FORMACIÓN PROFESIONAL:
ÁREA DE FORMACIÓN:
PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD:

MÓDULO II: APROXIMACIONES EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y SALUD;

SEMESTRE: 4°, 6° Y 8°

PAUTA 4:

UNIDAD DE APRENDIZAJE: EL DESARROLLO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD.

MODALIDAD: SEMINARIO.

PRESENTACIÓN

El Plan de Estudios de la Carrera de Psicología de 2010 tuvo como propuesta para la integración de la teoría y la práctica el sistema de enseñanza modular en combinación con una concepción particular de la noción de competencias. Esta integración da como resultado una propuesta híbrida que considera la integración teoría y práctica en relación a dimensiones como la como los aspectos teóricos, técnicos y de carácter ético. De este modo en el marco de las diferentes modalidades que conforman los componentes de cada módulo, la modalidad de seminario se propuso como en los semestres pares 4º, 6º y 8º, dentro del módulo “El desarrollo de la Psicología Clínica y de la Salud”, en los que se tiene como objetivo desarrollar en el alumno la habilidad para integrar y sintetizar información, habilidad para expresar verbalmente la información abstraída e integrada de diversas fuentes y la habilidad para desarrollar ilustraciones que ejemplifiquen los aspectos relevantes de la información adquirida e integrada. Esta actividad se concibe como aquella actividad donde el profesor discutirá junto con los estudiantes los aspectos relevantes de un concepto dado a través de la exposición de ideas de los alumnos bajo la moderación del profesor con la finalidad de integrar la teoría revisada.

Para conseguir este objetivo y en consideración al espíritu de flexibilidad curricular con el que se diseñó el plan de estudios, el programa que está dividido en cuatro contenidos: Psicoanálisis, Aprendizaje Social, Sistémico y Neuropsicología Clínica. Tiene cada uno propuestas de lecturas diferentes para que a elección del docente se utilice cierta secuencia de lecturas. El docente de este modo tiene que seguir los objetivos de este módulo en relación al proceso salud enfermedad, que el plan de estudios dice:

Objetivo General:

Implementará estrategias de la Psicología clínica y de la salud basadas en sus diferentes aproximaciones teóricas, para la evaluación, intervención y detección de los factores psicológicos involucrados en la salud y el bienestar de los individuos.

Objetivo Específicos:

El alumno:

- *Aplicará los conceptos básicos de las diferentes aproximaciones teóricas de la Psicología que explican la salud y el bienestar en el ámbito psicológico.*

Para conseguir estos objetivos de manera original se elaboraron compilaciones de lecturas en un trabajo colegiado. Para cada contenido que consideraba los objetivos del programa se propusieron de una a tres lecturas diferentes y su elección depende del docente y la dinámica que haya establecido. Como criterios para su selección sólo se indica que se realizó una revisión equitativa, es decir que al ser 4 temas a revisar dividir el número de lecturas de 16 semanas, tres sesiones por semana. El total posible de asignar una lectura por sesión es de 48. En concreto se sugería sólo esto:

En algunos contenidos hay más de dos lecturas sugeridas para una sesión, se sugiere que en la sesión señalada únicamente se revise una lectura de las que aparecen como opciones, esta decisión es del docente, que dé así considerarlo, puede revisar más de una sola lectura o dar la extensión pertinente al contenido que señale.

El docente al abordar la propuesta de contenidos entonces está frente a un panorama difuso donde tiene lo siguiente: del tema 1. Psicoanálisis se han propuesto 12 lecturas, para el 2. Aprendizaje Social son 21 lecturas, para el tema 3. Sistémico 30 lecturas, el tema 4. Neurociología clínica 26 lecturas. Esta diversidad en la cantidad de lecturas para cada tema hace difícil el establecer una propuesta que sugiera equidad en la revisión de lecturas. El Docente necesita de más elementos que le permitan una mejor decisión al momento de construir su programa de lecturas para cada tema.

La presente propuesta tiene el objetivo de facilitar una decisión informada del docente al momento de hacer la selección de lecturas. La elaboración de un resumen de cada texto seleccionado genera una bibliografía comentada, que enfatiza el objetivo y temas específicos que toca cada una de las lecturas. Su revisión de este modo permite que el docente pueda elegir con precisión como abordará cada tema en consideración con los objetivos del programa.

CRONOGRAMA DE CONTENIDOS

Los contenidos del Programa de la **Unidad de Aprendizaje: El desarrollo de la Psicología Clínica y de la Salud. Modalidad: Seminario**, correspondiente al **Módulo II: Aproximaciones en Psicología Clínica y Salud**, se organizaron de acuerdo con las sesiones y lecturas. El desglose se encuentra en la Tabla A, integrado el compendio con el número de sesiones, contenidos por sesión y referencias (básicas y clásicas). Este desglose permitirá al lector dar el seguimiento a la propuesta del programa, la revisión individual y/o grupal, así como plantear el análisis crítico de la Psicología Clínica y de la Salud. La Pauta o Guía de Lectura correspondiente a las Referencias Básicas del desarrollo de la Psicología Clínica y de la Salud (R.B.D.P.C.S.) tiene la siguiente distribución por contenidos: 2.1.1. Psicoanálisis: 12 sesiones con 5 referencias; 2.1.2. Aprendizaje social: 12 sesiones con 7 referencias; 2.1.3. Sistémico: 12 sesiones con 17 referencias; y 2.1.4. Neurociología clínica: 12 sesiones con 24 referencias. El total de sesiones son 48 con 53 referencias básicas y/o clásicas.

TABLA A: Relación de Contenidos, número de sesiones y referencias básicas y/o clásicas de R.B.D.P.C.S. (Nomenclatura: Sesión = S).

Contenidos	S	Referencia básica y/o clásica
2.1. Psicoanálisis	1	Fontana, C. (2001). <i>Todo lo que usted nunca quiso saber sobre el psicoanálisis</i> . España: Editorial Síntesis. (pp. 25-46).
	2	Braunstein, N. (1986). <i>Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis: hacia Lacan</i> . México: Siglo XXI Editores. (pp. 69 -79).
	3	Nasio, J. (2016). <i>El Placer de leer a Freud</i> . Argentina: Gedisa. (pp. 19-53).
	4	Nasio, J. (2016). <i>El Placer de leer a Freud</i> . Argentina: Gedisa. (pp. 55-72).
	5	Nasio, J. (2016). <i>El Placer de leer a Freud</i> . Argentina: Gedisa. (pp. 73-89).
	6	Nasio, J. (2016). <i>El Placer de leer a Freud</i> . Argentina: Gedisa. (pp. 91-108).
	7	Freud, S. (2000). <i>El yo y el ello y otras obras (1923-1925 Obras Completas. Vol XIX</i> . Argentina: Amorrortou. (pp. 267-276)
	8	Freud, S. (1979). <i>Obras Completas. Vol XIV</i> . Argentina: Amorrortou. (pp. 113-122).

Contenidos	S	Referencia básica y/o clásica
2.1. Psicoanálisis	9	Freud. S. (1979). <i>Obras Completas</i> . Vol XIV. Argentina: Amorrortou. (pp. 122-134).
	10	Freud. S. (1979). <i>Obras Completas</i> . Vol XIV. Argentina: Amorrortou. (pp. 141-152).
	11	Freud. S. (1979). <i>Obras Completas</i> . Vol XIV. Argentina: Amorrortou. (pp. 161-182).
	12	Freud. S. (1979). <i>Obras Completas</i> . Vol XIV. Argentina: Amorrortou. (pp. 183-201).
2.2. Aprendizaje social	13.1	Caro, I. (2009). <i>Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas</i> . España: Descleé de Brouwer. (pp. 21-55).
	13.2	Semerani, A. (2002). <i>Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva</i> . Barcelona: Paidós. (pp. 19-36).
	14	Caro, I. (2007). <i>Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas</i> . España: Descleé de Brouwer. (pp. 57-91).
	15	Buela-Casal, G., Caballo, V. & Sierra, J. (1997). <i>Manual de evaluación en Psicología clínica y de la salud</i> . España: Siglo XXI Editores. (pp. 3-11).
	16.1	Caro, I. (2007). <i>Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas</i> . España: Descleé de Brouwer. (pp. 93 - 133).
	16.2	Semerani, A. (2002). <i>Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva</i> . Barcelona: Paidós. (pp. 159-172).
	16.3	Beck, J. (2000). <i>Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización</i> . España: Gedisa. (pp. 103-316)
	17.1	Caro, I. (2007). <i>Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas</i> . España: Descleé de Brouwer. (pp. 137-179).
	17.2	Semerani, A. (2002). <i>Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva</i> . Barcelona: Paidós. (pp. 173-192).
	18.1	Caro, I. (2007). <i>Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas</i> . España: Descleé de Brouwer. (pp. 181-218).
	18.2	Semerani, A. (2002). <i>Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva</i> . Barcelona: Paidós. (pp. 193-208).

Contenidos	S	Referencia básica y/o clásica
2.2. Aprendizaje social	19.1	Semerani, A. (2002). <i>Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva</i> . Barcelona: Paidós. 211-215.
	19.2	Buela-Casal, G., Caballo, V. & Sierra, J. (1997). <i>Manual de evaluación en Psicología clínica y de la salud</i> . España: Siglo XXI Editores. (pp. 43-59).
	20	Semerani, A. (2002). <i>Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva</i> . Barcelona: Paidós. (pp. 235-248).
	21.1	Semerani, A. (2002). <i>Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva</i> . Barcelona: Paidós. (pp. 249-264).
	21.2	Evaluación del proceso y de los resultados del tratamiento Goncalves, O.F., Machado, P.P., Sif.Rra, C.J., y Bulla-Casal, V.G. (1997) (pp. 61-84).Buela-Casal, G., Caballo, V. & Sierra, J. (1997). <i>Manual de evaluación en Psicología clínica y de la salud</i> . España: Siglo XXI Editores. (pp. 61-84).
	22	Dumont, F. & Corsini, R. (2000). <i>Seis terapeutas y un paciente</i> . México: Manual Moderno. (pp. 77-131).
	23.1	Caro, I. (2007). <i>Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas</i> . España: Descleé de Brouwer. (pp. 355-399)
	23.2	Dumont, F. & Corsini, R. (2000). <i>Seis terapeutas y un paciente</i> . México: Manual Moderno. (pp. 135-162).
	24.1	Caballo, V. (Ed.). (1998). <i>Manual de tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos</i> . México: Siglo XXI.
	24.2	Dumont, F. & Corsini, R. (2000). <i>Seis terapeutas y un paciente</i> . México: Manual Moderno. (pp. 257-307).
2.3. Sistémico	25	Wittezaele, J. J. & García, T. (1994). <i>La escuela de Palo Alto</i> . Barcelona: Herder. (pp. 35-55).
	26.1	Wittezaele, J. J. & García, T. (1994). <i>La escuela de Palo Alto</i> . Barcelona: Herder. (pp. 56-94).
	26.2	Covini, A., Fiocchi, E., Pasquino, R. & Selvini, M. (1987). <i>Hacia una nueva psiquiatría. Proceso de transformación sistémica de un centro</i> . Barcelona: Herder. (pp. 23-46).

Contenidos	S	Referencia básica y/o clásica
2.3. Sistémico	26.3	Bertrando, P., & Toffanetti, D. (2004). <i>Historia de la terapia familiar: los personajes y las ideas</i> . Barcelona: Paidós. (pp. 117-167).
	27.1	Covini, A., Fiocchi, E., Pasquino, R. & Selvini, M. (1987). <i>Hacia una nueva psiquiatría. Proceso de transformación sistémica de un centro</i> . Barcelona: Herder. (pp. 59-71).
	27.2	Wittezaele, J. J. & García, T. (1994). <i>La escuela de Palo Alto</i> . Barcelona. Herder. (pp. 95-121).
	27.3	Keeney, B. (1994). <i>Estética del cambio</i> . Barcelona: Paidós. (pp. 77-127).
	27.4	Bertrando, P., & Toffanetti, D. (2004). <i>Historia de la terapia familiar: los personajes y las ideas</i> . Barcelona: Paidós. (pp. 169-227).
	27.5	Ray, W. A., Schlanger, K. & Sutton, J. P. (2009). "One Thing Leads To Another," Redux Contributions To Brief Therapy From John Weakland, Richard Fisch, Paul Watzlawick. <i>Journal of Brief, Strategic & Systemic Therapies</i> , 3(1), 15-37.
	28.1	Covini, A., Fiocchi, E., Pasquino, R. & Selvini, M. (1987). <i>Hacia una nueva psiquiatría. Proceso de transformación sistémica de un centro</i> . Barcelona: Herder. (pp. 73-91).
	28.2	Watzlawick, P., Weakland J. & Fisch R. (1992). <i>Cambio</i> . Barcelona: Heder. (pp. 21-48).
	29.1	Covini, A., Fiocchi, E., Pasquino, R. & Selvini, M. (1987). <i>Hacia una nueva psiquiatría. Proceso de transformación sistémica de un centro</i> . Barcelona: Herder. (pp. 133-147).
	29.2	Watzlawick, P., Weakland J. & Fisch R. (1992). <i>Cambio</i> . Barcelona: Heder. (pp. 51-70).
	30	Watzlawick, P., Weakland J. & Fisch R. (1992). <i>Cambio</i> . Barcelona: Heder. (pp. 71-100).
	31.1	Watzlawick, P., Weakland J. & Fisch R. (1992). <i>Cambio</i> . Barcelona: Heder. 101-134.

Contenidos	S	Referencia básica y/o clásica
2.3. Sistémico	31.2	Ray, W. & Nardone, G. (Eds.) (2009). <i>Paul Watzlawick: Insight May Cause Blindness And Other Essays</i> . Phoenix, AZ: Zeig, Tucker & Theisen. (pp. 141-143).
	31.3	Nardone G. & Watzlawick P. (1999). <i>Terapia breve: filosofía y arte</i> . España: Paidós. (pp. 97-105).
	32.1	Watzlawick, P., Weakland J. & Fisch R. (1992). <i>Cambio</i> . Barcelona: Heder. (pp. 143-184).
	32.2	Ray, W. & Nardone, G. (Eds.) (2009). <i>Paul Watzlawick: Insight May Cause Blindness And Other Essays</i> . Phoenix, AZ: Zeig, Tucker & Theisen. (pp. 103-121).
	32.3	Ray, W. & Nardone, G. (Eds.) (2009). <i>Paul Watzlawick: Insight May Cause Blindness And Other Essays</i> . Phoenix, AZ: Zeig, Tucker & Theisen. (pp. 97-102).
	32.4	Ray, W. & Nardone, G. (Eds.) (2009). <i>Paul Watzlawick: Insight May Cause Blindness And Other Essays</i> . Phoenix, AZ: Zeig, Tucker & Theisen. 145-151.
	32.5	Ray, W. & Nardone, G. (Eds.) (2009). <i>Paul Watzlawick: Insight May Cause Blindness And Other Essays</i> . Phoenix, AZ: Zeig, Tucker & Theisen. (pp. 153-169).
	33.1	Roizblatt, S. (Ed.) (2006). <i>Terapia familiar y de pareja</i> . Santiago de Chile: Mediterraneo. (pp. 191-208).
	33.2	Covini, A., Fiocchi, E., Pasquino, R. & Selvini, M. (1987). <i>Hacia una nueva psiquiatría. Proceso de transformación sistémica de un centro</i> . Barcelona: Herder. (pp. 165-186).
	33.3	Fisch, R., Ray, W. & Schlanger, K. (Eds.) (2009). <i>Focused Problem Resolution: Selected Papers of the MRI Brief Therapy Center</i> . Phoenix, AZ: Zeig, Tucker & Theisen. (pp. 203-216).
	33.4	Fisch, R., Ray, W. & Schlanger, K. (Eds.) (2009). <i>Focused Problem Resolution: Selected Papers of the MRI Brief Therapy Center</i> . Phoenix, AZ: Zeig, Tucker & Theisen. (pp. 153-163).
	33.5	Fisch, R., Ray, W. & Schlanger, K. (Eds.) (2009). <i>Focused Problem Resolution: Selected Papers of the MRI Brief Therapy Center</i> . Phoenix, AZ: Zeig, Tucker & Theisen. (pp. 195-202).

Contenidos	S	Referencia básica y/o clásica
2.3. Sistémico	34.1	Nardone, G. & Portelli, C. (2006). <i>Conocer a través del cambio</i> . España Heder. (pp. 75-175).
	34.2	Nardone G. & Watzlawick, P. (1999). <i>Terapia breve: filosofía y arte</i> . España: Paidós 107-120.
	34.3	Covini, A., Fiocchi, E., Pasquino, R. & Selvini, M. (1987). <i>Hacia una nueva psiquiatría. Proceso de transformación sistémica de un centro</i> . Barcelona: Herder. (pp. 73-91).
	34.4	Bartoletti, A., & Nardone, G. (2007). Toward an Operative Knowledge of Psychological Problems: The Strategic Diagnosis. <i>Journal of Brief, Strategic & Systemic Therapies</i> , 1(1), 123-135.
	34.5	Ray, W. A., & Borer, M. (2007). Similarities and Differences between Individual and Interactional Conceptions of Behavior and Change. <i>Journal of Brief, Strategic & Systemic Therapies</i> , 1(2), 37-46.
	35.1	Anger-Díaz, B. (2008). On Ethics in Psychotherapy and the Influence of Heinz Von Foerster. <i>Journal of Brief, Strategic & Systemic Therapies</i> , 2(1), 31-42.
	35.2	Fisch, R., Ray, W. & Schlanger, K. (Eds.) (2009). <i>Focused Problem Resolution: Selected Papers of the MRI Brief Therapy Center</i> . Phoenix, AZ: Zeig, Tucker & Theisen. (pp. 217-224)
	36.1	Covini, A., Fiocchi, E., Pasquino, R. & Selvini, M. (1987). <i>Hacia una nueva psiquiatría. Proceso de transformación sistémica de un centro</i> . Barcelona: Herder. (pp. 91-112).
	36.2	Fisch, R., & Weakland, J. H. (1984). Cases that 'don't make sense': Brief strategic treatment in medical practice. <i>Family Systems Medicine</i> , 2(2), 125-136.
	36.3	Green, S. & Flemons, D. (Eds.) (2004). <i>Manual de Terapia Sexual</i> . Barcelona: Paidós. (pp. 315-358).
	36.4	Fisch, R., Ray, W. & Schlanger, K. (Eds.) (2009). <i>Focused Problem Resolution: Selected Papers of the MRI Brief Therapy Center</i> . Phoenix, AZ: Zeig, Tucker & Theisen. (pp. 165-176).
	36.5	Ray, W. A., Saxon, W. & Borer, M. (2008). Interaction Focused Therapy to Address Double Binding of Disturbed Adolescents. <i>Journal of Brief, Strategic & Systemic Therapies</i> , 2(1), 51-65.

Contenidos	S	Referencia básica y/o clásica
2.4. Neuropsicología Clínica	37.1	Portellano, J. (2005). <i>Introducción a la Neuropsicología</i> . España; McGraw-Hill. (pp. 3-8).
	37.2	Portellano, J. (2005). <i>Introducción a la Neuropsicología</i> . España; McGraw-Hill. (pp. 9-24).
	37.3	Portellano, J. (2005). <i>Introducción a la Neuropsicología</i> . España; McGraw-Hill. (pp. 25-30).
	38.1	Rains, G. (2002). <i>Principios de neuropsicología humana</i> . México: McGraw- Hill. (pp. 363-419).
	38.2	Hebben, N. & Milberg, W. (2011). <i>Fundamentos para la evaluación neuropsicológica</i> . México: Manual Moderno. (pp. 218-222).
	39	Rosselli, M., Matute, E. & Ardila, A. (2010). <i>Neuropsicología del desarrollo infantil</i> . México: Manual Moderno. (pp. 3-15).
	40	Rosselli, M., Matute, E. & Ardila, A. (2010). <i>Neuropsicología del desarrollo infantil</i> . México: Manual Moderno. (pp. 71-119).
	41	Rains, G. (2002). <i>Principios de neuropsicología humana</i> . México: McGraw- Hill. (pp. 70-88).
	42	Abusamra, V. & Yves, J. (2012). Lectura, escritura y comprensión de textos: aspectos cognitivos de una habilidad cultural. <i>Neuropsicología Latinoamericana</i> , 4(1), 1-4.
	43	Patiño, V. (2007). La memoria semántica: modelos neuropsicológicos y alteraciones a consecuencia de daño cerebral. <i>Rev Neuropsicol</i> , 2(1), 10-17.
	44.1	Portellano, J. (2005). <i>Introducción a la Neuropsicología</i> . España; McGraw-Hill. (pp. 111-130).
	44.2	Hebben, N. & Milberg, W. (2011). <i>Fundamentos para la evaluación neuropsicológica</i> . México: Manual Moderno. (pp. 39-62).
	45.1	Hebben, N. & Milberg, W. (2011). <i>Fundamentos para la evaluación neuropsicológica</i> . México: Manual Moderno. (pp. 63-136).
	45.2	Portellano, J. (2005). Pruebas neuropsicológicas. En: <i>Introducción a la neuropsicología</i> . España; McGraw-Hill. (pp. 131-142).
	45.3	Hebben, N. & Milberg, W. (2011). <i>Fundamentos para la evaluación neuropsicológica</i> . México: Manual Moderno. (pp. 191-214).

Contenidos	S	Referencia básica y/o clásica
2.4. Neuropsicología Clínica	46.1	Portellano, J. (2005). <i>Introducción a la Neuropsicología</i> . España; McGraw-Hill. (pp. 359-378).
	46.2	Peña-Casanova, J. (2007). <i>Neurología de la conducta y neuropsicología</i> . España: Panamericana. (pp. 383-400).
	46.3	Portellano, J. (2005). <i>Introducción a la Neuropsicología</i> . España; McGraw-Hill. (pp. 345-358).
	47.1	Gómez, P. & Politis, D. (2011). Correlaciones entre praxis y memoria de trabajo en demencia fronto-temporal variante frontal. <i>Revista Neuropsicología Latinoamericana</i> , 3(2), 23-30.
	47.2	Del Río, M. (2010). Análisis psicolingüístico del recuerdo de un texto narrativo en pacientes con deterioro cognitivo leve. <i>Revista Neuropsicología Latinoamericana</i> , 2(1), 87-94.
	48.1	Gudayol, E., Herrera, I., Villuendas, E. & Herrera, J. (2007). Esclerosis Múltiple de tipo cortical con deterioro cognitivo de tipo subcortical. Presentación de un caso. <i>Rev Neuropsicol</i> , 2(1), 24-28.
	48.2	Solovieva, Y., Chávez, M., Planell, G., & Quintanar, L. (2001). Alteraciones de la Actividad Intelectual En Pacientes Con Afasia Motora Aferente, <i>Revista Latina de Pensamiento y Lenguaje y Neuropsicología Latina</i> , 10(1), 75-93.
	48.3	Quintanar, L., Solovieva, Y., Bonilla, M., Sánchez, A. Figueroa, C. (2002). Cambios Clínicos Y Electrofisiológicos Después De Terapia Neuropsicológica En Un Paciente Con Afasia Motora Eferente. <i>Revista Latina de Psicología</i> , 5(2), 205-222.
	48.4	Lázaro, E., Quintanar, L. & Solovieva, Y. (2010). Análisis neuropsicológico de pacientes con diferentes tipos de afasia. <i>Revista Neuropsicología Latinoamericana</i> , 2(1), 33-46.

REFERENCIAS BÁSICAS EL DESARROLLO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD (R.B.D.P.C.S.): *Descripción de contenidos*

La descripción de los contenidos se realizó a partir de las referencias básicas y clásicas. La extensión máxima de su texto es de 750 palabras. Derivadas del análisis cualitativo, se eligió la obra completa del o de los autores en lugar de secciones de la misma obra. Se presenta la Guía de Lectura de manera secuencial, separada por los contenidos de la Unidad de Aprendizaje. A continuación se encuentra la Pauta o Guía de Lectura: Referencias Básicas del desarrollo de la Psicología Clínica y de la Salud (R.B.D.P.C.S.) identificando el contenido, la sesión, la referencia básica y/o clásica. Posteriormente las Referencias por Contenidos y finalmente las Referencias Bibliográficas.

2.1. Aproximación Psicológica.

2.1 Psicoanálisis.

Sesión 1:

Todo lo que usted nunca quiso saber sobre el psicoanálisis.

Fontana, C. (2001) (pp. 25-46).

En esta lectura se plantea que el descubrimiento del inconsciente freudiano constituyó un elemento clave para el estudio de los procesos psíquicos y sus manifestaciones. Significó una ruptura epistemológica radical con la concepción imperante de la psique, reducida, hasta ese momento, a sus mecanismos conscientes y abrió una perspectiva completamente nueva de la concepción del ser humano.

Sesión 2:

Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis: hacia Lacan.

Braunstein, N. (1986) (pp. 69-79).

El texto plantea una exposición del resultado de la interpretación de conceptos que provienen principalmente de dos fuentes. En la primera de ellas se recurrirá a las posiciones teóricas que se han desarrollado con algunos colaboradores en Psicología desde la ideología y ciencia, publicada hace ya tres años y por otra parte a lo que se pueda aportar a las tesis gracias al reciente desarrollo del materialismo histórico, la lingüística y el psicoanálisis, ubicados en el texto de Michel Pécheux, *Les vértes de La Palice*.

Sesión: 3, 4, 5 y 6.

El Placer de leer a Freud.

Nasio, J. (2016).

En el texto se habla de la forma en la que se concibe la lectura y comprensión de las aportaciones de Freud y se divide en tres partes: una exposición clara y rigurosa de las ideas fundamentales de la obra freudiana, fragmentos escogidos de esta obra y un cuadro cronológico de los acontecimientos decisivos de la vida de Sigmund Freud.

Sesión 7:

Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos (1925).

Freud, S. (1979-2000) (pp. 267-276).

En esta lectura se realiza una referencia a Freud en la que se exploran las primeras demostraciones de la constitución pulsional congénita, así como los efectos de las impresiones vitales más tempranas, es posible discernir correctamente las fuerzas pulsionales de la posterior neurosis y precaverse de los errores a que inducirían las refundiciones y superposiciones producidas en la edad madura. Se indaga así también sobre las primeras aportaciones psíquicas de la vida sexual en el niño, en general tomamos por objeto al varón. Suponiendo que en el caso de las niñas todo sería parecido, aunque diverso de alguna manera. Con esto se comenzó a explicar una parte de la teoría que elaboró sobre el desarrollo psicológico de la mujer, mostrando las diferencias con el desarrollo del varón.

Sesiones: 8, 9, 10, 11 y 12.

Pulsiones y destinos de pulsión (1915).

Freud, S. (1979) (pp. 113-122).

El texto rescata las ideas más representativas de uno de los escritos de Freud en la que presenta la definición de pulsión, entendida como un estímulo para lo psíquico, distinguiéndose de otros estímulos fisiológicos. Se rescatan los diferentes términos de la pulsión y la distinción entre pulsiones del yo y pulsiones sexuales. Como parte de otra de las temáticas a abordar, se presentan los cuatro destinos de la pulsión y la advertencia de que, para la pulsión, el destino incluye defenderse de hallarlo.

2.2 Aprendizaje Social.

Sesión 13.1:

Contexto socio-cultural del modelo cognitivo.

Caro, I. (2007) (pp. 21-55).

En el material de lectura se plantean las características del surgimiento de la psicoterapia en el marco de la sociedad y su cultura en un “espíritu de época”. Se realiza un señalamiento particular sobre el sistema de creencias cuya construcción social da un repaso a su historia y a sus acontecimientos que se reflejan en el devenir y la evolución del modelo psicoterapéutico específico que trabaja en el sistema de creencias del ser humano y aspectos de salud o enfermedad y sus tratamientos, así como la forma de abordar su tratamiento. Por lo que el modelo cognitivo surge en la época moderna al dar lugar a los procesos cognoscitivos, su tratamiento y su vinculación con otros modelos como el psicoanálisis y el conductual.

Sesión 13.2:

Origen y desarrollo del cognitivismo clínico.

Semerani, A. (2002) (pp. 19-36).

En el material de lectura se realiza una revisión de las aportaciones y el desarrollo del enfoque cognitivo, ya que se destaca que en la última década del siglo XX, el campo de la psicología clínica se ha enriquecido con el desarrollo y expansión del enfoque cognitivo con las aportaciones de varios autores dando lugar a las intervenciones de corte cognoscitivo que enfatizan las estructuras de significado y los procesos de elaboración de la información como A. Beck y A. Ellis, y a sus respectivas escuelas.

Sesión 14:

El proceso terapéutico en el modelo cognitivo.

Caro, I. (2007) (pp. 57-91).

En el texto se habla sobre el modelo cognitivo en el proceso terapéutico aporta a los terapeutas estrategias de atención pormenorizada a casos clínicos. Con el apoyo de guías y manuales, el terapeuta realiza su labor en la solución de los problemas del paciente. Estas guías son flexibles y con carácter especial como lo describe el autor, en particular sobre la psicoterapia y el terapeuta.

Sesión 15:

Concepto de psicología clínica, medicina conductual y psicología de la salud.

Buela-Casal, G. y Carrobbles, J.A. (1997) (Capítulo 1, pp. 3-11).

En esta lectura se abordan las conceptualizaciones de la clínica psicológica vinculada a la medicina y la salud. Se analizan la confusión que se ha dado en los últimos años que opaca la intervención y los fenómenos a tratar. Con la finalidad de esclarecer las posturas, proponen la delimitación conceptual entre estas disciplinas por su objeto de estudio y el modelo sobre el que se apoya cada una de ellas.

Sesión 16.1:

La terapia racional emotivo conductual de A. Ellis.

Caro, I. (2007) (Capítulo 3, pp. 93 - 133).

El material de lectura hace un análisis de la Terapia Racional Emotiva a partir de su origen por la aportación de A. Ellis y las modificaciones que ha tenido. Considerada como la “primera terapia cognitiva” ha permitido trabajar con cualquier tipo de paciente, formato y facilita la interacción con otros tratamientos. Esta versatilidad de acción, coloca a esta intervención en un enfoque estructurado para la resolución de problemas emocionales en el cual el terapeuta adopta un acercamiento activo-directivo en el momento de ayudar al cliente en la resolución de sus problemas. La terapia, de naturaleza multimodal, favorece al cliente el empleo de varias técnicas cognitivas para facilitar el cambio en sus vidas cotidianas. El papel del terapeuta es dinámico en la orientación al cliente para llevar a cabo tareas terapéuticas, diseñadas de forma individual, para poder poner en práctica aquello que han aprendido dentro de las sesiones de terapia.

Sesión 16.2:

La valoración de los contenidos problemáticos.

Semerani, A. (2002) (Capítulo 6, pp. 159-172).

La revisión que se realiza en esta lectura gira en torno a la terapia cognitiva en la que se destaca el esfuerzo por mantener el tratamiento y la teoría lo más cerca posible de la experiencia vivida y relatada por el paciente. En el texto, se describe la valoración de los contenidos problemáticos por la psicoterapia cognoscitiva y sus propuestas para reconocer las exigencias concretas de cada caso y adaptar las técnicas, de forma flexible, a tales exigencias. Para ello se hacen propuestas y se plantean ejes de valoración que se desarrollan durante toda la terapia.

Sesión 16.3:

Identificación de los pensamientos automáticos.

Beck, J. (2000) (pp. 103-316).

El texto trata sobre las aportaciones del modelo planteado por Beck en la intervención psicoterapéutica acerca de la expresión de los pensamientos automáticos, que influyen sobre las emociones, la conducta y las respuestas de índole biológico. Se describen también las características de los pensamientos automáticos, las técnicas para su identificación y los procedimientos que emplea el terapeuta a lo largo de la terapia.

Sesión 17.1:

La terapia cognitiva de A. Beck.

Caro, I. (2007) (pp. 137-179).

El texto aborda la Terapia Cognoscitiva de Beck cuyo modelo cognitivo, aún vigente, contiene un amplio rango de aplicación, aunque su aplicación inicial fue en pacientes con trastornos mentales en particular los depresivos.

Sesión 17.2:

La valoración de las funciones metacognitivas.

Semerani, A. (2002) (pp. 173-192).

El texto revisa la valoración de las funciones metacognitivas en el campo de su significado y de su identificación a lo largo del desarrollo humano. Considera el estudio de la influencia de la metacognición sobre la realización de tareas cognitivas específicas y destaca las teorías del aprendizaje que permiten una doble distinción conceptual entre metaconocimiento y conocimiento metacognitivo.

Sesión 18.1:

El modelo de solución de problemas de Arthur Nezu.

Caro, I. (2007) (pp. 181-218).

A partir del modelo de solución de problemas de A. Nezu se resalta el papel de los factores cognitivos en la modificación de conducta, la población, los programas de prevención, sus formatos, desde el individual hasta del de pareja. Añade los campos de aplicación en ambientes no clínicos como educativos y de orientación.

Sesión 18.2:

La valoración de la relación terapéutica.

Semerani, A. (2002) (Capítulo 8, pp. 193-208).

Considerando la relación terapéutica y su evolución, el texto señala que se evalúan a partir de dos niveles que los definen como macro y micro contextos. La primera se realiza en el curso general de la terapia y tiene que ver con la actitud global de fondo de los dos participantes de la relación. La segunda, también llamada microcontexto, se aplica a la relación paso a paso durante cada sesión. Ambos niveles se influyen recíprocamente y pueden discrepar. También realiza un abordaje del papel del terapeuta para obtener datos para la valoración y el desarrollo de la terapia.

Sesión 19.1:

El cambio de los contenidos problemáticos.

Semerani, A. (2002) (Capítulo 9, pp. 211-215).

En la lectura se mencionan los restos a los que los terapeutas cognitivos se enfrenta incluso a los cuestionamientos acerca del empleo de las técnicas adecuadas al problema particular, por ellos se presentan los aspectos fundamentales: la dimensión estratégica y el clima de activa colaboración que realiza constantemente el terapeuta.

Sesión 19.2:

Evaluación de la adherencia al tratamiento.

Maciá, D. y Méndez, F.J. (1997) (Capítulo 3, pp. 43-59).

En la lectura se aborda la adherencia al tratamiento en el modelo cognoscitivo y su evaluación. Se resaltan las dificultades de los profesionales de la salud, ante el cumplimiento de los pacientes de las indicaciones señaladas. Esta complicación se ha estudiado por la Medicina Conductual, se considera la adherencia como un complejo fenómeno que comprende desde la entrada en el propio tratamiento, el seguimiento de todo tipo de prescripciones y orientaciones, hasta la continuidad y conclusión del mismo.

Sesión 20:

La intervención en las funciones metacognitivas.

Semerani, A. (2002) (Capítulo 10, pp. 235-248).

En el texto se hace referencia al tratamiento de los sujetos con trastornos de tipo esquizofrénico, quienes tienen a menudo desórdenes cognitivos como la incapacidad para reflexionar sobre las ideas propias o las de otras personas. Se menciona que no han desarrollado la capacidad de metapensamiento. Por lo que el terapeuta requiere identificar este tipo de desorden para fortalecer su intervención, la interferencia por el déficit de funcionamiento metacognitivo le dificulta al terapeuta formular qué es lo piensa el paciente en diversas situaciones. De aquí que la ayuda del terapeuta debe ser mayor. El proceso de intervención sobre los niveles metacognitivos los propone el autor en este capítulo.

Sesión 21.1:

La regulación de la relación terapéutica.

Semerani, A. (2002) (Capítulo 11, pp. 249-264).

En este material de lectura, el autor aborda la terapia metacognitiva la cual tiene entre sus objetivos incidir en los aspectos funcionales como el orden relacional que se establece en la sesión, la gestión consciente y la relación terapéutica, esta última representa el aspecto principal de la intervención. En los principios generales de la terapia cognitiva, se requiere del paciente una participación activa y consciente. El denominado empirismo colaborativo es el contexto relacional dentro del cual el terapeuta pretende favorecer dicha participación. Sus componentes: confianza recíproca, acuerdos sobre los objetivos y acuerdos sobre las tareas, van aparejados con la alianza terapéutica y el desarrollo de la intervención bajo un conjunto ordenado de procedimientos, cuya eficacia dependerá en gran parte de su carácter no estereotipado y de su proximidad a las experiencias vividas por el paciente. El paciente por su parte debe percibir esta proximidad y reconocerla. Debe captar un nexo claro y comprensible entre la naturaleza del problema, tal y como lo percibe y la técnica terapéutica propuesta.

Sesión 21.2:

Evaluación del proceso y de los resultados del tratamiento.

Buela-Casal, G., Caballo, V. y Sierra, J. (1997) (Capítulo 4, pp. 61-84).

El material de lectura aborda la evaluación del proceso y de los resultados del tratamiento a partir del análisis de la psicoterapia como proceso, sus componentes principales, el papel del terapeuta, las metodologías y la producción de cambios individuales en el paciente. Consideran que es fundamental una postura crítica y una actitud epistemológica de “investigadores/clínicos” capaz de contribuir a una mejor comprensión de los procesos de cambio y de desarrollo humano. Con todo esto en el texto presentan las metodologías de evaluación del proceso y de los resultados terapéuticos que permitan a los clínicos e investigadores un seguimiento sistemático de sus intervenciones, posibilitando simultáneamente la extrapolación de las generalizaciones para una conceptualización global del proceso terapéutico.

Sesión 22 y 23.1:

Algo acerca del terapeuta.

Ellis, A. (2000) (pp. 77-131).

En el texto se puede observar el desarrollo personal que el autor hace en un recorrido de sus comienzos. Plasmando en una redacción particular cada uno de los pasos a seguir durante su formación y su etapa de escritor.

Sesión 23.2:

Terapia Multimodal.

Algo acerca del terapeuta.

Lazarus, A. (2003) (Capítulo 4, pp. 135-162).

En el texto se hace referencia a la terapia multimodal que se inspira en los mismos principios de la psicología experimental y social como lo hacen otras terapias cognitivo conductuales. Se habla que para que la tarea sea completa debe abarcar siete factores independientes interactivos: conducta, afecto, sensación, imaginaria, emoción, relaciones interpersonales y consideraciones de fármacos; así como aspectos biológicos. Las primeras letras de las categorías anteriormente mencionadas dan el conveniente acrónimo BASIC I.D. Por ello se menciona que la aproximación de la terapia multimodal fue en relación con los resultados de estudios cuidadosos que señalaron la vía hacia resultados de tratamiento rápidos, flexibles y duraderos. La terapia multimodal es

una aproximación técnica, no teóricamente ecléctica al tratamiento. Hace un uso de los métodos desde diversas fuentes sin renunciar a su teórica, la cual tiene un carácter de aprendizaje socio cognitivo. Adecuar el tratamiento requerido a los pacientes específicos es una meta esencial, y el uso auxiliar de facilitadores es además un componente integral.

Sesión 24.1:

Manual de tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos.
Caballo, V. (1998).

En la lectura se realiza un análisis de los componentes de la psicología clínica conductual o cognitivo-conductual que se considera más en boga hoy en día. Parece que la gran mayoría de los profesionales de la salud reconoce actualmente que para muchos trastornos “mentales” los procedimientos cognitivo-conductuales son eficaces, si bien en algunas se sigue favoreciendo el tratamiento farmacológico, debido, a veces, a un notable desconocimiento de las intervenciones cognitivo-conductuales. En el texto se ofrece al lector interesado en el tema el amplio panorama que el campo del tratamiento cognitivo-conductual ofrece hoy a los profesionales de la salud. Planteando las bases descriptivas y los planteamientos teóricos conductuales de los principales trastornos psicológicos y/o psiquiátricos en adultos, así como su evaluación.

Sesión 24.2:

Terapia Cognitivo Conductual.
McCrary, B. (2000) (Capítulo 7, Páginas 257-307).

En la lectura se mencionan algunas de las dinámicas y aspecto de la formación de la autora Donald Green, el proceso de estudio en la universidad y la formación como estudiante de psicología, los cursos y la base de investigación particular que tuvo que pasar para formarse como profesional de la psicología, destacando las habilidades y características desarrolladas para tal fin. Se resalta el manejo de la hipnoterapia ericksoniana, la terapia racional emotiva conductual, las características de la terapia multimodal, de la psicoterapia adleriana, la terapia centrada en la persona, así como la terapia cognitivo conductual.

2.3 Sistémico.

Sesión 25:

La escuela de Palo Alto.

Witzeaele, J. J. y García, T. (1994) (pp. 35-55).

En este texto se explica la creación de un cuerpo teórico que va más allá de mencionar las preguntas si no que se extiende más allá para dar solución, para lo que se necesita entender porque dichas preguntas son relevantes y de dónde es que se han generado. Por lo que se deja ver el panorama en el que se empieza a gestar el pensamiento familiar de Gregory Bateson quien no es el primer hombre de ciencia en su familia si no que es precedido por su abuelo y su padre, hombres dedicados a el estudio de la vida y la biología, Gregory creció escuchando acalorados debates científicos sobre las relaciones de las cosas, y se convirtió en el gran pilar para continuar las ideas de su padre quien a descontento de sus padres estudió antropología, pero no fue reprochado. Se explican también los primeros acercamientos de sus estudios de campo y cómo a medida que observaba la manera bárbara de estudiar otras tribus, se daba cuenta que no existía un verdadero método para poder describir las riquezas que ofrecía la sociedad, así entre sus viajes conoció a Fortune y a Mead con quienes empezó a extender más sus ideas y sus inquietudes en la falta de un marco teórico.

Sesión 26:

La escuela de Palo Alto.

Witzeaele, J. J. y García, T. (1994) (pp. 56-94).

El material de lectura habla de la creación de la escuela de palo alto, para lo que es necesario mencionar las conferencias Macy, dichas conferencias dieron el soporte teórico para revolucionar la manera de concebir el comportamiento y el funcionamiento de diferentes ámbitos. Se encontraban algunos otros científicos y todos ellos discutían acerca de temas muy parecidos entre sí sin embargo al ser de diferentes disciplinas no encontraban una manera de entablar una conexión entre todos los temas, explicar De qué manera funcionaba el sistema nervioso los seres biológicos o las máquinas y que todas esas serían correlaciones entre sí no habría sido posible sin el uso del concepto feedback, es interesante hallazgo fue lo que llamó la atención de bateson debido a que el feedback prácticamente se refería a lo mismo que él llamó cismogénesis. En el caso particular de los representantes de la cibernética, de detalla que los científicos asistentes a la primera conferencia al entablar el diálogo sobre el feedback quisieron regresar sobre el mismo tema sin embargo no fue posible debido a la presencia de la guerra tiempo después se realizaron otras

cuatro conferencias Macy las cuales se basaría en la nueva manera de concebir el conocimiento hablando de la cibernética y así aparecería un concepto muy importante dentro de la explicación del entendimiento del comportamiento a través de los sistemas que sería el feedback negativo el cual ayudaría a restablecer el sistema.

Sesión 26.2:

Hacia una nueva psiquiatría. Proceso de transformación sistémica de un centro.

Covini, A., Fiocchi, E., Pasquino, R. y Selvini, M. (1987).

Como parte de la temática sobre el modelo sistémico, se hace referencia a la influencia de este en múltiples disciplinas científicas, la primera de ellas las ciencias biológicas, así como en la sociología, la organización del trabajo, el urbanismo, entre otras. El interés en especial es por la influencia del modelo sistémico sobre las ciencias humanas.

En el caso de las aportaciones de los autores realizan especificaciones sobre las raíces de la enfermedad mental no hay que buscarlas dentro del individuo, por lo tanto, ni en su bioquímica, ni en su psique, sino prioritariamente en aquellos juegos interpersonales que se producen entre los seres humanos, en las familias y en cualquier sitio en el que la relación adquiera un valor fundamental de supervivencia física y afectiva. Se concibe al hombre como una criatura social que no puede estar fuera de la relación, factor que, por encima de todo debe definir y redefinir de manera continua. El enfoque sistémico-relacional fue introducido en Italia por Mara Selvini, quien en 1967 funda en Milán un centro de investigación para la experimentación de la terapia familiar, cuyo impacto provocó que el campo de observación se ampliará más allá del individuo, implicando un cambio en el significado tradicionalmente a términos como: enfermedad, tratamiento o curación.

Sesión 26.3:

Historia de la terapia familiar: los personajes y las ideas.

Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004) (117-167).

En esta lectura se realiza un desarrollo un panorama de la historia de la terapia familiar entre 1960 y 1970. Se plantean un contexto donde de manera global hay cambios políticos y culturales, por la guerra de Vietnam, contracultura, feminismo, el desarrollo de la unión soviética. Se pasa de la idea de la terapia familiar como un trabajo de investigación a una necesidad social. Hay en esa década una reflexión sobre la atención comunitaria psiquiátrica y aparece el movimiento antipsiquiátrico. Se habla de las contribuciones de Laing y Cooper que hablan de la raíz cultural de la locura y su relación con la situación social. En Italia Basaglia es la principal figura de

este movimiento y lo lleva a la acción práctica. El trabajo de Bateson sobre la cibernética y la comunicación se concreta en el desarrollo del MRI de Palo Alto, y sobre todo influye en la fundación del Family Process.

Sesión 27.1:

Hacia una nueva psiquiatría. Proceso de transformación sistémica de un centro.

Covini, A., Fiocchi, E., Pasquino, R. y Selvini, M. (1987).

Como parte de la temática sobre el modelo sistémico, se hace referencia a la influencia de este en múltiples disciplinas científicas, la primera de ellas las ciencias biológicas, así como en la sociología, la organización del trabajo, el urbanismo, entre otras. El interés en especial es por la influencia del modelo sistémico sobre las ciencias humanas. En el caso de las aportaciones de los autores realizan especificaciones sobre las raíces de la enfermedad mental no hay que buscarlas dentro del individuo, por lo tanto, ni en su bioquímica, ni en su psique, sino prioritariamente en aquellos juegos interpersonales que se producen entre los seres humanos, en las familias y en cualquier sitio en el que la relación adquiera un valor fundamental de supervivencia física y afectiva. Se concibe al hombre como una criatura social que no puede estar fuera de la relación, factor que, por encima de todo debe definir y redefinir de manera continua. El enfoque sistémico-relacional fue introducido en Italia por Mara Selvini, quien en 1967 funda en Milán un centro de investigación para la experimentación de la terapia familiar, cuyo impacto provocó que el campo de observación se ampliará más allá del individuo, implicando un cambio en el significado tradicionalmente a términos como: enfermedad, tratamiento o curación.

Sesión 27.2:

La escuela de Palo Alto.

Wittezaele, J. J. y García, T. (1994) (95-121).

En la lectura se habla de la creación de la escuela de Palo Alto, para lo que es relevante los planteamientos teóricos sobre los que se sustenta dicha escuela y sobre los cuales Gregory Bateson escribió. Se habla de los estudios de Gregory mencionar su colaboración con Ruesch quienes en conjunto tratan de llenar algunas lagunas de la psiquiatría que según ellos versaban sobre la falta de agregar el tema de la comunicación y el extremo hincapié en la personalidad en conjunto escribieron un libro donde se explicó el por la mente epistemológico de los psiquiatras, se demostró un enfoque interaccional y además si utilizó la teoría de los tipos lógicos para explicar la interacción que podría connotar errores. Con ello la comunicación pasó a ser un punto central dentro de la explicación del comportamiento humano y así se empezó hablar de aspectos

centrales que contribuyen a dicha explicación como lo fue “las diferencias que crean diferencias” con lo cual se explica cómo la información se percibe dependiendo la interacción del perceptor con el medio, dicha información nunca llega de una manera pura pues pasa por un proceso de codificación y decodificación desde el emisor hasta el receptor, siendo que la codificación humana va más allá de únicamente la codificación analógica y digital, pues existe codificaciones de tipo icónica, holográfica y de la parte por el todo. Por otro lado, es necesario hablar de interacción como otro concepto clave de la teoría en el cual es necesario destacar que todo mensaje emitido nace de la subjetividad del emisor y que existen un conjunto de reglas implícitas que marcan la manera de comportarse de la persona. Por último, es relevante hacer mención de la unión entre la comunicación y las relaciones, de esta manera encontramos que las relaciones se pueden dividir en dos grupos dependiendo de la comunicación de los integrantes las cuales pueden ser simétricas o complementarias y así los mensajes emitidos en dichas interacciones tendrán calificaciones subjetivas a las cuales se les denomina puntuaciones.

Sesión 27.3:

Estética del cambio.

Keeney, B. (1994) (77-127).

En este material de lectura trata sobre la cibernética, que es fundamentalmente la descripción teórica del funcionamiento de las relaciones existentes, a diferencia de las teorías nacidas de la física, la cibernética no se concentra en las fuerzas ni en los objetos mismos, si no en las relaciones y la funcionalidad que guardan, por ello no se presupone hablar de los componentes del sistema si no de la integración y organización de esos componentes. Como parte de las características de la también llamada Cibernética simple, no tiene implicaciones sobre el significado pero no debe olvidarse de las fuerzas y de los cuerpos físicos sino al contrario no se pretende formar una dualidad sino englobar tanto las relaciones como los entes involucrados en ellas por ello es necesario hablar de la finalidad la cual se establece como la meta a la que intentan llegar dichos sistemas y los componentes unen sus esfuerzos para llegar a ella, al tener una finalidad el sistema necesita verificar que se esté llegando a la meta lo cual se logra a través de la retroalimentación, lo cual es la información necesaria para darle una dirección al sistema. La retroalimentación es el concepto principal de la teoría cibernética pues constituye la base de la regulación y el aprendizaje.

Sesión 27.4:

Historia de la terapia familiar: los personajes y las ideas.

Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004) (169-227).

En la lectura se enfatiza que en el mundo occidental se asiste al desencanto de la idea de renovación política, social y cultural que ha caracterizado la década anterior. Surge así una combinación de desorientación, desconfianza y elementos utópicos. La preocupación principal es conservar el puesto de trabajo sin renunciar a la prosperidad a la que la sociedad está acostumbrada. La sociedad evoluciona hacia una consideración cada vez mayor de la esfera íntima y privada, que algunos estigmatizaran como la “cultura del narcisismo” El feminismo es ya un modo de pensar que está adquiriendo gran radicalidad, sobre todo en la opinión pública de orientación progresista, a la que pertenece también la terapia familiar. El psicoanálisis recupera su dinamismo teórico, pero va perdiendo terreno en la psicología y psiquiatría. Entre las concepciones y las terapias más recientes, las comportamentales alcanzan su punto más álgido con el triunfo de B.F Skinner, teórico comportamental a quien se debe la teoría del comportamiento. La terapia del comportamiento, sin embargo, pronto encuentra resistencias. Alfred Bandura introduce la idea del aprendizaje social que implica un concepto del yo, de la motivación y de los constructos internos. El cognitivismo llega, por su parte, a desarrollar sus propias terapias sobre todo después de los estudios sobre la depresión que será para el cognitivismo como las fobias han sido para las terapias del comportamiento.

Sesión 27.5:

Una cosa lleva a la otra, contribución a la terapia breve de John Weakland.

Fisch, R., Watzlawick, P., Schlanger, R. y Sutton, J.P. (2009).

El texto hace referencia del trabajo realizado en el Mental Research Institute, que tiene una historia distinguida y puede presumir de ser la cuna de numerosas contribuciones a las teorías de la comunicación e interaccional, así como es donde se emprenden innovaciones en la aplicación de estas ideas en la práctica de la terapia breve y familiar, sobre todo en el desarrollo del Brief Therapy Center (BTC). Por ello se realiza la reseña histórica donde presentan el origen del proyecto de terapia breve que dio lugar a la implementación práctica de las teorías interaccionales que planteó Bateson y que Don Jackson continuó. Se revisan las prácticas innovadoras que aportaron al desarrollo de la terapia familiar, sus aspectos conceptuales que permiten llevar a cabo una terapia breve y enfatiza como su creación del modelo terapéutico es producto de un trabajo de investigación de largo plazo en el que los autores originales del modelo se mantuvieron trabajando junto por más de 30 años. Finalmente se presenta una viñeta del trabajo clínico con el modelo

de terapia breve conocido como de Palo Alto, la manera en que ha evolucionado y los datos que existen sobre la efectividad en la práctica. En las conclusiones señalan que el modelo es mucho más utilizado fuera de los Estados Unidos y por ello está mucho más vigente de lo que se suele pensar en su país de origen.

Sesión 28.1:

Hacia una nueva psiquiatría. Proceso de transformación sistémica de un centro.

Covini, A., Fiocchi, E., Pasquino, R. y Selvini, M. (1987).

Como parte de la temática sobre el modelo sistémico, se hace referencia a la influencia de este en múltiples disciplinas científicas, la primera de ellas las ciencias biológicas, así como en la sociología, la organización del trabajo, el urbanismo, entre otras. El interés en especial es por la influencia del modelo sistémico sobre las ciencias humanas. En el caso de las aportaciones de los autores realizan especificaciones sobre las raíces de la enfermedad mental no hay que buscarlas dentro del individuo, por lo tanto, ni en su bioquímica, ni en su psique, sino prioritariamente en aquellos juegos interpersonales que se producen entre los seres humanos, en las familias y en cualquier sitio en el que la relación adquiera un valor fundamental de supervivencia física y afectiva. Se concibe al hombre como una criatura social que no puede estar fuera de la relación, factor que, por encima de todo debe definir y redefinir de manera continua. El enfoque sistémico-relacional fue introducido en Italia por Mara Selvini, quien en 1967 funda en Milán un centro de investigación para la experimentación de la terapia familiar, cuyo impacto provocó que el campo de observación se ampliará más allá del individuo, implicando un cambio en el significado tradicionalmente a términos como: enfermedad, tratamiento o curación.

Sesión 28.2:

Cambio.

Watzlawick, P., Weakland J. y Fisch R. (1992) (21-48).

En la lectura se enfatiza que con el objetivo de hablar de la explicación del cambio desde la perspectiva teórica podemos abordar dos teorías fundamentales: la teoría de los grupos y la teoría de los tipos lógicos. La teoría de los grupos nos acerca al entendimiento el funcionamiento interno del sistema, dicha teoría enuncia ciertas características de la creación de grupos las cuales son que, un grupo está formado por miembros, estos miembros están unidos por una característica en común, la combinación de dos de los miembros siempre forma parte del mismo grupo, existe un miembro identidad dentro de cada grupo Y por último los cambios generados internamente por el grupo jamás cambiará en el grupo mismo considerando la totalidad interna del sistema. Por otra

parte, se encuentra la teoría de los tipos lógicos la cual en vez de hablar de los grupos habla de las clases, teniendo en cuenta ahora el exterior de la clase lo cual sí modifica la clase y empieza a crear meta cambios. Para explicarlo dentro de la práctica podemos hablar de la circularidad de los comportamientos dentro de los sistemas sociales, dicha circularidad sólo puede romperse cuando otro sistema entra en contacto con el primero.

Sesión 29.1:

Hacia una nueva psiquiatría. Proceso de transformación sistémica de un centro.

Covini, A., Fiocchi, E., Pasquino, R. y Selvini, M. (1987).

Como parte de la temática sobre el modelo sistémico, se hace referencia a la influencia de este en múltiples disciplinas científicas, la primera de ellas las ciencias biológicas, así como en la sociología, la organización del trabajo, el urbanismo, entre otras. El interés en especial es por la influencia del modelo sistémico sobre las ciencias humanas. En el caso de las aportaciones de los autores realizan especificaciones sobre las raíces de la enfermedad mental no hay que buscarlas dentro del individuo, por lo tanto, ni en su bioquímica, ni en su psique, sino prioritariamente en aquellos juegos interpersonales que se producen entre los seres humanos, en las familias y en cualquier sitio en el que la relación adquiera un valor fundamental de supervivencia física y afectiva. Se concibe al hombre como una criatura social que no puede estar fuera de la relación, factor que, por encima de todo debe definir y redefinir de manera continua. El enfoque sistémico-relacional fue introducido en Italia por Mara Selvini, quien en 1967 funda en Milán un centro de investigación para la experimentación de la terapia familiar, cuyo impacto provocó que el campo de observación se ampliará más allá del individuo, implicando un cambio en el significado tradicionalmente a términos como: enfermedad, tratamiento o curación.

Sesión 29.2:

Cambio.

Watzlawick, P., Weakland J. y Fisch R. (1992) (pp. 51-70).

El texto habla de cómo en grandes términos lo que promueve el cambio es la desviación con respecto a la norma, en un sistema en buen funcionamiento dicho cambio restablece la condición anterior a la que el sistema estaba sujeto. así mantener esa desviación ayudará al sistema a sobrevivir y a esto le podemos llamar hacer más de los mismo, sin embargo, existen situaciones en la que hacer más de los mismo no genera la retroalimentación adecuada del sistema para mantenerlo estable y en cambio lo que hace es desestabilizarlo más. Dentro de los sistemas sociales es común encontrar que los problemas se generan debido a la utilización de “más de los

mismo” ya que las personas suelen actuar con un esquema lógico de pensamiento y centrados en la razón, así las acciones que ellos emprenden con la iniciativa de resolver el problema no hacen más que alimentarlo sin siquiera darse cuenta de dichas acciones constituyen el problema mismo, por ello es necesario que el cambio estabilizador se centre en la forma irracional de actuar. Sin embargo, esto no quiere decir que el pensamiento de tipo “racional” sea inútil si no que no puede ser aplicado en todos los casos, así lo mejor es clasificar las dificultades y problemas, mientras que las dificultades se resuelven con pensamiento de tipo común los problemas son dificultades que no responden a el pensamiento racional y necesitan soluciones no intentadas y por ende desconocidas. Por lo que existen tres modos para enfocar mal las dificultades: 1) negar el problema; 2) tratar de modificar lo inmodificable y 3) entrar en una relación circular, “un juego sin fin”.

Sesión 30:

Cambio.

Watzlawick, P., Weakland J. y Fisch R. (1992) (pp. 71-100).

En este material de lectura se plantea que el simple pensamiento de la mejora llega a resultar problemático, un ejemplo de ello es que hará un pensamiento utópico en el cual se necesita más allá de lo que hay y por ende crea insatisfacción, ahí se lo podemos llamar el síndrome de utopía el cual se puede representar de dos maneras en la primera el individuo puede aspirar a la grandeza pero nunca alcanzarla por su inutilidad, en la segunda al individuo le daría miedo alcanzar esa grandeza porque eso significaba el fin de todo. Y por último el individuo puede concebir que el nace y crece perfecto pero sus circunstancias y la sociedad no le han permitido seguir esa perfección. Este pensamiento utópico es realmente adolescente ya que crea necesidades dónde era antes no las había y genera falsas expectativas que se siguen ciegamente incluso en la práctica terapéutica es uno de los pensamientos más problemáticos porque nos obliga a concebir la idea de la perfección y de crear la felicidad.

Sesión 31.1:

Cambio

Watzlawick, P., Weakland J. y Fisch R. (1992) (pp. 101-134).

En este material de lectura se realiza el planteamiento en torno a la propuesta de comprensión del cambio terapéutico llamada Cambio en Palo Alto. Parte de una idea más bien constructivista donde las teorías del cambio han de verse como mitologías y esta misma que ellos proponen debe ser vista igual. Hacen un breve recorrido de sus reflexiones y experimentos que los llevaron a su concepción del cambio y a partir de cuatro ejemplos proponen un común denominador del cambio.

La acción aplicada sobre las soluciones intentadas y no sobre la dificultad misma. Resumen las características del cambio en cuatro puntos y sugieren que a) se aplica sobre la solución que causa el problema, b) es una acción desconcertante, paradójica, c) se hace en el aquí y en el ahora.

Sesión 31.2:

Paul Watzlawick: La percepción puede causar ceguera y otros ensayos.

Ray, W. & Nardone, G. (2009) (pp. 141-143).

En esta lectura se sugiere que la psicoterapia se esfuerza por cambiar las suposiciones de las personas sobre la naturaleza de las suposiciones de la realidad que consideran ser verdaderas, objetivas, aspectos platónicos del mundo “real”. El enfoque sistémico-constructivista considera que estas suposiciones son el resultado de la comunicación humana, y su objetivo es reemplazar las construcciones de realidad productoras de dolor por menos dolorosas a través de la introducción de diferentes patrones interaccionales en el sistema de relaciones humanas en cuestión. Señala que desde el enfoque constructivista el terapeuta tiene que enfrentar la complejidad de asumir más de una visión de la realidad, pero a su vez esto genera la posibilidad de un cambio donde antes no era pensable. Se auxiliará para esto de las prescripciones conductuales que son las que permitirán el cambio, siempre y cuando se puedan ajustar a la perspectiva ya presente en el paciente.

Sesión 31.3:

Terapia breve: filosofía y arte.

Nardone G. y Watzlawick P. (1999) (pp. 97-105).

El este material de lectura se propone que toda psicoterapia efectiva consiste en un cambio exitoso de un marco de referencia o, en otras palabras, del sentido y valor que una persona atribuye a un aspecto particular de la realidad, que, en función de la naturaleza de esta atribución, da razón de su pena y de su sufrimiento. Se señala que puede parecer una muy arbitraria definición de terapia, y hasta una definición superficial y que “con tiene que ver con la psicología”. Pero debe recordarse que esta definición es ella misma un reencuadre que da origen a una nueva “realidad”, que a su vez hace intervenciones terapéuticas imposibles en el marco de otras teorías de terapia.

Sesión 32.1:**Cambio**

Watzlawick, P., Weakland J. y Fisch R. (1992) (pp. 143-184).

En este texto se presentan diferentes ejemplos de modelo de cambio y especialmente tipos de intervención que se caracterizan por ser de cambio. Al inicio presentan un ejemplo de caso, desarrollado en las etapas del procedimiento terapéutico. 1. El problema, 2. Las soluciones intentadas, 3. El objetivo, 4. La intervención. Luego la secuencia es de ejemplos generales sin esa división de etapas. Les van poniendo nombre, descubriendo lo encubierto, divulgar en lugar de ocultar, los grandes efectos de pequeñas causas, el “truco de Bellac”, utilizar la resistencia, acusaciones irrefutables y negaciones indemostrables, sabotaje benévolo, los beneficios de la falta de atención, problemas con los estudios, tratando utopías y pacto con el diablo. Destaca el hecho que algunos ejemplos son fuera del ámbito estrictamente clínico, como es el ámbito laboral o con referencias literarias que ejemplifican el proceso del cambio.

Sesión 32.2:

Paul Watzlawick: La percepción puede causar ceguera y otros ensayos.

Ray, W. y Nardone, G. (2009) (pp. 103-121).

En este texto los autores presentan como una forma particular de postura en las personas que asisten a la terapia puede ser clave para el fracaso de ella. La postura a la que se refiere es la del “comprador fingido”, o el no-cliente. Presentan el esquema de trabajo del modelo de Palo Alto. Enfatizando su concepción para el cambio. Y ponen como ejemplo la descripción de un caso típico en el que los tres miembros de la familia que componen el sistema nuclear no fueron “clientes” porque no estaban dispuestos a dejar que se realicen un cambio de segundo orden. El paciente identificado se negó completamente al tratamiento, mientras que sus padres querían un cambio, pero solo en sus propios términos que en realidad perpetúan el problema. Eran, lo que llaman en el modelo “compradores fingidos”. Tras presentar el desarrollo del caso, repasan el esquema técnico de trabajo, que señala como puntos principales: a) definición del problema, b) identificación de las soluciones intentadas, c) cuál es su postura respecto del problema y el tratamiento y d) cuáles son las metas de tratamiento. El análisis específico del caso se divide en presentar los antecedentes, luego el manejo de cómo valoran el diagnóstico y a partir de ello el plan de tratamiento, luego la información que se recopiló y la manera en que se desarrolló la terapia, para finalizar con la terminación del tratamiento.

Sesión 32.3

Paul Watzlawick: La percepción puede causar ceguera y otros ensayos.

Ray, W. y Nardone, G. (2009) (pp. 97-102).

En este capítulo de la lectura, se plantea el uso de las prescripciones conductuales en psicoterapia. En la primera parte se menciona la diferencia entre el lenguaje descriptivo o indicativo, en contraste con el lenguaje imperativo. Se discute el uso de ambos tipos de lenguaje en la ciencia y en particular en la práctica psicoterapéutica. Se reseña su uso en el contexto de las investigaciones sobre la comunicación familiar por Gregory Bateson, y de manera posterior por el trabajo de Don Jackson y Milton Erickson. Exponen que el lenguaje imperativo es el que se va a utilizar para las intervenciones terapéuticas. Dividen las intervenciones en tres grupos en función del nivel de resistencia que los clientes traen tratamiento. Las tres categorías de intervenciones son: a) Prescripciones directas de comportamiento, b) Intervenciones paradójicas y c) Connotaciones positivas. Cada una de ellas es explicada con detalle, y con las características para considerar el nivel de resistencia del cliente y acorde con esto, el tipo de intervención. Insisten en que estos tres tipos de intervenciones necesitan una planificación de cuidado, y que deben tener en cuenta incluso los detalles triviales de una situación de problema que aparece. Especialmente la forma en que se comunican estas prescripciones es de crucial importancia.

Sesión 32.4:

Paul Watzlawick: La percepción puede causar ceguera y otros ensayos.

Ray, W. y Nardone, G. (2009) (pp. 145-151).

En la lectura se señala que el efecto cambiante de la realidad de las llamadas experiencias emocionales correctivas, de eventos inesperados en la vida de una persona, es algo que enfatiza el autor a través de varias situaciones a modo de ejemplo a lo largo del texto. El enfoque de la terapia breve se basa principalmente en la introducción de los eventos de aparente “casualidad” cuidadosamente planificados en la situación problemática, y como de los eventos que dan en esa situación puede aparecer un significado nuevo y diferente, lo que, por supuesto y necesariamente, es simplemente otro nombre, otra forma de ver la misma situación. Por lo tanto, es posible tener esta declaración de un cliente: “La forma en que vi la situación, fue un problema; ahora lo veo de manera diferente y ya no es un problema”.

Sesión 32.5:

Paul Watzlawick: La percepción puede causar ceguera y otros ensayos.

Ray, W. y Nardone, G. (2009) (pp. 153-169).

El material de lectura presenta principios de constructivismo, señalando que la normalidad psicológica es una convención, no un hecho. El criterio de “adaptación a la realidad” como medida de salud mental o patología es ficticia, ya que la realidad “realmente” sigue siendo una definición arbitraria que a menudo se edifique. Estas pueden llevar a consecuencias prácticas tanto positivas como negativas. Se ofrecen implicaciones para la terapia. Como clínicos, generalmente también somos epistemólogos, es decir, no tenemos capacitación en esa rama de la ciencia que estudia el origen y la naturaleza del conocimiento. Las implicaciones y las consecuencias de esto son de gran alcance y el autor considera que van más allá de su propia formación en filosofía.

Sesión 33.1:

Terapia familiar y de pareja.

Roizblatt, S. (2006) (pp. 191-208).

En el texto se presenta una cronología del desarrollo de la Teoría de la Comunicación-Interaccional. Se describen los conceptos que consideran perdurables de la Teoría Interaccional, junto con un esquema de los modelos principales de Terapia Centrada en las Interacciones que provienen del Mental Research Institute o que han sido influidos por éste. Al final discuten sobre la aplicabilidad y la eficacia del enfoque interaccional para la evaluación y el tratamiento y señalan un índice de éxito demostrado particularmente significativo.

Sesión 33.2:

Hacia una nueva psiquiatría. Proceso de transformación sistémica de un centro.

Covini, A., Fiocchi, E., Pasquino, R. y Selvini, M. (1987).

Como parte de la aproximación del modelo sistémico, la lectura plantea la influencia en numerosas disciplinas científicas: antes que nada, en las ciencias biológicas, así como en la sociología, la organización del trabajo, el urbanismo etc. Aquí nos interesa en especial la influencia del modelo sistémico sobre las ciencias humanas. Según dicha convicción, las raíces de la enfermedad mental no hay que buscarlas dentro del individuo, por lo tanto, ni en su bioquímica, ni en su psique, sino prioritariamente en aquellos juegos interpersonales que se producen entre los seres humanos, en las familias y en cualquier sitio en el que la relación adquiera un valor fundamental de supervivencia física y afectiva. El hombre es una criatura social que no puede estar

fuera de la relación, factor que, por encima de todo debe definir y redefinir de manera continua. El enfoque sistémico-relacional fue introducido en Italia por Mara Selvini, quien en 1967 funda en Milán un centro de investigación para la experimentación de la terapia familiar, cuyo impacto provocó que el campo de observación se ampliará más allá del individuo, implicando un cambio en el significado tradicionalmente a términos como: enfermedad, tratamiento o curación.

Sesión 33.3:

Resolución de problemas enfocada: artículos seleccionados del Centro de terapia breve de resonancia magnética.

Fisch, R., Ray, W. y Schlanger, K. (2009) (pp. 203-216).

En este texto el autor propone que La “terapia” fue breve hasta la llegada de los conceptos y prácticas psicoanalíticas. La “Terapia” cambió de una modalidad de hacer en la que el agente de cambio tanto hacía algo a la persona o sobre la problemática y/o hacía que la persona hiciera algo, a una visión o modalidad de comprensión, una que requirió una conversación estilizada, en su mayoría unilateral. El “paciente” debía ser más activo en la conversación, el terapeuta es más pasivo, a menudo metacomunicando sobre los comentarios de los “pacientes”. Dicha modalidad requería inherentemente un contacto más largo y más frecuente entre el paciente y el terapeuta. Cambiando de la historia al presente, el mayor interés y el desarrollo de métodos más complejos han llevado a una crecida de diferentes escuelas. Tales como los desarrollados por Milton Erickson, el Centro de Terapia breve del MRI o la Terapia centrada en las soluciones. El autor sugiere algunos denominadores comunes entre estos últimos enfoques, factores que no están relacionados o relativamente no relacionados con sus razones subyacentes a sus modelos. Posteriormente, presenta secuencias de una sesión inicial celebrada en el Centro de Terapia Breve, que ilustra esas características básicas. Este esfuerzo no es un estudio comparativo de las diferentes escuelas, sino más bien trata de mostrar una fórmula” para hacer que la terapia sea más corta, más eficiente y, probablemente, más efectiva.

Sesión 33.4:

Resolución de problemas enfocada: artículos seleccionados del
Centro de terapia breve de resonancia magnética.

Fisch, R., Ray, W. y Schlanger, K. (2009) (pp. 153-163).

En el material de lectura se plantea la sesión interaccional de que el comportamiento problemático ocurre en un contexto de interacción, y se mantiene por un conjunto de comportamientos, se considera la premisa básica de la terapia familiar en general. Se propone que no todos los

comportamientos medioambientales sean importantes. Pero sí “las soluciones intentadas” que son primordiales, y si se toman en serio estas premisas, se deduce que no es necesario ver a familias enteras de manera rutinaria. El texto describe como hay ventajas de ver al individuo en ciertos tipos de situaciones. Como contrapunto, la aplicación del mismo punto de vista interacciona para los problemas aparentemente “individuales” se considera brevemente.

Sesión 33.5:

Resolución de problemas enfocada: artículos seleccionados del Centro de terapia breve de resonancia magnética.

Fisch, R., Ray, W. y Schlanger, K. (2009) (pp. 195-202).

En esta lectura se propone abordar lo que se llama “Mitos acerca de la breve terapia”, con esto se refiere a los mitos, al menos en su mayor parte por personas fuera del campo, no se dedican a practicar un tratamiento breve. De manera correspondiente, por “mitos de la terapia breve “, se refiere a los mitos sostenidos por las personas dentro del campo, que practican algún tipo de terapia breve. Sin embargo, aunque esta es una distinción útil con el propósito de organizar una discusión, no debe tomarse como siempre simple o absoluta. Se aclarará que hay superposiciones en este límite, especialmente que los mitos acerca de la terapia breve pueden trasladarse a la práctica de la breve terapia, y al hacerlo puede influir fuertemente en esa práctica.

Sesión 34.1:

Conocer a través del cambio.

Nardone, G. & Portelli, C. (2006) (v75-175).

El material de lectura habla sobre las fases y el proceso de la terapia breve estratégica avanzada y la forma en que una primera sesión puede transformarse en un proceso terapéutico orientado al cambio, la mejor manera para hacer que el lector tenga un mejor conocimiento del modelo y sus aplicaciones a los diversos problemas humanos es presentar ejemplos de casos específicos. Se realiza también una revisión de los trastornos fóbicos y de ansiedad, depresión, trastornos de la alimentación, patologías del bloqueo de la actuación, problemas de conducta en los niños y lo que el auto llama: presunta psicosis. En todos los casos presenta la conceptualización del caso y transcripciones literales del intercambio entre pacientes y terapeutas.

Sesión 34.2 y 34.3:

Terapia breve: filosofía y arte.

Nardone G. y Watzlawick, P. (1999) (pp. 107-120).

En material de lectura se abordan las premisas sobre las que se apoya para presentar la idea de una terapia sistémica individual. En segundo lugar, presenta como abordar el tratamiento de problemas que si bien están centrados en el individuo se han de considerar bajo una perspectiva interaccional. Para el primer punto presenta dos supuestos: 1. Aceptar a los problemas tal y como se presentan, no como manifestaciones de algo más. Como complemento a este supuesto señala que se ha de trabajar en el presente. El segundo supuesto es que, si la interacción de los miembros de un sistema juega un papel central en el mantenimiento del comportamiento, entonces conociendo la interacción es posible influir indirectamente en un miembro del sistema a través de influir de un modo adecuado en el comportamiento de otro miembro del sistema. Por ello no es necesario que se vea a toda la familia en la terapia. No obstante, puede ser en ocasiones que sí se necesite verlos, pero sólo para obtener la información que no se puede obtener del individuo.

Sesión 34.4:

Hacia un conocimiento operativo de los problemas psicológicos:
el diagnóstico estratégico.

Bartoletti, A., y Nardone, G. (pp. 2007).

En la lectura se plantea que, en el campo de la psicoterapia, la idea de que el conocimiento diagnóstico debe preceder a cualquier tratamiento clínico futuro sigue siendo muy dominante. Este supuesto se refuerza aún más por la amplia difusión y la influencia del enfoque psiquiátrico en la práctica clínica, que conlleva el uso de “Manuales de trastornos mentales”, como el DSM como el primer paso hacia el tratamiento de Psicopatologías. Por ello se menciona que se puede lograr un correcto conocimiento teórico de los problemas psicológicos solo después de aplicar soluciones efectivas, invirtiendo todo el proceso de diagnóstico de un “primer conocimiento de conocimiento de los primeros sabios, y luego cambiando” a un funcionamiento “a través de cambiando”. De hecho, solo las soluciones efectivas pueden “explicar” el funcionamiento del problema, lo que da derecho a la etiqueta diagnóstica del problema en sí.

Sesión 34.5:

Similitudes y diferencias entre las concepciones individuales e interactivas de la conducta y el cambio.

Ray, W. A., y Borer, M. (pp. 2007).

En este material de lectura se presenta una comparación entre la orientación de la patología individual con la teoría de la comunicación interaccional de Bateson y los modelos de práctica explícitamente estratégicos derivados de ella. La razón para esta elección se debe a la creencia de los autores de que la mayoría de las orientaciones prácticas actualmente se basan o son reacciones a la perspectiva de la patología individual o el enfoque interactivo de Bateson. Posteriormente, muchos modelos de práctica terapéutica actualmente populares no están incluidos en el texto. Esto no es para señalar o implicar que otras perspectivas o influencias no existen y que no merezcan ser estudiadas. El valor y la influencia generalizada, por ejemplo, de la orientación hipnoterapéutica de Milton Erickson, La teoría interpersonal de Harry Stack Sullivan, o la teoría de sistemas de Murray Bowen, son humildemente reconocidas, pero con la excepción de la presencia ineludible de Erickson en virtud de su participación íntima con los miembros del equipo de Bateson, y el pensamiento de Sullivan a través de su influencia igualmente relevante en Don Jackson. Más bien, los autores señalan que el texto se creó como un tipo de recurso de referencia rápida y que representa visualmente las diferencias fundamentales entre el modelo clásico de enfermedad, que sigue siendo la perspectiva dominante dentro de la cultura occidental, y se contrapone con los principales modelos estratégicos derivados directamente del equipo de Bateson.

Sesión 35.1.

Sobre la ética en psicoterapia y la influencia de Heinz von Foerster.

Anger-Díaz, B. (2008).

En la lectura se realiza una reflexión sobre la definición de la posición ética o postura como terapeuta, y señala que continuamente se encuentra considerando la perspectiva de Heinz von Foerster. Se presentan algunas de las ideas de Heinz y los vincula con su perspectiva conceptual y de la práctica terapéutica. Señala la idea de que el ser humano es una de esas “máquinas” no triviales, no predecibles o analizables, y también la idea de que existen preguntas intrínsecamente no decidibles, entonces se puede concluir, que depende de mí decidir cómo definir el papel del terapeuta, el del cliente desde el punto de vista del terapeuta, y el espacio que se desea crear para interactuar.

Sesión 35.2:

Centro de terapia breve de resonancia magnética.

Fisch, R., Ray, W. y Schlanger, K. (2009) (pp. 217-224).

En este material de lectura se aclara como la terapia estratégica requiere un cambio en énfasis en el pensamiento ético de la “honestidad” como un valor primario para dirigirse hacia la responsabilidad personal como un valor primario. Los problemas éticos se aplican a cada forma de terapia, así como cualquier otra transacción entre las personas, pero son más destacadas en terapias estratégicas, que enfatizan el uso deliberado de la influencia por parte del terapeuta. Los problemas éticos relacionados con la influencia del terapeuta a menudo son menos controvertidos en los enfoques tradicionales orientados al insight, ya que el objetivo de la terapia es, principalmente para ayudar al cliente a tomar conciencia, u obtener información sobre, aquellos factores y eventos definidos como relevantes por el terapeuta en particular. Sin embargo, en las terapias estratégicas, se da mayor respeto a las directivas y tareas. Cuando los terapeutas se enfrentan a que los clientes hagan cosas, se enfrentan a la tarea de la persuasión. Con el creciente interés y el uso más frecuente de las terapias estratégicas, se espera que se esperen más preguntas de la práctica ética.

Sesión 36.1:

Hacia una nueva psiquiatría. Proceso de transformación sistémica de un centro.

Covini, A., Fiocchi, E., Pasquino, R. y Selvini, M. (pp. 1987).

Como parte de la temática sobre el modelo sistémico, se hace referencia a la influencia de este en múltiples disciplinas científicas, la primera de ellas las ciencias biológicas, así como en la sociología, la organización del trabajo, el urbanismo, entre otras. El interés en especial es por la influencia del modelo sistémico sobre las ciencias humanas.

En el caso de las aportaciones de los autores realizan especificaciones sobre las raíces de la enfermedad mental no hay que buscarlas dentro del individuo, por lo tanto, ni en su bioquímica, ni en su psique, sino prioritariamente en aquellos juegos interpersonales que se producen entre los seres humanos, en las familias y en cualquier sitio en el que la relación adquiera un valor fundamental de supervivencia física y afectiva. Se concibe al hombre como una criatura social que no puede estar fuera de la relación, factor que, por encima de todo debe definir y redefinir de manera continua. El enfoque sistémico-relacional fue introducido en Italia por Mara Selvini, quien en 1967 funda en Milán un centro de investigación para la experimentación de la terapia familiar, cuyo impacto provocó que el campo de observación se ampliará más allá del individuo, implicando un cambio en el significado tradicionalmente a términos como: enfermedad, tratamiento o curación.

Sesión 36.2:

Casos que “no tienen sentido”: Breve tratamiento estratégico en la práctica médica.

Fisch, R. y Weakland, J. H. (1984).

En este material de lectura se abordan los enfoques estratégicos breves orientados a la familia son particularmente adecuados para varios de los problemas observados en la medicina de atención primaria. La recolección que se hace de manera cuidadosa a menudo hace evidente las maneras en que el comportamiento aparentemente no comprensible, de hecho, tiene sentido. De particular interés son las maneras en que los esfuerzos para cambiar el comportamiento no deseado operan para provocarlo y mantenerlo. A partir de ello se puede diseñar un plan de intervención lógico que proporciona a los miembros de la familia comportamientos alternativos aceptables que no mantienen el síntoma.

Sesión 36.3:

Manual de Terapia Sexual.

Green, S. y Flemons, D. (2004) (pp. 315-358).

En este material de lectura se enfatiza un análisis de un caso clínico de John Weakland, miembro del Centro de Terapia Breve que creó el modelo de Resolución de problemas de Palo Alto. Al inicio hacen una breve presentación de los antecedentes históricos del modelo y pasan a explicarlo. Dan una lista de sus características entre las que destacan: no patológico, énfasis en la interacción, atención a los aspectos pragmáticos, prescripciones conductuales, entre otras. Se propone utilizar los conceptos derivados del enfoque interaccional de la teoría de la comunicación y el método de terapia breve en el que el mismo Weakland contribuyó a crear. El caso gira en torno a un hombre gravemente deprimido y desesperado porque ya no podía tener y mantener una erección. Weakland supervisó la edición de estas cinco sesiones en una película de dos horas de duración, en un vídeo y en una transcripción casi literal que se incluye como base de este capítulo. El caso se desarrolla en cinco sesiones y se presenta una transcripción de algunos segmentos de cada sesión y se analizan a la luz de la teoría y técnica de la Terapia Breve. A lo largo de cinco horas de terapia, el paciente expresó un sentido satisfactorio de idoneidad sexual, se alivió su depresión y señaló su confianza en su estado de ánimo y en sus perspectivas sociales. En el seguimiento, indicó que ya no había tenido problemas de depresión y no mencionó más dificultades relacionadas con un apremio atípico para orinar.

Sesión 36.4:

Resolución de problemas enfocada: **artículos seleccionados**
del Centro de terapia breve de resonancia magnética.
Fisch, R., Ray, W. y Schlanger, K. (2009) (pp. 165-176).

Como parte de la temática abordada en la lectura se realiza un planteamiento de las propuestas tradicionales y los modelos de terapia actuales sobre “Alcohólicos” tienden a limitar el alcance de la investigación sobre el consumo abusivo de alcohol. Un modelo no patológico, no normativo formulado por el breve Centro de Terapia de MRI se ofrece como posibilidad de ampliar las instrucciones de la investigación. El modelo y su aplicación a la bebida abusiva se ilustran mediante una descripción de casos.

Sesión 36.5:

Terapia centrada en la interacción para abordar la doble unión de los adolescentes perturbados
Ray, W. A., Saxon, W. y Borer, M. (pp. 2008).

Este material de lectura presenta un modelo para trabajar con hombres adultos jóvenes que no pueden desarrollarse hacia la independencia debido a la comunicación de tipo doble vínculo dentro del sistema familiar. Originalmente desarrollado e implementado hace dos décadas con un grupo piloto de 6 hombres adultos jóvenes, el modelo básico, que es generalizable para las poblaciones femeninas al hacer modificaciones en términos de objetivos apropiados de acuerdo a la edad y sexo, continúa sirviendo como el marco teórico y pragmático utilizado por el primer y tercer autores en la enseñanza y la práctica del enfoque de terapia breve centrada en las interacciones, en la Universidad de Louisiana en la clínica de terapia familiar de Monroe (ULM), y en la práctica privada. Los axiomas fundamentales de un enfoque interaccional para el tratamiento de los hombres adultos jóvenes con problemas y su familia se establecen. Se da un enfoque específico a las técnicas clínicas y las prácticas básicas para trabajar con esta población desde una perspectiva de la teoría de la comunicación interaccional.

2.4 Neuropsicología.

Sesiones 37.1 y 37.2:

Desarrollo histórico y orientaciones actuales.

Portellano, J. (2005) (pp. 3-24).

El material de lectura plantea el problema de la naturaleza de la actividad mental y su localización. En la antigüedad se creía que dicha actividad estaba controlada por fuerzas externas, formulándose diversas hipótesis acerca de cuál era su localización. Determinadas técnicas neuroquirúrgicas como la craneotomía fueron utilizadas ya en la civilización egipcia con el objetivo de “liberar de los malos espíritus” a las personas que padecían enfermedades mentales. Las primeras tentativas para localizar los procesos mentales en estructuras corporales se remontan al siglo V a. C. cuando Hipócrates de Cos y Alcmeón de Crotona situaron los sentimientos en el corazón y la actividad intelectual en el cerebro. Platón también sostenía que la actividad racional se situaba en el cerebro, dentro de su concepción del alma tripartita. Frente a esta creencia-denominada Hipótesis Cerebral situaron los procesos intelectivos en el corazón, lo que entendemos por Hipótesis Cardíaca.

Sesión 37.3:

Ámbitos de actuación.

Portellano, J. (2005) (pp. 25-30).

En la lectura se toma en cuenta que el ámbito de actuación de los neuropsicólogos es muy amplio, y se relaciona con diferentes contextos sanitarios, educativos, sociales o relacionados con la investigación, básica o clínica del cerebro. Se pueden resumir en cinco las competencias que realizan los neuropsicólogos: evaluación, intervención, prevención, investigación y orientación de las relaciones conducta-cerebro, tanto en sujetos sanos como en los que han sufrido algún tipo de daño cerebral.

Sesión 38.1:

Psicopatología.

Rains, G. (2002) (pp. 363-419).

En el material de lectura se habla de los trastornos psiquiátricos mayores que pueden afectar severamente el comportamiento y causar enorme sufrimiento. También son muy comunes; todos conocemos a alguien afligido con un serio trastorno psiquiátrico, acaso alguien muy cercano. Se examinan algunas evidencias que muestran que los factores neurobiológicos juegan un papel importante en ciertas formas de psicopatología. Se comienza con una breve discusión en torno a los problemas enfrentados al intentar formular una definición satisfactoria de la psicopatología. Uno de estos problemas es el debate entre los enfoques biológico y psicológico para su comprensión. Al definir la psicopatología se verá que tiene importantes implicaciones para la actitud hacia estos trastornos y su tratamiento.

Sesión 38.2:

Fundamentos para la evaluación neuropsicológica.

Hebben, N. y Milberg, W. (2011) (pp. 218-222).

En este texto se proporciona una lista de algunos de los principales fenómenos clínicos que se encuentran en el centro de múltiples referencias neuropsicológicas. Comprender estos síntomas y otros similares es crucial para el desarrollo de habilidades en evaluación neuropsicológica. Debido a que este texto se centra primordialmente en los procedimientos y en la lógica de la evaluación clínica de relaciones entre cerebro y conducta, se presenta poco material acerca de fenomenología clínica o de neuropsicología o neurología clínicas, y no contiene una presentación de la anatomía ni de la neuropatología. Incluso un análisis superficial de estas áreas se encontraría muy lejos de los alcances de este libro. En los casos relevantes, presentamos los nombres de los síndromes utilizando el prefijo griego a para significar sin en relación con trastornos de funciones específicas, en vez del prefijo del latín dis que significa impedimento. Ambos prefijos se emplean en la literatura médica, pero la forma que se usa en este libro es la más comúnmente utilizada en EUA.

Sesión 39:

Neuropsicología infantil: historia, conceptos y objetivos.

Matute, E. y Rosselli, M. (2010) (pp. 3-15).

En el texto se plantea como objetivo general de la neuropsicología el estudio de la organización cerebral de la actividad cognitiva-conductual, así como el análisis de sus alteraciones en caso de patología cerebral. La neuropsicología infantil se refiere a la aplicación de los principios generales de la neuropsicología a un grupo poblacional específico: los niños, por tanto, la neuropsicología infantil estudia las relaciones entre el cerebro y la conducta y cognición dentro del contexto dinámico de un cerebro en desarrollo. Si bien los fundamentos teóricos y clínicos de la neuropsicología infantil se basan de manera preferente en la neuropsicología del adulto, los modelos explicativos no se pueden equiparar en las dos poblaciones ya que en el adulto los procesos cognitivos y comportamentales son “estáticos” y el cerebro ha alcanzado ya su maduración completa, en tanto que en los niños.

Sesión 40:

Evaluación neuropsicológica infantil.

Rosselli, M., Matute, E. y Ardila, A. (2010) (pp. 71-119).

En esta lectura se presenta el objetivo principal de una evaluación neuropsicológica tanto en niños como en adultos es determinar la presencia de cambios cognitivos y del comportamiento en individuos en quienes se sospecha algún tipo de alteración o disfunción cerebral. Estos cambios se definen y cuantifican mediante la observación clínica y la utilización de instrumentos de medición. El objetivo central de una evaluación neuropsicológica no es entonces la localización de algún daño cerebral. Sin embargo, dado que algunas condiciones neurológicas tienen perfiles neuropsicológicos característicos, el perfil neuropsicológico en ocasiones se puede utilizar como indicativo de una disfunción en una región cerebral particular. En consecuencia, un detallado estudio de las funciones cognitivas y de la forma de comportarse puede contribuir tanto al diagnóstico etiológico como al diagnóstico diferencial de numerosas condiciones neurológicas. Por ejemplo, puede ayudar a determinar si el perfil neuropsicológico hallado corresponde más a una condición neurológica que una condición psiquiátrica; o si se trata de un proceso agudo o un proceso crónico. Además, la evolución estática o progresiva de una condición neurológica puede determinarse mediante un seguimiento neuropsicológico.

Sesión 41:

Métodos en neuropsicología.

Rains, G. (2002) (pp. 70-88).

En el texto se realiza el planteamiento sobre los métodos más importantes en la neuropsicología, muchos de los cuales ya se han mencionado en los análisis anteriores. Los datos generados por los diversos métodos han generado las hipótesis fructíferas, los experimentos iluminadores y las teorías novedosas. Por tanto, es importante comprender los métodos que son la base para las inferencias que generan los experimentos. Como el genio malvado de los cuentos de hadas que sólo satisface el deseo preciso que los solicitantes demandan y no el deseo que ellos creen estar realizando, la naturaleza responde precisamente y sólo a la pregunta definida por la metodología de un experimento particular. Se procederá a analizar: a) los métodos usados para explorar las estructuras del sistema nervioso y sus vías de interconexión; b) los métodos que miden los aspectos funcionales del sistema nervioso, como el uso de los niveles de glucosa o la actividad eléctrica; c) los métodos de lesión; d) el estudio de pacientes que han experimentado cirugía a cerebro abierto; e) la prueba del amobarbital sódico; f) el estudio de las anomalías cognitivas y conductuales en gente sin lesiones cerebrales reconocibles, y g) el estudio de sujetos normales.

Sesión 42:

Lectura, escritura y comprensión de textos: aspectos cognitivos de una habilidad cultural.

Abusamra, V. y Yves, J. (2012).

La lectura habla de los comportamientos más complejos y diferenciales de la especie humana y representa, sin lugar a dudas, una de las competencias fundamentales a la cual todos los sistemas educativos aspiran. Un desafío que se suscita para quienes trabajan en el marco de las ciencias cognitivas está en entender por qué aparecen dificultades de lectura y comprensión de textos y cómo se puede intervenir para restaurarlas o mejorarlas. Es importante revertir la falsa creencia, impuesta durante largo tiempo, que homologa la lectura mecánica de palabras aisladas con la lectura comprensiva de textos. En el pasado, y desde una visión tradicional, maestros y educadores consideraban finalizado el aprendizaje de la lectura cuando el alumno demostraba leer, conecta y puede fluidamente un texto en voz alta. También desde la psicología se priorizó; por muchos años, la lectura en voz alta con sus distintas etapas de aprendizaje.

Sesión 43:

La memoria semántica: **modelos neuropsicológicos**
y alteraciones a consecuencia de daño cerebral.

Patiño, V. (2007).

En la lectura se habla de la memoria semántica que ha sido investigada sistemáticamente en el campo de las neurociencias solamente desde hace unas tres décadas, a partir de los trabajos de Warrington y colaboradores, quienes reportaron alteraciones en el procesamiento semántico de ejemplares pertenecientes a categorías específicas. A partir de entonces y con la publicación de muchos reportes más, se formularon los primeros modelos neuropsicológicos acerca de la organización, estructura y bases neuroanatómicas de este sistema de memoria de largo plazo. Por ello se revisan los principales modelos teóricos que sobre estos aspectos se han propuesto en el campo de la Neuropsicología, centrándose fundamentalmente en sus fundamentos metodológicos e identificando los problemas esenciales que se han discutido hasta el momento presente por parte de sus principales representantes.

Sesión 44.1:

El proceso de evaluación neuropsicológica.

Portellano, J. (2005 (pp. 111-130).

Como parte del abordaje que se tiene de la neuropsicología y sobre todo por la utilización de diversas técnicas de evaluación para explicar con mayor precisión las relaciones entre el cerebro y la conducta. Comparte con otras Neurociencias las técnicas neuroanatómicas, electrofisiológicas, de neuroimagen o psicofísicas, pero dispone además de un amplio repertorio de pruebas propias que permiten realizar el proceso de evaluación más específicamente. Los principales objetivos de la evaluación neuropsicológica son:

- a) Conocer el impacto del daño cerebral sobre las distintas funciones cognitivas y la personalidad.
- b) Contribuir al diagnóstico más profundo de patologías neurológicas o psiquiátricas, especialmente en los casos en los que el diagnóstico neurológico no discrimine suficientemente el efecto de las lesiones cerebrales.
- c) Preparar programas de rehabilitación específicos para cada paciente, valorando los puntos débiles más afectados y los puntos fuertes mejor preservados. Ambos constituyen el armazón sobre

el que se construye el programa de rehabilitación cognitiva, por lo que resulta de gran importancia su identificación a través de la evaluación neuropsicológica.

d) Valorar la evolución del paciente, tanto en los casos en los que ha seguido un programa de rehabilitación cognitiva como en el supuesto de que no haya recibido ningún tipo de atención.

e) Utilizar el diagnóstico como medio para realizar valoraciones periciales y forenses en casos de incapacidad, accidente o deterioro.

Sesión 44.2:

Elementos esenciales de la entrevista y del historial clínico.

Hebben, N. y Milberg, W. (2011) (pp. 39-62).

El texto realiza un abordaje de la reconstrucción detallada del pasado médico, social, cultural, intelectual y emocional de un paciente es una parte integral del rompecabezas de la evaluación neuropsicológica. La mayoría de las cuestiones clínicas evaluadas por el neuropsicólogo suceden durante los múltiples años de empeño en el desarrollo y la adquisición de experiencia. En algunas instancias, la vida de un individuo puede ser cambiada en tan sólo unos cuantos momentos por una lesión o un ataque cerebral. En otros casos, los cambios en las funciones neuropsicológicas ocasionados por trastornos del sistema nervioso central pueden desplegarse a lo largo de meses o años, o pueden ser reflejo de anormalidades en el propio proceso de desarrollo. Una enfermedad del sistema nervioso central puede afectar a un adulto maduro de manera distinta que, a un adolescente en desarrollo, quien por su parte puede ser afectado de forma diferente que un niño preverbal. El historial del paciente y la entrevista clínica proporcionan la información esencial para comprender las características y la trayectoria en el tiempo del problema actual de un paciente; también pueden ofrecer claves determinantes para la diagnosis y la prognosis.

Sesión 45.1:

Elementos esenciales de la selección de pruebas, la administración y la calificación.

Hebben, N. y Milberg, W. (2011) (pp. 63-136).

Este material trata sobre las condiciones y la logística básicas de la evaluación neuropsicológica. Algunos de los consejos que se brindan en este capítulo pueden parecer el modelo máximo de sentido común para algunos clínicos con experiencia. La destreza adquirida en temas tales como la optimización del desempeño de las pruebas, la supervisión de conducta en la prueba clínica,

el registro de datos, el uso de procedimientos estándar para la administración de pruebas y la comprensión de la lógica de la selección de las pruebas; sin embargo, puede significar la diferencia entre obtener resultados de las pruebas válidos y clínicamente útiles, y la negligencia. Incluso clínicos experimentados pueden ser tomados por sorpresa por un fingimiento de enfermedad o por pacientes con trastornos de somatización o reacciones de conversión, si estos fenómenos no forman parte de la práctica típica.

Sesión 45.2:

Pruebas neuropsicológicas.

Portellano, J. (2005) (pp. 131-142).

La lectura se centra en las pruebas de evaluación neuropsicológica que constituyen el método más específico que utiliza la Neuropsicología para la evaluación y con frecuencia son más sensibles a los efectos del daño cerebral que otras técnicas más sofisticadas especialmente en trastornos neurofuncionales que no tienen evidencia en pruebas neurofisiológicas o de neuroimagen anatómica. Durante mucho tiempo se ha acusado a las técnicas neuropsicológicas de sobreestimar la incidencia del daño cerebral sobre la cognición, ya que sus resultados discrepan de los obtenidos mediante neuroimagen anatómica, ofreciendo mayor grado de organicidad cerebral en casos en los que aparentemente existía normalidad en las pruebas de neuroimagen anatómica. Sin embargo, la llegada de la neuroimagen funcional ha demostrado que los “falsos positivos” identificados en las pruebas neuropsicológicas en realidad eran “verdaderos positivos”, es decir, identificaban la presencia de alteraciones cognitivas producidas por daño o disfunción cerebral. Como parte de las primeras baterías neuropsicológicas asumen que la lesión cerebral producía un deterioro global de las funciones mentales superiores y por esta razón trataban de identificar la posible organicidad, es decir el grado de disfunción cerebral, mediante pruebas específicas como el Test de Bender. Después de la Segunda Guerra Mundial se desarrollaron nuevas pruebas neuropsicológicas que medían algo más que la simple organicidad entendida como una pérdida global de las capacidades cognoscitivas, sino la localización de funciones cerebrales en áreas específicas del cerebro. A partir de ese momento surgieron dos corrientes neuropsicológicas, la europea, representada por Goldstein y Luria, con un enfoque más cualitativo e individualizado, y la americana de signo más cuantitativo y psicométrica.

Sesión 45.3:

Elementos fundamentales en la redacción de reportes.

Hebben, N. y Milberg, W. (2011) (pp. 191-214).

En la lectura se habla sobre los elementos para completar una evaluación neuropsicológica, la información recopilada y los resultados obtenidos deben ser interpretados y compilados en un reporte donde se resuma y comunique esta información. En términos generales, el último paso en el proceso de evaluación tiene múltiples propósitos, incluyendo abreviar los datos recopilados, así como ayudar al lector a comprender los hallazgos y conclusiones. Es importante para el neuropsicólogo trabajar con tanto cuidado en el reporte como lo hizo en la evaluación. El reporte sirve para informar a la fuente de referencia del paciente y a otras partes involucradas acerca del mismo; puede ser usado en planes de remedio y tratamiento, y puede tener influencia en los lectores mucho tiempo después de haber sido escrito. El reporte neuropsicológico debe contener información particular organizada en secciones separadas. Todo reporte tiene que especificar la información de identificación, el motivo de la referencia y la fuente o fuentes de información histórica contenida en el reporte. Debe incluirse información sobre los antecedentes y los historiales, así como una sección donde se detallen observaciones de conducta relevantes. El reporte debe contener también una lista completa de las pruebas administradas y los resultados obtenidos por el paciente en cada prueba.

Sesión 46.1:

Rehabilitación neuropsicológica: Memoria, Funciones ejecutivas,
Agnosias y Neuropsicología en la infancia.

Portellano, J. (2005) (pp. 359-378).

En el texto se habla de la rehabilitación de la memoria que constituye un apartado privilegiado dentro del campo de la rehabilitación neuropsicológica, en primer lugar, porque se trata de una función cognitiva frecuentemente afectada y en segundo lugar por la gran proliferación de programas de rehabilitación que han surgido en los últimos años. El aumento de la longevidad de la población ha incrementado el número de personas de más de sesenta años que sin presentar demencia, tienen dificultades leves de memoria por lo que recurren a programas de mantenimiento y recuperación de las funciones mnémicas. Uno de los problemas que tienen las personas mayores es el prejuicio negativo acerca de sus limitadas posibilidades para realizar nuevos aprendizajes. Si bien es cierto que con el paso del tiempo puede existir una disminución en la capacidad para adquirir, almacenar y recuperar información, sin embargo, la existencia de dichos prejuicios en los propios ancianos muchas veces son el mayor freno al aprendizaje. El entrenamiento en la

utilización de estrategias mnemotécnicas hace que mejore su rendimiento de manera significativa, aunque es necesario que cualquier programa de entrenamiento de la memoria limite el sentimiento de incapacidad previamente existente en el sujeto.

Sesión 46.2:

Terapia de los trastornos neuropsicológicos: aspectos farmacológicos y no farmacológicos.

Frank-García, A., Fernández-Guinea, S. y Amer-Ferrer, G. (Capítulo 22, pp. 383-400).

La lectura se centra en dos alternativas terapéuticas, vistas desde la farmacológica y no farmacológica, y en cómo se utilizan para controlar, minimizar, paliar o contrarrestar los trastornos neuropsicológicos resultantes de lesiones cerebrales, con independencia de su etiología. Se inicia una exposición con una breve revisión histórica de la rehabilitación cognitiva, revisaremos sucintamente algunos aspectos de los mecanismos neuronales que hacen posible la recuperación funcional y, posteriormente se resumirá las conclusiones obtenidas del análisis de los resultados sobre la eficacia de los fármacos hallados en la bibliografía, para pasar a describir, finalmente, en qué consiste el proceso de rehabilitación neuropsicológica.

Sesión 46.3:

Fundamentos básicos de la rehabilitación cognitiva.

Portellano, J. (2005) (pp. 345-358).

Este material de lectura trata de la rehabilitación cognitiva, que también se puede denominar rehabilitación neuropsicológica, tiene como objetivo mejorar las funciones mentales que han resultado afectadas como consecuencia del daño cerebral, especialmente: funciones ejecutivas y pensamiento, memoria, lenguaje, atención, percepción, motricidad y conducta emocional. Desde la antigüedad se han utilizado diversas técnicas para paliar las consecuencias de los déficits cognitivos provocados por daño cerebral sobrevenido. Posiblemente el documento más antiguo que se conoce sobre el tratamiento de personas con lesiones cerebrales fue descubierto en Luxor en 1862 y data de hace 3000 años. La craneotomía fue utilizada por diversas culturas en la Antigüedad para tratar las heridas encefálicas y también para la curación de enfermedades psiquiátricas y epilepsia. En el siglo XVIII, Itard realizó una descripción de la mayoría de las técnicas en que se inspira la Neuropsicología actual, cuando trabajó sobre el niño salvaje de Aveyron. Sin embargo, el desarrollo de los primeros programas científicos de rehabilitación cognitiva se produce a partir del siglo XX, especialmente tras la Primera Guerra Mundial en Alemania, como consecuencia de los intentos por lograr una mayor supervivencia de los combatientes que habían sufrido daño cerebral. Uno de los principales teóricos precursores de las modernas técnicas de rehabilitación

cognitiva fue Alexander Luria, desde los años 60 del pasado siglo. A partir de ese momento, diversos profesionales europeos y americanos empezaron a desarrollar los primeros programas científicos para mejorar el funcionamiento cognitivo de los soldados que regresaban a su residencia tras haber sufrido heridas de guerra.

Sesión 47.1:

Correlaciones entre praxis y memoria de trabajo en demencia fronto-temporal variante frontal.

Gómez, P. y Politis, D. (2011).

En el material de lectura se realiza una aportación sobre la alteración en la memoria de trabajo podría afectar el rendimiento práxico. Por lo que el objetivo del estudio es evaluar en pacientes con demencia frontotemporal variante frontal la presencia de apraxia, valorar la existencia de correlaciones entre apraxia y memoria de trabajo y buscar evidencias de una memoria de trabajo específica para gestos. Se administraron a 23 pacientes con diagnóstico de demencia fronto-temporal variante frontal la batería cognitiva de evaluación de praxias y dos pruebas de memoria de trabajo. Como parte de los resultados se encontraron correlaciones entre el rendimiento en las pruebas de praxias y las medidas de memoria de trabajo. El rendimiento en memoria de trabajo gestual se mostró disociado respecto del rendimiento en memoria de trabajo visual y verbal. Los resultados reafirmarían la importancia de la memoria de trabajo en la producción de praxias y señalarían la posibilidad de una memoria de trabajo específica de gestos.

Sesión 47.2:

Análisis psicolingüístico del recuerdo de un texto
narrativo en pacientes con deterioro cognitivo leve.

Del Rio, M., Satinsky, V., Mauriño, A. y Labos, E. (2010).

El material de lectura realiza un abordaje de las fallas de la Memoria Episódica (ME) que son de reconocido valor como marcador cognitivo preclínico en la Enfermedad de Alzheimer (EA). Este subsistema de memoria de largo plazo hace posible, conjuntamente con la Memoria semántica, recuperar información referida a eventos y ubicarlos en un contexto espacio temporal. La Neuropsicología clínica utiliza distintos procedimientos para su evaluación proponiendo tareas como: recuerdos autobiográficos, recuerdo de historias, aprendizaje y recuperación inmediata de estímulos visuales y/o verbales en formato de listas de palabras o imágenes sin conexión evidente. Son escasos los instrumentos de evaluación del recuerdo de historias que, a diferencia de las listas de palabras, constituyen una tarea más ecológica y requieren de una compleja actividad cognitiva sustentada por regiones cerebrales diferenciadas. Con el fin de estudiar las características de

la memoria verbal a nivel textual en una población con diagnóstico de Deterioro Cognitivo Leve (DCL) se administró la versión española de la prueba de Memoria de Texto. Las características estructurales del texto permitieron efectuar un análisis psicolingüístico de las producciones y extraer información relevante acerca de las estrategias mnémicas utilizadas en la tarea. Se efectuó estudio neuropsicológico con escalas globales y específicas a 21 pacientes con diagnóstico de DCL amnésico (edad $71.86 \pm 6,33$ años; instrucción $7,85 \pm 2.48$ años) y se comparó con un grupo control. Los pacientes con DCL presentaron diferencias significativas en el porcentaje de elementos macroestructurales recordados en recuerdo libre y microestructurales en las tres fases de recuerdo (libre, facilitado y diferido). Estos hallazgos permiten corroborar el déficit de ME en la población estudiada, el valor de una codificación profunda para la recuperación de los elementos macroestructurales del texto en largo plazo y las fallas selectivas de codificación / recuperación de elementos microestructurales, que ponen de manifiesto estrategias jerárquicas de tratamiento de la información.

Sesión 48.1:

Esclerosis Múltiple de tipo cortical con deterioro cognitivo de tipo subcortical.

Presentación de un caso.

Gudayol, E., Herrera, I., Villuendas, E. y Herrera, J. (2007).

La lectura habla sobre un trastorno denominado esclerosis múltiple (EM) que causa muy comúnmente deterioro cognitivo, que se presenta al menos en el 50% de los pacientes con esta enfermedad. El deterioro cognitivo en los pacientes que sufren esclerosis múltiple se ha relacionado con medidas de atrofia cerebral e incluso con medidas de atrofia neocortical. El objetivo de este trabajo es presentar el caso de una paciente con esclerosis múltiple de tipo remitente-recurrente benigna, que cursa con un leve deterioro cognitivo de tipo subcortical. En su estudio de resonancia magnética (RM) se encuentra una muy leve carga lesional de tipo desmielinizante en la sustancia blanca, pero se observa una importante atrofia cortical. La paciente presenta un deterioro cognitivo múltiple, con un conjunto de alteraciones cognitivas de tipo subcortical y de grado leve. Esta semiología no está en consonancia con los hallazgos de la RM, en la que se refiere una atrofia fundamentalmente de tipo cortical y en grado moderado. Podemos hipotetizar que su atrofia cortical se ha desarrollado de manera muy lenta, de manera que habría permanecido asintomática. Algunos trabajos actuales demuestran que, al menos en algunos casos, la plasticidad neuronal podría actuar como un mecanismo compensatorio que ayudaría a preservar las funciones cognitivas de pacientes con esclerosis múltiple cuando éstos presentan alteraciones en la corteza cerebral, de manera similar a lo que ocurre en pacientes con otras afecciones cerebrales.

Sesión 48.2:

Alteraciones de la actividad intelectual en pacientes con afasia motora aferente.

Solovieva, Y., Chávez, M., Planell, G., y Quintanar, L. (2001).

En el texto se realiza una descripción de la alteración del intelecto, en los casos de afasia, es un problema que no se ha resuelto en la neuropsicología contemporánea. Algunos autores aceptan que en la afasia la inteligencia se ve comprometida, mientras que otros señalan que ésta no se ve afectada. Partiendo del análisis sindrómico de Luria, en la afasia no sólo se altera el lenguaje, sino también otras funciones psicológicas y toda la esfera psíquica en general. Si bien se han reportado alteraciones específicas de la actividad intelectual en pacientes con lesiones parieto-occipitales y frontales, es necesario investigar la naturaleza de dichas alteraciones, así como las formas de su afectación en cada tipo de afasia. En el presente trabajo se analizan las alteraciones de la actividad intelectual en tres pacientes con afasia motora aferente. Para ello se utilizó el Protocolo para la Evaluación de la Actividad Intelectual de Solovieva y Cois. (1998), que incluye análisis de cuadros artísticos, elaboración de planes, análisis de textos y comprensión de refranes, entre otras tareas. Los resultados muestran que la actividad intelectual se altera en la operación de síntesis; los pacientes logran identificar el significado concreto, pero no logran integrar los elementos aislados en un sentido general. Se concluye que en los pacientes estudiados, con afasia motora aferente, se altera la base orientadora de la acción y la operación de síntesis.

Sesión 48.3:

Cambios clínicos y electrofisiológicos después de terapia neuropsicológica en un paciente con afasia motora eferente.

Quintanar, L., Solovieva, Y., Bonilla, M., Sánchez, A. y Figueroa, C. (2002).

En material de lectura trata de forma concreta sobre el interés por los efectos del trabajo terapéutico sobre la actividad cerebral en pacientes con afasia. Algunos autores han reportado cambios en la actividad cerebral después del tratamiento, a través de diversas técnicas. Por lo que se hace un análisis de los efectos de un programa de rehabilitación neuropsicológica aplicado durante un año, a un paciente con afasia motora eferente, a través de la evaluación clínica y de estudios de mapeo cerebral, antes y después del tratamiento. Se trabajó con un paciente masculino de 30 años, diestro, con estudios de segundo año de medicina, quién fue herido de bala en 1994, la tomografía mostró una lesión en la región frontal posterior del hemisferio izquierdo. El diagnóstico neurológico señaló hemiplejía derecha y afasia motora. Para la evaluación neuropsicológica inicial (control) se utilizaron los procedimientos de Luria (1977) y un mapeo cerebral, realizados en enero de 1999. Posteriormente se aplicó un programa de rehabilitación elaborado sobre la base

de las propuestas de Luria (1948) y Tsvetkova (1977) durante doce meses. La evaluación final, neuropsicológica y el mapeo cerebral se realizaron en enero y febrero del 2000, respectivamente. Desde el punto de vista clínico, los resultados mostraron un avance sustancial en todas las esferas del paciente y particularmente en su lenguaje espontáneo.

Sesión 48.4:

Análisis neuropsicológico de pacientes con diferentes tipos de afasia.

Lázaro, E., Quintanar, L. y Solovieva, Y. (2010).

En el texto se menciona que la evaluación de pacientes hispano-parlantes con afasia frecuentemente se realiza con pruebas traducidas o adaptadas, muchas de las cuales no consideran las características específicas del idioma castellano. Por tal motivo, consideramos que es necesario elaborar instrumentos dirigidos a dicha población, que además permitan no sólo la descripción, sino el análisis de las dificultades que presentan los pacientes en la esfera verbal, con el objeto de identificar sus mecanismos subyacentes. Por lo que la lectura da como objetivo principal destacar la importancia de combinar el análisis cuantitativo y cualitativo en la evaluación clínico-neuropsicológica, a través de la “evaluación clínico-neuropsicológica de la afasia Puebla-Sevilla” para la caracterización de cuadros clínicos de diferentes tipos de afasia, de acuerdo a la clasificación de Luria. Instrumento que fue elaborado específicamente para población hispano-parlante, a partir de la propuesta de A.R. Luria y sus colaboradores. Se describe que en el estudio participaron 10 pacientes con alteraciones del lenguaje secundarios a daño cerebral. Los resultados se analizaron cualitativa y cuantitativamente. Se identificaron los factores neuropsicológicos subyacentes en cada caso: organización secuencial motora; integración cinestésica; integración fonemática y retención audio-verbal. Los resultados se discuten de acuerdo al análisis de cada cuadro clínico de los tipos de afasia identificados. Se hace énfasis en el análisis de los errores y sus posibles relaciones y causas. Se concluye que el instrumento utilizado puede ser de utilidad para la identificación del factor neuropsicológico afectado y su participación en diferentes funciones o acciones, así como para la elaboración de programas de rehabilitación dirigidos no a la función del lenguaje, sino a la recuperación de la actividad del paciente.

REFERENCIAS DE CONTENIDOS DE R.B.D.P.C.S..

1: *Todo lo que usted nunca quiso saber sobre el psicoanálisis*. Fontana, C. (2001). En: C. Fontana, *Todo lo que usted nunca quiso saber sobre el psicoanálisis*. (pp. 25-46). España: Editorial Síntesis.

2: *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis: hacia Lacan*. Braunstein, N. (1986). En: N. Braunstein, N. *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis: hacia Lacan*. (pp. 69 -79). México: Siglo XXI Editores.

3, 4, 5 y 6: *El Placer de leer a Freud*. Nasio, J. (2016). En: J. Nasio *El Placer de leer a Freud*. Argentina: Gedisa.

7: *Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos* (1925) Freud. S. (1923-1925/ 2000). En: S. Freud. S. *El yo y el ello y otras obras* (1923-1925 Obras Completas. Vol. XIX) (pp. 267-276) Argentina: Amorrortou.

8, 9, 10, 11 y 12. *Pulsiones y destinos de pulsión* (1915). Freud. S. (1914-1916/ 1979). En: S. Freud. *Trabajos sobre metapsicología, y otras obras*. (Obras Completas, Vol. XIV). Argentina: Amorrortou.

13.1: *Contexto socio-cultural del modelo cognitivo*. Caro, I. (2007). En: I. Caro *Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas*. (pp. 21-55). España: Descleé de Brouwer.

13.2: *Origen y desarrollo del cognitivismo clínico*. Semerani, A. (2002). En: A. Semerani *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. (pp. 19-36). Barcelona: Paidós.

14: *El proceso terapéutico en el modelo cognitivo*. Caro, I. (2007). En: I. Caro *Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas*. (pp. 57-91). España: Descleé de Brouwer.

15: *Concepto de psicología clínica, medicina conductual y psicología de la salud*. Buela-Casal, G., y Carrobes, J.A. (1997). En: G. Buela-Casal, V. Caballo y J. Sierra *Manual de evaluación en Psicología clínica y de la salud*. (Capítulo 1, Páginas 3-11). España: Siglo XXI Editores.

16.1: *La terapia racional emotivo conductual de A. Ellis*. Caro, I. (2007). En: I. Caro *Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas*. (pp. 93 - 133). España: Descleé de Brouwer.

16.2: *La valoración de los contenidos problemáticos*. Semerani, A. (2002). En: A. Semerani *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. (Capítulo 6, Páginas 159-172). Barcelona: Paidós.

16.3: *Identificación de los pensamientos automáticos*. Beck, J. (2000). En: J. Beck *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. (pp. 103-316). España: Gedisa.

17.1: *La terapia cognitiva de A. Beck*. Caro, I. (2007). En: I. Caro, I. *Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas*. (pp. 137-179). España: Descleé de Brouwer.

17.2: *La valoración de las funciones metacognitivas*. Semerani, A. (2002) En: A. Semerani. *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. (pp. 173-192). Barcelona: Paidós.

18.1: *El modelo de solución de problemas de Arthur Nezu*. Caro, I. (2007). En: I. Caro *Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas*. (pp. 181-218). España: Descleé de Brouwer.

18.2: *La valoración de la relación terapéutica*. Semerani, A. (2002). En: A. Semerani *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. Barcelona: Paidós. (Capítulo 8, Páginas 193-208).

19.1: *El cambio de los contenidos problemáticos*. Semerani, A. (2002). En: A. Semerani *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. (Capítulo 9, Páginas 211-215). Barcelona: Paidós.

19.2: *Evaluación de la adherencia al tratamiento*. Maciá, D., y Méndez, F.J. (1997). En: G. Buena-Casal, V. Caballo y J. Sierra, J. *Manual de evaluación en Psicología clínica y de la salud*. (Capítulo 3, Páginas 43-59). España: Siglo XXI Editores.

20: *La intervención en las funciones metacognitivas*. Semerani, A. (2002). En: A. Semerani, *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. (Capítulo 10, Páginas 235-248). Barcelona: Paidós.

21.1: *La regulación de la relación terapéutica*. Semerani, A. (2002). En: A. Semerani *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. (Capítulo 11, Páginas 249-264). Barcelona: Paidós. (pp. 249-264).

21.2: *Evaluación del proceso y de los resultados del tratamiento*. Buena-Casal, G., Caballo, V. y Sierra, J. (1997). En: G. Buena-Casal, V. Caballo y J. Sierra *Manual de evaluación en Psicología clínica y de la salud*. (Capítulo 4, Páginas 61-84). España: Siglo XXI Editores.

22: *Algo acerca del terapeuta*. Ellis, A. (2000). En: F. Dumont y R. Corsini *Seis terapeutas y un paciente*. (pp. 77-131). México: Manual Moderno.

23.1: *Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas*. Caro, I. (2007). En: I. Caro Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas. España: Descleé de Brouwer.

23.2: *Terapia Multimodal. Algo acerca del terapeuta*. Lazarus, A. (2003). En: F. Dumont y R. Corsini Seis terapeutas y un paciente. (Capítulo 4, Páginas 135-162). México: Manual Moderno.

24.1: *Manual de tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*. Caballo, V. (1998). En: V. Caballo (1998). Manual de tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos. México: Siglo XXI.

24.2: *Terapia Cognitivo Conductual*. McCrady, B. (2000). En: F. Dumont y R. Corsini Seis terapeutas y un paciente. (Capítulo 7, Páginas 257-307). México: Manual Moderno.

25: *La escuela de Palo Alto*. Wittezaele, J. J. y García, T. (1994). En: J.J. Wittezaele y T. García La escuela de Palo Alto. (pp. 35-55) Barcelona: Herder.

26.1: *La escuela de Palo Alto*. Wittezaele, J. J. y García, T. (1994). En: J.J. Wittezaele y T. García La escuela de Palo Alto. (pp. 56-94). Barcelona: Herder.

26.2: *Hacia una nueva psiquiatría. Proceso de transformación sistémica de un centro*. Covini et al. (1987). En: A. Covini, E. Fiocchi, R. Pasquino, y M. Selvini. Hacia una nueva psiquiatría. Proceso de transformación sistémica de un centro. (pp. 23-46). Barcelona: Herder.

26.3: *Historia de la terapia familiar: los personajes y las ideas*. Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). En: P. Bertrando y D. Toffanetti Historia de la terapia familiar: los personajes y las ideas. (pp. 117-167). Barcelona: Paidós.

27.1: *Hacia una nueva psiquiatría. Proceso de transformación sistémica de un centro*. Covini et al. (1987). En: A. Covini, E. Fiocchi, R. y M. Selvini Hacia una nueva psiquiatría. Proceso de transformación sistémica de un centro. (pp. 59-71). Barcelona: Herder.

27.2: *La escuela de Palo Alto*. Wittezaele, J. J. y García, T. (1994). En: J.J. Wittezaele y T. García La escuela de Palo Alto. (pp. 95-121). Barcelona: Herder.

27.3: *Estética del cambio*. Keeney, B. (1994). En: B. Keeney Estética del cambio. (pp. 77-127). Barcelona: Paidós.

27.4: *Historia de la terapia familiar: los personajes y las ideas*. Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). En: R. Bertrando y D. Toffanetti *Historia de la terapia familiar: los personajes y las ideas*. (pp. 169-227). Barcelona: Paidós.

27.5: *Una cosa lleva a la otra, contribución a la terapia breve de John Weakland*. Fisch et al. (2009). En: W.A. Ray, K. Schlanger, J.P. Sutton "One Thing Leads To Another," *Redux Contributions To Brief Therapy From John Weakland, Richard Fisch, Paul Watzlawick*. *Journal of Brief, Strategic & Systemic Therapies*, 3(1), 15-37.

28.1: *Hacia una nueva psiquiatría. Proceso de transformación sistémica de un centro*. Covini et al (1987). En: A. Covini, E. Focchi, R. Pasquino y M. Selvini *Hacia una nueva psiquiatría. Proceso de transformación sistémica de un centro*. (pp. 73-91). Barcelona: Herder.

28.2: *Cambio*. Watzlawick, P., Weakland J. y Fisch R. (1992). En: P. Watzlawick, J. Weakland y R. Fisch *Cambio*. (pp. 21-48). Barcelona: Heder.

29.1: *Hacia una nueva psiquiatría. Proceso de transformación sistémica de un centro*. Covini et al (1987). En: A. Covini, E. Focchi, R. Pasquino y M. Selvini *Hacia una nueva psiquiatría. Proceso de transformación sistémica de un centro*. (pp. 133-147). Barcelona: Herder.

29.2: *Cambio*. Watzlawick, P., Weakland J. y Fisch R. (1992). En: P. Watzlawick, J. Weakland y R. Fisch *Cambio*. (pp. 51-70). Barcelona: Heder.

30: *Cambio*. Watzlawick, P., Weakland J. y Fisch R. (1992). En: P. Watzlawick, J. Weakland y R. Fisch, *Cambio*. (pp. 71-100). Barcelona: Heder.

31.1: *Cambio*. Watzlawick, P., Weakland J. y Fisch R. (1992). En: P. Watzlawick, J. Weakland y R. Fisch, *Cambio*. (pp. 101-134). Barcelona: Heder.

31.2: *Paul Watzlawick: La percepción puede causar ceguera y otros ensayos*. Ray, W. y Nardone, G. (2009). En: W. Ray y G. Nardone, *Paul Watzlawick: Insight May Cause Blindness And Other Essays*. (pp. 141-143) Phoenix, AZ: Zeig, Tucker & Theisen.

31.3: *Terapia breve: filosofía y arte*. Nardone G. y Watzlawick P. (1999). En: G. Nardone y P. Watzlawick, *Terapia breve: filosofía y arte*. (Paginas 97-105). España: Paidós.

32.1: *Cambio*. Watzlawick, P., Weakland J. y Fisch R. (1992). En: P. Watzlawick, J. Weakland y R. Fisch, *Cambio*. (pp. 143-184). Barcelona: Heder.

32.2: *Paul Watzlawick: La percepción puede causar ceguera y otros ensayos*. Ray, W. y Nardone, G. (2009). En: W. Ray y G. Nardone, *Paul Watzlawick: Insight May Cause Blindness And Other Essays*. (pp. 103-121). Phoenix, AZ: Zeig, Tucker & Theisen.

32.3: *Paul Watzlawick: La percepción puede causar ceguera y otros ensayos*. Ray, W. y Nardone, G. (2009). En: W. Ray y G. Nardone, *Paul Watzlawick: Insight May Cause Blindness And Other Essays*. (pp. 97-102). Phoenix, AZ: Zeig, Tucker & Theisen.

32.4: *Paul Watzlawick: La percepción puede causar ceguera y otros ensayos*. Ray, W. y Nardone, G. (2009). En: W. Ray y G. Nardone, *Paul Watzlawick: Insight May Cause Blindness And Other Essays*. (pp. 145-151). Phoenix, AZ: Zeig, Tucker & Theisen.

32.5: *Paul Watzlawick: La percepción puede causar ceguera y otros ensayos*. Ray, W. y Nardone, G. (2009). En: W. Ray y G. Nardone, *Paul Watzlawick: Insight May Cause Blindness And Other Essays*. (pp. 153-169). Phoenix, AZ: Zeig, Tucker & Theisen.

33.1: *Terapia familiar y de pareja*. Roizblatt, S. (2006). En: S. Roizblatt (Ed.), *Terapia familiar y de pareja*. (pp. 191-208). Chile: Mediterráneo.

33.2 y 34.3: *Hacia una nueva psiquiatría. Proceso de transformación sistémica de un centro*. Covini et al (1987). En: A. Covini, E. Fiocchi, R. Pasquino y M. Selvini, *Hacia una nueva psiquiatría. Proceso de transformación sistémica de un centro*. Barcelona: Herder.

33.3: *Resolución de problemas enfocada: artículos seleccionados del Centro de terapia breve de resonancia magnética*. Fisch, R., Ray, W. y Schlanger, K. (2009). En: R. Fisch, W. Ray y K. Schlanger (Eds.), *Focused Problem Resolution: Selected Papers of the MRI Brief Therapy Center*. (pp. 203-216). Phoenix, AZ: Zeig, Tucker & Theisen.

33.4: *Resolución de problemas enfocada: artículos seleccionados del Centro de terapia breve de resonancia magnética*. Fisch, R., Ray, W. y Schlanger, K. (2009). En: R. Fisch, W. Ray y K. Schlanger (Eds.), *Focused Problem Resolution: Selected Papers of the MRI Brief Therapy Center*. (pp. 153-163). Phoenix, AZ: Zeig, Tucker & Theisen.

33.5: *Resolución de problemas enfocada: artículos seleccionados del Centro de terapia breve de resonancia magnética*. Fisch, R., Ray, W. y Schlanger, K. (2009). En: R. Fisch, W. Ray y K. Schlanger (Eds.), *Focused Problem Resolution: Selected Papers of the MRI Brief Therapy Center*. (pp. 195-202). Phoenix, AZ: Zeig, Tucker & Theisen.

34.1: *Conocer a través del cambio*. Nardone, G. y Portelli, C. (2006). En: G. Nardone y C. Portelli, *Conocer a través del cambio*. (pp. 75-175). España Heder.

34.2 *Terapia breve: filosofía y arte*. Nardone G. y Watzlawick, P. (1999). En: G. Nardone y P. Watzlawick, *Terapia breve: filosofía y arte*. (pp. 107-120). España: Paidós.

34.4: *Hacia un conocimiento operativo de los problemas psicológicos: el diagnóstico estratégico*. Bartoletti, A. y Nardone, G. (2007). En: A. Bartoletti & G. Nardone, *Toward an Operative Knowledge of Psychological Problems: The Strategic Diagnosis*. *Journal of Brief, Strategic & Systemic Therapies*, 1(1), 123-135.

34.5: *Similitudes y diferencias entre las concepciones individuales e interactivas de la conducta y el cambio*. Ray, W. A. y Borer, M. (2007). En: W.A. Ray & M. Borer, *Similarities and Differences between Individual and Interactional Conceptions of Behavior and Change*. *Journal of Brief, Strategic & Systemic Therapies*, 1(2), 37-46.

35.1: *Sobre la ética en psicoterapia y la influencia de Heinz von Foerster*. Anger-Díaz, B. (2008). En: B. Anger-Díaz, *On Ethics in Psychotherapy and the Influence of Heinz Von Foerster*. *Journal of Brief, Strategic & Systemic Therapies*, 2(1), 31-42.

35.2: *Centro de terapia breve de resonancia magnética*. Fisch, R., Ray, W. y Schlanger, K. (2009). En: R. Fisch, W. Ray & K. Schlanger (Eds.), *Focused Problem Resolution: Selected Papers of the MRI Brief Therapy Center*. (pp. 217-224). Phoenix, AZ: Zeig, Tucker & Theisen.

36.1: *Hacia una nueva psiquiatría. Proceso de transformación sistémica de un centro*. Covini et al (1987). En: A. Covini, E. Flocchi, R. Pasquino y M. Selvini, *Hacia una nueva psiquiatría. Proceso de transformación sistémica de un centro*. (pp. 91-112). Barcelona: Herder.

36.2: *Casos que “no tienen sentido”: Breve tratamiento estratégico en la práctica médica*. Fisch, R. y Weakland, J. H. (1984). En: R. Fisch & J.H. Weakland, *Cases that ‘don’t make sense’: Brief strategic treatment in medical practice*. *Family Systems Medicine*, 2(2), 125-136.

36.3: *Manual de Terapia Sexual*. Green, S. y Flemons, D. (2004). En: S. Green y D. Flemons (Eds.), *Manual de Terapia Sexual*. (pp. 315-358). Barcelona: Paidós.

36.4: *Resolución de problemas enfocada: artículos seleccionados del Centro de terapia breve de resonancia magnética*. Fisch, R., Ray, W. y Schlanger, K. (2009). En: R. Fisch, W. Ray & K. Schlanger (Eds.), *Focused Problem Resolution: Selected Papers of the MRI Brief Therapy Center*. (pp. 165-176). Phoenix, AZ: Zeig, Tucker & Theisen.

36.5: *Terapia centrada en la interacción para abordar la doble unión de los adolescentes perturbados*. Ray, W. A., Saxon, W. y Borer, M. (2008). En: W.A. Ray, W. Saxon & M. Borer, *Interaction Focused Therapy to Address Double Binding of Disturbed Adolescents*. *Journal of Brief, Strategic & Systemic Therapies*, 2(1), 51-65.

37.1 y 37.2: *Desarrollo histórico y orientaciones actuales*. Portellano, J. (2005). En: J. Portellano, *Introducción a la Neuropsicología*. (pp. 3-8). España; McGraw-Hill.

37.3: *Ámbitos de actuación*. Portellano, J. (2005). En: J. Portellano, *Introducción a la Neuropsicología*. (pp. 25-30). España; McGraw-Hill.

38.1: *Psicopatología*. Rains, G. (2002). En: G. Rains, *Principios de neuropsicología humana*. Páginas 363-419). México: McGraw- Hill.

38.2: *Fundamentos para la evaluación neuropsicológica*. Hebben, N. y Milberg, W. (2011). En: N. Hebben y W. Milberg, *Fundamentos para la evaluación neuropsicológica*. (pp. 218-222). México: Manual Moderno.

39: *Neuropsicología infantil: historia, conceptos y objetivos*. Rosselli, M., Matute, E. y Ardila, A. (2010). En: M. Rosselli, E. Matute y A. Ardila, *Neuropsicología del desarrollo infantil*. (pp. 3-15). México: Manual Moderno.

40: *Evaluación neuropsicológica infantil*. Rosselli, M., Matute, E. y Ardila, A. (2010). En: M. Rosselli, E. Matute y A. Ardila, *Neuropsicología del desarrollo infantil*. (pp. 71-119). México: Manual Moderno.

41: *Métodos en neuropsicología*. Rains, G. (2002). En: G. Rains, *Principios de neuropsicología humana*. (pp. 70-88). México: McGraw- Hill.

42: *Lectura, escritura y comprensión de textos: aspectos cognitivos de una habilidad cultural*. Abusamra, V. y Yves, J. (2012). En: V. Abusamra, V. y J. Yves, *Lectura, escritura y comprensión de textos: aspectos cognitivos de una habilidad cultural*. Neuropsicología Latinoamericana, 4(1), 1-4.

43: *La memoria semántica: modelos neuropsicológicos y alteraciones a consecuencia de daño cerebral*. Patiño, V. (2007). En: V. Patiño, *La memoria semántica: modelos neuropsicológicos y alteraciones a consecuencia de daño cerebral*. Rev. Neuropsicología, 2(1), 10-17.

44.1: *El proceso de evaluación neuropsicológica*. Portellano, J. (2005). En: J. Portellano, *Introducción a la Neuropsicología*. (pp. 111-130). España; McGraw-Hill.

44.2: *Elementos esenciales de la entrevista y del historial clínico*. Hebben, N. y Milberg, W. (2011). En: N. Hebben y W. Milberg, *Fundamentos para la evaluación neuropsicológica*. (pp. 39-62). México: Manual Moderno.

45.1: *Elementos esenciales de la selección de pruebas, la administración y la calificación*. Hebben, N. y Milberg, W. (2011). En: N. Hebben y W. Milberg, *Fundamentos para la evaluación neuropsicológica*. (pp. 63-136). México: Manual Moderno.

45.2: *Pruebas neuropsicológicas*. Portellano, J. (2005). En: J. Portellano, *Pruebas neuropsicológicas*. En: *Introducción a la neuropsicología*. (pp. 131-142). España; McGraw-Hill.

45.3: *Elementos fundamentales en la redacción de reportes*. Hebben, N. y Milberg, W. (2011). En: N. Hebben y W. Milberg, *Fundamentos para la evaluación neuropsicológica*. (pp. 191-214). México: Manual Moderno.

46.1: *Rehabilitación neuropsicológica: Memoria, Funciones ejecutivas, Agnosias y Neuropsicología en la infancia*. Portellano, J. (2005). En: J. Portellano, *Introducción a la Neuropsicología*. (pp. 359-378). España; McGraw-Hill.

46.2: *Terapia de los trastornos neuropsicológicos: aspectos farmacológicos y no farmacológicos*. Frank-García, A., Fernández-Guinea, S. y Amer-Ferrer, G. (2007). En: J. Peña-Casanova, *Neurología de la conducta y neuropsicología*. (Capítulo 22, Páginas 383-400). España: Panamericana.

46.3: *Fundamentos básicos de la rehabilitación cognitiva*. Portellano, J. (2005). En: J. Portellano, *Pruebas neuropsicológicas*. En: *Introducción a la neuropsicología*. (pp. 345-358). España; McGraw-Hill.

47.1: *Correlaciones entre praxis y memoria de trabajo en demencia fronto-temporal variante frontal*. Gómez, P. y Politis, D. (2011). En: P. Gómez y D. Politis, Correlaciones entre praxis y memoria de trabajo en demencia fronto-temporal variante frontal. Revista Neuropsicología Latinoamericana, 3(2), 23-30.

47.2: *Análisis psicolingüístico del recuerdo de un texto narrativo en pacientes con deterioro cognitivo leve*. Del Rio et al. (2010). En: M. Del Rio, V. Satinsky, A. Mauriño y E. Labos, Análisis psicolingüístico del recuerdo de un texto narrativo en pacientes con deterioro cognitivo leve. Revista Neuropsicología Latinoamericana, 2(1), 87-94.

48.1: *Esclerosis Múltiple de tipo cortical con deterioro cognitivo de tipo subcortical. Presentación de un caso*. Gudayol et al. (2007). En: E. Gudayol, I. Herrera, E. Villuendas y J. Herrera, Esclerosis Múltiple de tipo cortical con deterioro cognitivo de tipo subcortical. Presentación de un caso. Rev Neuropsicol, 2(1), 24-28.

48.2: *Alteraciones de la actividad intelectual en pacientes con afasia motora aferente*. Solovieva et al. (2001). En: Y. Solovieva, M. Chávez, G. Planell y L. Quintanar, Alteraciones de la actividad intelectual en pacientes con afasia motora aferente, Revista Latina de Pensamiento y Lenguaje y Neuropsicología Latina, 10(1), 75-93.

48.3: *Cambios clínicos y electrofisiológicos después de terapia neuropsicológica en un paciente con afasia motora eferente*. Quintanar et al. (2002). En: L. Quintanar, Y. Solovieva, M. Bonilla, A. Sánchez y C. Figueroa, Cambios clínicos y electrofisiológicos después de terapia neuropsicológica en un paciente con afasia motora eferente. Revista Latina de Psicología, 5(2), 205-222.

48.4: *Análisis neuropsicológico de pacientes con diferentes tipos de afasia*. Lázaro, E., Quintanar, L. y Solovieva, Y. (2010). En: E. Lázaro, L. Quintanar y Y. Solovieva, Análisis neuropsicológico de pacientes con diferentes tipos de afasia. Revista Neuropsicología Latinoamericana, 2(1), 33-46.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE R.B.D.P.C.S.

Abusamra, V. y Yves, J. (2012). Lectura, escritura y comprensión de textos: aspectos cognitivos de una habilidad cultural. *Neuropsicología Latinoamericana*, 4(1), 1-4. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2075-94792012000100001&lng=pt&tlng=es.

Anger-Díaz, B. (2008). On Ethics in Psychotherapy and the Influence of Heinz Von Foerster. *Journal of Brief, Strategic & Systemic Therapies*, 2(1), 31-42. <https://www.geyerhofer.com/download/090709125340.pdf>

Bartoletti, A. & Nardone, G. (2007). Toward an Operative Knowledge of Psychological Problems: The Strategic Diagnosis. *Journal of Brief, Strategic & Systemic Therapies*, 1(1), 123-135. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042814000068>

Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Gedisa.

Bertrando, P., y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar: los personajes y las ideas*. Paidós.

Braunstein, N. (1986). *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis: hacia Lacan*. Siglo XXI Editores.

Buela-Casal, G., Caballo, V. y Sierra, J. (1997). *Manual de evaluación en Psicología clínica y de la salud*. Siglo XXI Editores.

Caballo, V. (Ed.). (1998). *Manual de tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*. Siglo XXI.

Caro, I. (2007). *Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas*. Descleé de Brouwer.

Covini, A., Fiocchi, E., Pasquino, R. y Selvini, M. (1987). *Hacia una nueva psiquiatría. Proceso de transformación sistémica de un centro*. Herder.

Del Río, M., Satinosky, V., Mauriño, A., y Labos, E. (2010). Análisis psicolingüístico del recuerdo de un texto narrativo en pacientes con deterioro cognitivo leve. *Revista Neuropsicología Latinoamericana*, 2(1), 87-94. https://www.neuropsicolatina.org/index.php/Neuropsicologia_Latinoamericana/article/view/26/26

Dumont, F. y Corsini, R. (2000). *Seis terapeutas y un paciente*. Manual Moderno.

Fisch, R. & Weakland, J. H. (1984). Cases that 'don't make sense': Brief strategic treatment in medical practice. *Family Systems Medicine*, 2(2), 125-136. <https://doi.org/10.1037/h0091658>

Fisch, R., Ray, W. & Schlanger, K. (Eds.) (2009). *Focused Problem Resolution: Selected Papers of the MRI Brief Therapy Center*. Zeig, Tucker & Theisen.

Fontana, C. (2001). *Todo lo que usted nunca quiso saber sobre el psicoanálisis*. Editorial Síntesis.

Freud, S. (1979). *Trabajos sobre metapsicología, y otras obras* (Obras Completas. Vol. XIV) (Original publicado en 1914-1916). Amorrortou.

Freud, S. (2000). *El yo y el ello, y otras obras*. (Obras Completas. Vol. XIX). (Original publicado en 1923-1925). Amorrortou.

Gómez, P. y Politis, D. (2011). Correlaciones entre praxis y memoria de trabajo en demencia frontotemporal variante frontal. *Revista Neuropsicología Latinoamericana*, 3(2), 23-30. https://www.neuropsicolatina.org/index.php/Neuropsicologia_Latinoamericana/article/view/66/55

Green, S. y Flemons, D. (Eds.) (2004). *Manual de Terapia Sexual*. Paidós.

Gudayol, E., Herrera, I., Villuendas, E. y Herrera, J. (2007). Esclerosis Múltiple de tipo cortical con deterioro cognitivo de tipo subcortical. Presentación de un caso. *Rev Neuropsicol*, 2(1), 24-28. <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=49079>

Hebben, N. y Milberg, W. (2011). *Fundamentos para la evaluación neuropsicológica*. Manual Moderno.

Keeney, B. (1994). *Estética del cambio*. Paidós.

Lázaro, E., Quintanar, L. y Solovieva, Y. (2010). Análisis neuropsicológico de pacientes con diferentes tipos de afasia. *Revista Neuropsicología Latinoamericana*, 2(1), 33-46. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rnl/v2n1/v2n1a05.pdf>

Nardone G. y Watzlawick P. (1999). *Terapia breve: filosofía y arte*. Paidós.

- Nardone, G. y Portelli, C. (2006). *Conocer a través del cambio*. Heder.
- Nasio, J. (2016). *El Placer de leer a Freud*. Gedisa.
- Patiño, V. (2007). La memoria semántica: modelos neuropsicológicos y alteraciones a consecuencia de daño cerebral. *Rev Neuropsicol*, 2(1), 10-17. <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=49077>
- Peña-Casanova, J. (2007). *Neurología de la conducta y neuropsicología*. Panamericana.
- Portellano, J. (2005). *Introducción a la Neuropsicología*. McGraw-Hill.
- Quintanar, L., Solovieva, Y., Bonilla, M., Sánchez, A. y Figueroa, C. (2002). Cambios clínicos y electrofisiológicos después de terapia neuropsicológica en un paciente con afasia motora eferente. *Revista Latina de Psicología*, 5(2), 205-222. http://cmas.siu.buap.mx/portal_pprd/work/sites/neuropsicologia/resources/LocalContent/108/2/Cambiosclnicosyelectrofisiologicos.pdf
- Rains, G. (2002). *Principios de neuropsicología humana*. McGraw- Hill.
- Ray, W. & Nardone, G. (Eds.) (2009). *Paul Watzlawick: Insight May Cause Blindness and Other Essays*. Zeig, Tucker & Theisen.
- Ray, W. A., & Borer, M. (2007). Similarities and Differences between Individual and Interactional Conceptions of Behavior and Change. *Journal of Brief, Strategic & Systemic Therapies*, 1(2), 37-46. http://minerva.dcaa.unam.mx/app/webroot/files/68/L7_Ray&Borer_2007.pdf
- Ray, W. A., Saxon, W. & Borer, M. (2008). Interaction Focused Therapy to Address Double Binding of Disturbed Adolescents. *Journal of Brief, Strategic & Systemic Therapies*, 2(1), 51-65. http://www.paginaspersonales.unam.mx/app/webroot/files/68/L7_Ray&Borer_2007.pdf
- Ray, W. A., Schlanger, K. & Sutton, J. P. (2009). "One Thing Leads To Another," Redux Contributions To Brief Therapy From John Weakland, Richard Fisch, and Paul Watzlawick. *Journal of Brief, Strategic & Systemic Therapies*, 3(1), 15-37. <http://webservices.ulm.edu/facultyactivities/profile/sutton>
- Roizblatt, S. (Ed.) (2006). *Terapia familiar y de pareja*. Mediterraneo.

Rosselli, M., Matute, E. y Ardila, A. (2010). *Neuropsicología del desarrollo infantil*. Manual Moderno.

Semerani, A. (2002). *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. Paidós.

Solovieva, Y., Chávez, M., Planell, G., y Quintanar, L. (2001). Alteraciones De La Actividad Intelectual En Pacientes Con Afasia Motora Aferente, *Revista Latina de Pensamiento y Lenguaje y Neuropsicología Latina*, 10(1), 75-93. <https://studylib.es/doc/5705048/alteraciones-de-la-actividad-intelectual-en-pacientes-con>

Solovieva, Y., Quintanar, L. y León-Carrión, JL. (2005). Afasia Acústico-Mnésica. Estudio De Caso. *Revista Española de Neuropsicología*, 7(1), 17-34. [Dialnet-AfasiaAcusticomnesica-2006129%20\(1\).pdf](https://dialnet-AfasiaAcusticomnesica-2006129%20(1).pdf)

Watzlawick, P., Weakland J. y Fisch R. (1992). *Cambio*. Heder.

Wittezaele, J. J. y García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto*. Herder.

PAUTA 5:

UNIDAD DE APRENDIZAJE: EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD

MODALIDAD: PRÁCTICA SUPERVISADA

PRESENTACIÓN

El programa de Psicología Clínica y de la Salud, contempla en la modalidad de Práctica Supervisada la temática de Evaluación e Intervención en Psicología Clínica y de la Salud en el semestre par. Esta actividad tiene como propósito el que los alumnos de la Carrera de Psicología implementen estrategias de la Psicología Clínica y de la salud basada en sus diferentes aproximaciones teóricas, ya sea para la evaluación, la intervención, así como para la detección de los factores psicológicos involucrados en la salud y el bienestar de los individuos. Considerando que el perfil profesional del Licenciado en Psicología es una sólida formación que debe poseer los conocimientos, las habilidades y las actitudes, para la promoción de comportamientos saludables; quien además debe ser un promotor de la salud en ámbitos como la prevención, la intervención y la investigación, acerca de diferentes problemas relacionados con la Psicología en sus diferentes escenarios. De aquí la importancia y la necesidad de brindar herramientas para la formación del alumno para que construya una visión crítica de la conceptualización del proceso salud-enfermedad como un fenómeno complejo, desde un contexto social, histórico y cultural. Por lo anterior, en la Unidad de Aprendizaje: Evaluación e Intervención en Psicología Clínica y de la Salud se oriente al alumno para que conozca, analice, evalúe y en su caso, aplique los aspectos socioculturales e históricos, involucrados en el desarrollo de las aproximaciones al proceso salud-enfermedad en la Psicología clínica y de la Salud.

La bibliografía a revisar se encuentra distribuida en tres contenidos. En el Contenido Uno se encuentra la temática sobre la Planificación del proceso de tratamiento, la elaboración del programa de tratamiento, el desarrollo del programa de tratamiento, el seguimiento y evaluación del tratamiento, en este capítulo con enfoque desde el modelo psicoanalítico. En el Contenido Dos se describe Planificación del proceso de tratamiento, la elaboración del programa de tratamiento, el desarrollo del programa de tratamiento, el seguimiento y evaluación del tratamiento, desde la perspectiva de la terapia del aprendizaje social. En el Contenido Tres se encuentra la Planificación del proceso de tratamiento, la elaboración del programa de tratamiento, el desarrollo del programa de tratamiento, el seguimiento y evaluación del tratamiento con el modelo sistémico.

OBJETIVOS

Objetivo General

El alumno: Implementará estrategias de la Psicología Clínica y de la salud basada en sus diferentes aproximaciones teóricas, para la evaluación, intervención y detección de los factores psicológicos involucrados en la salud y el bienestar de los individuos.

Objetivo Específico

El alumno: Implementará estrategias de la Psicología clínica y de la salud, basadas en sus diferentes aproximaciones teóricas.

CRONOGRAMA DE CONTENIDOS

En esta Pauta o Guía de Lectura para **Unidad de Aprendizaje: Evaluación e Intervención en Psicología Clínica y de la Salud**, Modalidad: Práctica Supervisada: correspondiente al **Módulo II: Aproximaciones en Psicología Clínica y Salud**, se organizaron de acuerdo con las sesiones y lecturas. El desglose se encuentra en la Tabla A, la cual integra el compendio con el número de sesiones, contenidos por sesión y referencias (básicas y clásicas). Este desglose permitirá al lector dar el seguimiento a la propuesta del programa, la revisión individual y/o grupal, así como plantear el análisis crítico de la Psicología Clínica y de la Salud. Los contenidos correspondientes son:

4.1 Psicoanálisis

4.1.1 Planificación del proceso de tratamiento: 6 sesiones con 2 referencias.

4.1.2 Elaboración del programa de tratamiento. 4 sesiones con 3 referencias.

4.1.3 Desarrollo del programa de tratamiento. 3 sesiones con 2 referencias.

4.1.4 Seguimiento y evaluación del tratamiento 3 sesiones con 1 referencias.

4.2 Aprendizaje Social

4.2.1 Planificación del proceso de tratamiento 6 sesiones con 3 referencias.

4.2.2 Elaboración del programa de tratamiento 4 sesiones con 3 referencias.

4.2.3 Desarrollo del programa de tratamiento 19 sesiones con 13 referencias.

4.2.4 Seguimiento y evaluación del tratamiento 4 sesiones con 4 referencias.

4.3 Sistémico

4.3.1 Planificación del proceso de tratamiento. 22 sesiones con 15 referencias.

4.3.2 Elaboración del programa de tratamiento 18 sesiones con 13 referencias.

4.3.3 Desarrollo del programa de tratamiento. 41 sesiones con 24 referencias.

4.3.4 Seguimiento y evaluación del tratamiento. 13 sesiones con 10 referencias.

El total de sesiones son 143 con 93 referencias básicas y/o clásicas.

TABLA A: Relación de Contenidos, número de sesiones y referencias básicas y/o clásicas de R.B.E.I.P.C.S. (Nomenclatura: Sesión = S).

Contenidos	S	Referencia básica y/o clásica
4.1 Psicoanálisis 4.1.1 Planificación del proceso de tratamiento	1	Fontana, C. (2001). <i>Todo lo que usted nunca quiso saber sobre el psicoanálisis</i> . España: Síntesis.
	2	Fontana, C. (2001). <i>Todo lo que usted nunca quiso saber sobre el psicoanálisis</i> . España: Síntesis.
	3	Fontana, C. (2001). <i>Todo lo que usted nunca quiso saber sobre el psicoanálisis</i> . España: Síntesis.
	4	Fontana, C. (2001). <i>Todo lo que usted nunca quiso saber sobre el psicoanálisis</i> . España: Síntesis.
	5	Bekerman, J. (1996). <i>El psicoanálisis ilustrado</i> . Argentina: Emecé.
	6	Bekerman, J. (1996). <i>El psicoanálisis ilustrado</i> . Argentina: Emecé.
4.1 Psicoanálisis 4.1.2 Elaboración del programa de tratamiento	7	Freud, S. (1911/2000). Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente Trabajos sobre técnica psicoanalítica y otras obras. Argentina: Amorrortu. (<i>Obras Completas. (Tomo XII. Página 209-215).</i>
	8	Freud, S. (1901/2000). Fragmento de análisis de un caso de histeria Tres ensayos de teoría sexual y otras obras. Argentina: Amorrortu. (<i>Obras Completas. (Tomo VII. Páginas 235-242).</i>

Contenidos	S	Referencia básica y/o clásica
4.1 Psicoanálisis		
4.1.2	9	Rudinesco, E. (2001). <i>¿Por qué el Psicoanálisis?</i> Argentina: Paidós. (La sociedad depresiva) (pp. 15-28).
Elaboración del programa de tratamiento	10	Rudinesco, E. (2001). <i>¿Por qué el Psicoanálisis?</i> Argentina: Paidós (El alma no es una cosa) páginas 29-35).
4.1 Psicoanálisis		
4.1.3 Desarrollo del programa de tratamiento	11	Rudinesco, E. (2001). <i>¿Por qué el Psicoanálisis?</i> Argentina: Paidós (Lo universal, la diferencia, la exclusión. Capítulo 11 páginas 115-130).
	12	Dor, J. (1996). <i>Clínica psicoanalítica</i> . España: Gedisa. (pp. 49-57).
	13	Dor, J. (1996). <i>Clínica psicoanalítica</i> . España: Gedisa. (pp. 59-68).
4.1 Psicoanálisis		
4.1.4	14	Rudinesco, E. (2001). <i>¿Por qué el Psicoanálisis?</i> Argentina: Paidós. (Freud murió en Norteamérica 1. Capítulo 7 Páginas 65-72)
Seguimiento y evaluación del tratamiento	15	Rudinesco, E. (2001). <i>¿Por qué el Psicoanálisis?</i> Argentina: Paidós. (Freud murió en Norteamérica 2. Rudinesco, E. (2001). <i>¿Por qué el Psicoanálisis?</i> Argentina: Paidós. (Freud murió en Norteamérica 2. Capítulo 7 Páginas 73-83).
	16	Rudinesco, E. (2001). <i>¿Por qué el Psicoanálisis?</i> Argentina: Paidós. (La ciencia y el psicoanálisis. Capítulo 9 Páginas 93-103).
4.2 Aprendizaje Social		
4.2.1	17	Ellis, A. & Blau, S. (2000). <i>Vivir en una sociedad irracional</i> . España: Desclée de Brower. (pp. 13-27).
Planificación del proceso de tratamiento	18	Ellis, A. & Blau, S. (2000). <i>Vivir en una sociedad irracional</i> . España: Desclée de Brower. (pp. 151-167).
	19	Ellis, A. & Blau, S. (2000). <i>Vivir en una sociedad irracional</i> . España: Desclée de Brower. (pp. 169-192).
	20	Ellis, A. & Blau, S. (2000). <i>Vivir en una sociedad irracional</i> . España: Desclée de Brower. (pp. 449-453).
	21	Dryden, W. & Ellis, A. (1989). <i>Práctica de la terapia racional emotiva</i> . España: Desclée de Brower. (71-83).
	22	Compas, B. & Gotlieb, I. (2003). <i>Introducción a la Psicología clínica. Ciencia y práctica</i> . Madrid: McGraw Hill. (Intervención psicológica: evaluación promoción, prevención y tratamientos, páginas 281-308).

Contenidos	S	Referencia básica y/o clásica
4.2 Aprendizaje Social 4.2.2 Elaboración del programa de tratamiento	23	Dryden, W. & Ellis, A. (1989). <i>Práctica de la terapia racional emotiva</i> . España: Desclée de Brower. (La teoría general de la TRE, páginas 13-37).
	24	Dryden, W. & Ellis, A. (1989). <i>Práctica de la terapia racional emotiva</i> . España: Desclée de Brower. (La práctica básica de la TRE, páginas, 39-70)
	25.1	Becoña, I.E., Casete, F.L., Lloves, M.M., Nogueiras, F.L., Lage, M.Z.M., Gutiérrez, M.M., Baamonde, R.M., Lorenzo, P.C., Suárez, P.S., González, V.N., Vázquez, D.M. & Miguez, V.M. (2004). Guías de tratamiento y guías para la práctica clínica psicológica: Una visión desde la clínica. <i>Papeles del Psicólogo</i> , 25(087): 9-19.
	25.2	Ramos-del Río, B. & Figueroa, L.C. (2006). Guía para la elaboración de un protocolo de tratamiento psicológico. México: UNAM, Facultad de Estudios Profesionales Zaragoza, Programa Psicología de la Salud. [Material propio].
4.2 Aprendizaje Social 4.2.3 Desarrollo del programa de tratamiento	26	Ellis, A. & Grieger, R. (2003). <i>Manual de Terapia Racional-Emotiva</i> . España: Desclée de Brower. (pp. 199-205).
	27	Ellis, A. & Grieger, R. (2003). <i>Manual de Terapia Racional-Emotiva</i> . España: Desclée de Brower. (pp. 225-233).
	28	Ellis, A. & Grieger, R. (2003). <i>Manual de Terapia Racional-Emotiva</i> . España: Desclée de Brower. (pp. 235-240).
	29	Ellis, A. & Grieger, R. (2003). <i>Manual de Terapia Racional-Emotiva</i> . España: Desclée de Brower. (pp. 243-259).
	30	Okun, F.B. (2010). Ayudar de forma efectiva: Counselling. México: Paidós. (pp. 45-80).
	31	Compas, B. & Gotlieb, I. (2003). <i>Introducción a la Psicología clínica. Ciencia y práctica</i> . Madrid: McGraw Hill. (pp. 367-400).
	32	Vázquez, M.I. (2001). Técnicas de relajación y respiración. Madrid: Síntesis. (pp. 109-130).
	33	Vázquez, M.I. (2001). Técnicas de relajación y respiración. Madrid: Síntesis. (Páginas, 17-85).
	34	Payne, R.A. (2005). Técnicas de relajación. Guía práctica. Barcelona: Paidotribo. (225-243).

Contenidos	S	Referencia básica y/o clásica
4.2 Aprendizaje Social 4.2.3 Desarrollo del programa de tratamiento	35	Payne, R.A. (2005). Técnicas de relajación. Guía práctica. Barcelona: Paidotribo. (245-265).
	36	Payne, R.A. (2005). Técnicas de relajación. Guía práctica. Barcelona: Paidotribo. (267-278).
	37	Lazarus, A.A. (2000). El enfoque multimodal. Una psicoterapia breve pero completa. Bilbao: Desclee de Brouwer. (Paginas 37-47).
	38	Ramos-del Río, B. (2007). La entrevista motivacional: una estrategia para el cambio en psicología y salud. En García-Méndez, M. (Comp.). <i>Estrategias de evaluación e intervención en psicología</i> . México: Miguel Ángel Porrúa. (Paginas 189-231).
	39	Beriso, Gómez-Escalonilla, A., Plans-Beriso, B., Sánchez, P.D. & Sánchez-Guerra R.M. (2007). Cuadernos de psicoterapia cognitivo-conductual 1. Estrategias cognitivas para sentirse bien. Madrid: EOS. (Paginas 9-51).
	40	Beriso, Gómez-Escalonilla, A., Plans-Beriso, B., Sánchez, P.D. & Sánchez-Guerra R.M. (2007). Cuadernos de psicoterapia cognitivo-conductual. 1. Estrategias cognitivas para sentirse bien. Madrid: EOS. (Paginas 61-101).
	41.1	Flores, G.M. & Díaz-Loving, R. (2002). Asertividad: una alternativa para el óptimo manejo de las relaciones personales. México: Miguel Ángel Porrúa. (pp. 21-27).
	41.2	Flores, G.M. & Díaz-Loving, R. (2002). Asertividad: una alternativa para el óptimo manejo de las relaciones personales. México: Miguel Ángel Porrúa. (Páginas, 29-49).
	41.3	Flores, G.M. & Díaz-Loving, R. (2002). Asertividad: una alternativa para el óptimo manejo de las relaciones personales. México: Miguel Ángel Porrúa. (pp. 51-58).
	41.4	Flores, G.M. & Díaz-Loving, R. (2002). Asertividad: una alternativa para el óptimo manejo de las relaciones personales. México: Miguel Ángel Porrúa. (pp. 75-96).
	41.5	Flores, G.M. & Díaz-Loving, R. (2002). Asertividad: una alternativa para el óptimo manejo de las relaciones personales. México: Miguel Ángel Porrúa. (pp. 97-108).

Contenidos	S	Referencia básica y/o clásica
4.2 Aprendizaje Social 4.2.3 Desarrollo del programa de tratamiento	41.6	Flores, G.M. & Díaz-Loving, R. (2002). Asertividad: una alternativa para el óptimo manejo de las relaciones personales. México: Miguel Ángel Porrúa. (pp. 109-115).
	41.7	Flores, G.M. & Díaz-Loving, R. (2002). Asertividad: una alternativa para el óptimo manejo de las relaciones personales. México: Miguel Ángel Porrúa. (pp. 117-126).
	42	Muñoz, M. & Bermejo, M. (2001). Entrenamiento en inoculación de estrés. Madrid: Síntesis. (pp. 7-54).
	43	Becoña, I.E. (2001). Técnicas de solución de problemas. En. Labrador, F.J., Cruzado, J.A. & Muñoz, M. <i>Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta</i> . Madrid: Pirámide. (pp. 710-743).
	44.1	Vázquez, C., Hervás, G. & Ho, S.M.Y. (2006). Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: Fundamentos y aplicaciones. <i>Rev. Psicología Conductual</i> , 14(3): 401- 432.
	44.2	Hervás, G., Sánchez, A, y Vázquez Carmelo. (2008). Intervenciones psicológicas para la promoción del bienestar. En. Vázquez, C. & Hervás, G. (Eds.). <i>Psicología positiva aplicada</i> (España: Desclée De Brouwer. pp. 41-71).
4.2 Aprendizaje Social 4.2.4 Seguimiento y evaluación del tratamiento	45	Dryden, W., Ellis, A. (1989). <i>Practica de la terapia racional emotiva</i> . España: Desclée de Brower. (Páginas, 219-227).
	46	Ellis, A. (1999). <i>Una terapia más profunda y duradera. Enfoque teórico de la terapia racional emotivo-conductual</i> . España: Desclée de Brower. 275-293).
	47	Ellis, A. Blau, S. (comps.) (2000). <i>Vivir en una sociedad irracional</i> . España: Desclée de Brower. (pp. 253-271)
	48	Buela-Casal, G. & Sierra, J.C. (Dirs.). <i>Manual de evaluación psicológica. Fundamentos, técnicas y aplicaciones</i> . Madrid: Siglo XXI de España Editores.
4.3 Sistémico 4.3.1 Planificación del proceso de tratamiento	49	Andersen, T. (1994). <i>El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos</i> . Barcelona: Gedisa. (Páginas, 25-35).
	50	Bateson, G. (1993). <i>Una Unidad Sagrada</i> . España: Gedisa. (pp. 330-333).

Contenidos	S	Referencia básica y/o clásica
4.3 Sistémico 4.3.1 Planificación del proceso de tratamiento	51	Bateson, G. (1998). <i>Pasos hacia una ecología de la mente</i> . Argentina: Lohle. (Epistemología y ecología, páginas 429-440).
	52	Beltrán, L. (2004). El enfoque colaborativo y los equipos de reflexión. En: L. Eguiluz (Comp.). <i>Terapia familiar. Su uso hoy en día</i> . México: Pax. (pp. 197-221).
	53	Beltrán, L. y Mandujano, S. (1995). El uso del equipo terapéutico como una alternativa para la formación de terapeutas sistémicos. <i>Revista de psicología iberoamericana. Terapia familiar</i> . 3(1), 39-44.
	54	Berg, I. y Miller, S. (1997). <i>Trabajando con el problema del alcohol</i> . Barcelona: Gedisa. (pp. 29-49).
	55	Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1988). <i>La táctica del cambio</i> . Barcelona: Herder. (La práctica y la teoría (páginas, 9-38).
	56	Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1988). <i>La táctica del cambio</i> . Barcelona: Herder. (La capacidad de maniobra del terapeuta, páginas 39-71).
	57	Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1988). <i>La táctica del cambio</i> . Barcelona: Herder. (La fijación del marco del tratamiento, páginas 73-88).
	58	Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1988). <i>La táctica del cambio</i> . Barcelona: Herder. (La postura del paciente (pp. 109-130).
	59	Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (2003). <i>La táctica del cambio</i> . Barcelona: Herder. (pp. 131-146).
	60	Gergen, K. (2005). <i>Construir la realidad</i> . Barcelona: Paidós. (páginas, 23-43).
	61	McGoldrick, M. y Gerson, R. (2000). <i>Genogramas en la evaluación familiar</i> . Buenos Aires: Gedisa. (páginas, 25-54).
	62	Nardone, G y Watzlawick, P. (1992). <i>El arte del cambio</i> . Barcelona: Herder. (Si quieres ver, aprende a obrar, páginas 15-32).
	63	O'Hanlon, H. W. y Weiner-Davis, M. (1990). <i>En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en la psicoterapia</i> . España: Paidós. (pp. 21-36).
	64	O'Hanlon, H. W. y Weiner-Davis, M. (1990). <i>En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia</i> . Barcelona: Paidós. (pp. 37-61).

Contenidos	S	Referencia básica y/o clásica
4.3 Sistémico 4.3.1 Planificación del proceso de tratamiento	65	O'Hanlon, H. W. y Weiner-Davis, M. (1990). <i>En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia</i> . Barcelona: Paidós. (pp. 62-86).
	66	O'Hanlon, H. W. y Weiner-Davis, M. (1990). <i>En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en la psicoterapia</i> . Barcelona: Paidós.
	67	Procter, H. G. (2001). <i>Escritos esenciales de Milton H. Erickson</i> . Barcelona: Paidós. (Vol 1., paginas 71-105).
	68	Robles, T. (2001). <i>Terapia cortada a la medida</i> . México: Instituto Milthon Erickson. (pp. 41-47).
	69	Tomm, K. (march, 1988). Interventive Interviewing: Part III. Intending to Ask Lineal, Circular, Stategic o Reflexive Questions? <i>Family Process</i> , 27, 1-15.
	70	Watzlawick, P., Bavelas, J., y Jackson, D. (2002). <i>Teoría de la comunicación humana</i> . Barcelona: Herder. (La comunicación patológica. (pp. 73-114)
4.3 Sistémico 4.3.2 Elaboración del programa de tratamiento	71	Andersen, T. (1994). <i>El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos</i> . Barcelona: Gedisa. (pp. 37-60).
	72	Berg, I. y Miller, S. (1997). <i>Trabajando con el problema del alcohol</i> . Barcelona: Gedisa. (Clasificar según una escala (pp. 50-66).
	73	De Shazer, S. (2000). <i>Claves en psicoterapia breve. Una teoría de la solución</i> . Barcelona: Gedisa. (pp. 105)
	74	Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1988). <i>La táctica del cambio</i> . Barcelona: Herder. (pp. 131-146)
	75	Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1988). <i>La táctica del cambio</i> . Barcelona: Herder. (pp. 89-108).
	76	Haley, J. (1991) <i>Las tácticas de poder de Jesucristo</i> . Barcelona: Paidós (pp. 53-75).
	77	Haley, J. (1991) <i>Las tácticas de poder de Jesucristo</i> . Barcelona: Paidós. (pp. 77-83).
	78	Keeney, B. (1992). <i>La improvisación en psicoterapia</i> . España: Paidós. (pp. 21-33).
	79	Latorre, I. (2012). Enriqueciendo la historia del trauma: Metodología para la entrevista del evento. <i>Explorations: An e-journal of narrative practice</i> , 1, 25-40.

Contenidos	S	Referencia básica y/o clásica
4.3 Sistémico 4.3.2 Elaboración del programa de tratamiento	80	Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992). <i>El arte del cambio</i> . Barcelona: Herder. (pp. 71- 82).
	81	O'Hanlon, H. W. y Weiner-Davis, M. (1990). <i>En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia</i> . Barcelona: Paidós. (pp. 87-138).
	82	O'Hanlon, W. (1990). <i>En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en la psicoterapia</i> . Barcelona: Paidós. (pp. 139-158).
	83.1	O'Hanlon, W. (1990). <i>En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en la psicoterapia</i> . Barcelona: Paidós. (pp. 159-177).
	83.2	O'Hanlon, W. (1990). <i>En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en la psicoterapia</i> . Barcelona: Paidós. (pp. 178-196).
	84	Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (2007). <i>Cambio</i> . Barcelona: Herder. (Más de lo mismo» o Cuando la solución es el problema, páginas 51-59).
	85	Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (2007). <i>Cambio</i> . Barcelona: Herder. (Las terribles simplificaciones, páginas 61-69).
	86	Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (2007). <i>Cambio</i> . Barcelona: Herder. (La práctica del cambio, páginas 135-157).
	87	White, M. (2002). El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas. Barcelona: Gedisa. (Notas del Taller, (pp. 1-26, Anexo).
4.3 Sistémico 4.3.3 Desarrollo del programa de tratamiento	88	White, M; Morgan, A. (2006). Responding to children who have experienced significant trauma: a narrative perspective. An interview With Michael White. En: Narrative Therapy with Children and their Families. Adelaide: Dulwich Centre Publications. (Traducción de Carolina Letelier e Ítalo Latorre. (pp. 3-7).
	89	Andersen, T. (1994). <i>El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos</i> . Barcelona: Gedisa. (Páginas, 61-85).
	90	Andersen, T. (2003). Reflexiones sobre la reflexión con familias. En McNamee, S. y Gergen, K. (Eds.) <i>La terapia como construcción social</i> . Buenos Aires: Paidós. (Páginas, 77-91).
	91	Berg, I. y Miller, S. (1997). <i>Trabajando con el problema del alcohol</i> . Barcelona: Gedisa. (pp. 111-141).
	92	Berg, I. y Miller, S. (1997). <i>Trabajando con el problema del alcohol</i> . Barcelona: Gedisa. (pp. 142-182).

Contenidos	S	Referencia básica y/o clásica
4.3 Sistémico 4.3.3 Desarrollo del programa de tratamiento	93	Navarro, G. J. y Beyebach, M. (Comps.). (1995). <i>Avances en terapia familiar sistémica</i> . Barcelona: Paidós. (pp. 157-194).
	94	Beyebach, M. y Rodríguez, A. (1994). <i>Prácticas de externalización: la enseñanza de habilidades para externalizar problemas</i> . Actas de XV Jornadas Nacionales de Terapia Familiar. Victoria. (Páginas, 281-305).
	95	Cagnoni, F. y Milanese, R. (2010). <i>Cambiar el Pasado, cambiar las experiencias traumáticas con la terapia estratégica</i> . España: Herder. (Páginas, 58-75).
	96	Cagnoni, F. y Milanese, R. (2010). <i>Cambiar el Pasado, cambiar las experiencias traumáticas con la terapia estratégica</i> . España: Herder. (pp. 103-114).
	97	De Shazer, S. (2000). <i>Radical acceptance. Brief family therapy center</i> . Traducción Pedro Vargas Avalos, Academia de Terapia Sistémica, F.E.S. Zaragoza, UNAM. (Texto original del año 1997).
	98	Denborough, D. (2008). Collective narrative timelines and maps of history. En: D. Denborough (2008). <i>Collective Narrative Practice. Responding to individuals, groups, and communities who have experienced trauma</i> (pp. 143-159). Adelaide: Dulwich Centre Publications. Traducción de Italo Latorre. (2011).
	99	Fisch, R. y Schlanger, K. (2002). <i>Cambiando lo incambiable, La terapia breve en casos intimidantes</i> . Barcelona: Herder. (pp. 37-56).
	100	Fisch, R. y Schlanger, K. (2002). <i>Cambiando lo incambiable, La terapia breve en casos intimidantes</i> . Barcelona: Herder. (pp. 57-65).
	101	Fisch, R. y Schlanger, K. (2002). <i>Cambiando lo incambiable, La terapia breve en casos intimidantes</i> . Barcelona: Herder. (pp. 67-97).
	102	Fisch, R. y Schlanger, K. (2002). <i>Cambiando lo incambiable, La terapia breve en casos intimidantes</i> . Barcelona: Herder. (pp. 99-123).
	103	Fisch, R. y Schlanger, K. (2002). <i>Cambiando lo incambiable, La terapia breve en casos intimidantes</i> . Barcelona: Herder. (pp. 125-133).
	104	Fisch, R. y Schlanger, K. (2002). <i>Cambiando lo incambiable, La terapia breve en casos intimidantes</i> . Barcelona: Herder. (pp. 135-161).

Contenidos	S	Referencia básica y/o clásica
4.3 Sistémico 4.3.3 Desarrollo del programa de tratamiento	105	Fisch, R. y Schlanger, K. (2002). <i>Cambiando lo incambiable, La terapia breve en casos intimidantes</i> . Barcelona: Herder. (pp. 163-179).
	106	Fisch, R. Weakland, J. y Segal, L. (1988). <i>La táctica del cambio</i> . Barcelona: Herder. (pp. 147-196).
	107	Fisch, R. Weakland, J. y Segal, L. (1988). <i>La táctica del cambio</i> . Barcelona: Herder. (pp. 213-306).
	108	Green, S. y Flemons, D. (comps) (2009). <i>Manual de terapia breve sexual</i> . Barcelona: Paidós. (pp. 315-358).
	109	Joquera, F. (2010). El árbol de la vida en Mariscadero, Pelluhue, Chile: Una respuesta narrativa comunitaria a los efectos de haber vivido y sobrevivido al terremoto y tsunami del 27 de febrero de 2010. En: <i>Cuadernos de Postgrado en Psicología</i> . Universidad de Valparaíso, 2, 24-35.
	110	Nardone G. & Watzlawick, P. (1992). <i>El arte del cambio</i> . Barcelona: Herder. (pp. 113-130).
	111	Nardone G. & Watzlawick, P. (1992). <i>El arte del cambio</i> . Barcelona: Herder. (pp. 130-144).
	112.1	Nardone, G. y Portelli, C. (2006). <i>Conocer a través del cambio</i> . Barcelona: Herder. (pp. 35-44).
	112.2	Nardone, G. y Portelli, C. (2006). <i>Conocer a través del cambio</i> . Barcelona: Herder. (pp. 47-55).
	113	Nardone, G. y Portelli, C. (2006). <i>Conocer a través del cambio</i> . Barcelona: Herder. (pp. 59-74).
	114	Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992). <i>El arte del cambio</i> . Barcelona: Herder. (pp. 71-112).
	115	O'Hanlon, B. Piense en dos personas y llámelas por la mañana: Terapia breve orientada a soluciones para la depresión. En: O'Hanlon, B. (2001). <i>Desarrollar posibilidades</i> . Barcelona: Paidós. (pp. 109- 142).
	116	O'Hanlon, H. W. y Weiner-Davis, M. (1990). <i>En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia</i> . Barcelona: Paidós. (pp. 139-158).
	117	O'Hanlon, B. (2003). <i>Pequeños grandes cambios. Diez maneras sencillas de transformar tu vida</i> . Buenos Aires: Paidós. (pp. 99-117).

Contenidos	S	Referencia básica y/o clásica
4.3 Sistémico 4.3.3 Desarrollo del programa de tratamiento	118	O'Hanlon, B. y Hudson, P. (1997). <i>Amor es amar cada día</i> . Barcelona: Paidós. (pp. 23-47).
	119	Tomm, K. (1987). Interventive Interviewing: Part II. Reflexive Questioning as a Means to Self-Healing. <i>Family Process</i> , 26, 167-183.
	120	Watzlawick, P. (2007). <i>El Lenguaje del Cambio</i> . Barcelona: Herder. (pp. 89-112).
	121	Watzlawick, P. (2007). <i>El Lenguaje del Cambio</i> . Barcelona: Herder. (pp. 113-140).
	122	Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (2007). <i>Cambio</i> . Barcelona: Herder. (pp. 117-134).
	123	Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (2007). <i>Cambio</i> . Barcelona: Herder. (pp. 135-157).
	124	White, M. (2002). <i>El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas</i> . Barcelona: Gedisa. (pp. 124- 149).
	125	White, M. (1994). Deconstrucción y terapia. En: M. White (comp.). <i>Guías para una terapia familiar sistémica</i> . Barcelona: Gedisa. (pp. 19-56).
	126	White, M. (2002). <i>Reescribir la vida</i> . Buenos Aires: Gedisa. (pp. 15-45).
	127	White, M. (2002). <i>Reescribir la vida</i> . Buenos Aires: Gedisa. (pp. 175-200).
	128	White, M. (2002). <i>Reescribir la vida</i> . Buenos Aires: Gedisa. (pp. 47-64).
	129	White, M; Morgan, A. (2006). Responding to children who have experienced significant trauma: a narrative perspective. An interview With Michael White. En: <i>Narrative Therapy with Children and their Families</i> . Adelaide: Dulwich Centre Publications. (85-97) Traducción de Carolina Letelier e Ítalo Latorre.
	130	Berg, I. y Miller, S. (1997). <i>Trabajando con el problema del alcohol</i> . Barcelona: Gedisa. (pp. 183-207).
	131	Fisch, R. Weakland, J. y Segal, L. (1988). <i>La táctica del cambio</i> . Barcelona: Herder. (pp. 197-211).

Contenidos	S	Referencia básica y/o clásica
4.3 Sistémico 4.3.4 Seguimiento y evaluación del tratamiento	132.1	Fisch, R. y Schlanger, K. (2002). <i>Cambiando lo incambiable</i> . Barcelona: Herder. (pp. 37-56).
	132.2	Fisch, R. y Schlanger, K. (2002). <i>Cambiando lo incambiable</i> . Barcelona: Herder. (pp. 57-65).
	132.3	Fisch, R. y Schlanger, K. (2002). <i>Cambiando lo incambiable</i> . Barcelona: Herder. (pp. 67-97).
	132.4	Fisch, R. y Schlanger, K. (2002). <i>Cambiando lo incambiable</i> . Barcelona: Herder. (pp. 99-123).
	133	Hoffman-Hennessy, L. y Davis, J. (2001). Tekka con plumas: conversar sobre la conversación (acerca del suicidio). En: S. Friedman (comp.). <i>El nuevo lenguaje del cambio</i> . Barcelona: Gedisa. (pp. 251-287).
	134	Keeney, B. (1992). <i>La improvisación en psicoterapia</i> . España: Paidós. (pp. 119-126).
	135	Nardone, G. & Watzlawick, P. (1988). <i>El arte del cambio</i> . Barcelona: Herder. (pp. 169-184).
	136	Nardone, G. y Portelli, C. (2006). <i>Conocer a través del cambio</i> . Barcelona: Herder. (pp. 78-85).
	137	Nardone, G. y Portelli, C. (2006). <i>Conocer a través del cambio</i> . Barcelona: Herder. (pp. 86-102).
	138.1	Nardone, G. y Portelli, C. (2006). <i>Conocer a través del cambio</i> . Barcelona: Herder. (pp. 102-123).
	138.2	Nardone, G. y Portelli, C. (2006). <i>Conocer a través del cambio</i> . Barcelona: Herder. (pp. 123-49).
	139	Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992). <i>El arte del cambio</i> . Barcelona: Herder. (pp. 113-130).
	140	Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992). <i>El arte del cambio</i> . Barcelona: Herder. (pp. 130-144).
	141	O'Hanlon, H. W. y Weiner-Davis, M. (1990). <i>En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia</i> . Barcelona: Paidós. (pp. 159-177).
	142	Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (2007). <i>Cambio</i> . Barcelona: Herder. (pp. 158-184).

Referencias Básicas: Evaluación e Intervención en Psicología Clínica y de la Salud: (R.B.E.I.P.C.S.): *Descripción de contenidos*

La descripción de los contenidos se realizó a partir de las referencias básicas y clásicas. La extensión máxima de su texto es de 750 palabras. Derivadas del análisis cualitativo, se eligió la obra completa del o de los autores en lugar de secciones de la misma obra. Se presenta la Pauta o Guía de Lectura de manera secuencial, separada por los contenidos de la Unidad de Aprendizaje. A continuación se encuentra la Pauta o Guía de Lectura: Referencias Básicas: Evaluación e Intervención en Psicología Clínica y de la Salud: (R.B.E.I.P.C.S.) por orden secuencial señalando los aspectos principales de los contenidos de la Unidad de Aprendizaje y los puntos más destacados de las lecturas. Se continúa con el apartado de Referencias de Contenidos donde se encuentra el número de la sesión, el título del texto al que pertenece el material de lectura, el o los autor(es), el año de publicación y en su caso las paginas. Posteriormente se encuentra enlistadas las Referencias por Contenidos y finalmente las Referencias Bibliográficas. por orden alfabético.

4.1 Psicoanálisis.

4.1.1 Planificación del proceso de tratamiento.

Sesiones: 1, 2, 3 y 4.

Todo lo que usted nunca quiso saber sobre el psicoanálisis.

Fontana, C. (2001).

En este material de lectura se habla del psicoanálisis ya que este genera dudas, controversias, interrogantes e incomodidades. Se contestan preguntas que se hace la mayoría de la gente que ha tomado contacto con el psicoanálisis o ha oído hablar de él. Y un buen número de ellas se las siguen haciendo los especialistas, pues el psicoanálisis no es una disciplina cerrada sino en continuo progreso. Para responder a esta pregunta, la autora recurre a su experiencia como psicoanalista y recoge también buena parte de las inquietudes que han ido llegando en forma de interrogantes a la revista de Iván el Terrible, que dirige desde hace cuatro años, con el propósito de transmitir al mismo tiempo parte de los fundamentos en que se asienta uno de los descubrimientos más subversivos del siglo XX.

Sesiones: 5 y 6:

El psicoanálisis ilustrado.

Bekerman, J. (1996).

En esta lectura se realiza un análisis del modelo psicológico denominado psicoanálisis, se organiza en una secuencia de capítulos, cada uno de los cuales debería desarrollar uno o dos temas. Se exponen ejemplos con recursos gráficos, lo que permite dar ilustración. Con ello el propio autor refiere que las ilustraciones no se vinculan necesariamente con simplificar los temas, si no que sumar una dificultad a la propia temática, pero aun así el resultado de la conjunción de ambas dificultades permite la emergencia de chispazos que conviene no desaprovechar. Y se plasma la fórmula de una introducción ilustrada al psicoanálisis, en la que se ve la profunda afinidad entre la enseñanza de Lacan y lo que en la historia de las ideas se conoce como la Ilustración, el Siglo de las Luces. Lo que remite al compromiso con la racionalidad que marca y distingue su obra, y fue subrayada por Lacan mismo, por ejemplo, en el texto que escribió para la contratapa de sus Escritos.

4.1 Psicoanálisis

4.1.2 Elaboración del programa de tratamiento.

Sesión 7:

Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente.

Trabajos sobre técnica psicoanalítica y otras obras.

Freud, S. (1911/2000) (pp. 209-215).

Esta lectura es uno de los textos que se adjudica a Sigmund Freud, que considera los aportes de este autor a la psicología para dar explicación al comportamiento humano. Se considera en ella que, en 1911, Freud recibió una invitación del doctor Andrew Davidson, quien era secretario de la sección de Medicina Psicológica y Neurología del Congreso Médico de Australasia, con el objetivo de solicitar una aportación con un trabajo para el Congreso. El trabajo fue leído allí tal como se lo había planeado, después de ello se lo publicó junto con artículos de otros psicoanalistas.

Sesión 8:

Fragmento de análisis de un caso de histeria Tres ensayos de teoría sexual y otras obras.

Freud, S. (1901/2000) (pp. 235-242).

En este apartado del material de lectura, se plasma la contribución de Lowenfeld sobre los fenómenos obsesivos, en un inicio abordado por Freud como el Manual Canónico sobre las neurosis obsesivas. Se expone que Lowenfeld logro persuadir a Freud para que hiciera esta contribución para las grandes modificaciones que había experimentado, hasta es entonces su técnica, desde que fuera descrita en Estudios sobre la histeria. La descripción que se realiza muestra que el método hipnótico primitivo era el requisito de que el paciente permaneciera acostado. En los aspectos externos, su técnica no cambió de aquí en más.

Sesión 9:

La sociedad depresiva.

Roudinesco, E. (2001) (pp. 15-28).

En la lectura se habla sobre el sufrimiento psíquico que se manifiesta bajo la forma de la depresión. Se menciona que en el cuerpo se pueden expresar síndromes donde se mezclan tristeza y apatía, búsqueda de identidad y culto de sí mismo, el hombre depresivo ya no cree en la validez de ninguna terapia. No obstante, antes de rechazar todos los tratamientos, busca desesperadamente llenar el vacío de su deseo. Así, pasa del psicoanálisis a la psicofarmacología y de la psicoterapia a la hipnoterapia sin tomarse tiempo para reflexionar acerca del origen de su desdicha. Ya no tiene, además, tiempo para nada a medida que se alarga el tiempo de la vida y el de odio, el tiempo de desempleo y el tiempo del aburrimiento. El individuo depresivo padece más las libertades adquiridas por cuanto ya no sabe hacer uso de ellas.

Sesión 10:

El alma no es una cosa.

Roudinesco, E. (2001) (pp. 29-35).

En esta lectura se desarrolla el modelo del psicoanálisis que es criticado por un discurso tecnocrático que no cesa de invocar su presunta ineficacia experimental. Se habla sobre encuestas realizadas en los Estados Unidos para evaluar la validez de las curas psicoanalíticas y de las psicoterapias. En este contexto la mayor dificultad reside en la elección de los parámetros. Por lo que se plantea que hace falta someter a un test la diferencia entre la ausencia y la existencia de un tratamiento, a fin de

comparar el efecto del paso del tiempo, o evaluación espontánea, con la efectividad de una cura. Por lo que fue necesario hacer intervenir el principio de la alianza terapéutica para comprender por qué ciertos terapeutas, cualesquiera que sean sus capacidades, se entendían perfectamente con ciertos pacientes y para nada con otros. Por último, fue indispensable tener en cuenta la subjetividad de las personas interrogadas. De ahí, la idea de poner en duda la autenticidad de sus testimonios y de desconfiar de la influencia del terapeuta.

4.1 Psicoanálisis.

4.1.3 Desarrollo del programa de tratamiento.

Sesión 11:

Lo universal, la diferencia, la exclusión.

Roudinesco, E. (2001) (pp. 115-130).

El material de lectura resalta los modelos elaborados por el psicoanálisis evolucionaron en la función de la sociedad en la cual se despliegan, de todas maneras, están desfasados en relación con ésta. En la mayoría de los países donde el psicoanálisis se implementó, y a pesar del progreso ligado a los movimientos de emancipación, las mujeres, por ejemplo, aún son víctimas de desigualdades, subestimadas y poco presentadas en las esferas del poder político. Además, el derecho a la anticoncepción y al aborto es con frecuencia negado por los representantes del integrismo moral y religioso. Pero en los países donde el psicoanálisis se implantó, la situación es peor, ya que las mujeres no son ni siquiera consideradas como sujetos enteros.

Sesiones: 12 y 13.

Clínica psicoanalítica.

Dor, J. (1996).

Con la finalidad de dar un acercamiento al modelo psicoanalítico y el manejo de este en las universidades como parte de cursos de postgrado y la promesa de títulos oficiales parece tranquilizar tanto a estudiantes como a autoridades sobre la legitimidad de esta práctica terapéutica. Es aquí donde se señalan los límites y las posibilidades de esta enseñanza discutiendo los criterios de Sigmund Freud y de Jacques Lacan y propone valiosas pautas para combinar adecuadamente la transmisión del psicoanálisis a través de la experiencia de la propia cura con la participación en los programas de enseñanza en un espacio común de formación, donde se pone en acto la transferencia. En la segunda parte de la obra, “La conducción de la cura”, el autor define los principios de la escucha analítica, de la transferencia, del corte del relato del paciente y de la

interpretación, así como los criterios de Freud y Lacan sobre el saber inconsciente y la verdad, puntos en los que ambos no coinciden. Este instrumento teórico-práctico es una orientación completa sobre todo lo que ocurre en una cura analítica. En la tercera parte, Joël Dor presenta en casos clínicos modélicos las tres estructuras clínicas: histeria, obsesión y perversión, a la que se añade un capítulo especial sobre el lenguaje psicótico y la formación de neologismos. Dor descarta aquí algunas contribuciones valiosas de la psiquiatría clásica para dilucidar este difícil aspecto del tratamiento de la psicosis. La prodigiosa capacidad didáctica de Joël Dor convierte esta obra en una imprescindible panorámica introductoria para estudiantes de psicología, de psiquiatría y psicoanalistas en formación. La claridad del texto, que prescinde de la temida “jerga” oscura de los profesionales de tiempos pasados permite también a un público no especializado formarse una idea correcta de la cura psicoanalítica.

4.1 Psicoanálisis.

4.1.4 Seguimiento y evaluación del tratamiento.

Sesión 14:

Freud murió en Norteamérica 1.

Roudinesco, E. (2001) (pp. 65-72).

En el material de lectura se expone que después de la Segunda Guerra Mundial y cuando se conoció un verdadero triunfo en los Estados Unidos, un renacimiento en Francia y un auge en América Latina, el psicoanálisis siguió siendo atacado. El argumento del pansexualismo cayó en desuso conforme a las transformaciones de la familia y la emancipación de las mujeres. Pero, con el éxito de los psicotrópicos y los progresos realizados por la medicina, se volvía posible cuestionar el estatuto del inconsciente freudiano. En consecuencia, una nueva mitología cerebral, que tendía a demostrar que el psicoanálisis no era una ciencia, si no un proceso de introspección literaria o una variante de la antigua llave de los sueños.

Sesión 15:

Freud murió en Norteamérica 2.

Roudinesco, E. (2001) (pp. 73-83).

En la lectura se habla de la nostalgia psiquiátrica, el psicoanálisis fue finalmente rechazado: los psicotrópicos y los otros modelos explicativos del psiquismo, fundamentados por el DSM-IV o sobre nuevas mitologías cerebrales no apartaban soluciones terapéuticas rápidas o esos famosos desórdenes que enfrentaban al sujeto en una sintomatología conductista, fue una de las premisas.

Es así, como se observa que los partidarios del antifreudismo norteamericano de los años 70's a los 90's recurrieron, contra el psicoanálisis, a los mismos argumentos de los freudianos entusiastas de principios de siglo.

Sesión 16:

La ciencia y el psicoanálisis

Roudinesco, E. (2001) (pp. 93-103).

Como parte de la lectura se enfatizan que los partidarios del cientificismo consideraron siempre al psicoanálisis como una hermenéutica. Lejos de construir un modelo de conducta humana, la doctrina freudiana no sería, si se cree, más que un sistema de interpretación literario de los afectos y de los deseos. Por lo que conviene excluir del campo de la ciencia junto a la de otras disciplinas que no dependen de la experimentación, ya volver a pensar la organización de todos estos dominios en función de una ciencia cognitiva, que sea capaz de hacerlas entrar en la categoría de verdadera ciencia. Esta gestión científica supone que existiera una separación radical entre las ciencias llamadas exactas y las ciencias llamadas humanas. Las primeras estarían fundamentadas sobre el rechazo de lo irracional y sobre la producción de pruebas materiales y de resultados tangibles, mientras que las segundas, por el contrario, tendrían como punto en común no poder ni refutar como pruebas de la validez un razonamiento.

4.2 Aprendizaje Social.

4.2.1 Planificación del proceso de tratamiento.

Sesiones: 17, 18, 19 y 20.

Vivir en una sociedad irracional.

Ellis, A. & Blau, S. (2000).

En el material de lectura se menciona la terapia racional emotivo-conductual como un método elaborado por el doctor Albert Ellis con el fin de superar la ansiedad, la ira, el malestar y cualquier otro sentimiento negativo que pueda experimentar el ser humano. Mediante textos extraídos de los libros y artículos más populares y críticamente aclamados, Ellis ofrece un amplio panorama de su pensamiento en estado puro, en un estilo directo y sin florituras, con lo que consigue una obra esencial para todos aquellos que deseen solucionar sus problemas según las directrices de una de las figuras más originales e iconoclastas de la psicología moderna. Además, se hace referencia que a lo largo de una carrera que abarca más de medio siglo, Albert Ellis ha escrito más de mil artículos y unos setenta libros. Y aunque existen varias antologías de sus textos, ninguna como ésta para conocer algunos de sus trabajos más importantes en el campo de la divulgación.

Sesión 21:

Caso de la práctica Básica de la RET.

Dryden, W. & Ellis, A. (1989) (pp. 71-83).

En esta lectura se presenta la teoría general de la práctica de la Terapia Racional Emotiva, por sus siglas en inglés RET. En primer lugar, se realiza un recorrido histórico del contexto en el que nace la terapia y se plantean algunas de sus principales influencias. Se explican los conceptos teóricos principales, se hace una revisión extensa de la estructura ABC dentro de esta técnica, especificando la salud y la naturaleza de las alteraciones psicológicas desde la perspectiva de la teoría, se elabora una visión específica de cómo se adquiere y mantiene una alteración psicológica, finalizando con un esquema de la teoría general de la RET sobre el cambio terapéutico.

Sesión 22:

Intervención psicológica: evaluación promoción, prevención y tratamientos.

Compas, B. & Gotlieb, I. (2003) (pp. 281-308).

La lectura considera la contribución de los métodos desarrollados por los psicólogos para ayudar a la gente a cambiar, que ejemplifican las creencias estadounidenses sobre la maleabilidad de la naturaleza humana, mencionando que estos métodos para tratar con los problemas de salud mental son una alternativa importante a los métodos desarrollados por la psiquiatría con orientación biológica, que produce el cambio mediante el uso de medicamentos psicoactivos. Dando atribución a los psicólogos clínicos la ayuda para las personas, produciendo el cambio mediante métodos que no dejan de lado la modificación de las contingencias en su ambiente, auxiliándose a cambiar la forma en que piensan, ayudándolas así a regular sus emociones de diferentes formas y modificando las formas en que se relacionan con ot4.2 Aprendizaje Social.

4.2.2 Elaboración del programa de tratamiento.

Sesión 23:

La teoría general de la TRE.

Dryden, W. y Ellis, A. (1989) (pp. 13-37).

En la lectura se habla de la implementación de los principios y prácticas de la terapia racional-emotiva (RET), en ella se reta a cambiar los pensamientos, sentimientos y conductas autodestructoras para sentirse mejor. Se colocan para análisis algunas preguntas para dar explicación de algunos de los métodos sometidos a experimentación en el Instituto de Terapia Racional-Emotiva de Nueva York, y que muchos de los pacientes han considerado efectivos.

Sesión 24:

La práctica básica de la TRE.

Dryden, W. & Ellis, A. (1989) (pp. 39-70).

En este capítulo se realiza esbozo de la práctica básica de la Terapia Racional Emotiva. Primero, se toman en cuenta los aspectos de la relación terapéutica entre pacientes y terapeutas en la Terapia Racional Emotiva. Segundo, los acontecimientos que inducen a los clientes a acudir a la Terapia Racional Emotiva y cómo se evalúan sus problemas en términos de la RET. Tercero, se especifican las estrategias básicas de tratamiento en la Terapia Racional Emotiva. Cuarto, se da una explicación de las principales técnicas de tratamiento que se emplean durante la Terapia Racional Emotiva. Quinto, se enumeran los obstáculos que se encuentran en el proceso de la RET y cómo se pueden superar. Para concluir se hace una distinción entre Terapia Racional Emotiva preferencial y general, apuntando todas sus diferencias.

Sesión 25.1:

Guías de tratamiento y guías para la práctica clínica psicológica: Una visión desde la clínica.

Becoña, et al (2004).

En la lectura se hace referencia al trabajo en los últimos años de la psicología basada en la evidencia a partir de guías clínicas y de guías para la práctica clínica. El objetivo principal del material es conocer los tratamientos psicológicos que son eficaces para los distintos trastornos clínicos o el cómo implantar el mejor tratamiento a partir de las mismas. Junto a la descripción de estas guías, sus características, cómo inciden en la práctica de la psicología, sus implicaciones, polémicas, etc., se analizan cuáles son las ventajas y problemas de las mismas en la práctica clínica. Se revisan cuestiones como el enfoque clínico vs. el científico, la diferencia de la psicología clínica en el campo público y privado, ventajas y limitaciones que tienen las mismas con los pacientes, la necesidad de formación, cómo pasar las recomendaciones de las guías a la práctica clínica, la adecuación de las mismas a los pacientes/clientes, su nivel de conocimiento y aceptación entre los psicólogos clínicos, etc. Se concluye que es necesario prestar cada vez más atención a las guías de tratamiento y a las guías para la práctica clínica y que, como ocurre en las otras áreas de la salud, tenemos que ir cada vez más hacia una psicología clínica basada en la evidencia.

4.2 Aprendizaje Social.

4.2.3 Desarrollo del programa de tratamiento.

Sesiones: 26, 27, 28 y 29.

Manual de Terapia Racional- Emotiva.

Ellis, A. & Grieger, R. (2003).

En la lectura se habla de la obra de Ellis y Grieger que puntualiza la importancia de los planteamientos acerca del manejo de la conducta, las emociones y la cognición bajo su modelo racional-emotivo. Como herramienta en psicoterapia, su énfasis en la discusión de aspectos cognoscitivos como las creencias irracionales y en las conductas, permite al profesional de la psicología adentrarse en la problemática del cliente y diseñar su intervención. En el desarrollo del campo de las estrategias cognitivo conductuales, la Terapia Racional Emotiva es una de las principales cuyas aplicaciones son amplias en igual número de problemáticas.

Sesión 30:

Ayudar de forma efectiva: Counselling.

Okun, F.B. (2010).

En este material de lectura se realiza una introducción de Barbara Okun a la terapia de las relaciones personales ha proporcionado a miles de lectores una ayuda empática y eficaz. La visión única, práctica, lógica y fácil de entender, ayudara a conocerse mejor a sí mismo, a entender las fuerzas sociales que le rodean y a apreciar cualquier tipo de ayuda que dé buenos resultados. Además, la combinación de ejercicios y ejemplos, así como la dosis indispensable de teoría que proporciona, le permitirá adquirir las habilidades necesarias para desarrollar relaciones caracterizadas por la autenticidad y la compasión. Entre otras cosas, aprenderá a:

- Atender a todos los aspectos multiculturales de las distintas situaciones.
- Asimilar terapias orientadas a las soluciones.
- Saber adoptar una perspectiva ecológica ante las cosas.
- Poner énfasis en el trabajo de equipo multidisciplinario.
- Conocer las teorías, enfoques y tendencias terapéuticas más significativas de la actualidad.

- Tratar las situaciones de crisis y las estrategias de ayuda.
- Atender a los aspectos éticos que están emergiendo en un contexto de tratamiento siempre cambiante.

Sesión 31:

Psicoterapia: enfoques conductual y cognitivo.

Compas, B. & Gottlieb, I. (2003) (pp. 367-400).

En este material se describe el desarrollo y la efectividad del enfoque conductual y cognitivo en la práctica de la psicoterapia. Se empieza por presentar los fundamentos históricos de la terapia conductual, se describen los procedimientos y las técnicas conductuales desarrollados con la intención de reducir la ansiedad y mejorar el funcionamiento. Se analiza la integración de los enfoques conductual y cognitivo en el tratamiento del malestar emocional, y luego se estudiará la práctica más reciente de los modelos psicoterapéuticos de corte cognitivo. Por último, se presentará la información documental que examina la eficacia del tratamiento conductual, cognitivo conductual y cognitivo de la psicopatología.

Sesiones 32 y 33:

Técnicas de relajación y respiración.

Vázquez, M.I. (2001).

En esta lectura se plantean los procedimientos que ilustran las diversas formas de inducción de la respuesta de relajación más utilizada tanto en la investigación como en la práctica clínica.

Sesiones: 34, 35 y 36.

Técnicas de relajación. Guía práctica.

Payne, R.A. (2005).

En esta lectura Rosemary A. Payne, terapeuta con una amplia experiencia clínica, reúne dieciocho de los métodos de relajación más utilizados junto con una amplia gama de técnicas prácticas que se acompañan con fotografías, guiones y referencias que facilitan el aprendizaje y la práctica. Se divide en cuatro partes, en la primera el procedimiento general para aplicar en todos los métodos junto con un análisis de las teorías con las que se estudia la relajación y el estrés. En la segunda parte se desarrollan los métodos físicos de relajación relajación progresiva, muscular pasiva, aplicada, entrenamiento de la relajación del comportamiento, método de Mitchell, técnica

de Alexander, relajación diferencial; asimismo, se analiza el papel que juegan los estiramientos en la relajación, el ejercicio físico y la respiración. La tercera parte se ocupa de los sistemas mentales de relajación: el autoconocimiento, la visualización, el entrenamiento autogénico y la meditación. Por último, en la cuarta parte, el lector encontrará una diversidad de métodos para facilitar la relajación a corto plazo y hacer frente a las situaciones estresantes de la vida diaria. También, se considera el modo en que los distintos métodos se relacionan entre sí y cómo realizar la combinación de las distintas técnicas.

Sesión 37:

¿En qué consiste el modelo multimodal?

Lazarus, A.A. (2000) (pp. 37-47).

En esta lectura se realiza una descripción de los factores que están involucrados en el bienestar de un individuo y que se clasifican como modalidades. Se consideran aspectos desde el pensar, planificar, verbalizar, conocer y entender, el cómo las personas forman imágenes de sucesos del pasado, del presente y futuro que pueden influir sobre la conducta, los sentimientos y forma de pensar. Por lo que se hace un abordaje del modelo A-B-C en BASIC, que estipula que los seres humanos son entidades bioquímicas y neurofisiológicas, por lo que es indispensable incluir una modalidad biológica, de la que sale la letra D que incluye las drogas o fármacos, ya que los tratamientos biológicos consisten en el uso de medicaciones psicotrópicas.

Sesión 38:

La entrevista motivacional: una estrategia para el cambio en psicología y salud.

Ramos-del Río, B. (2007) (pp. 189-231).

La lectura realiza un abordaje de las tareas fundamentales de los profesionales de la salud, específica que es promover comportamientos saludables en la población general y en los pacientes en particular, tanto para mejorar su nivel de salud como para prevenir enfermedades. Se menciona que tradicionalmente esta tarea se ha centrado casi exclusivamente en dar información, más o menos personalizada, con la idea de que una persona bien informada, desarrolle pautas de comportamiento y estilos de vida más saludables. Sin embargo, se ha observado que una buena información no es suficiente para provocar cambios en muchas personas, algunos ejemplos de esta realidad son: diversos profesionales que se considera están lo suficientemente informados sobre los riesgos de ciertos comportamientos en la salud, es alarmante en ellos el consumo de cigarrillos, sobrepeso, y sedentarismo; otro ejemplo, es la población de adolescentes y jóvenes que aun estando informados de las ventajas del uso del condón no lo usan en sus prácticas sexuales, situación que

los expone con gran probabilidad a contraer enfermedades de transmisión sexual y embarazos no planeados. Ante esta situación los profesionales de la salud, particularmente psicólogos, médicos, enfermeras y educadores, necesitan aprender y desarrollar habilidades que permitan trabajar la motivación para el cambio de las personas y pacientes que presenten conductas o comportamientos que ponen en riesgo su salud y bienestar.

Sesión 39:

Cuadernos de psicoterapia cognitivo-conductual 1.

Beriso et al (2007) (pp. 9-51).

En la lectura se hace referencia de las técnicas psicológicas denominadas cognitivas que se refieren al dominio de los pensamientos. Por lo que se menciona como objetivo principal el conocimiento de la forma de pensar y como esta tiene influencia en el modo de actuar y que a su vez influye en la forma de interpretar, construir y dar significado a los hechos o situaciones vividas. Es una forma de comprender por qué te sientes mal y qué puede estar pasando, en la vida de un sujeto, ya que cuando se entiende es más sencillo aprender a enfocarlo mejor y solucionarlo.

Sesión 40:

Cuadernos de psicoterapia cognitivo-conductual 2.

Beriso et al (2007) (pp. 61-101).

Como parte del abordaje y el método de la Terapia Racional Emotiva, la lectura hace mención de la técnica para someter a debate y análisis los pensamientos distorsionados de un individuo, lo que permite el cambio de las distorsiones cognitivas, esto se realiza con dos puntos en particular 1. Averiguar cuáles subyacen a cada pensamiento automático que queramos reestructurar y 2. Leer sugerencias que se aportan para cada una de ellas.

Sesión 41.1, 41.2, 41.3, 41.4, 41.5, 41.6, 41.7:

Asertividad: una alternativa para el óptimo manejo de las relaciones personales.

Flores, G.M. y Díaz-Loving, R. (2002).

En esta lectura los autores abordan una alternativa para el óptimo manejo de las relaciones personales, la Asertividad. Se menciona que el individuo tiene la capacidad para emitir una conducta (asertiva) en un marco de habilidad social, que, en la mayoría de los casos, dependerá de su contexto cultural y otras variables personales y situacionales, que moldean la emoción de la conducta adecuada en determinada situación y no en otra.

Sesión 42:

Entrenamiento en inoculación de estrés.

Muñoz, M. & Bermejo, M. (2001).

En la lectura se habla inicialmente de una estrategia de intervención psicológica preventiva, la inoculación del estrés es una técnica que ha proporcionado numerosas aportaciones a la psicología clínica, hasta el punto de evolucionar como tratamiento propiamente dicho.

Sesión 43:

Técnicas de solución de problemas.

Becoña, I.E. (2001).

La lectura hace un recorrido del panorama actual de los procedimientos y las técnicas más importantes de modificación de conducta. Con el objetivo principal de enseñar con precisión y minuciosidad la aplicación de cada una de las técnicas, tanto de evaluación como de tratamiento, teniendo siempre como referencia el marco teórico adecuado. En los capítulos exponen con abundantes ejemplos, la forma de proceder en la utilización de cada una de las técnicas, junto a sus posibles variaciones y todos los aspectos a tener en cuenta para una correcta aplicación de las mismas. Es un manual útil para el profesional, bien como obra de consulta para la solución de los problemas que se presenten durante su quehacer habitual, bien como obra que posibilite su reciclaje. A la vez, constituye una guía de entrenamiento para el estudiante que se acerque a este campo de intervención. Es también muy aconsejable para los profesionales de campos de conocimiento o intervención próximos que deseen profundizar en la modificación de conducta. Índice Introducción a la modificación y terapia de conducta. La evaluación conductual: concepto y proceso.

Sesión 44.1 y 44.2:

Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: Fundamentos y aplicaciones.

Vázquez, C., Hervás, G. y Ho, S.M.Y. (2006).

Este material de lectura trata sobre las intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva que aparecen en la literatura científica. Se lleva a cabo una revisión, en la que se defiende tanto por razones teóricas como prácticas que es necesario tener en cuenta los aspectos negativos y positivos del funcionamiento humano para comprender mejor los aspectos clínicos. Se discutirán tres modelos complementarios y relevantes en relación a sus implicaciones directas para las

intervenciones psicoterapéuticas. Las intervenciones positivas en el área clínica deberían estar sólidamente guiadas por los datos empíricos guiados por la ya abundante investigación sobre felicidad y bienestar psicológico. Además, las novedosas y prometedoras intervenciones y programas destinados a aumentar el bienestar de las personas, algunas de las cuales son descritas en esta revisión, deben ser evaluadas con los diseños más estrictos para probar su eficacia. Finalmente, también discutimos las implicaciones de las intervenciones positivas para abordar importantes problemas clínicos y presentamos algunos desafíos que la investigación futura en este campo emergente necesita abordar.

4.2 Aprendizaje Social.

4.2.4 Seguimiento y evaluación del tratamiento.

Sesión 45:

Cómo mantener y aumentar sus logros terapéuticos racional-emotivos.

Dryden, W. y Ellis, A. (1989) (pp. 219-227).

En la lectura se habla del empleo de los principios y prácticas de la terapia racional-emotiva (RET), que pretenden cambiar los pensamientos, sentimientos y conductas autodestructoras y que el paciente se sienta mucho mejor que cuando empezó la terapia. Algunas veces también puede desfallecer o retroceder. Teniendo en cuenta que nadie es perfecto y prácticamente todo el mundo da un paso atrás cada dos o tres que da hacia adelante. Presentando también algunos de los métodos sometidos a experimentación en el Instituto de Terapia Racional-Emotiva de Nueva York, y que muchos de los pacientes consideran efectivos.

Sesión 46:

Una terapia más profunda y duradera.

Enfoque teórico de la terapia racional emotivo-conductual.

Ellis, A. (1999).

En la lectura se realiza el planteamiento de describir un método terapéutico capaz de producir un cambio más duradero. Por lo que se habla de la propuesta de Albert Ellis en una terapia breve más profunda y duradera. El modo en que la terapia racional emotivo-conductual, se enfoca en la posibilidad de ayudar a los pacientes a experimentar un profundo cambio en todos los niveles, entre ellos el filosófico, el emocional y el conductual. Esta lectura presenta el modo en que Ellis ofrece sus teorías y su práctica mediante un formato sencillo y accesible, así como a través de la transcripción literal de algunas sesiones y de otros materiales que ayudan a describir la forma

en que esa terapia puede constituir un valioso factor del tratamiento terapéutico. Se pueden encontrar ejemplos aplicables para casos individuales para terapia breve que pueden ser también llevadas a otras formas de terapia, como la de grupo, la de pareja, la familiar o la sexual. El método descrito no sólo sirve en casos de trastornos poco severos, no sólo intenta ayudar a la gente a reducir sus síntomas neuróticos y conseguir que puedan llevar una vida lo más plena posible, sino que también trata conflictos de personalidad mucho más graves, estados psicóticos e incluso deficiencias mentales.

Sesión 47:

Vivir en una sociedad irracional.

Ellis, A. Blau, S. (comps.) (2000).

Como parte de la descripción hecha por esta lectura se habla de la terapia racional emotivo-conductual como un método elaborado por el doctor Albert Ellis con el fin de superar la ansiedad, la ira, el malestar y cualquier otro sentimiento negativo que pueda experimentar el ser humano. Gracias a textos extraídos del libro más popular de Ellis se ofrece un amplio panorama de su pensamiento en estado puro, en un estilo directo y sin demasiados adornos, con lo que consigue una obra esencial para todos aquellos que deseen solucionar problemas de acuerdo con las directrices de una de las figuras más originales e iconoclastas de la psicología moderna.

Sesión 48:

El informe psicológico.

Buela-Casal, G. & Sierra, J.C. (1997).

En esta lectura se habla de la evaluación psicológica que es un ejemplo de la evolución durante los últimos años la psicología en general. Por ello la evaluación psicológica hace referencia a un concepto que engloba la aplicación de tests y el psicodiagnóstico. En el caso de la aplicación de tests forma únicamente una parte del proceso de recolección de información que supone la evaluación psicológica, en este sentido, va más allá de la simple recogida de información, pues exige la formulación de hipótesis, su contrastación, así como la toma de decisiones con respecto a los instrumentos con el fin de alcanzar unos objetivos preestablecidos, desde la descripción, la clasificación, la predicción y/o el cambio. Una segunda característica de la actual evaluación psicológica, es que va más allá de un simple diagnóstico, pues sus objetivos se ampliaron de una persona en concreto a un grupo, a un ambiente o a un programa o tratamiento. Por ello, la lectura está estructurada en seis partes que van desde los aspectos conceptuales y metodológicos, las

técnicas de evaluación psicológica, la evaluación de la inteligencia, la evaluación del aprendizaje y desarrollo, la evaluación de la personalidad y evaluación en otras áreas.

4.3 Sistémico.

4.3.1 Planificación del proceso de tratamiento.

Sesión 49:

El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos.

Andersen, T. (1994).

En la lectura realiza una descripción de la posición y los roles que se ejercen en terapia, cómo es que se modifica de manera drástica la posición de los miembros de la familia con respecto a los profesionales que los atienden. Se habla del concepto del grupo reflexivo que trabaja sobre la idea de que todos participan en un diálogo sobre el cambio. De forma particular el equipo de trabajo ya no le hace algo a la familia, sino que hace algo con ella, y la terapia se convierte entonces en una empresa que tiene colaboración. No se trata de un nuevo método ni de una nueva escuela de terapia familiar. Se asocia a un nivel de abstracción más general, un nivel de valores y posición terapéuticos. Por lo que en el proceso se modifican los roles, las reglas y las expectativas de la terapia. Se lleva a cabo una aclaración sobre la evolución de esta nueva estrategia en Noruega, y su adaptación en Estados Unidos por diversos terapeutas de familia.

Sesión 50:

Una unidad sagrada.

Bateson, G. (1993).

En el material de lectura se habla que, durante varios años, la obra del autor Gregory Bateson fue una ausencia significativa en la nutrición intelectual de los pueblos hispanoamericanos debido a las murallas que las dictaduras supieron construir a su alrededor. Aunque de manera fragmentaria, sin embargo, esa obra ingresó, generando nuevas ideas y formas de entender la epistemología. En una compilación de los trabajos, Bateson dirige al lector a lo largo de las sendas intelectuales por las que él mismo transitó hasta llegar al fundamento último de su obra: el concepto de ecología de la mente.

Sesión 51:

Epistemología y ecología.

Bateson, G. (1998) (pp. 429-440).

En esta lectura se realiza un análisis de la teoría de la cibernética y las aportaciones de distintos autores a esta. El ejemplo clásico de este tipo de explicación es la teoría de la evolución por obra de la selección natural. De acuerdo con esta teoría, era absolutamente imposible que aquellos organismos que no fueran viables tanto fisiológica como ambientalmente pudieran vivir hasta llegar a reproducirse. Se enfatiza lo señalado por Lewis Carroll, quien considera que la teoría explica satisfactoriamente el por qué no existen hoy día moscas domésticas. En lenguaje cibernético, se dice que el curso de los acontecimientos está sometido a restricciones (restraints) y se presume que, descartadas estas restricciones, las vías del cambio estarán gobernadas tan sólo por la igualdad de probabilidades. De hecho, las “restricciones” de las que depende la explicación cibernética pueden considerarse en todos los casos como factores que determinan la desigualdad de probabilidades. Si vemos que una motocicleta, una máquina de escribir, de manera aparentemente fortuita pero lo que efectivamente escribe es una prosa con sentido, buscaremos las restricciones, o en el mono o en la máquina de escribir. Tal vez el mono no podía tocar letras inadecuadas; quizá las barras de los tipos no podían moverse si se las golpeaba inadecuadamente; quizá las letras incorrectas no podían sobrevivir sobre el papel. En alguna parte tuvo que existir un circuito, que pudiera identificar el error y eliminarlo.

Sesión 52:

El enfoque colaborativo y los equipos reflexivos.

Beltrán, L. (2004) (pp. 197-221).

La lectura se centra en el fin de la década de 1980 y al inicio de los años 90's, y como es que algunos terapeutas se propusieron a exponer una serie de inquietudes y reflexiones surgidas del análisis científico de su experiencia con la teoría y la práctica de la psicoterapia familiar y sistémica. Se empezó a hablar del “giro interpretativo”, que se caracterizó por el surgimiento del paradigma narrativo en la psicoterapia y por modificaciones en la forma de interactuar con los clientes. Particularmente al enfoque colaborativo representado por Harlene Anderson y Harold Goolishian, y al trabajo con equipos reflexivos de Tom Andersen. Dichas aproximaciones se consideraron comunes en el sentido de que proponen una perspectiva filosófica de la terapia, basada en la premisa de que esta en el mundo equivale a estar en el lenguaje y en la conversación.

Sesión 53:

El uso del equipo terapéutico como una alternativa para la formación de terapeutas sistémicos.

Beltrán, L. y Mandujano, S. (1995).

En este material de lectura se propone la modalidad de trabajo en equipo como un recurso didáctico para la formación de terapeutas con enfoque sistémico. La propuesta se retoma del modelo de trabajo terapéutico desarrollado en la escuela de Milán, solo que adoptado para un programa de formación que se caracteriza por la división de las sesiones terapéuticas en las fases y por la asignación de roles intercambiables entre los miembros del equipo. Se considera que con esta modalidad de trabajo la labor del sistémico es facilitada por el desarrollo de una visión integral y recursiva en el entrenamiento.

Sesión 54:

Que sean un comienzo y no un fin.

Berg, I. y Miller, S. (1997).

En esta lectura se hace referencia al proceso terapéutico, el cual consta de diferentes pasos y por ellos se describe que cuando un paciente se presenta para iniciar un tratamiento, lo habitual es que describa sus objetivos de una forma tajante, en otras palabras, en función del resultado final que espera alcanzar. Esto puede ser considerado un indicio de que el paciente es capaz de percibir la posibilidad de una vida diferente, a menos que se le ayude a definir paso a paso el progreso hacia esos objetivos, sus propósitos pueden seguir siendo una posibilidad y nada más. Aunque se tiene que tomar en cuenta la percepción del paciente de lo que cree que será el resultado final, el terapeuta debe trabajar junto con el paciente para aclarar cuáles son los pasos que habrá que dar para lograr el resultado deseado.

Sesión 55:

La práctica y la teoría.

Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1988) (pp. 9-38).

Este capítulo trata sobre cómo llevar a cabo una psicoterapia en poco tiempo, esta tiene implicaciones más amplias para la solución de problemas por el hecho de que impulsa deliberadamente al cambio. Por esta razón realizar una terapia en poco tiempo no es necesariamente lo mismo que hacer una “breve psicoterapia”, ya que esta última expresión ha llegado a significar muchas cosas, usualmente para referirse a un acortamiento del tratamiento como expediente impuesto

por las limitaciones de tiempo o de personal dedicado al tratamiento, por la limitación de recursos del paciente que son necesarios para un tratamiento a largo plazo o la limitación económica para costear un tratamiento prolongado. La Terapia breve es utilizada con cierta frecuencia para referirse a una intervención de crisis, para la cual se considera apropiada la brevedad del tratamiento, pero sólo para problemas de naturaleza aguda y repentina. Por ellos con frecuencia se la considera también como medida que sirve para llenar un hueco. Por consiguiente, el grueso de la bibliografía sobre la psicoterapia breve está dedicada al intento de imponer límites al tratamiento convencional a largo plazo, apelando a dos métodos principales: una modificación de las técnicas tradicionales y una disminución de los objetivos de la terapia.

Sesión 56:

La capacidad de maniobra del terapeuta.

Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1988) (pp. 39-71).

En esta lectura se expone la existencia de un paciente ideal para la terapia breve, ya que un paciente para ello tendría características particulares en el que distingue la colaboración para las sesiones y el interés para aplicar las recomendaciones. Pero también hay descripciones de pacientes que suelen ser renuentes al proceso por lo que suelen ser quienes no terminan siendo pacientes de un psicoterapeuta. Por el contrario, los pacientes reales acostumbran a no cumplir una o más de estas condiciones. En este sentido, se resisten a los intentos del terapeuta de llevar a cabo el tratamiento. Por ello se visualiza que algunos pacientes obstaculizan el esfuerzo terapéutico en la mayoría de los casos debido a su angustia o al temor de que el problema llegue a empeorar. En consecuencia, una cosa es saber cuál es la mejor manera de actuar en un tratamiento y otra muy distinta tener la libertad de actuar en la forma que uno considere más adecuada o, en otras palabras, ser capaz de poner en práctica lo que uno juzgue más apropiado en el transcurso del tratamiento. A esta libertad se le llama capacidad de maniobra del terapeuta, porque libertad es un término que indica un estado de relativa pasividad que permanece constante. En cambio, la capacidad de maniobra implica la posibilidad de emprender acciones dotadas de un propósito, a pesar de los obstáculos o inconvenientes que se presenten.

Sesión 57:

La fijación del marco del tratamiento.

Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1988) (pp. 73-88).

Con la finalidad de realizar una descripción del proceso terapéutico, la lectura menciona que la terapia no empieza hasta que el paciente acude a la primera entrevista, o incluso hasta más adelante

si se tiene en cuenta que las sesiones iniciales de diagnóstico están separadas del tratamiento propiamente dicho. Las transacciones que tienen lugar con motivo de la preparación de la primera entrevista son interpretadas por la mayoría de autores como meras necesidades rutinarias. Por lo que cualquier contacto con el cliente puede afectar al tratamiento en consecuencia, si se pretende realizar una terapia con eficiencia, se hace necesario planificar todas las etapas del tratamiento. Una de dichas etapas es anterior a la primera sesión con el cliente. Con muy escasas excepciones, esta etapa comporta un contacto telefónico, cuando los pacientes llaman solicitando una consulta o determinada información acerca del tratamiento. Es posible que tales contactos no desempeñen un papel importante en todos los casos. En determinadas situaciones, sin embargo, el sujeto llama para formular una petición o para intentar imponer una condición al tratamiento, cosa que, si se acepta, podría crear apreciables dificultades durante la sesión inicial o en el resto de la terapia. A lo largo del presente capítulo describiremos estas situaciones y señalaremos cómo hay que afrontarlas.

Sesiones: 58 y 59.

La postura del paciente.

Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1988) (pp. 109-130).

La lectura realiza una descripción de la labor del terapeuta, se menciona que en buena medida el terapeuta sabe lo que le gustaría que el paciente hiciese para solucionar su problema, pero ganarse su colaboración para que lo haga es harina de otro costal. Sobre todo, porque, se ha resaltado que la solución que el paciente defiende, que provoca el problema, está determinada por lo que él considera como la única cosa razonable, saludable o salvadora que hay que hacer, a pesar de que no haya servido para solucionar su problema. En consecuencia, lograr que el paciente abandone su propia solución y se decida por un enfoque que por lo general considerará alocado o peligroso constituye un factor decisivo para realizar con brevedad la terapia. Para esta tarea la postura del paciente es de una importancia enorme.

Sesión 60:

Construir la realidad.

Gergen, K. (2005).

La lectura realiza una descripción del modelo del construccionismo social, como lo concibe Gergen, estableciéndose como un conjunto de conversaciones que se desarrollan en todas partes del mundo y participan, todas ellas, en un proceso que tiende a generar significados, comprensiones, conocimientos y valores colectivos, por ello, admite que la objetividad, la racionalidad y el bien

proceden de una necesidad esencial. Es una de las tradiciones que el hombre ha formulado a lo largo de su historia, es una de tantas construcciones. Las bases con las que cuenta el construccionismo social son:

- El Posmodernismo;
- La Antropología Simbólica;
- La Antropología Posmoderna;
- Los estudios feministas y
- La Teoría Literaria.

En el caso del posmodernismo fue particularmente importante para la formulación de la teoría construccionista porque se cuestionó la identidad de los hombres dejando de lado la idea del determinismo universal para pasar a las múltiples racionalidades y con ello múltiples realidades de un mismo ser así como el surgimiento de tecnologías de la comunicación y con ello nuevas inteligibilidades. Lo que permite la concepción de ver a los hombres no como un Yo sino como “Yoes” que cuentan con diversas potencialidades que pueden ser usadas de acuerdo con las construcciones que se hagan en los diferentes contextos.

Sesión 61:

Genogramas en la evaluación familiar.

McGoldrick, M. y Gerson, R. (2000).

Este material de lectura profundiza en el interés sobre el valor clínico, científico e instructivo de los genograma. Se comienza utilizando el genograma como una herramienta práctica en la terapia familiar y el interés en el potencial de los mismos, en particular en los genograma generados por computadoras para la investigación sobre la base de datos. Gracias a estos intereses se reconoce la necesidad de crear símbolos uniformados y una articulación clara de las suposiciones que sirven de fundamento a la interpretación y formulación de hipótesis sobre los genograma. Esta formulación de hipótesis sobre los genogramas es la base misma del trabajo de muchos terapeutas familiares, al parecer, varias de las suposiciones que les sirven de fundamento no habían sido aclaradas. El objetivo es presentar un formato uso para la construcción de genogramas y señalar en forma clara los principios que sustentan la interpretación y la aplicación del genograma para facilitar el uso de esta herramienta a los terapeutas familiares, médicos, enfermeras y otros profesionales que trabajan con familias.

Sesión 62:

Si quieres ver, aprende a obrar.
Nardone, G. y Watzlawick, P (1988) (pp. 15-32).

Esta lectura trata de la terapia conductista de las fobias, es una especie de reseña, que de acuerdo a su autor define las fobias de un modo aceptable sólo por los teóricos del condicionamiento, pero que no satisface los criterios que exige la definición psiquiátrica de este trastorno. Por consiguiente, sus afirmaciones no pueden aplicarse a las fobias. Si no a otras situaciones. Por lo que se concluye que una fobia que mejora por efecto de la terapia conductista es, por esta razón, una no fobia. Se tiene la sensación de que tal vez parece más importante salvar la teoría antes que al paciente, y vuelve a la mente el dicho de Hegel: “Si los hechos no se adecúan a la teoría, tanto peor para ellos”.

Sesiones: 63, 64, 65 y 66:

En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en la psicoterapia
O’Hanlon, H. W. y Weiner-Davis, M. (1990).

La psicología se está viendo influida por una nueva tendencia que pone más énfasis en los valores y las soluciones que en los problemas y la patología. Por ello en esta lectura, dos estudiosos delinear la evolución de un método terapéutico y explican sus revolucionarias propuestas, ofreciendo una guía clara, concreta y detallada para convertir la teoría en práctica. En este sentido la terapia se orienta hacia la búsqueda de soluciones, las técnicas de perfeccionamiento se convierten en intervenciones deliberadas que a menudo niegan la necesidad del tratamiento más allá de la primera sesión. Los terapeutas tienen que cuidar su lenguaje además de dirigir la conversación hacia el cambio, alentando al cliente para que vea el futuro concentrándose en las posibilidades más que en los problemas. Así, el cliente puede aprender cómo seguir asumiendo y practicando los cambios terapéuticos e inevitablemente la terapia se convierte en un ejercicio breve y encaminado hacia un objetivo concreto.

Sesión 67:

Escritos esenciales de Milton H. Erickson.
Procter, H. (2001).

En este material de lectura se recogen las premisas planteadas por Milton H. Erickson, sobre la hipnosis haciendo referencia destacada al término de “hipnosis ericksoniana”, y existen ya varias obras monográficas dedicadas a su forma particular de practicarla, escritas por autores del

prestigio de Haley, Rossi, O'Hanlon, y Zeig, entre otros. Pero se puede decir que en esta lectura se recopila una selección cuidadosa de los textos originales. Sin intérpretes, por lo que se documentan sus experiencias, innovaciones e investigación con modalidades diversas de hipnosis. Los distintos casos y formas de inducción presentadas hacen que sea una obra práctica y útil.

Sesión 68:

Terapia cortada a la medida.

Robles, T. (2001).

En esta lectura se trata la hipnosis natural, como una técnica psicológica, durante la cual la persona permanece despierta y participando activamente en su propio proceso. Se parte de la idea de que las dificultades son circunstancias que toca vivir, que propician estancamiento en el crecimiento de un individuo, aun cuando se cree que son parte de la vida y que está allí para ayudar a desarrollar habilidades y se convierten en problemas cuando nos encontramos atorados en el crecimiento o no tener disponibles los recursos para resolverlas y seguir creciendo con ellas. Debido a ello, se menciona que la psicoterapia es un proceso que se da entre dos seres humanos para crecer aprendiendo a usar cualidades, defectos, cosas resueltas y cosas por resolver. En este proceso, los dos seres humanos son expertos que se encuentran para realizar un trabajo en común. Por un lado, el experto en sí mismo, que es la persona que consulta y por el otro está el experto en las técnicas, que es el terapeuta, que colabora para ayudar al primero a cambiar desde dentro, en su estilo y a su ritmo, lo que quiere cambiar, para crecer y lograr sus objetivos, aprendiendo a disfrutar de la vida de forma saludable.

Sesión 69:

Entrevista de intervención: Parte III.

Con la intención de hacer preguntas lineales, circulares, ¿estatales o reflexivas?

Tomm, K. (1988).

Se toma en cuenta en esta lectura, que cada pregunta formulada por un terapeuta representa alguna intención y surge de ciertas suposiciones. Muchas preguntas están orientadas al terapeuta hacia la situación y las experiencias del cliente, a otros se les pide principalmente que provoquen un cambio terapéutico. Algunas preguntas se basan en supuestos lineales sobre los fenómenos que se están abordando, otros se basan en supuestos circulares. Las diferencias entre estas preguntas no son triviales. Suelen tener efectos diferentes. La lectura además examina estos temas y ofrece un marco para distinguir cuatro grupos principales de preguntas. El marco puede ser utilizado por los terapeutas para guiar la toma de decisiones sobre qué tipo de preguntas hacer, y por los investigadores para estudiar diferentes estilos de entrevistas.

Sesión 70:

La comunicación patológica

Watzlawick, P., Bavelas, J., y Jackson, D. (2002) (pp. 73-114).

En la lectura se consideran los axiomas descriptores que se involucran en ciertas patologías, ya que se menciona que la mejor forma de ejemplificar los efectos pragmáticos de esos principios es relacionarlos con trastornos que puedan desarrollarse en la comunicación humana. Por lo que se examina de qué formas y cuáles son las consecuencias se distorsionan esos principios generando así una comprobación de las consecuencias de estos fenómenos en la conducta, además de ejemplificar las teorías, sugiriendo cual es el marco de referencia desde el que se puede entender la conducta y los síntomas de enfermedad mental.

4.3 Sistémico.

4.3.2 Elaboración del programa de tratamiento.

Sesiones. 71, 89 y 90:

El equipo reflexivo.

Andersen, T. (1994).

En esta lectura se abordan las características del equipo reflexivo que como principal aporte tiene la rapidez con la que la gente lo entiende y lo utiliza, por lo que se realiza un encuadre que es muy popular y es probable que se utilice sin el entrenamiento adecuado. La ampliación de los presupuestos iniciales del grupo sobre la “posición reflexiva”, como ahora la llaman, hecha por Andersen, agrega muchas dimensiones importantes a la idea original. Además el autor enmarca el conocimiento de la estrategia psicoterapéutica: El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos fue aplicado en Noruega y puesta en práctica en otros países por terapeutas de la familia. Cuestiones como lo que sucede cuando caen las barreras entre terapeutas y pacientes, cuando todos participan en diálogo sobre el cambio y cuando incluso todos cambian de roles, se contestan. Cómo se modifican las posiciones de los miembros de la familia con respecto a los profesionales que los atienden, en el concepto del equipo reflexivo se trabaja la idea de que todos participan en un diálogo sobre el cambio, así se algo con ella: se modifican los roles, las reglas y las expectativas de la terapia.

Sesión 72:

Clasificar según una escala.

Berg, I. y Miller, S. (1997) (pp. 50-66).

En este capítulo, los autores proponen al paciente que clasifique según una escala numérica sus problemas, prioridades, éxitos, compromisos emocionales y nivel de autoestima, el terapeuta tiene acceso a una mejor evaluación de las cosas que desea saber. De manera que las preguntas que hacen referencia a una escala numérica están destinadas a informar al terapeuta y sirven para motivar, alentar y fomentar el proceso de cambio.

Sesión 73:

Claves en psicoterapia breve. Una teoría de la solución.

De Shazer, S. (2000).

El objetivo de esta lectura se relaciona con conocer las soluciones a los conflictos en la terapia. Se realiza un cuestionamiento para los objetivos terapéuticos y la participación del terapeuta y del paciente durante el proceso. Si se enfatiza en la investigación de soluciones más que en los problemas, las terapias pueden ser breves. Los clientes que conocen y aceptan como válidas las soluciones de sus conflictos pueden superarlos, incluso en casos considerados como demasiado graves para ser tratados en otras orientaciones terapéuticas breves. Incluye el autor el uso de equipos de cómputo como herramienta auxiliar del proceso terapéutico y la participación de la diada en el objetivo terapéutico para encontrar soluciones rápidas y eficaces.

Sesiones: 74 y 75.

La táctica del cambio.

Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1988).

En este texto se habla de la estrategia psicoterapéutica requerida en corto tiempo, donde las soluciones a los problemas se promueven deliberadamente al cambio. Se presenta como una guía de cómo llevar a cabo una terapia efectiva y eficiente, basada en la conceptualización de la naturaleza de los problemas humanos que revela una discontinuidad con los modelos tradicionales, modelo no patológico que se describe en Cambio. Formación y solución de los problemas humanos. El Cambio se constituye en la formulación explícita de este enfoque. Mientras que la táctica es la descripción e ilustración de las técnicas que se originan en aquella doctrina subyacente.

Sesiones: 76 y 77:

Las tácticas de poder de Jesucristo.

Haley, J. (1991).

En este texto se reúnen las situaciones terapéuticas, desde el punto del afectado como del victimario. Se muestra al terapeuta cómo fracasar, al esquizofrénico, cómo seguir siéndolo, al analista, cómo someter al analizando. Cuando aborda a Jesucristo, lo hace como táctico del poder, cómo Jesús organizó a los pobres, como exhortó al cambio social, controlando a sus discípulos con astucia.

Sesión 78 y 134:

La improvisación en psicoterapia.

Keeney, B. (1992).

En este texto se enfatiza el papel del terapeuta en la comunicación con el paciente durante el proceso de intervención. Considerando que la información que emite el cliente es de naturaleza impredecible, la participación del terapeuta en la conmovición de la sesión se convierte en una invitación a la improvisación. Hace que cada participación del terapeuta sea espontánea, creativa y de innovación para el cambio. Para finalizar, los terapeutas que utilizan la improvisación se cuidan menos de la rigidez teórica, permiten experimentar, aplicar y compartir los inventos creativos de su propia imaginación. También en esta lectura se realiza un abordaje del modelo sistémico, con las aportaciones de los autores principales de este modelo. En el texto se considera que la terapia tiene arte, por lo que el terapeuta participa activamente con el cliente en la comunicación, en la dramatización durante las sesiones y en cada una de ellas se convierte en una invitación a la improvisación. Por ello, los terapeutas que utilizan la improvisación se cuidan menos de la rigidez de los textos y son más espontáneos en aplicar y compartir la creatividad.

Sesión 79:

Enriqueciendo la historia del trauma: Metodología para la entrevista del evento.

Latorre, I. (2012).

En los contextos de experiencias traumáticas, las entrevistas llevadas a cabo por los terapeutas deben de promover la indagación con criterios de objetividad para confirmar si las personas que están relatando su trauma, cumplen o no con el perfil y los requisitos para ingresar al programa de atención, reparación, indemnización, entre otros. Por ello en este texto el autor propone proteger los derechos de las personas que consultan. Las estrategias que propone son: Doble escucha;

Identificando las respuestas de las personas al evento traumático o descubriendo aquello que cuidé en el momento del accidente, la conversación-entrevista, lo posible de conocer y saber y la evaluación acerca del proceso.

Sesión 80:

La praxis clínica en terapia estratégica: proceso y procedimientos

Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992) (Capítulo 4, páginas 71-82).

Esta lectura muestra paso a paso, el proceso considerado como usual de la terapia, desde el primer encuentro entre terapeuta y paciente hasta la conclusión del tratamiento, estas estrategias consolidadas y las técnicas terapéuticas específicas. Se aborda la relación entre el terapeuta y el paciente, en el marco de la terapia estratégica. Esta relación consiste en una participación activa de ambos frente al problema, bajo un sistema de reglas cuyo proceso se lleva a cabo en fases evolutivas y una serie de estrategias consolidadas para situaciones específicas para llegar al éxito.

Sesiones: 81, 82, 83.1 y 83.2.

En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia.

O´Hanlon, H. W. y Weiner-Davis, M. (1990).

El libro de O´Hanlon, H. W. y Weiner-Davis, M. (1990) enfatiza los valores y las soluciones de los problemas y de la patología. Proponen una guía para llevar a cabo la terapia de manera detallada con bases teóricas firmes y puesta en práctica sus estrategias. Señalan que cuando la terapia se orienta a la búsqueda de soluciones, las técnicas de perfeccionamiento se convierten en intervenciones deliberadas que a menudo niegan la necesidad del tratamiento más allá de la primera sesión. Mientras que los terapeutas orientan la conversación hacia el cambio, animan a sus clientes a que contemplen el futuro concentrándose más en las posibilidades que en los problemas. Así, los clientes aprenden cómo seguir adelante, asumiendo y practicando los cambios terapéuticos, e inevitablemente la terapia se convierte en un ejercicio breve y encaminado hacia un objetivo concreto.

Sesión 84:

Más de lo mismo» o Cuando la solución es el problema.

Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (2007) (pp. 51-59).

En este capítulo, los autores enfatizan que lo que promueve el cambio es la desviación con respecto a alguna norma. El concepto de cambio se refiere al ajuste que se realiza como necesario para restablecer la norma. Se puede comprobar por la aplicación de lo opuesto produjo

la desviación. Si la acción correctora es insuficiente, se incrementa la aplicación hasta obtener el efecto deseado.

Sesión 85:

Las terribles simplificaciones.

Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (2007) (pp. 61-69).

En este capítulo se mencionan las terribles simplificaciones sobre los problemas y las posturas que se tienen para solucionarlos. Términos como negación, ataque, visión restringida o complejidad se ponen en discusión en las situaciones difíciles y sobre los acontecimientos cambiantes donde se exponen las personas y la sociedad.

Sesión 86:

La práctica del cambio.

Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (2007) (pp. 135-157).

En este texto los autores hacen referencia a sus actividades en el Centro de Psicoterapia Breve con materiales que pueden ser aplicados a la psicoterapia y a contextos no clínicos. Para ellos la labor clínica es solo una parte del campo de aplicación en la resolución de problemas, ya que, al abordar un problema, se realiza la formulación y aplicación de un procedimiento, a través de: 1) una clara definición del problema en términos concretos; 2) una investigación de las soluciones hasta ahora intentadas; 3) una clara definición del cambio concreto a realizar y 3) la formulación y puesta en marcha de un plan para producir dicho cambio.

Sesión 87:

Notas del Taller.

White, M. (2002) (pp. 1-26, Anexo).

En este texto presentado por White (2002) tiene el objetivo de ayudar a las personas a explorar conversaciones de externalización en un contexto grupal de tres o más personas. El proceso es que una de ellas presenta un problema, otra persona, representa a la persona que está exponiendo el problema y la tercera persona representa a un investigador que se dirige a desenmascarar evasivas y corrupción (si hay más de tres personas, puede haber más de un investigador u observadores que compartan sus reflexiones al final del ejercicio). Las partes que componen esta presentación son tres:

a) la persona que juega el rol del investigador, entrevista a la persona que está representando el problema sobre los éxitos del problema.

b) la persona que juega el rol del investigador, entrevista a la persona que está representando el problema sobre las fallas del problema. Y

c) la persona que está jugando el rol del sujeto tiene la oportunidad de compartir con los demás participantes su experiencia de las entrevistas anteriores.

Sesión 88:

Narrative Therapy with Children and their Families.

White, M. (2007) (pp. 3-7).

El mapa de la práctica narrativa de White (2007) contiene una metáfora central, los mapas, que proporcionan guías para las muchas rutas posibles que se pueden tomar con los clientes, en contraste con las técnicas prescriptivas que los terapeutas deben emplear para llevar a los clientes hacia metas preestablecidas. Los mapas proporcionan relatos prácticos y accesibles. En el libro se muestran cinco áreas de la práctica narrativa: la re-autoría de conversaciones; remembranza de conversaciones; plataforma de conversaciones; ceremonia de definición, externalización de conversaciones; y mapas de ritos de iniciación.

4.3. Sistémico.

4.3.3 Desarrollo del programa de tratamiento.

Sesiones: 91 y 92.

Trabajando con el problema del alcohol.

Berg, I. y Miller, S. (1997).

Una clara orientación para el trabajo clínico de cada día con pacientes alcohólicos y sus familias, en esta lectura el autor plasma el trabajo con paciente de esta problemática con la implementación de la terapia breve y centrada en el esfuerzo común del terapeuta y la familia para encontrar soluciones eficaces en situaciones de crisis es el principio que se aplica aquí al problema del alcoholismo patológico. La premisa básica de este modelo terapéutico es que la superación de un problema puede lograrse buscando las “excepciones de la regla”, es decir aquellos aspectos en la dinámica familiar que, pese a todo, funcionan bien. Al poner énfasis en los elementos positivos, en lo que hay de fuerza en un conjunto familiar más que en sus debilidades, será más fácil construir en colaboración con la familia caminos y soluciones realmente eficaces para superar los problemas.

Por ello en este texto se ofrece una clara orientación para el trabajo práctico de cada día que se centra en los siguientes aspectos: cómo hablar a los clientes para que estén dispuestos a escuchar y para que tengan la sensación de ser escuchados, qué hacer en situaciones peligrosas, cómo llevar las entrevistas para poder construir soluciones con los miembros de la familia, cómo definir metas realizables y cómo aplicar el principio de la terapia breve centrada en la solución de problemas en los contextos más diversos.

Sesión 93:

Avances en terapia familiar sistémica.

Navarro, G. J. y Beyebach (2002).

En este texto se aborda el campo de la Terapia Familiar que ha tenido cambios radicales en cuanto la profundidad y su alcance. En la primera se obtuvo la aportación de técnicas y procedimientos de intervención originales que permitieron la reducción de la terapia. En cuanto su propagación, abarcó su aplicación a nuevas áreas. En esta obra se revisan las técnicas concretas como las metáforas, los rituales, los formatos de entrevistas, entre otras, en las aplicaciones en campos y problemáticas.

Sesión 94:

Prácticas de externalización: la enseñanza de habilidades para externalizar problemas

Beyebach, M. y Rodríguez, A. (1994).

El contenido propuesto en esta lectura hace referencia a las dificultades de la externalización por parte del paciente de la problemática y de los recursos del terapeuta para abordarla. Para ello proponen para superar dichas dificultades, la utilización de la técnica de externalización, la definen, marcando el contexto teórico y clínico en el cual surgió; discuten los mecanismos de funcionamiento; y señalan algunos de los riesgos que esta técnica comporta. Por último, se realiza una reflexión sobre uno de los posibles recursos de los que dispone la terapia sistémica.

Sesiones: 95 y 96.

Cambiar el pasado, cambiar las experiencias traumáticas con la terapia estratégica.

Cagnoni, F. y Milanese, R. (2010) (páginas, 58-75).

Este texto presenta de forma exhaustiva y sistemática el protocolo de tratamiento del trastorno de estrés postraumático desarrollado por el Centro di Terapia Strategica de Arezzo. En el que también se presentan ejemplos de caso y las dinámicas que pueden ser implementadas, incluso como

diálogo. Teniendo presentes los tiempos en los que se situara al sujeto para el trabajo terapéutico, y lo que el paciente puede expresar, por ejemplo, al tratar con condiciones antes y después del evento traumático, “Antes” de que ocurriera este acontecimiento creías, probablemente, que el mundo era justo y que todo tenía un significado. “Después”, de golpe, sientes que ya no tienes el control de tu vida ni de lo que sucede a tu alrededor. Te sientes vulnerable y tu mundo ya no es seguro. Nada es ya igual. Calamidades, terremotos, desastres y accidentes son, por desgracia, parte de la vida y por norma, las personas están “naturalmente” equipadas para reaccionar al estrés extremo provocado por eventos parecidos. A veces, sin embargo, el hecho traumático puede fijarse en la mente de quien es testigo o protagonista hasta el punto de no abandonarla jamás: nos hallamos, entonces, frente a la patología llamada trastorno de estrés postraumático.

Sesión 97:

Aceptación radical.
Steve de Shazer (2000).

En este texto se analiza la postura de la aceptación radical de que lo simple significa fácil, en referencia a la Terapia Breve Centrada en Soluciones. Describe su procedimiento, los encuentros entre el paciente y el terapeuta, los objetivos y las estrategias que utiliza.

Sesión 98:

Líneas de tiempo narrativas colectivas y mapas de la historia.
Denborough, D. (2008).

En el texto el autor considera que uno de los desafíos al trabajar con grupos de personas es descubrir cómo se puede fortalecer la unidad y al mismo tiempo fortalecer la diversidad. Encontrar vínculos semejantes en un trabajo unido por un bien común y simultáneamente permitir una diversidad cada vez mayor de memoria, imaginación y contribución. Propone dos metodologías que ha encontrado útiles para generar un rico sentido de propósito compartido, y también una diversidad de memoria y perspectiva.

Sesiones: 99, 100, 101, 102, 103, 104 y 105.

Cambiando lo incambiable, La terapia breve en casos intimidantes.
Fisch, R. y Schlanger, K. (2002).

En el texto se muestran las experiencias de la aplicación de la terapia breve en casos intimidantes o graves como las adicciones, emocionales o de la alimentación. Destacan la importancia del

terapeuta frente a los casos y la utilización de ejemplos que permiten acceder a las dificultades mostradas y superarlas.

Sesión 106:

La táctica del cambio 1.

Fisch, R. Weakland, J. y Segal, L. (1988) (pp. 147-196).

Para Fisch, Weakland, y Segal (1988), la terapia breve pretende intervenir sobre el cliente de modo que su dolencia originaria se solucione satisfactoriamente. Para lograr esto último, proponen dos vías donde el terapeuta realiza una serie de procedimientos para no afectar al paciente y se encamine a la solución de su problemática. Las técnicas pueden parecer complejas, indirectas o incluso paradójicas, aunque para ellos son complejas y poco habituales, son novedosas en sí mismas.

Sesión 107:

La táctica del cambio 2.

Fisch, R. Weakland, J. y Segal, L. (1988) (pp. 213-306).

En el texto Fisch, Weakland, y Segal (1988) describen la utilización de las técnicas empleadas en casos prácticos, resaltan los procedimientos, el enfoque estratégico que subyace en las afirmaciones, preguntas y directrices del terapeuta, las notas y comentarios retrospectivos acerca de la información suministrada por los clientes, entre otros.

Sesión 108:

Manual de terapia breve sexual.

Green, S. y Flemons, D. (comps) (2009) (pp. 315-358).

En esta lectura se aborda el enfoque centrado en la formación y la resolución del problema que fue propuesta por el Equipo de Terapia breve, que fue el precursor de los enfoques postmodernos y de la corriente que se conoce como construccionismo social que se desarrolló a partir de la cibernética y de la teoría de la comunicación humana. Esta visión en psicoterapia toma en cuenta que no son tanto las dificultades de un individuo en la vida que hace que asista a terapia si no los intentos que no surten efecto para resolverlos, lo que lleva a generar un círculo vicioso. Por lo que a lo largo de la lectura se realiza una revisión minuciosa del modelo, los componentes y el método de aplicación.

Sesión 109:

El árbol de la vida en Mariscadero, Pelluhue, Chile.
Joquera, F. (2010).

En este texto se describe la experiencia del Taller del “Árbol de la Vida”, un tipo de prácticas narrativas en ambientes comunitarios, que busca dar respuesta a los efectos adversos en las vidas de aquellas personas que han vivido y sobrevivido a experiencias de trauma, en este caso, con las personas afectadas, de la Junta de Vecinos del Mariscadero, Comuna de Pelluhue, por el terremoto y posterior tsunami del veintisiete de febrero del 2010 en Chile.

Sesión 110:

El arte del cambio 1.
Nardone G & Watzlawick, P. (1992) (pp. 113-130).

En esta lectura los autores, después de haber presentado y discutido la praxis clínica estratégica en el desarrollo de su proceso y en sus procedimientos terapéuticos más consolidados. A continuación, ofrecen ejemplos de tratamiento específico para ciertos trastornos con protocolos terapéuticos contruidos acordes con los problemas específicos. Han preparado los protocolos partiendo de una base empírica, de la aplicación a un grupo de sujetos con los trastornos mencionados, de una hipótesis de programa terapéutico y de estrategias específicas.

Sesión 111:

El arte del cambio 2.
Nardone G & Watzlawick, P. (1992) (pp. 130-144).

En este contenido, presentan la intervención terapéutica en otras problemáticas; señalan sus características y su desarrollo, lo que ejemplifica el tipo de problema y las aproximaciones que puede llevar a cabo el terapeuta.

Sesión 112.1, 112.2 y 113:

Conocer a través del cambio.
Nardone, G. y Portelli, C. (2006).

En este texto como obra de Nardone y Portelli, (2006), se describe el progreso de la psicoterapia con el enfoque de la terapia breve estratégica la cual implica disponer de la propia lógica del

paciente para ayudarlo a superar sus problemas. Este modelo terapéutico permite al terapeuta utilizar la fuerza de la resistencia del paciente para abatir patologías enraizadas, que persisten, a pesar de la medicación o durante años bajo la terapia tradicional. La duración del tratamiento completo es de 10 a 15 sesiones en promedio. También los autores presentan procesos terapéuticos en los diferentes tipos de problemas para mostrar que la aplicación de estrategias correctas, bajo un orden sistemático puede producir cambios positivos permanentes sin desplazamiento del síntoma o que existan recaídas. También facilitan protocolos accesibles para su aprendizaje y su aplicación a pacientes.

Sesión 114:

La praxis clínica en terapia estratégica: Proceso y procedimientos.

Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992) (páginas, 71-112).

En este capítulo, los autores retoman algunos conceptos básicos de su sistema terapéutico como: la relación entre terapeuta y paciente, especialmente en la terapia estratégica, en el que se presenta un intercambio de decisiones, habilidades y pasos, en un enfrentamiento donde ambos tienen dificultades, que en la situación en la cual se encuentran se dan una serie de fases evolutivas y de estrategias para culminar con éxito el encuentro. También se presentan las estrategias consolidadas y las técnicas terapéuticas específicas, con sus procedimientos.

Sesión 115:

Piense en dos personas y llámelas por la mañana:

Terapia breve orientada a soluciones para la depresión.

O'Hanlon, B. (2001) (pp. 109- 142).

En esta lectura se realiza una revisión del método terapéutico bajo el modelo de la terapia breve orientada a soluciones emocionales, por ejemplo, para la depresión, hace una introducción acerca del campo de las psicoterapias, que sean más respetuosas con los clientes y más eficaces para crear el cambio. La postura del terapeuta es muy importante en su papel de orientador de soluciones con enfoque ericksoniano-estratégico, a dar posibilidades y ser cooperativo e inclusivo.

Sesión 116:

Alterar la “forma de actuar” y la “forma de ver el problema”.

O’Hanlon, H. W. y Weiner-Davis, M. (1990) (páginas, 139-158).

En este texto se presenta a orientación de la terapia para dar solución de ciertas condiciones como el de cambiar la “forma de actuar” del cliente en la situación que percibe como problemática, cambiar “la forma de ver” la situación percibida como problemática por el cliente, y evocar los recursos, soluciones y capacidades que se puede aplicar a la situación que percibe como problemática.

Sesión 117:

Pequeños grandes cambios. Diez maneras sencillas de transformar tu vida.

O’Hanlon, B. (2003).

En este texto se presenta la propuesta de O’Hanlon, B. (2003), para un abanico de soluciones creativas y realistas, para los problemas que plantean desafíos en la vida. Con un lenguaje de autoayuda, le propone al lector cambiar su punto de vista y su forma de instaurar sus propios problemas, desde las relaciones humanas a la resolución de conflictos de todo tipo. Plantea la aplicación de soluciones frente a la presencia de problemáticas a partir de cambiar la forma de crear, ver y aplicar solución a los problemas.

Sesión 118:

Amor es amar cada día.

O’Hanlon, B. y Hudson, P. (1997).

Esta lectura presenta el enfoque de análisis de las situaciones problemáticas de las relaciones interpersonales, los autores proponen un método nuevo y diferente para cambiar y liberar las viejas pautas de conducta. Todo ello para resolver los problemas de la relación de pareja.

Sesión 119:

Entrevista interventiva: Parte II.

El cuestionamiento reflexivo como medio para permitir la autocuración.

Tomm, K (1987).

En la lectura se presenta el cuestionamiento reflexivo es un aspecto de la entrevista interventora orientada a los clientes o familias a generar nuevos patrones de cognición y de conducta por sí mismos. Aquí el terapeuta adopta una postura facilitadora y cuestiona propositivamente argumentos que abren las posibilidades de auto-curación. La base de este mecanismo para el cambio terapéutico en los clientes es la reflexividad en sus diversos niveles de significado en su propio sistema de creencias.

Sesiones: 120 y 121.

El Lenguaje del Cambio.

Watzlawick, P. (2007).

En esta lectura de Watzlawick, (2007) se muestran aspectos fundamentales de la Teoría de la comunicación humana en el campo de la terapia familiar y sistémica. La aplicación a pacientes que sufren bajo el peso de su concepción del mundo, es cordial ya que la interacción con el terapeuta es fluida, con el lenguaje de la razón y de la conciencia.

Sesión 122:

El delicado arte de reestructurar.

Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (2007) (pp. 117-134).

Como parte de la temática abordada en este material se habla que reestructurar significa cambiar el propio marco conceptual o emocional, en el cual se experimenta una situación: se sitúa en otra estructura que aborda los sucesos correspondientes a la misma situación, cambiando por completo el sentido de los mismos. Esta propuesta es desarrollada en el texto dando los principios acerca de la reestructuración es el sentido atribuido a la situación, y no los hechos concretos correspondientes a ésta, seguido de cuestionamientos de los puntos de vista, adaptación y problemas humanos.

Sesión 123:

La práctica del cambio.

Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (2007) (páginas, 135-157).

En esta lectura se muestran los principios sobre el procedimiento de la solución de problemas en casos clínicos con pacientes. El desarrollo se describe en cuatro etapas:

1. definición del problema en términos concretos,
2. investigación de las soluciones hasta ahora intentadas,
3. definición del cambio concreto a realizar y
4. la formulación y puesta en marcha de un plan para producir dicho cambio.

Sesión 124:

El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas.

White, M. (2002).

White (2002) enfoca su texto a los terapeutas y sus experiencias, las que pueden contribuir a desajustes entre la concepción de la profesión y las experiencias diarias, que requieren siempre nuevos recursos, a veces alejados del “ideal” de la disciplina aprendida. El mantenerse fiel a principios e ideas acerca de sí mismo puede impedir abrirse a nuevas experiencias terapéuticas e integrarlas como parte enriquecedora en la historia personal. De este modo, los terapeutas corren el riesgo de percibir su supuesta “identidad originaria” como más y más vacía y lo nuevo y sorprendente como algo que sólo los aturde.

Sesión 125:

Deconstrucción y terapia.

White, M. (1994) (pp. 19-56).

White (1994) expone su análisis sobre la deconstrucción y la terapia. Insertar algunas prácticas terapéuticas dentro del marco de la deconstrucción y añade varias historias clínicas.

Sesiones: 126, 127 y 128.

Reescribir la vida.

White, M. (2002).

En este trabajo, White (2002) presenta sus experiencias con los problemas terapéuticos de difícil superación. Rechaza los rótulos psiquiátricos y conceptos del lenguaje cultural dominante. Él propone que a los pacientes se realice un interrogatorio a fondo y los relatos que han construido sobre sus vidas. Enfatiza la importancia de las indicaciones para la práctica terapéutica, (registros, documentación escrita sobre las terapias) y los aspectos éticos con los pacientes.

Sesión: 129.

Respondiendo a niños que han tenido experiencias significativas de trauma:
una perspectiva narrativa. Una entrevista con Michael White.

White, M y Morgan, A. (2006).

Muestra la entrevista realizada a M. White en 2006 sobre el tema de las experiencias traumáticas de los niños y cuál es su posición desde la perspectiva narrativa la cual contribuye a la comprensión de sus problemas, de cómo los enfrentan y los elementos que permiten a los terapeutas ayudarlos.

4.3 Sistémico.

4.3.4 Seguimiento y evaluación del tratamiento.

Sesión 130:

Trabajando con el problema del alcohol.

Berg, I. y Miller, S. (1997).

Los contenidos del trabajo de Berg y Miller (1997) trasciende el modelo tradicional del tratamiento del alcoholismo. Proponen el uso de la terapia breve como una alternativa digna y necesaria del tratamiento a largo plazo. Conceptualizan el problema, señalan similitudes y diferencias con los modelos tradicionales. Señalan que los resultados obtenidos en las investigaciones han demostrado que los tratamientos alternativos más breves son tan eficaces como los métodos tradicionales, prolongados y orientados hacia la recuperación. Proponen un modelo de tratamiento de corta duración que repercute en los clientes y en los profesionales por el cambio gradual en las actitudes de hacia el tratamiento de los problemas vinculados con el alcohol.

Sesión 131:

La táctica del cambio 8.

Fisch, R. Weakland, J. y Segal, L. (1988) (pp. 197-211).

El contenido se centra en la etapa final del tratamiento, el cual resulta desde un acontecimiento especial como el término del encuentro de los participantes (paciente-terapeuta). Los autores analizan este evento bajo la perspectiva de la terapia breve donde la terapia no favorece el desarrollo de una relación entre terapeuta y paciente; el enfoque se dirige a la solución de problemas específicos; y se enfrenta con igual brevedad la terminación.

Sesión 132.1, 132.2, 132.3 y 132.4:

Cambiando lo incambiable.

Fisch, R. y Schlanger, K. (2002).

En esta lectura los autores muestran las experiencias de la aplicación de la terapia breve en casos intimidantes o graves como las adicciones, emocionales o de la alimentación. Destacan la importancia del terapeuta frente a los casos y la utilización de ejemplos que permiten acceder a las dificultades mostradas y superarlas. Las experiencias en diversos casos clínicos los llevan a la propuesta de esta obra con la aplicación de los principios de la terapia breve en pacientes diagnosticados como esquizofrénicos y maníacos depresivos.

Sesión 133:

El nuevo lenguaje del cambio.

Friedman, S (2001).

En este texto se destacan los alcances más importantes en el campo de la Terapia Familiar se encuentran en el abandono de actitudes autoritarias y las certezas teóricas a favor de una respetuosa y auténtica colaboración con los clientes. A lo largo del texto se resalta la importancia del cliente en la solución de sus problemas y ser los autores de sus propias vidas. Se dan estrategias, procedimientos y ejemplos de aplicación. Exponen con claridad sus principios de dialogar, negociar y pactar con los clientes las alternativas posibles y esperanzadoras frente a las limitaciones opresivas y dolorosas impuestas por sus propios relatos.

Sesión 135:

La investigación evaluadora.

Nardone, G. & Watzlawick, P. (1988) (capítulo 7, páginas 169-184).

Los autores en el capítulo 7: La investigación evaluadora, señalan las críticas vertidas a sus planteamientos estratégicos de su psicoterapéutico como la carencia de datos relativos a los resultados efectivos; que los autores estratégicos no hayan presentado de un modo sistemático y comparable los datos relativos a los resultados de su labor terapéutica; o que el planteamiento de la terapia parece excesivamente taumatúrgico y mágico para ser considerado un modelo repetible y creíble de psicoterapia. A lo cual presentan en el texto un estudio valorativo de los resultados de la aplicación del enfoque estratégico descrito a una muestra de sujetos.

Sesión 136.1. 136.2, 136.3 y 136.4:

Conocer a través del cambio.

Nardone, G. y Portelli, C. (2006)

Tras haber descrito las fases y el proceso de la terapia breve estratégica avanzada y la forma en la primera sesión se puede transformar en un proceso terapéutico orientado al cambio. El texto presenta el modelo y sus aplicaciones, en diversos casos clínicos o problemas humanos. Muestran series de interacción entre la persona y su realidad, que lleva a la formulación y el mantenimiento de tipologías específicas de trastornos psicológicos. Con esta información, le permite al terapeuta formular protocolos específicos con una mayor eficacia y reconocimiento científico.

Sesión 137:

Trastornos obsesivo-compulsivos.

Nardone, G. y Portelli, C. (2006) (páginas, 86-102).

Abordar los Trastornos obsesivo-compulsivos ha sido un síndrome comportamental central por la Terapia Estratégica. El texto aborda esta problemática en base al método de investigación-intervención. También describe los procedimientos de identificación del sistema perceptivo-reactivo típico de los síndromes obsesivo-compulsivos que se conservan por los intentos de solución característicos de evitación o control de las situaciones de ansiedad a través de conductas compulsivas de reparación o prevención.

Sesión 138.1:

Depresión.

Nardone, G. y Portelli, C. (2006) (páginas, 102-123).

En este caso, los autores abordan la depresión bajo su marco teórico y práctico exponiendo explicaciones en base de las estrategias exitosas en el tratamiento de esta patología. Además, añaden las fases de tratamiento, los cambios y el proceso del cliente hacia la reestructuración del sistema perceptivo-reactivo de la persona.

Sesión 138.2:

Trastornos de la alimentación.

Nardone, G. y Portelli, C. (2006) (páginas, 123-149).

Los casos de los Trastornos de la alimentación constituyen un campo de atención terapéutica muy importante para este modelo. Con el conocimiento obtenido por los estudios empíricos experimentales, han observado la existencia de las diversas variantes que tienen estos trastornos que plantean soluciones particulares y la elaboración de protocolos específicos de tratamiento.

Sesión 139:

Dos modelos de tratamiento específico.

Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992) (capítulo 5, páginas 113-130).

Los autores retoman en este capítulo ejemplos de tratamiento específico para determinados trastornos con los protocolos terapéuticos contruidos para tal fin. Describen paso a paso las estrategias específicas y los resultados obtenidos.

Sesión 140:

El problema presentado continuación del capítulo 5.

Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992) (pp. 130-144).

Este contenido abarca el tratamiento en los trastornos obsesivo compulsivos: la presentación del problema; protocolo de tratamiento; esquema de tratamiento; estadios y número de sesiones. Continúa el análisis de la efectividad del tratamiento y sus resultados. Continúan en el capítulo 6 con la atención de casos inusuales y el protocolo de atención.

Sesión 141:

Ampliar y mantener el cambio mantener la bola en movimiento.

O'Hanlon, H. W. y Weiner-Davis, M. (1990) (pp. 159-177).

Los autores amplían las respuestas a las interrogantes de los terapeutas acerca del comienzo del cambio en los clientes y las sesiones subsecuentes. El intercambio va a permitir al cliente llevar caminos más productivos en la solución de su problemática.

Sesión 142:

El truco de Bellac.

Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (2007) (pp. 158-184).

Los autores analizan el llamado “Truco de Bellac” bajo un esquema de: caso, prescripción y efecto o resultados. Integrado al capítulo de resolución de problemas, los autores describen el cambio y el delicado arte de reestructurar. Por último, para llevar a cabo la práctica del cambio se deben tomar en cuenta sus etapas (cuatro).

REFERENCIAS DE CONTENIDOS DE R.B.E.I.P.C.S.

1, 2, 3 y 4: *Todo lo que usted nunca quiso saber sobre el psicoanálisis*. Fontana, C. (2001). En: C. Fontana. *Todo lo que usted nunca quiso saber sobre el psicoanálisis*. España: Síntesis.

5 y 6: *El psicoanálisis ilustrado*. Bekerman, J. (1996). En: J. Bekerman. *El psicoanálisis ilustrado*. Argentina: Emecé.

7: *Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente Trabajos sobre técnica psicoanalítica y otras obras*. Freud, S. (1911/2000) En: S. Freud. *Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente Trabajos sobre técnica psicoanalítica y otras obras*. (Obras Completas, Vol. XII). (pp. 209-215). Argentina: Amorrortu.

8: *Fragmento de análisis de un caso de histeria Tres ensayos de teoría sexual y otras obras*. Freud, S. (1901/2000). En: S. Freud. (1901/2000). *Fragmento de análisis de un caso de histeria; Tres ensayos de teoría sexual y otras obras*. (Obras Completas, Vol.Tomo VII). (pp. 235-242). Argentina: Amorrortu.

9: *La sociedad depresiva*. Roudinesco, E. (2001). En: E. Roudinesco, ¿Por qué el Psicoanálisis? (Capítulo 1, páginas 15-28).Argentina: Paidós.

10: *El alma no es una cosa*. Roudinesco, E. (2001). En: E. Roudinesco, ¿Por qué el Psicoanálisis? (Capítulo 3, 29-35). Argentina: Paidós.

11: *Lo universal, la diferencia, la exclusión*. Roudinesco, E. (2001). En: E. Roudinesco, ¿Por qué el Psicoanálisis? (Capítulo 11, páginas, 115-130). Argentina: Paidós.

12 y 13: *Clínica psicoanalítica*. Dor, J. (1996). En: J. Dor, *Clínica psicoanalítica*. España: Gedisa.

14: *Freud murió en Norteamérica 1*. Roudinesco, E. (2001) En: E. Roudinesco, ¿Por qué el Psicoanálisis? (Capítulo 7, 65-72). Argentina: Paidós.

15: *Freud murió en Norteamérica 2*. Roudinesco, E. (2001) En: E. Roudinesco, ¿Por qué el Psicoanálisis? (Capítulo 7, 73-83). Argentina: Paidós.

16: *La ciencia y el psicoanálisis*. Roudinesco, E. (2001). En: E. Roudinesco, ¿Por qué el Psicoanálisis? (pp. 93-103). Argentina: Paidós.

17, 18, 19 y 20: *Vivir en una sociedad irracional*. Ellis, A. y Blau, S. (2000). En: A. Ellis y S. Blau, *Vivir en una sociedad irracional*. España: Desclée de Brower.

21: *Caso de la práctica Básica de la RET*. Dryden, W. y Ellis, A. (1989). En: W. Dryden y A. Ellis, *Práctica de la terapia racional emotiva*. (Capítulo 3, páginas 71-83). España: Desclée de Brower.

22: *Intervención psicológica: evaluación promoción, prevención y tratamientos*. Compas, B. y Gotlieb, I. (2003). En: B. Compas y I. Gotlieb, *Introducción a la Psicología clínica. Ciencia y práctica*. (Capítulo 11, páginas 281-308). Madrid: McGraw Hill.

23: *La teoría general de la TRE*. Dryden, W. y Ellis, A. (1989). En: W. Dryden y A. Ellis, *Práctica de la terapia racional emotiva*. (Capítulo 1, páginas 13-37). España: Desclée de Brower.

24: *La práctica básica de la TRE*. Dryden, W. y Ellis, A. (1989). En: W. Dryden y A. Ellis, *Práctica de la terapia racional emotiva*. (Capítulo 2, páginas 39-70). España: Desclée de Brower.

25.1: *Guías de tratamiento y guías para la práctica clínica psicológica: Una visión desde la clínica*. Becoña, et al (2004). En: I.E. Becoña, F.L. Casete, M.M. Lloves, F.L. Nogueiras, M.Z.M. Lage, M.M. Gutiérrez, R.M. Baamonde, P.C. Lorenzo, P.S. Suárez, V.N. González, D.M. Vázquez y V.M. Miguez, *Guías de tratamiento y guías para la práctica clínica psicológica: Una visión desde la clínica*. Papeles del Psicólogo, 25(87), 9-19.

26, 27, 28 y 29: *Manual de Terapia Racional- Emotiva*. Ellis, A. y Grieger, R. (2003). En: A. Ellis y R. Grieger, *Manual de Terapia Racional- Emotiva*. (Páginas, 199-205). España: Desclée de Brower.

30: *Ayudar de forma efectiva: Counselling*. Okun, F.B. (2010). En: F.B. Okun, *Ayudar de forma efectiva: Counselling*. (Páginas, 45-80). México: Paidós.

31: *Psicoterapia: enfoques conductual y cognitivo*. Compas, B. y Gotlieb, I. (2003). En: B. Compas y I. Gotlieb, *Introducción a la Psicología clínica. Ciencia y práctica*. (Capítulo 14, páginas 367-400). Madrid: McGraw Hill.

32 y 33: *Técnicas de relajación y respiración*. Vázquez, M.I. (2001). *Técnicas de relajación y respiración*. En: M.I. Vázquez, *Técnicas de relajación y respiración*. (Páginas, 109-130). Madrid: Síntesis.

34, 35 y 36: *Técnicas de relajación. Guía práctica.* Payne, R.A. (2005). En: R.A. Payne, *Técnicas de relajación. Guía práctica.* Barcelona: Paidotribo.

37: *¿En qué consiste el modelo multimodal?* Lazarus, A.A. (2000). En: A.A. Lazarus, *El enfoque multimodal. Una psicoterapia breve pero completa.* (Capítulo 3, páginas 37-47). Bilbao: Desclée de Brouwer.

38: *La entrevista motivacional: una estrategia para el cambio en psicología y salud.* Ramos-del Río, B. (2007). En: M. García Méndez (Comp.), *Estrategias de evaluación e intervención en psicología.* (Páginas, 189-231). México: Porrúa.

39: *Cuadernos de psicoterapia cognitivo-conductual 1.* Beriso et al (2007). En: Beriso, A. Gómez-Escalonilla, B. Plans-Beriso, P.D. Sánchez y R.M. Sánchez-Guerra, *Cuadernos de psicoterapia cognitivo-conductual. 1. Estrategias cognitivas para sentirse bien.* (Capítulo 1, páginas 9-51). Madrid: EOS.

40: *Cuadernos de psicoterapia cognitivo-conductual 2.* Beriso et al (2007). En: Beriso, A. Gómez-Escalonilla, B. Plans-Beriso, P.D. Sánchez y R.M. Sánchez-Guerra, *Cuadernos de psicoterapia cognitivo-conductual. 1. Estrategias cognitivas para sentirse bien.* (Capítulo 2, páginas 61-101). Madrid: EOS.

41.1, 41.2, 41.3, 41.4, 41.5, 41.6, 41.7: *Asertividad: una alternativa para el óptimo manejo de las relaciones personales.* Flores, G.M. y Díaz-Loving, R. (2002). En: G.M. Flores y R. Díaz-Loving, *Asertividad: una alternativa para el óptimo manejo de las relaciones personales.* México: Yucatán- Porrúa.

42: *Entrenamiento en inoculación de estrés.* Muñoz, M. y Bermejo, M. (2001). En: M. Muñoz y M. Bermejo, *Entrenamiento en inoculación de estrés.* (Páginas, 7-54). Madrid: Síntesis.

43: *Técnicas de solución de problemas.* Becoña, I.E. (2001). En: F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz, *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta.* (pp. 710-743). Madrid: Pirámide.

44.1 y 44.2: *Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: Fundamentos y aplicaciones.* Vázquez, C., Hervás, G. y M. Y. Ho, S. (2006). En: C. Vázquez, G. Hervás y S. M. Y. Ho, *Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: Fundamentos y aplicaciones.* *Rev. Psicología Conductual*, 14(3), 401- 442.

45: *Cómo mantener y aumentar sus logros terapéuticos racional-emotivos.* Dryden, W. y Ellis, A. (1989). En: W. Dryden y A. Ellis, *Práctica de la terapia racional emotiva.* (Apéndice, páginas 219-227). España: Desclée de Brower.

46: *Una terapia más profunda y duradera. Enfoque teórico de la terapia racional emotivo-conductual*. Ellis, A. (1999). En: A. Ellis, Una terapia más profunda y duradera. Enfoque teórico de la terapia racional emotivo-conductual. (pp. 275-293). España: Desclée de Brower.

47: *Vivir en una sociedad irracional*. Ellis, A. y Blau, S. (2000). En: A. Ellis y S. Blau (comps), Vivir en una sociedad irracional. España: Desclée de Brower. (pp. 253-271).

48: *El informe psicológico*. Buela-Casal, G. y Sierra, J.C. (1997). 48. El informe psicológico. En: G. Buela-Casal y J.C. Sierra (Drs.), Manual de evaluación psicológica. Fundamentos, técnicas y aplicaciones. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A. (221-238).

49: *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Andersen, T. (1994). En: T. Andersen, El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos. (pp. 25-35). Barcelona: Gedisa.

50: *Una unidad sagrada*. Bateson, G. (1993). En: G. Bateson, Una Unidad Sagrada. (pp. 330-333). España: Gedisa.

51: *Epistemología y ecología*. Bateson, G. (1998). En: G. Bateson, Pasos hacia una ecología de la mente. (pp. 429-440). Argentina: Lohle.

52: *El enfoque colaborativo y los equipos reflexivos*. Beltrán, L. (2004). En: L. Eguiluz (Comp.), Terapia familiar. Su uso hoy en día. (Capítulo 8, páginas, 197-221). México: Pax.

53: *El uso del equipo terapéutico como una alternativa para la formación de terapeutas sistémicos*. Beltrán, L. y Mandujano, S. (1995). En: L. Beltrán y S. Mandujano, El uso del equipo terapéutico como una alternativa para la formación de terapeutas sistémicos. Revista de psicología iberoamericana. Terapia familiar. 3(1), 39-44.

54: *Que sean un comienzo y no un fin*. Berg, I. y Miller, S. (1997). En: I. Berg y S. Miller, Trabajando con el problema del alcohol. (pp. 29-49). Barcelona: Gedisa.

55: *La práctica y la teoría*. Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1988). En: R. Fisch, J. Weakland y L. Segal, La táctica del cambio. (Capítulo 1, páginas, 19-38). Barcelona: Herder.

56: *La capacidad de maniobra del terapeuta*. Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1988). En: R. Fisch, J. Weakland y L. Segal, *La táctica del cambio*. (Capítulo 2, páginas 39-71). Barcelona: Herder.

57: *La fijación del marco del tratamiento*. Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1988). En: R. Fisch, J. Weakland y L. Segal, *La táctica del cambio*. (Capítulo 3, páginas 73-88). Barcelona: Herder.

58 y 59: *La postura del paciente*. Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1988). En: R. Fisch, J. Weakland y L. Segal, *La táctica del cambio*. (Capítulo 5, páginas 109-130). Barcelona: Herder.

60: *Construir la realidad*. Gergen, K. (2005). En: K. Gergen, *Construir la realidad*. (pp. 23-43). Barcelona: Paidós.

61: *Genogramas en la evaluación familiar*. McGoldrick, M. y Gerson, R. (2000). En: M. McGoldrick y R. Gerson, *Genogramas en la evaluación familiar*. (pp. 25-54). Buenos Aires: Gedisa.

62: *Si quieres ver, aprende a obrar*. Nardone, G. y Watzlawick, P (1992). En: G. Nardone y P. Watzlawick, *El arte del cambio*. (Capítulo 1, páginas 15-32). Barcelona: Herder.

63, 64, 65 y 66: *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en la psicoterapia*. O'Hanlon, H. W. y Weiner-Davis, M. (1990). En: H. W. O'Hanlon y M. Weiner-Davis, *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en la psicoterapia*. (Capítulo 1, páginas 21-36). España: Paidós.

67: *Escritos esenciales de Milton H. Erickson*. Procter, H. (2001). En: H. Procter, *Escritos esenciales de Milton H. Erickson*. (Vol 1, páginas 71-105). Argentina: Paidós

68: *Terapia cortada a la medida*. Robles, T. (2001). En: T. Robles, *Terapia cortada a la medida*. (pp. 41-47). México: Instituto Milton Erickson.

69: *Entrevista de intervención: Parte III. Con la intención de hacer preguntas lineales, circulares, gestuales o reflexivas?* Tomm, K. (1988). En: K. Tomm, *Interventive Interviewing: Part III. Intending to Ask Lineal, Circular, ¿Strategic o Reflexive Questions?* *Family Process*, 27, 1-15.

70: *La comunicación patológica*. Watzlawick, P., Bavelas, J., y Jackson, D. (2002). En: P. Watzlawick, J. Bavelas y D. Jackson, *Teoría de la comunicación humana*. (Capítulo 3, páginas 73-114). Barcelona: Herder.

71, 89 y 90: *El equipo reflexivo*. Andersen, T. (1994). En: T. Andersen, *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa.

72: *Clasificar según una escala*. Berg, I. y Miller, S. (1997). En: I. Berg y S. Miller, *Trabajando con el problema del alcohol*. (Capítulo 5, páginas 50-66). Barcelona: Gedisa.

73: *Claves en psicoterapia breve. Una teoría de la solución*. De Shazer, S. (2000). En: S. De Shazer, *Claves en psicoterapia breve. Una teoría de la solución*. Barcelona: Gedisa.

74 y 75: *La táctica del cambio*. Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1988). En: R. Fisch, J. Weakland y L. Segal, *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder.

76 y 77: *Las tácticas de poder de Jesucristo*. Haley, J. (1991). En: J. Haley, *Las tácticas de poder de Jesucristo*. Barcelona: Paidós.

78 y 134: *La improvisación en psicoterapia*. Keeney, B. (1992). En: B. Keeney, *La improvisación en psicoterapia*. España: Paidós.

79: *Enriqueciendo la historia del trauma: Metodología para la entrevista del evento*. Latorre, I. (2012). En: I. Latorre, *Enriqueciendo la historia del trauma: Metodología para la entrevista del evento*. Explorations: An e-journal of narrative practice, 1, 25-40.

80: *La praxis clínica en terapia estratégica: proceso y procedimientos*. Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992). En: G. Nardone y P. Watzlawick, *El arte del cambio*. (Capítulo 4, páginas 71- 82). Barcelona: Herder.

81, 82, 83.1, y 83.2. *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. O'Hanlon, H. W. y Weiner-Davis, M. (1990). En: H. W. O'Hanlon y M. Weiner-Davis, *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.

84: *Más de lo mismo» o Cuando la solución es el problema*. Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (2007). En: P. Watzlawick, J. Weakland y R. Fisch, *Cambio*. (pp. 51-59). Barcelona: Herder.

85: *Las terribles simplificaciones*. Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (2007). En: P. Watzlawick, J. Weakland y R. Fisch, *Cambio*. (pp. 61-69). Barcelona: Herder.

86: *La práctica del cambio*. Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (2007). En: P. Watzlawick, J. Weakland y R. Fisch, *Cambio*. (Capítulo IX, páginas 135-157). Barcelona: Herder.

87: *Notas del Taller*. White, M. (2002). En: M. White, *Notas del Taller*. (pp. 1 - 26). Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.

88: *Narrative Therapy with Children and their Families*. White, M. (2007). En: M. White & A. Morgan, *Narrative Therapy with Children and their Families*. (pp. 3-7). Adelaide, South Australia: Dulwich centre publications.

91 y 92: *Trabajando con el problema del alcohol*. Berg, I. y Miller, S. (1997). En: I. Berg y S. Miller, *Trabajando con el problema del alcohol*. Barcelona: Gedisa.

93: *Avances en terapia familiar sistémica*. Navarro, G. J. y Beyebach (2002). En: G. J. Navarro, y M. Beyebach (Comps.), *Avances en terapia familiar sistémica*. (pp. 157-194). Barcelona: Paidós.

94: *Prácticas de externalización: la enseñanza de habilidades para externalizar problemas*. Beyebach, M. y Rodríguez, A. (1994). En: M. Beyebach y A. Rodríguez, *Prácticas de externalización: la enseñanza de habilidades para externalizar problemas*. Actas de XV Jornadas Nacionales de Terapia Familiar. (pp. 281-306). Vitoria: FEATF.

95 y 96: *Cambiar el Pasado, cambiar las experiencias traumáticas con la terapia estratégica*. Cagnoni, F. y Milanese, R. (2010). En: F. Cagnoni y R. Milanese, *Cambiar el Pasado, cambiar las experiencias traumáticas con la terapia estratégica*. (Páginas, 58-75). España: Herder.

97: *Aceptación radical*. Steve de Shazer (1997/2000). En: S. De Shazer, *Radical acceptance*. Brief family therapy center. (Traducción Pedro Vargas Avalos, Academia de Terapia Sistémica, F.E.S. Zaragoza, UNAM). México: FES Zaragoza.

98: *Líneas de tiempo narrativas colectivas y mapas de la historia*. Denborough, D. (2008). En: D. Denborough, *Collective Narrative Practice*. Responding to individuals, groups, and communities who have experienced trauma (Páginas, 143-159). Adelaide: South Australia: Dulwich Centre Publications.

99, 100, 101, 102, 103, 104 y 105: *Cambiando lo incambiable, La terapia breve en casos intimidantes*. Fisch, R. y Schlanger, K. (2002). En: R. Fisch y K. Schlanger, *Cambiando lo incambiable, La terapia breve en casos intimidantes*. Barcelona: Herder.

106: *La táctica del cambio 1*. Fisch, R. Weakland, J. y Segal, L. (1988). En: R. Fisch, J. Weakland y L. Segal, *La táctica del cambio*. (pp. 147-196). Barcelona: Herder.

107: *La táctica del cambio 2*. Fisch, R. Weakland, J. y Segal, L. (1988). En: R. Fisch, J. Weakland y L. Segal, *La táctica del cambio*. (pp. 213-306). Barcelona: Herder.

108: *Manual de terapia breve sexual*. Green, S. y Flemons, D. (comps) (2009). En: S. Green y D. Flemons (comps), *Manual de terapia breve sexual*. Barcelona: Paidós.

109: *El árbol de la vida en Mariscadero, Pelluhue, Chile*. Joquera, F. (2010). En: F. Joquera, *El árbol de la vida en Mariscadero, Pelluhue, Chile: Una respuesta narrativa comunitaria a los efectos de haber vivido y sobrevivido al terremoto y tsunami del 27 de febrero de 2010*. Cuadernos de Postgrado en Psicología UV, 2, 24-35.

110: *El arte del cambio 1*. Nardone G. y Watzlawick, P. (1992). En: G. Nardone y P. Watzlawick, *El arte del cambio*. (pp. 113-130). Barcelona: Herder.

111: *El arte del cambio 2*. Nardone G. y Watzlawick, P. (1992). En: G. Nardone y P. Watzlawick, *El arte del cambio*. (pp. 130-144). Barcelona: Herder.

112.1, 112.2 y 113: *Conocer a través del cambio*. Nardone, G. y Portelli, C. (2006). En: G. Nardone y C. Portelli, *Conocer a través del cambio*. Barcelona: Herder.

114: *La praxis clínica en terapia estratégica: Proceso y procedimientos*. Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992). En: G. Nardone, y P. Watzlawick, *El arte del cambio*. (Páginas, 71-112). Barcelona: Herder.

115: *Piense en dos personas y llámelas por la mañana: Terapia breve orientada a soluciones para la depresión*. O'Hanlon, B. (2001). En: B. O'Hanlon, *Desarrollar posibilidades*. (pp. 109- 142). Barcelona: Paidós.

116: *Alterar la "forma de actuar" y la "forma de ver el problema"*. O'Hanlon, H. W. y Weiner-Davis, M. (1990). En: H. W. O'Hanlon y M. Weiner-Davis, *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. (Páginas, 139-158). Barcelona: Paidós.

117: *Pequeños grandes cambios. Diez maneras sencillas de transformar tu vida*. O'Hanlon, B. (2003). En: B. O'Hanlon, *Pequeños grandes cambios. Diez maneras sencillas de transformar tu vida*. Buenos Aires: Paidós.

118: *Amor es amar cada día*. O'Hanlon, B. y Hudson, P. (1997). En: B. O'Hanlon y P. Hudson, *Amor es amar cada día*. Barcelona: Paidós.

119: *Entrevista interventiva: Parte II. El cuestionamiento reflexivo como medio para permitir la autocuración*. Tomm, K (1987). En: K. Tomm, *Interventive Interviewing: Part II. Reflexive Questioning as a Means to Self-Healing*. Family Process, 26, 167-183.

120 y 121: *El Lenguaje del Cambio*. Watzlawick, P. (2007). En: P. Watzlawick, *El Lenguaje del Cambio*. Barcelona: Herder.

122: *El delicado arte de reestructurar*. Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (2007). En: P. Watzlawick, J. Weakland y R. Fisch, *El delicado arte de reestructurar*. (pp. 117-134). Cambio. Barcelona: Herder.

123: *La práctica del cambio*. Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (2007). En: P. Watzlawick, J. Weakland y R. Fisch, *Cambio*. (Páginas, 135-157). Barcelona: Herder.

124: *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. White, M. (2002). En: M. White, *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona: Gedisa.

125: *Deconstrucción y terapia*. White, M. (1994). En: White, M. (1994). En: M. White (comp.), *Guías para una terapia familiar sistémica*. (pp. 19-56). Barcelona: Gedisa.

126, 127 y 128: *Reescribir la vida*. White, M. (2002). En: M. White, *Reescribir la vida*. Buenos Aires: Gedisa.

129: *Respondiendo a niños que han tenido experiencias significativas de trauma: una perspectiva narrativa. Una entrevista con Michael White*. White, M. y Morgan, A. (2006). En: M. White & A. Morgan, *Responding to children who have experienced significant trauma: a narrative perspective. An interview With Michael White*. En: *Narrative Therapy with Children and their Families*. (pp. 85-97). Adelaide: Dulwich Centre Publications. (Traducción de Carolina Letelier e Ítalo Latorre.

130: *Trabajando con el problema del alcohol*. Berg, I. y Miller, S. (1997). En: I. Berg y S. Miller, *Trabajando con el problema del alcohol*. (pp. 183-207). Barcelona: Gedisa.

131: *La táctica del cambio* 8. Fisch, R. Weakland, J. y Segal, L. (1988). En: R. Fisch, J. Weakland y L. Segal, *La táctica del cambio*. (pp. 197-211). Barcelona: Herder.

132.1, 132.2, 132.3 y 132.4: *Cambiando lo incambiable*. Fisch, R. y Schlanger, K. (2002). En: R. Fisch y K. Schlanger, *Cambiando lo incambiable*. Barcelona: Herder.

133: *El nuevo lenguaje del cambio*. Friedman, S. (2001). En: S. Friedman (comp.), *El nuevo lenguaje del cambio*. Barcelona: Gedisa.

135: *La investigación evaluadora*. Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992). En: G. Nardone y P. Watzlawick, *El arte del cambio*. (Capítulo 7, páginas 169-184). Barcelona: Herder.

136.1, 136.2, 136.3 y 136.4: *Conocer a través del cambio*. Nardone, G. y Portelli, C. (2006). En: G. Nardone y C. Portelli, *Conocer a través del cambio*. Barcelona: Herder.

137: *Trastornos obsesivo-compulsivos*. Nardone, G. y Portelli, C. (2006). En: G. Nardone y C. Portelli, *Conocer a través del cambio*. (Páginas, 86-102). Barcelona: Herder.

138.1: *Depresión*. Nardone, G. y Portelli, C. (2006). En: G. Nardone y C. Portelli, *Conocer a través del cambio*. (Páginas, 102-123). Barcelona: Herder.

138.2: *Trastornos de la alimentación*. Nardone, G. y Portelli, C. (2006). En: G. Nardone y C. Portelli, *Conocer a través del cambio*. (Páginas, 123-149). Barcelona: Herder.

139: *Dos modelos de tratamiento específico*. Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992). En: G. Nardone y P. Watzlawick, *El arte del cambio*. (Capítulo 5, páginas 113-130). Barcelona: Herder.

140: *El problema presentado continuación del capítulo 5*. Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992). En: G. Nardone y P. Watzlawick, *El arte del cambio*. (Capítulo 5, páginas 130-144). Barcelona: Herder.

141: *Ampliar y mantener el cambio mantener la bola en movimiento*. O'Hanlon, H. W. y Weiner-Davis, M. (1990). En: H. W. O'Hanlon y M. Weiner-Davis, *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. (pp. 159-177). Barcelona: Paidós.

142: *El truco de Bellac*. Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (2007). En: P. Watzlawick, J. Weakland y R. Fisch, *Cambio*. (pp. 158-184). Barcelona: Herder.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS R.B.E.I.P.C.S.

Andersen, T. (1994). El equipo reflexivo. *Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Gedisa.

McNamee, S. y Gergen, K. (Eds.) (2003). *La terapia como construcción social*. Paidós.

Bateson, G. (1993). *Una Unidad Sagrada*. Gedisa.

Bateson, G. (1998). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Lohle.

Becoña, I. E., Casete, F. L., Lloves, M. M., Nogueiras, F. L., Lage, M. Z. M., Gutiérrez, M. M., Baamonde, R. M., Lorenzo, P. C., Suárez, P. S., González, V. N., Vázquez, D. M. y Miguez, V. M. (2004). Guías de tratamiento y guías para la práctica clínica psicológica: Una visión desde la clínica. *Papeles del Psicólogo*, 25(87), 9-19. <https://investigacion.usc.gal/documentos/5d1df6bc29995204f7676998?lang=en>.

Bekerman, J. (1996). *El psicoanálisis ilustrado*. Emecé.

Eguiluz, L. (Comp.) (2004). *Terapia familiar. Su uso hoy en día*. Pax.

Beltrán, L. y Mandujano, S. (1995). El uso del equipo terapéutico como una alternativa para la formación de terapeutas sistémicos. *Revista de psicología iberoamericana*. Terapia familiar, 3(1), 39-44. <https://biblat.unam.mx/ca/revista/psicologia-iberoamericana/23>.

Berg, I. y Miller, S. (1997). *Trabajando con el problema del alcohol*. Gedisa.

Beriso, A., Gómez-Escalonilla, A., Plans-Beriso, B., Sánchez, P. D. y Sánchez-Guerra R. M. (2007). Estrategias cognitivas para sentirse bien. *Cuadernos de psicoterapia cognitivo-conductual*. EOS.

Beyebach, M. y Rodríguez, A. (1994). *Prácticas de externalización: la enseñanza de habilidades para externalizar problemas*. Actas de XV Jornadas Nacionales de Terapia Familiar. Victoria. <https://www.psicoterapias.es/publicaciones/art%C3>.

Cagnoni, F. y Milanese, R. (2010). *Cambiar el Pasado, cambiar las experiencias traumáticas con la terapia estratégica*. Herder.

- Compas, B. y Gotlieb, I. (2003). *Introducción a la Psicología clínica. Ciencia y práctica*. McGraw Hill.
- De Shazer, S. (2000). *Claves en psicoterapia breve. Una teoría de la solución*. Gedisa.
- De Shazer, S. (2000). *Radical acceptance. Brief family therapy center* (Traducción Pedro Vargas Avalos, Academia de Terapia Sistémica, F.E.S. Zaragoza, UNAM. Texto original del año 1997). <https://www.sikt.nu/wp-content/uploads/2020/11/SdeS-Radical-acceptance-.pdf>
- Denborough, D. (2008). *Collective narrative practice*. Dulwich Centre Publications. https://dulwichcentre.com.au/wp-content/uploads/2020/01/Collective_narrative_timelines_and_maps_of_history_David_Denborough.pdf.
- Dor, J. (1996). *Clínica psicoanalítica*. Gedisa.
- Dryden, W. y Ellis, A. (1989). *Práctica de la terapia racional emotiva*. Desclée de Brower.
- Ellis, A. y Blau, S. (Comps) (2000). *Vivir en una sociedad irracional*. Desclée de Brower.
- Ellis, A. (1999). *Una terapia más profunda y duradera. Enfoque teórico de la terapia racional emotivo-conductual*. Desclée de Brower.
- Fisch, R. y Schlanger, K. (2002). *Cambiando lo incambiable, La terapia breve en casos intimidantes*. Herder.
- Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (2003). *La táctica del cambio*. (Original publicado en 1988) Herder.
- Flores, G. M. y Díaz-Loving, R. (2002). *Asertividad: una alternativa para el óptimo manejo de las relaciones personales*. Porrúa.
- Fontana, C. (2001). *Todo lo que usted nunca quiso saber sobre el psicoanálisis*. Síntesis.
- Freud, S. (2000). *Fragmento de análisis de un caso de histeria. Tres ensayos de teoría sexual y otras obras. (Obras Completas. Tomo VII)* (Original publicado en 1901). Amorrortu.

Freud, S. (1911/2000). *Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente. Trabajos sobre técnica psicoanalítica y otras obras.* (Obras Completas. Tomo XII.) (Original publicado en 1911). Amorrortu

Friedman, S. (comp.) (2001). *El nuevo lenguaje del cambio.* Gedisa.

García-Méndez, M. (Comp.).(2007). *Estrategias de evaluación e intervención en psicología.* Miguel Ángel Porrúa.

Gergen, K. (2005). *Construir la realidad.* Paidós.

Green, S. y Flemons, D. (comps) (2009). *Manual de terapia breve sexual.* Paidós.

Haley, J. (1991). *Las tácticas de poder de Jesucristo.* Paidós.

Joquera, F. (2010). El árbol de la vida en Mariscadero, Pelluhue, Chile: Una respuesta narrativa comunitaria a los efectos de haber vivido y sobrevivido al terremoto y tsunami del 27 de febrero de 2010. *Cuadernos de Postgrado en Psicología UV*, 2, 24-35. <https://es.scribd.com/document/186925679/Arbol-de-La-Vida-Mariscadero-Chile-Francisco-Jorquera>.

Keeney, B. (1992). *La improvisación en psicoterapia.* Paidós.

Labrador, F. J., Labrador Encinas, F. J., Cruzado Rodríguez, J. A. y Muñoz López, M. (2001). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta.* Pirámide.

Latorre, I. (2012). *Enriqueciendo la historia del trauma: Metodología para la entrevista del evento.* *Explorations: An e-journal of narrative practice*, 1, 25-40. <https://www.dulwichcentre.com.au/explorations-2012-1-italo-latorre-gentoso.pdf>.

Lazarus, A. A. (2000). *El enfoque multimodal. Una psicoterapia breve pero completa.* Desclée de Brouwer.

McGoldrick, M. y Gerson, R. (2000). *Genogramas en la evaluación familiar.* Gedisa.

Muñoz, M. y Bermejo, M. (2001). *Entrenamiento en inoculación de estrés.* Síntesis.

Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio.* Herder.

- Nardone, G. y Portelli, C. (2006). *Conocer a través del cambio*. Herder.
- Navarro, G. J. y Beyebach, M. (Comps) (1995). *Avances en terapia familiar sistémica*. Paidós.
- O'Hanlon, B. y Hudson, P. (1997). *Amor es amar cada día*. Paidós.
- O'Hanlon, B. (2001). *Desarrollar posibilidades*. Paidós.
- O'Hanlon, B. (2003). *Pequeños grandes cambios. Diez maneras sencillas de transformar tu vida*. Paidós.
- O'Hanlon, H. W. y Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. Paidós.
- Okun, F. B. (2010). *Ayudar de forma efectiva: Counselling*. Paidós.
- Payne, R. A. (2005). *Técnicas de relajación. Guía práctica*. Paidotribo.
- Procter, H. (Comp.) (2001). *Escritos esenciales de Milton H. Erickson*. (Vol 1). Paidós.
- Robles, T. (2001). *Terapia cortada a la medida*. Instituto Milthon Erickson.
- Roudinesco, E. (2001). *¿Por qué el Psicoanálisis?* Paidós.
- Shazer, S. (2000). *Claves en psicoterapia breve. Una teoría de la solución*. Gedisa.
- Tomm, K. (1987). Interventive Interviewing: Part II. Reflexive Questioning as a Means to Self-Healing. *Family Process*, 26, 167-183. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3595824/>.
- Tomm, K. (1988). Interventive Interviewing: Part III. Intending to Ask Lineal, Circular, ¿Strategic o Reflexive Questions? *Family Process*, 27, 1-15. https://www.therapypartners.co.uk/assets/uploaded/files/Tomm%20K%201988%20Interventive%20Interviewing_%20Part%20III_%20Intending%20to%20Ask%20Lineal%2C%20Circular%2C%20Strategic%2C%20or%20Reflexive%20Questions_.pdf.
- Vázquez, C., Hervás, G. y Ho, M. Y. S. (2006). Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: Fundamentos y aplicaciones. *Rev. Psicología Conductual*, 14(3), 401-432. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/05. Vazquez_14-3oa.pdf

Vázquez, M. I. (2001). *Técnicas de relajación y respiración*. Síntesis.

Watzlawick, P. (2007). *El Lenguaje del Cambio*. Herder.

Watzlawick, P., Bavelas, J. y Jackson, D. (2002). *Teoría de la comunicación humana*. Herder.

Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (2007). *Cambio*. Herder.

White, M. (2002). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Gedisa.

White, M. (comp.) (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Gedisa.

White, M. (23 de Agosto del 2002). *Notas del Taller*. <http://www.dulwichcentre.com.au/notas-del-taller-por-michael-white.pdf>.

White, M. (2002). *Reescribir la vida*. Gedisa.

White, M. (2007). *Maps of Narrative practice*. Norton Professional Books. Norton & Company.

White, M. & Morgan, A. (2006). *Narrative Therapy with Children and their Families*. Dulwich Centre Publications.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MÓDULO I: SALUD-ENFERMEDAD: ENFOQUES Y PROCESOS

Almendo, M. (1999). *La consciencia transpersonal*. Kairos.

Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades*. Amorrortu.

Anderson, H. (1999). Reimagining family therapy: Reflections on Minuchin's invisible family. *Journal of Marital and Family Therapy*, 25(1), 1-8. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1752-0606.1999.tb01105.x>

Anger-Díaz, B. (2008). On ethics in psychotherapy and The influence of Heinz von Foerster. *Journal of Brief, Strategic and Systemic Therapies*, 2(1), 31-42. <https://www.geyerhofer.com/download/090709125340.pdf>

Ardila, A. (2008). *Qué puede localizarse en el cerebro*. *Ciencia Cognitiva*, 2(2). 53-55. <http://www.cienciacognitiva.org/files/2008-22.pdf>.

Ardila, A. y Rosselli, M. (2007). *Neuropsicología clínica*. Manual Moderno.

Ardila, A. y Rosselli, M. (Edit) (2019). *Neuropsicología clínica*. Manual Moderno

Ariza, M., Pueyo, R. y Serra, J. (2004). Secuelas neuropsicológicas de los traumatismos craneoencefálicos. *Anales de Psicología*, 20(2), 303-316. [http://www.ub.edu/neuropsychology/Articles_jmsg/Neuropsychologic_sequelaes_of_traumatic_bran_injury_\(Spanish\).pdf](http://www.ub.edu/neuropsychology/Articles_jmsg/Neuropsychologic_sequelaes_of_traumatic_bran_injury_(Spanish).pdf).

Auping, B.J. (2000). *La teoría psicoanalítica a la luz de la ciencia moderna*. Plaza y Valdez.

Balmaseda, R., Barroso, J. León-Carrión, J. (2002). Déficits neuropsicológicos y conductuales de los trastornos cerebrovasculares. *Revista Española de Neuropsicología* 4(4), 312-330. <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/51075/D%c3%a9ficits%20neuropsicol%c3%b3gicos%20y%20conductuales.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Bandler, R. y Grinder, J. (2012). *De sapos a príncipes*. Programación neurolingüística. Cuatro Vientos.

Barker, R., Barasi, S. y Neal, N. (2002). *Neurociencias en esquemas*. Ars Médica.

Bateson, G. (1999). *Hacia una unidad Sagrada*. Gedisa.

Bateson, G., y Bateson, M. C. (2000). *El temor de los Ángeles*. Gedisa.

Baumgardner, P. (2003). *Terapia Gestalt*. Pax.

Beck, A. (2005). *El trastorno bipolar. Una aproximación desde la terapia cognitiva*. Paidós.

Beck, A. y Freeman, A. (2002). *Terapia Cognitiva de los trastornos de la personalidad*. Paidós.

Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Gedisa.

Becoña, I.E. (2001). En. Labrador, F.J., Cruzado, J.A. y Muñoz, M., *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Pirámide.

Becoña, I.E., Casete, F.L., Lloves, M.M., Nogueiras, F.L., Lage, M.Z.M., Gutiérrez, M.M., Baamonde, R.M., Lorenzo, P.C., Suárez, P.S., González, V.N., Vázquez, D.M. y Miguez, V.M. (2004). Guías de tratamiento y guías para la práctica clínica psicológica: Una visión desde la clínica. *Papeles del Psicólogo*, 25(87), 9-19. <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/778/77808702.pdf>

Bellak, L. y Siegel, H. (1999). *Manual de Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia*. Manual Moderno.

Benito, E. (2010). *La Utilidad Social de las Neurociencias*. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 2(1), 1-2. <http://www.psiencia.org/ojs/index.php/psiencia/article/view/36/60>

Beriso, Gómez-Escalonilla, A.B., Plans-Beriso, B., Sánchez, P.D. y Sánchez-Guerra Roig, M. (2003). *Cuadernos de psicoterapia cognitivo-conductual. 1. Estrategias cognitivas para sentirse bien*. EOS.

Bertrando, P. (2011). *El Terapeuta Dialógico*. Pax.

Bilbao, A. y Bize, A. (2003). *Modelos teóricos y prácticos de rehabilitación cognitiva*. Conferencia en el II Congreso Internacional de Neuropsicología en Internet. https://www.academia.edu/37865383/II_CONGRESO_INTERNACIONAL_DE_NEUROPSICOLOG%C3%8DA_EN_INTERNET

Boscolo, L. y Bertrando, P. (1996). *Terapia Sistémica Individual*. Amorrortu.

- Capdevila, V. (3 de enero 2005). La Logoterapia como acompañamiento en la enfermedad. *Acompañamiento a pacientes inmunocomprometidos, una mirada desde la Logoterapia*. <https://logoforo.com/la-logoterapia-como-acompanamiento-en-la-enfermedad/>
- Capra, F. (1984). *El punto crucial. Ciencia, sociedad y cultura naciente*. Integral.
- Capra, F. (2002). *La trama de la Vida. Una nueva perspectiva de los sistemas vivos*. Anagrama.
- Carranza, V. (2002). El concepto de salud mental en psicología humanista existencial. *Universidad Católica Boliviana*; 1(1), 1-19. <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v1n1/v1n1a01.pdf>
- Castanedo, C. (2005). *Psicología Humanística Norteamericana*. Herder.
- Cérvera, G., Haro, G. y Martínez-Raga, J. (2001). Los trastornos relacionados con el uso de sustancias desde la perspectiva de la psicopatología y las neurociencias. *Trastornos Adictivos*, 3(3), 164-171. [https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(01\)70029-3](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(01)70029-3).
- Compas, B. y Gotlieb, I. (2003). *Introducción a la Psicología clínica. Ciencia y práctica*. McGraw Hill.
- Conner, M. y Norman, P. (1999). *Predicting health behaviour*. Buckingham: Open University Press.
- Corey, G., Schneider-Corey, M. & Callanan, P. (2011). *Issues and Ethlcs in the Helping Professions*. Brooks/Cole.
- Cortés-Vázquez, E., Ramírez-Guerrero, M., Olvera-Méndez, J. y Arriaga-Abad, Y.J. (2009). El comportamiento de salud desde la salud: la salud como un proceso. *Alternativas en Psicología*, 14(20), 89-102. <https://biblat.unam.mx/en/revista/alternativas-en-psicologia/2>.
- De la Fuente, R. y Álvarez, F. J. (Eds.). (2017). *Biología de la Mente*. Fondo de Cultura Económica.
- De Shazer, S. (1996). *Pautas de terapia familiar breve. Un enfoque ecosistémico*. Paidós.
- Dethefsen, T. y Dahlke, R. (2000). *El mensaje curativo del Alma*. Océano.
- Dethefsen, T. y Dahlke, R. (2000). *La enfermedad como camino*. Plaza y Janes Editores.

Díaz-Lázaro, C.M. (2011). Exploración de prejuicios en los psicólogos. El primer paso hacia la competencia sociocultural. *Papeles del Psicólogo*, 32(3), Páginas 274-28. <http://www.cop.es/papeles>.

Duvignau, E. (2012). Gilies de la Tourette. *Accesos*, 4(20), 6-9.

Eguiluz, L. L. (Ed.) (2004). *La Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. Pax.

Eisenberg N. (1992). *La empatía y su desarrollo*. Desclée de Brouwer.

Escarabajal, M. D. y Torres, C. (2004). Precisiones conceptuales en torno a psicobiología y neurociencia: afinidades y divergencias. *Seminario Médico*, 56(2), 67-72. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1232854>

Escotto-Córdova, A., Pérez-Mendoza, E. A. y Sánchez-Cortés, N. A. (2007). *Lingüística, neuropsicología y neurociencias ante los trastornos del desarrollo infantil*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

Eslava-Cobos, J., Mejía, L., Quintanar L. y Solovieva Y. (2008). Los trastornos de aprendizaje: perspectivas neuropsicológicas. *Textos de neuropsicología Latinoamericana*. Editorial Magisterio.

Ferguson, M. (1994). *La conspiración de Acuario*. Biblioteca Fundamental.

Fernández, V. (1994). *Psicoterapia Estratégica*. B.U.A.P.

Fernández-Abascal E. y Palmero, F. (1999). *Emociones y salud*. Ariel.

Fisch, R. & Schlanger, K. (Eds.) (1974/2009). *Focused Problem Resolution. Selected Papers of the MR Brief Therapy Center*. Zeig, Tucker & Theisen.

Fisch, R. Weakland, J.H. y Segal, L. (2003). *La táctica del cambio*. Herder.

Flores, G.M. y Díaz-Loving, R. (2009). *Escala Multidimensional de la asertividad*. Manual Moderno.

Foucault, M. (1998). *Historia de la locura en la época clásica Tomo 1*. FCE.

Freidin, E. y Mustaca, A. (2001). Kandel y sus Aportes Teóricos a la Psicología y a la Psiquiatría. *Medicina*, 61(6), 898-902. <http://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol61-01/6/kandel.htm>.

- Freud, S. (1925-1926/1998). *Inhibición, síntoma y angustia*. (Obras completas. Vol. XX.). Amorrortu.
- Freud, S. (1927-1931/1998). *El malestar de la cultura*. (Obras completas. Vol. XXI.). Amorrortu.
- Freud, S. (1979). *El yo y el ello y otras obras. Obras Completas. Tomo XIX*. (Original publicado en 1923/1925). Amorrortu.
- Freud, S. (1980). Presentación autobiográfica *Inhibición, síntoma y angustia ¿Pueden los legos ejercer el análisis? y otras obras. Obras Completas. Tomo XIX*. (Original publicado en 1925/1926). Amorrortu.
- Friedberg, R. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Paidós.
- Galende, E. (1997). *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual*. Paidós.
- García-Albea, J. E. (2011a). Usos y abusos de lo “neuro”. *Revista de neurología*, 52(10), 1. <https://www.neurologia.com/articulo/2010313>.
- García-Albea, J. E. (2011b). Larga vida a la Neuropsicología. *Revista de neurología*, 53(6), 384. <https://www.neurologia.com/articulo/2011363>.
- García-Méndez, M., Rojas-Russell, M. y Vargas-Núñez, B.I. (Ed.) (2001). *Psicología clínica y salud. Perspectivas teóricas*. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gaskins, I. y Elliot, T. (2005). *Cómo enseñar estrategias cognitivas en la escuela*. Paidós.
- Gedo, J. y Goldberg, A. (2001). *Modelos de la mente*. Amorrortu.
- Gismero, G.E. (2010). Escala de Habilidades Sociales. *Inventario de habilidades sociales*. Publicaciones de Psicología Aplicada TEA.
- Goleman, D. (2000). *La Inteligencia Emocional*. Vergara.
- González, A. (2003). Fenomenología y Hermenéutica: propuestas para la fundamentación metodológica del desarrollo humano. *Prometeo, Revista Mexicana De Desarrollo Humano*, 38: 15-19. <https://es-la.facebook.com/revistaprometeo/>

González, M. (2006). Aspectos Psicológicos y Neurales en el Aprendizaje del Reconocimiento de Emociones. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 1(1), 21-28. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2683027>.

Guillén, R.S. (2007). *Manual de evaluación psicológica multimodal ERIC-PSIC*. FES Zaragoza. UNAM.

Haley, J. (1987). *Estrategias en Psicoterapia*. Toray.

Haley, J. (1991). *Las tácticas de poder de Jesucristo*. Paidós.

Haley, J. (2003). *Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Amorrortu.

Halguin R. y Krauss S. (2004). *Psicología de la anormalidad*. McGraw-Hill.

Hirsch, H. y Casabianca, R. (2009). *Como equivocarse menos en terapia*. Universidad Católica de Santa Fe.

Hirsch, H. y Rosarios, H. (1987). *Estrategias Institucionales*. Nadir Editores.

II Congreso Nacional de Psicología, COLPSIC- ASCOFAPSI. 20 al 22 de agosto de 2009. Sedes: Bogotá, Cartagena y Medellín, Colombia. <https://ascofapsi.org.co/> <https://congresopsicologiacolombia.com/index.php/memorias>.

Jackson, D. D. (1956/1977). *Comunicación, Familia y matrimonio*. Nueva Visión.

Jackson, D. D. (1959). *Interacción familiar, homeostasis familiar y psicoterapia familiar conjunta*. Science & Behavior Books.

Kandel, E. R, Jessel, T. M. y Schwartz, J. H. (1999). *Neurociencia y conducta*. Prentice Hall.

Kaulino, A., Stecher, A. y Moyano, E. (Ed.) (2008). *Cartografía de la psicología contemporánea: Pluralismo y modernidad*. Serie Universitaria LOM Ediciones.

Keeney, B. (1994). *Estética del Cambio*. Paidós.

Keeney, H. & Keeney, B. (2012). *Circular Therapeutics*. Zeig, Tucker & Theisen.

Keeney, H. & Keeney, B. (2012). What Is Systemic About Systemic Therapy? Therapy Models Muddle Embodied Systemic Practice. *Journal of Systemic Therapies*, 31(1), 22-37. https://www.academia.edu/1329855/H_Keeney_and_B_Keeney_2012_What_is_systemic_about_systemic_therapy_Therapy_models_muddle_systemic_practice_Journal_of_Systemic_Therapies_31_1_22_37

Lafarga, J. y Gómez J. (1999). *Desarrollo del Potencial Humano*. Trillas.

Lawlis, F. (1999). *Medicina Transpersonal*. Kairos.

Lazarus, A. (2000). *El enfoque multimodal: Una psicoterapia breve pero completa*. Desclée de Brouwer.

Leonard, J. (October 29, 1969). *Books of Times*. The New York Times Archives, pág. 45.

López-Escribano, C. (2007). Contribuciones de la neurociencia al diagnóstico y tratamiento educativo de la dislexia del desarrollo. *Revista de neurología*, 44(3), 173-180. https://sid.usal.es/idocs/F8/ART13092/contribuciones_de_la_neurociencia.pdf.

Lore, S. (1997). *Fuego para el propio conocimiento*. Universidad Iberoamericana.

Luzoro, J. (Ed.) (1995). *Humberto Maturana. Desde la Biología a la Psicología*. Universitaria.

Madrid, J. (2005). *Los procesos de la relación de ayuda*. Desclée de Brouwer.

Maslow, A. (1990). *La amplitud potencial de la naturaleza*. Trillas.

Maureira, F. (2010). La Neurociencia Cognitiva ¿Una Ciencia Base para la Psicología? *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 6(4), 449-453. https://www.researchgate.net/publication/271328160_La_neurociencia_cognitiva_una_ciencia_base_para_la_psicologia.

Mercadillo, R., Díaz, J. y Barrios, F. (2007). Neurobiología de las emociones morales. *Salud Mental*, 30(3), 1 - 11. <https://psycnet.apa.org/record/2007-11929-001>

Miguenz, M. (1993). *Gestalt Transpersonal. Un viaje hacia la unidad*. Era Naciente.

Minuchin, S. (1998). Where is the family in narrative family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24(4), 397-403. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1752-0606.1998.tb01094.x>

Minuchin, S. (1999). Retelling, reimagining and researching: a continuing conversaron. *Journal of Marital and Family Therapy*, 25(1), 9-14. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1752-0606.1999.tb01106.x>

Mogollón, E. (2010). Aportes de las neurociencias para el desarrollo de estrategias de enseñanza y aprendizaje de las Matemáticas. *Revista Electrónica Educare*, 2, 113-124. <https://www.redalyc.org/pdf/1941/194115606009.pdf>.

Morales-Calatayud, F. (1999). *Introducción a la psicología de la salud*. Paidós.

Naranjo, C. (1990). *La vieja y novísima Gestalt: Actitud y Práctica*. Kairos.

Nardone, G. (2002). *Psicosoluciones*. Herder.

Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio. Manual de terapia estratégica e hipnoterapia sin trance*. Herder.

Neimeyer, R. y Mahoney, M. (2000). *Constructivismo en Psicoterapia*. Paidós.

Nezu, M.A., Nezu Maguth, C y Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales*. Un enfoque basado en problemas. Manual Moderno.

O'Hanlon, W.H. (1989). *Raíces profundas. Principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erickson*. Paidós.

O'Hanlon, W.H. (2001). *Desarrollar Posibilidades*. Paidos.

O'Hanlon, W. H. y Weiner-Davis M. (2009). *En busca de soluciones*. Paidós.

O'Connor, J. y Seymour, J. (1993). *Introducción a la programación neurolingüística*. Urano.

Olivares, R. (2005). *La Construcción socio-existencial de los varones hoy. (Tesis de maestría)*. Universidad Nacional Autónoma de México.

Palazzoli, S. M., Boscolo, L., Cecchin, C. y Prata, G. (1998). *Paradoja y Contraparadoja*. Paidos.

- Palma, B., y Cosmelli, D. (2008). Aportes de la Psicología y las Neurociencias al concepto del "Insight": la necesidad de un marco integrativo de estudio y desarrollo. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 3, 14-27. https://www.med.ufro.cl/neurociencia/images/palma_b_rcnp_v3_14-27.pdf.
- Palmero, F. y Fernández-Abaséal, E. G. (1998). *Emociones y adaptación*. Ariel Psicología.
- Paniagua, C. (1985). Experiencias de inmersión total en el medio manicomial. *Psiquis*, 6(5), 163-172. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2765902>
- Papp, P. (2008). *El proceso de cambio*. Paidós.
- Pérez, M. (2012). *La evaluación neuropsicológica*. FOCAD.3-25.
- Pinel, J. (2007). *Biopsicología*. Pearson.
- Portellano, J. (2005). *Introducción a la Neuropsicología*. McGraw Hill.
- Portellano-Pérez, J. A., Martínez-Arias, R. y Zumárraga, R. (2009). ENFEN. *Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños*. TEA Ediciones.
- Quintanar-Rojas, L. (2002). La escuela neuropsicológica soviética. *Revista Española de Neuropsicología*, 4(1), 15-41. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2011198>.
- Quitman, H. (1989). *Psicología Humanística*. Herder.
- Rams Ferrus, A. F. (30 Mayo 2013). *Salud y enfermedad en terapia Gestalt*. <https://gestaltnet.net/gestaltoteca/documentos/articulos/salud-enfermedad-terapia-gestalt>
- Ray, W. A. & Borer, M. (2007). Similarities and differences between individual and Interactional conceptions of behavior and change. *Journal of Brief, Strategic and Systemic Therapies*, 1(2), 37-45. http://www.paginaspersonales.unam.mx/files/68/L7_Ray%26Borer_2007.pdf
- Reynoso, E.L. y Seligson, N.I. (2011). *Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual*. Manual Moderno.
- Ribes-lñesta, E. (2011). *Psicología y salud: un análisis conceptual*. Trillas.

Robles, T. (1991). *Terapia cortada a la medida. Un seminario ericksoniano con Jeffrey K. Zeig*. Editorial del Instituto Milton H. Erickson.

Rogers, C. (1990). *Desarrollo del Potencial Humano*. Trillas.

Rogers, C. (1997). *Psicoterapia centrada en el cliente*. Paidós.

Rogers, C. (2002). *El proceso de convertirse en persona*. Paidós.

Rosselli, M., Matute, E. y Ardila, A. (2010). *Neuropsicología del desarrollo infantil*. Manual Moderno.

Sadock, V.A. y Sadock, J.B. (2008). Kaplan, y Sadock: *Manual de Bolsillo de Psiquiatría Clínica*. Wolters Kluwer.

Sánchez, P. (2008). *Psicología Clínica*. Manual Moderno.

Sartre, J. (2008). *El Existencialismo es un humanismo*. Editores Mexicanos Unidos.

Silva, J. (2003). Biología de la regulación emocional: su impacto en la Psicología del afecto y la psicoterapia. *Terapia psicológica*, 21(2), 163-172. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2052360>.

Sluzki, C. E., & Ramsom, D. C. (Eds.). (1960/1976). *Double Bind. The foundation of the communicational approach to the family*. Gruñe & Stratton.

Soriano, C., Guillazo, G., Redolar, D., Torras, M. y Vale, A. (2007). *Fundamentos de Neurociencia*. Editorial UOC.

Stephenson, H. y Keeney, B. (2012). Externalización en la terapia narrativa: un resurgimiento modernista del exorcismo. *Psicoterapia y Familia*, 25(1), 34-49. https://www.academia.edu/1329859/Keeney_H_and_Keeney_B_2012_Externalization_in_narrative_therapy_Addressing_a_modernist_reemergence_of_exorcism

Stroebe, W. (2000). *Social psychology and health*. Open University Press.

Tirapu-Ustárriz, J. (2011). Neuropsicología - Neurociencia y Ciencias "PSI". *Cuadernos de Neuropsicología*, 5(1), 11-24. <https://www.redalyc.org/pdf/4396/439642487002.pdf>.

- Travé, M. J. y Pousa, T. E. (2012). Eficacia de la teoría cognitivo- conductual en pacientes con psicosis de inicio reciente: una revisión. *Papeles del Psicólogo*, 33(1), 48-59. <http://www.cop.es/papeles>
- Tubau, E. (1989). La “amenaza” de la psicología científica. *Cognitiva*, 2(3), 271-273. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2669969>.
- Turbino, M. (2004). Plasticidad y evolución: papel de la interacción cerebro-entorno. *Divergencias. Revista de estudios lingüísticos y literarios*. 2(1), 43-59. <https://divergencias.arizona.edu/sites/divergencias.arizona.edu/files/articles/Plasticidad.pdf>
- Vázquez, C., Hervás, G. y M.Y.Ho, S. (2006). Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: Fundamentos y aplicaciones. *Rev. Psicología Conductual*, 14(3), 401-432. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/05.Vazquez_14-3oa.pdf
- Vecco, R. (2009). Humanizar la salud desde la Logoterapia. *Colección Sentido Iberoamericano*, 13, 1-11. <https://logoforo.com/humanizar-la-salud-desde-la-logoterapia/>
- Verdejo-García, A. y Tirapu-Ustárriz, J. (2012). Neuropsicología clínica en perspectiva: retos futuros basados en desarrollos presentes. *Revista de neurología*, 54(3), 180-186. <https://www.neurologia.com/articulo/2011499>.
- Walsh, R. y Vaughan, F. (Eds.) (1982). *Más allá del ego, textos de psicología transpersonal*. Kairós.
- Watzlawick, P. (Ed.). (1973/1998). *La realidad inventada*. Gedisa.
- Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1991). *Teoría de la Comunicación Humana*. Herder.
- Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (2002). *Teoría de la comunicación humana*. Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (2007). *Cambio*. Herder.
- Wittezaele, J. y García, T. (1994). *La Escuela de Palo Alto*. Herder.
- Zuck, G. y Boszormenyi-Nagy, I. (Comp.) (1967/1985). *Terapia familiar y familias en conflicto*. FCE.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MÓDULO II: APROXIMACIONES EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y SALUD

Abusamra, V. y Yves, J. (2012). Lectura, escritura y comprensión de textos: aspectos cognitivos de una habilidad cultural. *Neuropsicología Latinoamericana*, 4(1), 1-4. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2075-94792012000100001&lng=pt&tlng=es.

Andersen, T. (1994). El equipo reflexivo. *Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Gedisa.

Anger-Díaz, B. (2008). On Ethics in Psychotherapy and the Influence of Heinz Von Foerster. *Journal of Brief, Strategic & Systemic Therapies*, 2(1), 31-42. <https://www.geyerhofer.com/download/090709125340.pdf>

Bartoletti, A. & Nardone, G. (2007). Toward an Operative Knowledge of Psychological Problems: The Strategic Diagnosis. *Journal of Brief, Strategic & Systemic Therapies*, 1(1), 123-135. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042814000068>

Bateson, G. (1993). *Una Unidad Sagrada*. Gedisa.

Bateson, G. (1998). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Lohle.

Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Gedisa.

Becoña, I. E., Casete, F. L., Lloves, M. M., Nogueiras, F. L., Lage, M. Z. M., Gutiérrez, M. M., Baamonde, R. M., Lorenzo, P. C., Suárez, P. S., González, V. N., Vázquez, D. M. y Miguez, V. M. (2004). Guías de tratamiento y guías para la práctica clínica psicológica: Una visión desde la clínica. *Papeles del Psicólogo*, 25(87), 9-19. <https://investigacion.usc.gal/documentos/5d1df6bc29995204f7676998?lang=en>.

Bekerman, J. (1996). *El psicoanálisis ilustrado*. Emecé.

Beltrán, L. y Mandujano, S. (1995). El uso del equipo terapéutico como una alternativa para la formación de terapeutas sistémicos. *Revista de psicología iberoamericana. Terapia familiar*, 3(1), 39-44. <https://biblat.unam.mx/ca/revista/psicologia-iberoamericana/23>.

Berg, I. y Miller, S. (1997). *Trabajando con el problema del alcohol*. Gedisa.

- Beriso, A., Gómez-Escalonilla, A., Plans-Beriso, B., Sánchez, P. D. y Sánchez-Guerra R. M. (2007). Estrategias cognitivas para sentirse bien. *Cuadernos de psicoterapia cognitivo-conductual*. EOS.
- Bertrando, P., y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar: los personajes y las ideas*. Paidós.
- Beyebach, M. y Rodríguez, A. (1994). *Prácticas de externalización: la enseñanza de habilidades para externalizar problemas*. Actas de XV Jornadas Nacionales de Terapia Familiar. Victoria. [https://www.psicoterapias.es/publicaciones /art%C3](https://www.psicoterapias.es/publicaciones/art%C3).
- Braunstein, N. (1986). *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis: hacia Lacan*. Siglo XXI Editores.
- Buela-Casal, G., Caballo, V. y Sierra, J. (1997). *Manual de evaluación en Psicología clínica y de la salud*. Siglo XXI Editores.
- Caballo, V. (Ed.). (1998). *Manual de tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*. Siglo XXI.
- Cagnoni, F. y Milanese, R. (2010). *Cambiar el Pasado, cambiar las experiencias traumáticas con la terapia estratégica*. Herder.
- Caro, I. (2007). *Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas*. Descleé de Brouwer.
- Compas, B. y Gotlieb, I. (2003). *Introducción a la Psicología clínica. Ciencia y práctica*. McGraw Hill.
- Covini, A., Fiocchi, E., Pasquino, R. y Selvini, M. (1987). *Hacia una nueva psiquiatría. Proceso de transformación sistémica de un centro*. Herder.
- De Shazer, S. (2000). *Claves en psicoterapia breve. Una teoría de la solución*. Gedisa.
- De Shazer, S. (2000). *Radical acceptance. Brief family therapy center* (Traducción Pedro Vargas Avalos, Academia de Terapia Sistémica, F.E.S. Zaragoza, UNAM. Texto original del año 1997). <https://www.sikt.nu/wp-content/uploads/2020/11/SdeS-Radical-acceptance-.pdf>

Del Río, M., Satinsky, V., Mauriño, A., y Labos, E. (2010). Análisis psicolingüístico del recuerdo de un texto narrativo en pacientes con deterioro cognitivo leve. *Revista Neuropsicología Latinoamericana*, 2(1), 87-94. https://www.neuropsicolatina.org/index.php/Neuropsicologia_Latinoamericana/article/view/26/26

Denborough, D. (2008). *Collective narrative practice*. Dulwich Centre Publications. https://dulwichcentre.com.au/wp-content/uploads/2020/01/Collective_narrative_timelines_and_maps_of_history_David_Denborough.pdf.

Dor, J. (1996). *Clínica psicoanalítica*. Gedisa.

Dryden, W. y Ellis, A. (1989). *Práctica de la terapia racional emotiva*. Desclée de Brower.

Dumont, F. y Corsini, R. (2000). *Seis terapeutas y un paciente*. Manual Moderno.

Eguiluz, L. (Comp.) (2004). *Terapia familiar. Su uso hoy en día*. Pax.

Ellis, A. (1999). Una terapia más profunda y duradera. *Enfoque teórico de la terapia racional emotivo-conductual*. Desclée de Brower.

Ellis, A. y Blau, S. (Comps) (2000). *Vivir en una sociedad irracional*. Desclée de Brower.

Fisch, R. & Weakland, J. H. (1984). Cases that 'don't make sense': Brief strategic treatment in medical practice. *Family Systems Medicine*, 2(2), 125-136. <https://doi.org/10.1037/h0091658>

Fisch, R. y Schlanger, K. (2002). *Cambiando lo incambiable, La terapia breve en casos intimidantes*. Herder.

Fisch, R., Ray, W. & Schlanger, K. (Eds.) (2009). *Focused Problem Resolution: Selected Papers of the MRI Brief Therapy Center*. Zeig, Tucker & Theisen.

Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (2003). *La táctica del cambio*. (Original publicado en 1988) Herder.

Flores, G. M. y Díaz-Loving, R. (2002). *Asertividad: una alternativa para el óptimo manejo de las relaciones personales*. Porrúa.

- Fontana, C. (2001). *Todo lo que usted nunca quiso saber sobre el psicoanálisis*. Síntesis.
- Freud, S. (2000). Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente. *Trabajos sobre técnica psicoanalítica y otras obras*. (Obras Completas. Tomo XII.) (Original publicado en 1911). Amorrortu
- Freud, S. (2000). Fragmento de análisis de un caso de histeria. *Tres ensayos de teoría sexual y otras obras*. (Obras Completas. Tomo VII) (Original publicado en 1901). Amorrortu.
- Freud, S. (2000). *El yo y el ello, y otras obras*. (Obras Completas. Vol. XIX). (Original publicado en 1923-1925). Amorrortu.
- Freud, S. (1979). *Trabajos sobre metapsicología, y otras obras* (Obras Completas. Vol. XIV) (Original publicado en 1914-1916). Amorrortu.
- Friedman, S. (comp.) (2001). *El nuevo lenguaje del cambio*. Gedisa.
- García-Méndez, M. (Comp.).(2007). *Estrategias de evaluación e intervención en psicología*. Miguel Ángel Porrúa.
- Gergen, K. (2005). *Construir la realidad*. Paidós.
- Gómez, P. y Politis, D. (2011). Correlaciones entre praxis y memoria de trabajo en demencia frontotemporal variante frontal. *Revista Neuropsicología Latinoamericana*, 3(2), 23-30. https://www.neuropsicolatina.org/index.php/Neuropsicologia_Latinoamericana/article/view/66/55
- Green, S. y Flemons, D. (comps) (2009). *Manual de terapia breve sexual*. Paidós.
- Green, S. y Flemons, D. (Eds.) (2004). *Manual de Terapia Sexual*. Paidós.
- Gudayol, E., Herrera, I., Villuendas, E. y Herrera, J. (2007). Esclerosis Múltiple de tipo cortical con deterioro cognitivo de tipo subcortical. Presentación de un caso. *Rev Neuropsicol*, 2(1), 24-28. <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=49079>
- Haley, J. (1991). *Las tácticas de poder de Jesucristo*. Paidós.
- Hebben, N. y Milberg, W. (2011). *Fundamentos para la evaluación neuropsicológica*. Manual Moderno.

Jquera, F. (2010). El árbol de la vida en Mariscadero, Pelluhue, Chile: Una respuesta narrativa comunitaria a los efectos de haber vivido y sobrevivido al terremoto y tsunami del 27 de febrero de 2010. *Cuadernos de Postgrado en Psicología UV*, 2, 24-35. <https://es.scribd.com/document/186925679/Arbol-de-La-Vida-Mariscadero-Chile-Francisco-Jorquera>.

Keeney, B. (1992). *La improvisación en psicoterapia*. Paidós.

Keeney, B. (1994). *Estética del cambio*. Paidós.

Labrador, F. J., Labrador Encinas, F. J., Cruzado Rodríguez, J. A. y Muñoz López, M. (2001). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Pirámide.

Latorre, I. (2012). *Enriqueciendo la historia del trauma: Metodología para la entrevista del evento*. *Explorations: An e-journal of narrative practice*, 1, 25-40. <https://www.dulwichcentre.com.au/explorations-2012-1-italo-latorre-gentoso.pdf>.

Lázaro, E., Quintanar, L. y Solovieva, Y. (2010). Análisis neuropsicológico de pacientes con diferentes tipos de afasia. *Revista Neuropsicología Latinoamericana*, 2(1), 33-46. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rnl/v2n1/v2n1a05.pdf>

Lazarus, A. A. (2000). El enfoque multimodal. *Una psicoterapia breve pero completa*. Desclee de Brouwer.

McGoldrick, M. y Gerson, R. (2000). *Genogramas en la evaluación familiar*. Gedisa.

McNamee, S. y Gergen, K. (Eds.) (2003). *La terapia como construcción social*. Paidós.

Muñoz, M. y Bermejo, M. (2001). *Entrenamiento en inoculación de estrés*. Síntesis.

Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio*. Herder.

Nardone G. y Watzlawick P. (1999). *Terapia breve: filosofía y arte*. Paidós.

Nardone, G. y Portelli, C. (2006). *Conocer a través del cambio*. Herder.

Nasio, J. (2016). *El Placer de leer a Freud*. Gedisa.

- Navarro, G. J. y Beyebach, M. (Comps) (1995). *Avances en terapia familiar sistémica*. Paidós.
- O'Hanlon, B. (2001). *Desarrollar posibilidades*. Paidós.
- O'Hanlon, B. (2003). *Pequeños grandes cambios. Diez maneras sencillas de transformar tu vida*. Paidós.
- O'Hanlon, B. y Hudson, P. (1997). *Amor es amar cada día*. Paidós.
- O'Hanlon, H. W. y Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. Paidós.
- Okun, F. B. (2010). *Ayudar de forma efectiva: Counselling*. Paidós.
- Patiño, V. (2007). La memoria semántica: modelos neuropsicológicos y alteraciones a consecuencia de daño cerebral. *Rev Neuropsicol*, 2(1), 10-17. <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=49077>
- Payne, R. A. (2005). *Técnicas de relajación. Guía práctica*. Paidotribo.
- Peña-Casanova, J. (2007). *Neurología de la conducta y neuropsicología*. Panamericana.
- Portellano, J. (2005). *Introducción a la Neuropsicología*. McGraw-Hill.
- Procter, H. (Comp.) (2001). *Escritos esenciales de Milton H. Erickson*. (Vol 1). Paidós
- Quintanar, L., Solovieva, Y., Bonilla, M., Sánchez, A. y Figueroa, C. (2002). Cambios clínicos y electrofisiológicos después de terapia neuropsicológica en un paciente con afasia motora eferente. *Revista Latina de Psicología*, 5(2), 205-222. http://cmas.siu.buap.mx/portal_pprd/work/sites/neuropsicologia/resources/LocalContent/108/2/Cambiosclnicosyelectrofisiologicos.pdf
- Rains, G. (2002). *Principios de neuropsicología humana*. McGraw- Hill.
- Ray, W. & Nardone, G. (Eds.) (2009). *Paul Watzlawick: Insight May Cause Blindness and Other Essays*. Zeig, Tucker & Theisen.

Ray, W. A., & Borer, M. (2007). Similarities and Differences between Individual and Interactional Conceptions of Behavior and Change. *Journal of Brief, Strategic & Systemic Therapies*, 1(2), 37-46. http://minerva.dcaa.unam.mx/app/webroot/files/68/L7_Ray&Borer_2007.pdf

Ray, W. A., Saxon, W. & Borer, M. (2008). Interaction Focused Therapy to Address Double Binding of Disturbed Adolescents. *Journal of Brief, Strategic & Systemic Therapies*, 2(1), 51-65. http://www.paginaspersonales.unam.mx/app/webroot/files/68/L7_Ray&Borer_2007.pdf

Ray, W. A., Schlanger, K. & Sutton, J. P. (2009). "One Thing Leads To Another," Redux Contributions To Brief Therapy From John Weakland, Richard Fisch, and Paul Watzlawick. *Journal of Brief, Strategic & Systemic Therapies*, 3(1), 15-37. <https://webservices.ulm.edu/facultyactivities/profile/sutton>

Robles, T. (2001). *Terapia cortada a la medida*. Instituto Milthon Erickson.

Roizblatt, S. (Ed.) (2006). *Terapia familiar y de pareja*. Mediterráneo.

Rosselli, M., Matute, E. y Ardila, A. (2010). *Neuropsicología del desarrollo infantil*. Manual Moderno.

Roudinesco, E. (2001). *¿Por qué el Psicoanálisis?* Paidós.

Semerani, A. (2002). *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. Paidós.

Shazer, S. (2000). Claves en psicoterapia breve. *Una teoría de la solución*. Gedisa.

Solovieva, Y., Chávez, M., Planell, G., y Quintanar, L. (2001). Alteraciones De La Actividad Intelectual En Pacientes Con Afasia Motora Aferente, *Revista Latina de Pensamiento y Lenguaje y Neuropsicología Latina*, 10(1), 75-93. <https://studylib.es/doc/5705048/alteraciones-de-la-actividad-intelectual-en-pacientes-con>

Solovieva, Y., Quintanar, L. y León-Carrión, J.L. (2005). Afasia Acústico-Mnésica. Estudio De Caso. *Revista Española de Neuropsicología*, 7(1), 17-34. [Dialnet-AfasiaAcusticomnesica-2006129%20\(1\).pdf](http://dialnet-AfasiaAcusticomnesica-2006129%20(1).pdf)

Tomm, K. (1987). Interventive Interviewing: Part II. Reflexive Questioning as a Means to Self-Healing. *Family Process*, 26, 167-183. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3595824/>.

Tomm, K. (1988). Interventive Interviewing: Part III. Intending to Ask Lineal, Circular, ¿Strategic o Reflexive Questions? *Family Process*, 27, 1-15. https://www.therapypartners.co.uk/assets/uploaded/files/Tomm%20K%201988%20Interventive%20Interviewing_%20Part%20III_%20Intending%20to%20Ask%20Lineal%2C%20Circular%2C%20Strategic%2C%20or%20Reflexive%20Questions_pdf.pdf.

Vázquez, C., Hervás, G. y Ho, M. Y. S. (2006). Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: Fundamentos y aplicaciones. *Rev. Psicología Conductual*, 14(3), 401-432. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/05.Vazquez_14-3oa.pdf

Vázquez, M. I. (2001). *Técnicas de relajación y respiración*. Síntesis.

Watzlawick, P. (2007). *El Lenguaje del Cambio*. Herder.

Watzlawick, P., Bavelas, J. y Jackson, D. (2002). *Teoría de la comunicación humana*. Herder.

Watzlawick, P., Weakland J. y Fisch R. (1992). *Cambio*. Heder.

Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (2007). *Cambio*. Herder.

White, M. & Morgan, A. (2006). *Narrative Therapy with Children and their Families*. Dulwich Centre Publications.

White, M. (2002). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Gedisa.

White, M. (2002). *Reescribir la vida*. Gedisa.

White, M. (2007). Maps of Narrative practice. *Norton Professional Books*. Norton & Company.

White, M. (23 de Agosto del 2002). *Notas del Taller*. <http://www.dulwichcentre.com.au/notas-del-taller-por-michael-white.pdf>.

White, M. (comp.) (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Gedisa.

Witzeaele, J. J. y García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto*. Herder.

PAUTAS Y LECTURAS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y SALUD

ETAPA DE FORMACIÓN PROFESIONAL ÁREA PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD

Raquel del Socorro Guillén Riebeling

Pedro Vargas Ávalos



La presente obra ha sido realizada gracias al apoyo de la Dirección General de Asuntos del Personal Académico (DGAPA) a través del programa de apoyo a proyectos para innovar y mejorar la educación, denominado: Elaboración de guías de lectura de las unidades de aprendizaje de la Carrera de Psicología, que contó con el sustento del Programa de Apoyo a Proyectos para Innovar y Mejorar la Educación (PAPIME). Clave del proyecto: PE304820. Su objetivo ha sido el proporcionar a los profesionales de la psicología en formación, materiales específicos y organizados, de acuerdo a los contenidos curriculares del Plan de Estudios de la Carrera de Psicología y el Plan de Desarrollo Institucional de la Facultad de Estudios Superiores (FES) Zaragoza, UNAM, donde se lleva a cabo la libre discusión de las ideas, la tolerancia, el respeto y la inclusión, en observancia con la Legislación Universitaria bajo una proyección de progreso y de retribución profesional, científica y humanística para la sociedad mexicana (Hernández-Abad, 2018).

De acuerdo con el Plan de Estudios de la Licenciatura en Psicología (2010), se establece por etapas y áreas, que a su vez contienen divisiones en Módulos y Unidades de Aprendizaje como es el caso de la Psicología Clínica y de la Salud que contiene lineamientos conceptuales y específicos al área de conocimiento de la disciplina. En este trabajo, se eligió la Etapa de Formación Profesional cuyos lineamientos plantean que el alumno adquiera competencias a través de contenidos, referencias denominadas Básicas y/o Clásicas para las unidades de Enfoques y Procesos Modalidad: Seminario, Estrategias de Evaluación e Intervención Modalidad: Práctica supervisada para los semestres Non y Par, así como Neurociencias, Modalidad: Taller. Este libro es por lo tanto, un instrumento útil tanto para alumnos como para docentes, ya que se tienen los contenidos en un solo documento y permite la selección de los textos, para su análisis más detallado, de forma posterior, impulsando el aprendizaje ya que permite conocer las generalidades de las diferentes temáticas y enfoques psicológicos.



Facultad de Estudios Superiores Zaragoza,
Campus I. Av. Guelatao No. 66 Col. Ejército de Oriente,
Campus II. Batalla 5 de Mayo s/n Esq. Fuerte de Loreto.
Col. Ejército de Oriente.
Iztapalapa, C.P. 09230 Ciudad de México.
Campus III. Ex fábrica de San Manuel s/n,
Col. San Manuel entre Corregidora y Camino a Zautla,
San Miguel Contla, Santa Cruz Tlaxcala.

<http://www.zaragoza.unam.mx>

