



REVISTA DE LA SOCIEDAD
ECUATORIANA DE
ASESORAMIENTO Y
PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

5

2011

ÍNDICE

CONTENIDOS	PÁGINA
PRESENTACIÓN	
INVITADOS INTERNACIONALES	
PACIENTES CON SINTOMATOLOGÍA PSICÓTICA: ABORDAJE DESDE UN MODELO INTEGRATIVO EN PSICOTERAPIA María del Carmen Salgueiro	
TRATAMIENTO INTEGRATIVO PARA EL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO: UN ESTUDIO DE CASO. Fernando S. García	
EL CAMPO DE LA INMANENCIA, UN TERRITORIO PARA LA PSICOTERAPIA Claudio Rud	
CARACTERÍSTICAS DE UN MODELO CLÍNICO TRANSDIAGNÓSTICO DE REGULACIÓN EMOCIONAL APLICADO A UN CASO DE TRASTORNO POR ATRACÓN Michel André Reyes Ortega Arturo Heman Contreras	
IMPACTO DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DE HABILIDADES Y AUTO-AFIRMACIONES RACIONALES EN GRUPO (HARG) PARA EL MANEJO DEL ENOJO EN PACIENTES DE UN CENTRO COMUNITARIO Michel André Reyes Ortega Arturo Heman Contreras	
TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA ADHERENCIA NUTRICIONAL EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II Becerra Rebelo, Carlos Jacques Rojas, Lillian Claudett Heman Contreras Arturo	
AUTOBIOGRAFÍA Lucio Balarezo Chiriboga	
MIEMBROS SEAPsi	
ESTRÉS UNA PERSPECTIVA DESDE EL MODELO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD Mayra Velástegui	
¿ALFABETIZACION EMOCIONAL PARA LOS PACIENTES DROGODEPENDIENTES? Sandra Lima Castro	
LA DIMENSIÓN ESPIRITUAL EN PSICOTERAPIA: EL VALOR DE LO TRASCENDENTAL Johanna Ortega Jaramillo	
ESTRÉS Y PERSONALIDAD Eva Peña	
TRASTORNOS DE PERSONALIDAD UN RETO PARA LA PSICOTERAPIA Sebastián Herrera	
EL DUELO Adrián Felipe Vásquez	
LÉXICO INTEGRATIVO Mayra Velástegui	

PRESENTACIÓN

Resulta plenamente satisfactorio llegar a la presentación del número 5 de la Revista Pser-Integrativo. Cuando en el año 2006 emprendimos esta tarea que planteaba como objetivo lograr una publicación periódica y regular, casi nos sentimos frustrados cuando para la edición de la segunda revista tuvimos que esperar tres años; sin embargo, luego de ésta publicación, todos los años nos esforzamos para cumplir con este ideal.

Y pretendemos mucho más. Indexar Pser-Integrativo es una meta compleja, difícil, pero no imposible. A través de las ediciones hemos logrado algunos méritos, desarrollar en nuestros socios el hábito de escribir, ir logrando ajustes a las normas internacionales en la redacción de los textos, mantener la inapreciable colaboración de nuestros amigos y colegas internacionales, estimular el hábito por la lectura de los escritos en una cultura escasa, sobrellevar los costos que representa la edición; en fin, los obstáculos han despertado un espíritu resiliente en las personas que me acompañan en esta empresa.

A ellos un agradecimiento imborrable, a los amigos de la Fundación AIGLÉ, sobre todo a Héctor Fernández-Álvarez, mentor permanente de nuestros logros, a Claudio Rud y Arturo Heman, por todo el apoyo que recibimos en cada ocasión. A los compañeros de la SEAPSI, de Quito y Cuenca que nos ayudan en cada número.

En esta oportunidad debo hacer un reconocimiento especial a la Junta Directiva, quienes propusieron que en este número se incluya mi Autobiografía, propuesta que lo acepté como un gran honor y con el propósito de integrarnos en el esfuerzo latinoamericano.

Ponemos a consideración de los lectores este número de la Revista.

Lucio Balarezo Ch.

PRESIDENTE SEAPSI

PACIENTES CON SINTOMATOLOGÍA PSICÓTICA: ABORDAJE DESDE UN MODELO INTEGRATIVO EN PSICOTERAPIA

María del Carmen Salgueiro

Fundación Aiglé, Argentina

Virrey Olaguer y Feliú 2679, CP 1426, Buenos Aires, Argentina

E-mail: fundacion@aigle.org.ar

Resumen

Las modalidades de tratamiento psicosocial ocupan un lugar relevante en el tratamiento de los pacientes con síntomas psicóticos junto con el empleo de recursos psicofarmacológicos. En el artículo se describe un modelo de abordaje psicoterapéutico de carácter integrativo para pacientes en los cuales la sintomatología psicótica aparece como elementos predominantes. Se describe el modelo de abordaje en el marco amplio de los desarrollos recientes en terapia cognitiva y se ilustra la conceptualización, los criterios de diseño de tratamiento, la articulación entre las diferentes modalidades terapéuticas y las intervenciones.

Palabras clave: abordaje integrativo; terapia cognitiva; severidad; tratamientos combinados; psicosis.

Summary

Psychosocial treatment modalities occupy an important place in the treatment of patients with psychotic symptoms alongside psychopharmacology resource use. The article describes a model of an integrative psychotherapeutic approach for patients in whom psychotic symptoms appear as predominant elements. The treatment approach is described in the broad framework of the recent developments in cognitive therapy and the conceptualization, design treatment criteria, the articulation among different treatment modalities and interventions.

Key Words: integrative approach; cognitive therapy; severity; combined treatments; psychosis.

Introducción

Los pacientes con síntomas psicóticos constituyen una nutrida fuente de demanda de atención en servicios de Salud Mental. Además, ha habido recientemente actualizaciones tanto de la consideración de los aspectos epidemiológicos como de las alternativas de tratamiento. La idea de una enfermedad universal, con independencia de factores genéricos y culturales va dando paso a la consideración acerca de que una prevalencia de 0,7 % varía considerablemente de una cultura a otra, de un grupo étnico a otro. Los hombres tienen mayor riesgo y la desarrollan

a edad más temprana (Kirkbride y cols., 2006). También presentan mayor riesgo quienes nacen y residen en contextos urbanos, quienes emigran, especialmente a contextos de diferencia étnica o racial y la consecuente discriminación y condiciones de adversidad social que la diferencia genera (Beck, 2010; Compton y Harvey, 2010). Resulta muy significativo, además, que en un documento reciente de la Organización Mundial de la Salud, el mhGAP, la esquizofrenia y los trastornos psicóticos aparecen relevados en segundo lugar en cuanto a jerarquía, después de la depresión (WHO, 2008). El intenso malestar subjetivo que padecen a nivel individual, los desafíos que plantean a los clínicos a cargo de sus tratamientos, el sufrimiento en el ámbito interpersonal que ocasionan muchas de sus manifestaciones, la repercusión económica a distintos niveles que producen sus limitaciones en el área productiva y las erogaciones que genera su tratamiento, son algunas de las razones más importantes que justifican la necesidad de encontrar formas de intervención efectivas en cuanto a los resultados y eficientes en una relación entre tiempo y recursos desplegados.

Se destaca en el trabajo el rol de la psicoterapia cognitiva dentro de un programa de abordaje integral encuadrado en un modelo bio-psico-social y la consiguiente inclusión de (a) influencias biológicas (genética, enfermedades físicas concurrentes, factores endócrinos y efectos de diferentes drogas y toxinas), (b) influencias psicológicas (creencias básicas, pensamientos automáticos, errores cognitivos, estrategias comportamentales, habilidades de afrontamiento y estilos de procesamiento) y (c) influencias socio-culturales (estrés, creencias culturales y religiosas y relaciones interpersonales) (Wright y cols., 2009).

Consideraciones diagnósticas: importancia del concepto de severidad

Más allá de los criterios del DSM-IV y el ICD-10, teniendo en cuenta la actualización y los cambios propuestos en el dsm5 quiero destacar la dimensión de la severidad como una característica de los pacientes que trasciende las cuestiones ligadas al diagnóstico categorial. Constituye un indicador de la necesidad de implementar algún tipo de intervención, en muchas ocasiones, de naturaleza médica (Beutler, Clarkin y Bongar, 2000). Se trata de una dimensión que se define por indicadores objetivos y subjetivos que representan un continuo de funcionamiento que puede ir desde un escaso deterioro o limitación funcional hasta una discapacidad o limitación grave y, en este sentido, hace referencia a la extensión y la intensidad con que el/los problemas interfieren con la vida del/la paciente. En su evaluación interviene

también la consideración de los niveles de riesgo intra- e inter-personal y también la consideración del malestar subjetivo, si bien es importante aclarar que no siempre estas fuentes de evaluación resultan concordantes. Una forma rápida de evaluación puede llevarse a cabo con la escala Evaluación de la Actividad Global (Eje V-DSM-IV-R) (APA, 2000). Por otra parte, la consideración de la severidad, está jerarquizada en el borrador del DSM-V, como una de las evaluaciones dimensionales (junto a la comorbilidad y los rasgos de personalidad), a tener en cuenta en cualquier diagnóstico (APA, 2010).

La importancia de caracterizar esta dimensión de severidad entre las características particulares que asumen los diferentes diagnósticos en las personas concretas, es que el hacerlo ayuda al clínico en la identificación del dispositivo de tratamiento más adecuado en cuanto a la necesidad de menor a mayor contención, el formato, modalidad e intensidad de la intervención acordes y de la jerarquía y la prioridad de los objetivos en relación con la urgencia.

Características de los tratamientos

No puede obviarse o cuestionarse la relevancia que asume en el tratamiento de los trastornos psicóticos, la medicación. No obstante, los abordajes psicofarmacológicos por sí solos dejan un porcentaje significativo de sintomatología residual y/o resistente, además del problema de los efectos colaterales de los psicofármacos (Hansen y Kingdon, 2004). Fracasos en los tratamientos, cronicidad y recurrencias de los episodios son frecuentes aún en pacientes medicados (Wright y cols., 2009). El grado de mejoría sobre la sintomatología positiva de la medicación antipsicótica suele ubicarse alrededor del 20% (Kahn y cols., 2001). Barnes, Buckley y Schultz (2003) refieren que 35-50% de los pacientes diagnosticados como esquizofrénicos experimentan delirios refractarios a los efectos de los antipsicóticos. La medicación modifica, en muchos casos, la repercusión emocional o la relevancia percibida por los pacientes acerca de sus experiencias delirantes, pero deja sin modificar las estructuras neurocognitivas que las mantienen, lo que se constituye en un factor de vulnerabilidad para futuras recaídas (Kapur, 2003). En un estudio en el que Mizrahi y cols. (2005) examinan la perspectiva de los pacientes acerca del modo en que los medicamentos antipsicóticos funcionan, recogieron respuestas tales como “me ayudan a afrontar, a dejar de pensar, hacen que los síntomas no me importen” con mayor frecuencia que “me quitan los síntomas” o “modifican mi mente”.

La consideración de estas limitaciones es, en parte, una de las razones que motiva el interés por el desarrollo de tratamientos psicosociales. Los índices nos dejan un amplio espacio para la implementación de tratamientos que mejoren los resultados. Pero tal vez una de las razones de mayor peso es que problemas complejos requieren recursos complejos. Siendo estos trastornos condiciones multideterminadas la terapéutica también debe reflejar una multiplicidad de recursos.

La psicoterapia, por tanto, debe estar enmarcada en un abordaje múltiple que incluya intervenciones psicofarmacológicas e intervenciones psicosociales. Otras intervenciones psicosociales incluyen: el acompañamiento terapéutico y las actividades de tipo expresivo y motor que obran como mediatizadoras de experiencia y a menudo son incorporadas en los programas de tratamiento tipo hospital de día; el tratamiento familiar y de pareja; las intervenciones tendientes a la rehabilitación laboral y profesional y los programas educativos de apoyo que ponen el énfasis en las habilidades de resolución de problemas y el entrenamiento en habilidades sociales y en habilidades de comunicación.

El rol de la terapia cognitiva

La terapia cognitiva, inicialmente desarrollada para el tratamiento de la depresión (Beck y cols., 1979) y, posteriormente, de la ansiedad (Beck, Emery y Greenberg, 1985) y de los trastornos de personalidad (Beck, Freeman y cols., 1990), comenzó a desarrollar, a partir de finales de los 80' y los 90' un creciente interés en el abordaje de trastornos más difíciles o demandantes como la esquizofrenia, el trastorno bipolar y las depresiones más severas o resistentes a los tratamientos usuales (Wright y cols., 2009).

Existen programas de tratamiento para esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (Chadwick y cols., 1996; Haddock y Slade, 1996; Chappa, 2004; Kingdon y Turkington, 2005; Beck, Rector, Stolar y Grant, 2010). Se desarrollaron programas para pacientes hospitalizados (Stuart y cols., 1997; Wright y cols., 1993) y, con el correr de los años, numerosos trabajos fueron apareciendo comparando resultados entre la psicoterapia y la medicación (Kingdon y cols., 2007); para la prevención de recaídas (Ciudad y cols., 2012), para el manejo de pacientes resistentes (Sensky y cols., 2000) y también estudios en los que se aborda el manejo de situaciones complejas, por ejemplo, de co-ocurrencia de trastornos psicóticos y abuso de sustancias (Baker y cols., 2006; Barrowclough y cols., 2001; Haddock y cols., 2003).

Numerosos estudios meta-analíticos y estudios controlados han establecido la eficacia de la terapia cognitivo-comportamental en la reducción de la sintomatología positiva en pacientes con esquizofrenia (Zimmerman y cols., 2005; Turkington y cols., 2006).

En el caso del tratamiento de pacientes psicóticos, todavía es frecuente la creencia de que hablar sobre las ideas delirantes y los fenómenos alucinatorios refuerza los síntomas. No obstante, a pesar de los datos a favor, no todos los pacientes responden a las intervenciones de la misma manera. Chadwick y cols. (1996) refieren que las personas que responden a las intervenciones psicoterapéuticas son aquellas que presentan una mayor flexibilidad cognitiva en los estadios iniciales. Aquellos pacientes con síntomas específicos, que experimentan un importante malestar subjetivo al estar molestos y perturbados por sus síntomas y que no presentan un riesgo significativo para sí mismos o para otros son los que más efectivamente se beneficiarán de un proceso psicoterapéutico. Por el contrario, en un importante número de pacientes, los resultados son negativos parcial o completamente. El paciente va fortaleciendo sus convicciones delirantes en lugar de atenuarlas, va expandiendo las reglas del sistema delirante para acomodar la información inconsistente o minimiza su relevancia. En el peor de los casos, el terapeuta es incorporado al sistema delirante y/o sus intenciones son evaluadas por el paciente como malevolentes. Los pacientes más difíciles son aquellos que se encuentran muy aislados, con redes sociales escasas y debilitadas, con mayor deterioro cognitivo y psicosocial y, a menudo, cronificados y con una larga historia de tratamientos fallidos. En situaciones intermedias, es necesario esperar la respuesta a la medicación antes de intentar su involucración en un proceso de esta naturaleza. Es el caso de pacientes hostiles, abiertamente agresivos o suicidas (Chadwick y cols., 1996). Entre los factores que contribuyen a facilitar el tratamiento se ha citado una buena relación previa con otros profesionales, apoyo percibido por parte de familiares y amigos, aceptación por parte del paciente de que tiene un problema, expectativas positivas con respecto a la terapia, deseo de comprender el fundamento de los problemas, la disposición a discutir los síntomas y ser confrontado en sus creencias, malestar ligado a síntomas específicos (alucinaciones, depresión, etc.), un nivel mínimo de insight, mejoría sintomática y escasez o ausencia de síntomas secundarios con la medicación (Wright y cols., 2009).

Modelo integrativo en psicoterapia

En todas las consultas de pacientes con síntomas psicóticos se refleja un intenso sufrimiento psíquico y la irrupción en la esfera de la experiencia de ideas, percepciones, sensaciones, que resultan extrañas, que asustan o preocupan y a las que es necesario explicar, otorgar algún significado. La posibilidad de otorgar significado es, en última instancia, lo que asegura la integridad de nuestra identidad personal. En estos trastornos la continuidad de la experiencia está obstaculizada o, los significados otorgados son generadores de malestar, angustia, temor.

Estas situaciones se caracterizan, desde el punto de vista de la experiencia de las personas que las padecen, por ser situaciones límite, situaciones en las que el guión personal sufre un impacto, que se constituye en una forma de quiebre. La psiquiatría clásica habla de situaciones procesales, (distinguiéndolas de los desarrollos) para capturar esta idea de ruptura. Se trata de un verdadero quiebre de la experiencia de continuidad, lo que irrumpe no puede ser significado, se carece del repertorio para hacerlo. Si pudiéramos decir que son expresiones de locura, deberíamos agregar que la locura no la entendemos solamente como expresión de una enfermedad determinada, de una psicosis, sino en sentido amplio, como el sentir que uno no se pertenece. Alguien puede enloquecer sin necesidad de estar psicótico, hay experiencias límite en la vida de las personas, un derrumbe económico, una pérdida demasiado significativa para la identidad personal, en las que la sensación predominante es la de no poder seguir.

Cuanto más amenazante es un evento, más se sacuden las raíces de la experiencia acerca de quiénes somos y cómo experimentamos nuestra vida. Se rompen las conexiones con lo que damos por hecho y se destruyen sueños, fantasías y proyectos. Pero la cualidad de amenaza no está dada solamente por situaciones externas sino que también puede estar dada desde dentro por la fuerza particular que adquieren determinados signos, convicciones o creencias. Este cambio en las condiciones de representatividad del mundo y de sí mismo, que generalmente es muy brusco y dramático, es el que produce el quiebre en la continuidad de la experiencia. Frente a la amenaza externa o frente a la incomprensibilidad de los contenidos o las percepciones internos no se sabe cómo seguir y la posibilidad de encontrar significados que organicen esa experiencia se ve amenazada. Esta parálisis de la experiencia, este sentido de falta de continuidad, esta falta de explicaciones de lo que sucede se expresa muchas veces en la misma sintomatología, a través de la confusión, el estupor, la desorganización.

Las personas en estas condiciones generalmente llegan al tratamiento traídas o por voluntad de otras personas. Su identidad tambalea, sienten que no se pertenecen. Buscan

infructuosamente encontrar referentes que les permitan explicar su experiencia. Resulta evidente la dificultad para encontrar explicaciones y poner en palabras la experiencia. Y la búsqueda infructuosa de sentido.

Los elementos diagnósticos que nos permiten caracterizar las situaciones límite tienen que ver con que las personas presentan: a) un bajo nivel de controlabilidad y dominio de sus acciones, escasa capacidad para prevenir y controlar las consecuencias de tales acciones, b) un alto nivel de perseveración y estereotipia, c) una escasa capacidad de descentración, d) un intenso desajuste emocional y, a menudo, e) una tendencia a la actuación y a la agresión, tanto auto como hétero-agresión. Podemos caracterizar estas experiencias, desde el punto de vista de la severidad en función de diversos criterios: su grado de complejidad, dado por la presencia de alteraciones en los procesos cognitivos, el mayor o menor ajuste pre-mórbido, la persistencia de la situación desencadenante y la evolución propia del cuadro que se trate.

En algunos de los pacientes que nos consultan vemos la situación clínica bien circunscripta en lo sintomático y sin un deterioro cognitivo significativo. En otros pacientes, a la pérdida inicial del sentido de sí mismo se van sumando otras pérdidas: algunas provocadas por la enfermedad misma, pérdidas materiales en la residencia, los ingresos, la carrera o el trabajo, relaciones y vínculos significativos, como es el caso de Alberto, en la viñeta presentada más arriba. A estas pérdidas se agregan, en muchas ocasiones, el fracaso de los esfuerzos destinados al tratamiento y la rehabilitación.

Intervenciones

Desde esta perspectiva, la psicoterapia tiene como objetivo favorecer nuevas condiciones para que la persona pueda efectuar un replanteo general del guión que se ha trazado, confeccionando uno nuevo, con un argumento diferente o con modificaciones substanciales de los elementos que lo componen. Operar sobre esa experiencia de quiebre que constituye el episodio psicótico.

Estas intervenciones de carácter general deberán ser complementadas con aquellas intervenciones que harán su foco en blancos sintomáticos específicos y acordadas de acuerdo a la configuración que adopte la demanda para el/la paciente, tarea fundamental en el proceso inicial de exploración y ajuste de objetivos y medios y que, junto a las anteriores, formarán parte del diseño del tratamiento que se le indicará (Fernández-Álvarez y cols, 2008). Beck y

cols. (2010) clasifican estas intervenciones específicas en aquellas que apuntan a: a) los delirios, b) las alucinaciones, c) los síntomas negativos y d) los déficits cognitivos.

No obstante, es necesario recalcar una vez más que esta intervención psicoterapéutica habrá de integrarse, particularmente en los inicios del tratamiento, con el abordaje psicofarmacológico. Psicofarmacología y psicoterapia interactúan de maneras muy diversas en la práctica clínica, se pueden combinar desde el inicio o comenzar el tratamiento con una de las modalidades y, de este modo, generar cambios positivos que posibiliten la implementación de la otra modalidad (Gómez y Salgueiro, 2007). En la mayoría de los pacientes se comienza su tratamiento con una intervención farmacológica que se implementa incluso durante las entrevistas llevadas a cabo durante el proceso de admisión. Los efectos directos de la medicación, por ejemplo, la reducción de la ansiedad y la agitación, la mejor calidad del sueño, la reducción de la distracción y la progresiva reducción de la sintomatología productiva (trastornos alucinatorios y del contenido y el curso del pensamiento), van construyendo las condiciones para que la psicoterapia tenga lugar (Kingdon y cols., 2007). Los efectos también se producen en la otra dirección. Uno de los que más se ha investigado es el impacto que las intervenciones psicoterapéuticas pueden ejercer sobre la adherencia a la medicación, tan vital en el caso de pacientes psicóticos (Kingdon y cols., 2007). La adherencia a la medicación ocupa un rol central en la mayoría de los programas de intervención psicosocial (Velligan y cols., 2008; Mittal y cols., 2009). El grado de insight y las actitudes hacia la medicación influyen en el nivel sintomático y pueden ser modificados a través de intervenciones terapéuticas (Mohamed y cols., 2009; Sapra y cols., 2008).

El diálogo con el paciente acerca de incluso sus manifestaciones productivas permite que el/la terapeuta vaya marcando ciertas inconsistencias, modelando cierta lógica en el discurso.

Más allá de que se abre la posibilidad de buscar explicaciones alternativas, el peso de la intervención está puesto en la validación de la experiencia del paciente. La validación y la construcción de significados más funcionales y menos dolorosos alrededor de la experiencia de padecimiento son objetivos centrales en el tratamiento desde los primeros momentos. Este proceso de validación y construcción de significados alternativos debe hacerse extensivo a los miembros significativos del contexto del paciente (Noiseux, 2010).

La noción de vulnerabilidad al estrés, es incorporada a través de intervenciones psicoeducativas y permite ir identificando junto con el/la paciente rasgos problemáticos y

estresores específicos. Se van generando explicaciones alternativas que resulten aceptables y comprensibles para el paciente. El siguiente paso es introducir el desafío de significados más ligados a la experiencia disfuncional, como por ejemplo, el significado de todo el mundo está en mi contra.

El objetivo en esta etapa del tratamiento es comenzar a construir junto con el paciente un mapa cognitivo que le provea modos más flexibles de procesar la situación específica: dificultades en la relación con las personas, comportamientos y actitudes disfuncionales. Una vez construido el mapa, éste comienza a operar como un marco de referencia para el análisis de otras situaciones que los pacientes o sus familiares van trayendo a la consulta y que podíamos reprocesar juntos discriminando fundamentalmente el locus, interno o externo, la posibilidad de hacer algo con la situación –control y, al mismo tiempo, ir flexibilizando su generalización “siempre me va mal con la gente” estabilidad. A menudo se vuelve sobre este mapa y se repasan las diferentes alternativas. Marca un hito muy importante en la terapia el momento en el que los pacientes pueden usar ese marco en su vida cotidiana, fuera de la terapia.

El uso de la mente del terapeuta como modelo para contribuir al proceso de búsqueda de alternativas, promover curiosidad en el paciente acerca de sus propios procesos mentales y los de los demás y favorecer que junto al descubrimiento de sus propios estados mentales se facilite una lectura más flexible de los estados de las otras personas, también resulta una intervención poderosa.

La idea es abrir la puerta para la introducción del continuo sintomático esquizoidea-esquizotipia-esquizofrenia. Este provee también una suerte de mapa, una línea a lo largo de la cual se puede ir ubicando diferentes modos de ser que definen al paciente como persona, algunos de ellos funcionales, otros disfuncionales, incrementando gradualmente la discriminación pero, fundamentalmente, corriendo el significado desde la “enfermedad-esquizofrenia”, que traen inicialmente, a un modo de ser factores de vulnerabilidad, conductas, pensamientos y sentimientos disfuncionales.

La facilitación de procesos reflexivos acerca de atribución de rasgos, intenciones y motivos propios y ajenos forma parte de un conjunto de intervenciones que apuntan a la mentalización o teoría de la mente (Hasson-Ohayon y cols., 2010).

Me gustaría destacar un par de cuestiones adicionales además de las pinceladas previas ya descritas.

Primero, resaltar la importancia de la intervención temprana en los procesos psicóticos; segundo, el trabajo secuencial o en fases y tercero, la importancia de la evaluación de proceso terapéutico en forma sistemática.

La intervención temprana en las psicosis asume, para algunos autores, las características de un verdadero “paradigma”, un movimiento que ha generado programas de intervención prácticamente a nivel mundial, una sección especial para intervención temprana en las guías clínicas de tratamiento de la esquizofrenia, la creación de una asociación internacional y, fundamentalmente, un cambio en las actitudes profesionales muchas veces teñidas de pesimismo, estigma y negligencia (McGorry, 2008).

Una visión más optimista de la evolución de un primer episodio que apunte a la identificación de factores de riesgo y situaciones co-ocurrentes (depresión, abuso de sustancias, disfunciones de la personalidad, todos ellos presentes en el caso de Luciano), en última instancia expresión de la interacción genes-ambiente, y su inclusión como parte del programa de tratamiento, pueden modificar sustancialmente el pronóstico de un primer episodio al limitar, e incluso reparar, el daño producido. Además, el iniciar un tratamiento psicológico en etapas tempranas o subsintomáticas de los trastornos psicóticos es una forma más aceptable y segura de iniciar el camino de intervenciones preventivas (Addington y Mancuso, 2009).

Una primera etapa o fase en la psicoterapia de los pacientes, apunta fundamentalmente a lograr el control sintomático: problemas de sueño y alimentación, marcada ansiedad, desorientación y confusión, vivencias de extrañamiento, despersonalización y disociación, son traídas a menudo en las primeras consultas.

Se establecen abordajes de tratamiento altamente estructurado con objetivos claros y un perfil de terapeuta activo. Se arma un plan de actividades y se involucra a los miembros del sistema de apoyo del paciente a través de entrevistas de orientación familiar. En esta primera etapa, se trabaja fundamentalmente a través de intervenciones destinadas a reducir la ansiedad y afrontar el estrés, a la resignificación de las experiencias recientes, al desarrollo de habilidades de autoconciencia y de predicción de ambientes o situaciones de riesgo.

En una segunda etapa, después de las primeras sesiones de tratamiento que marcan una reducción significativa de los niveles sintomáticos se comienza a operar sobre esquemas

cognitivos y patrones interpersonales más estables y de cómo el filtraje a partir de estos esquemas, en su balance de funcionalidad/disfuncionalidad favorece u obstaculiza el desarrollo de significados funcionales de acuerdo al período evolutivo que atraviese el paciente (Fernández-Álvarez, 1992).

El tercer y último aspecto a puntualizar es recalcar la importancia del uso de la evaluación como recurso terapéutico, no sólo con fines diagnósticos sino para monitorear la evolución del tratamiento (Maristany y Fernández-Álvarez, 2008; Maristany, 2009).

Conclusiones

La esquizofrenia y los trastornos psicóticos en general constituyen una condición devastadora con impactos múltiples, directos e indirectos, a nivel personal, familiar y comunitario. Encontrar modos eficaces de intervención, resulta prioritario para paliar el sufrimiento y reducir la brecha que existe en muchos sectores de nuestra sociedad entre la disponibilidad de buenos recursos y el acceso a ellos.

La contribución en este trabajo se centra en las intervenciones psicoterapéuticas pero entendidas éstas como formando parte de un conjunto más amplio de intervenciones psicosociales y farmacológicas. Hemos enfatizado la experiencia de ruptura, de fragmentación, como hilo conductor para ayudarnos en la conceptualización del padecimiento y orientarnos en los modos de intervenir para reconstruir la continuidad en la experiencia que los episodios psicóticos rompen.

Las intervenciones en psicoterapia, toda vez que ésta sea posible, apuntan fundamentalmente a: a) el logro de cierta integración de las experiencias asociadas con los episodios, b) la aceptación, siempre que sea necesario, de la noción de vulnerabilidad frente a futuros episodios, c) la aceptación de la necesidad de depender de medicación para el control sintomático, d) la diferenciación entre aspectos de la personalidad del/la paciente y el episodio o la enfermedad, e) la identificación, reconocimiento y el aprendizaje de afrontamiento de eventos vitales estresantes que desencadenan las recurrencias de los episodios y f) el restablecimiento de las relaciones funcionales anteriores al episodio.

En los trastornos psicóticos aparecen múltiples componentes y niveles de padecimiento, expresión de la heterogeneidad, en cuanto a la presentación sintomática, la edad de aparición, las circunstancias contextuales acompañantes, etc. Cada situación clínica, por lo tanto, se

traduce en desafíos vitales diferentes para el logro de la integración de la experiencia y el ajuste en el proyecto personal. Esta multiplicidad en los componentes con que se plantea la situación clínica hace necesario un diseño de tratamiento individualizado que tenga en cuenta esas variables particulares.

Bibliografía

Addington, J. y Mancuso, E. (2009). Cognitive-Behavioral Therapy for Individuals at High Risk of Developing Psychosis. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 65(8), 879-890.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders. Fourth Edition-Text Revision (DSM IV-TR)*. Washington DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2010). DSM-5 Development: The Future of Psychiatric Diagnosis. Extraído Diciembre 14, 2010 de <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>

Baker, A., Bucci, S., Lewin, T., Kay-Lambkin, F., Constable, P.M., Carr, V.J. (2006). Cognitive-Behavioral therapy for substance abuse disorders in people with psychotic disorders: randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 188, 439-448.

Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N., Lewis S.W., Moring, J., O'Brien, R., Schofield, N., McGovern, J. (2001). Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1706-1713.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.

Beck, A.T., Emery, G., y Greenberg, R.L. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.

Beck, A.T., Freeman, A., y Associates. (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. New York: Guilford.

Beck, A.T., Rector, N.A., Stolar, N. y Grant, P. (2010). *Esquizofrenia. Teoría Cognitiva, Investigación y Terapia*. Barcelona: Paidós.

Beutler, L.E., Clarkin, J.F., y Bongar, B. (2000). *Guidelines for the Systematic Treatment of the Depressed Patient*. New York: Oxford University Press.

Chadwick, P., Birchwood, M., Trower, P. (1996). *Cognitive Therapy of Voices, Delusions, and Paranoia*. Chichester, England: Wiley.

- Chappa, H. (2004). Estado actual de la terapia cognitivo-comportamental de la esquizofrenia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 13(1), 9-17.
- Ciudad, A., San, L., Bernardo, M., Olivares, J.M., Polavieja, P., Valladares, A. y Gilaberte, I. (2012). Relapse and therapeutic interventions in a 1-year observational cohort study of nonadherent outpatients with schizophrenia. *Progress in Neuropsychopharmacol and Biological Psychiatry*, 36(2):245-50.
- Compton, M.T. y Harvey, P. D. (2010). Vulnerability to Schizophrenia in Adulthood. En R. E. Ingram y J. M. Price (Editors), *Vulnerability to Psychopathology* (pp. 389-416). New York: Guilford Press.
- Fernández-Álvarez, H. (1992). Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia. Buenos Aires: Paidós.
- Fernández-Álvarez, H., Pérez, A. y Fraga Míguez, M. (2008). Modelo de abordaje y diseño de tratamientos En Héctor Fernández-Álvarez *Integración y Salud Mental. El Proyecto Aiglé 1997-2008* (p.p. 23-64). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Gómez, B. y Salgueiro, M.C. (2007). Terapia cognitiva y medicación. Un dilema en la trinchera. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVI(3), 205-218.
- Haddock, G., Barrowclough, C., Tarrier, N., Moring, J., O'Brien, R., Schofield, N., Quinn, J., Palmer, S., Davies, L., Lowens, I., McGovern, J., Lewis, S. (2003). Cognitive-behavioral therapy and motivational interviewing for schizophrenia and substance misuse. 18-month outcomes of a randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 183, 418-426.
- Haddock, G., Slade, P.D. (Eds.). (1996). *Cognitive-Behavioral Interventions with Psychotic Disorders*. London: Routledge.
- Hansen, L. y Kingdon, D. (2004). Terapia comportamental cognitiva para la esquizofrenia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 13(1), 19-23.
- Hasson-Ohayon, I., Kravets, S. y Roe, D. (2010). Empathic and Theory of Mind processes. The dialogical core of a MC approach to psychiatric rehabilitation. En G. Dimaggio y P.H. Lysaker *Metacognition and Severe Adult Mental Disorders. Research to Treatment* (pp. 233-246). London y New York: Routledge.
- Kahn, A., Kahn, S.R., Leventhal, R.M., y Brown, W.A. (2001). Symptom reduction and suicide risk among patients treated with placebo in antipsychotic clinical trials: an analysis of the Food and Drug Administration Data Base. *American Journal of Psychiatry*, 158(9), 1449-1454.

- Kapur, S. (2003). Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, *160*(1), 13-23.
- Kingdon, D., Turkington, D. (2005). *Cognitive-Behavioral Therapy of Schizophrenia*. New York: Guilford.
- Kingdon, D., Rathod, S., Hansen, K., Naeem, F. y Wright, J.H. (2007). Combining Cognitive Therapy and Pharmacotherapy for Schizophrenia. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, *21*(1), 28-36.
- Kirkbride, J.B., Fearon, P., Morgan, C., Dazzan, P., Morgan, K., Tarrant, J., Lloyd, T., Holloway, J., Hutchinson, G., Leff, J.P., Mallett, R.M., Harrison, G.L., Murray, R.M. y Jones, P.B. (2006). Heterogeneity in incidence rates of Schizophrenia and other psychotic syndromes: Findings from the 3-center AESOP Study. *Archives of General Psychiatry*, *65*, 146-152.
- Maristany, M. y Fernández-Álvarez, H. (2008). Evaluación psicológica. En En Héctor Fernández-Álvarez *Integración y Salud Mental. El Proyecto Aiglé 1997-2008* (p.p. 65-108). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Maristany, M. (2009). Evaluación Clínica y Psicoterapia: Una puerta abierta a la investigación. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, *18*(3), 275-277.
- McGorry, P., Killackey, E., y Yung, A. (2008). Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry*, *7*(3), 148-156.
- Mittal, D., Owen, R.R., Lacro, J.P., Landes, R.D., Edlund, M., Valenstein, M., y Jeste, D.V. (2009). Antipsychotic Adherence Intervention for Veterans over 40 with Schizophrenia: Results of a Pilot Study. *Clinical Schizophrenia y Related Psychoses*, *24*(Suppl 1): S1171. doi: 10.1016/S0924-9338(09)71404-X.
- Mizrahi, R., Bagby, R.M., Zipursky, R.B., Kapur, S. (2005). How antipsychotics work: the patients' perspective. *Progress in neuro-psychopharmacology y biological psychiatry*, *29*(5), 859-64.
- Mohamed, S., Rosenheck, R., McEvoy, J., Swartz, M., Stroup, S., y Lieberman, J.A. (2009). Cross-sectional and Longitudinal Relationships Between Insight and Attitudes Toward Medication and Clinical Outcomes in Chronic Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *35*(2), 336-346.
- Noiseux, S., St-Cyr, D.T., Corin, E., St-Hilaire, P., Morissette, R., Leclerc, C., Fleury, D., Vigneault, L., y Gagnier, F. (2010). The process of recovery of people with mental illness: The perspectives

of patients, family members and care providers: Part 1. *Bio Med Central Health Services Research*, 10: 161. doi: 10.1186/1472-6963-10-161.

Sapra, M., Vahia, I.V., Reyes, P.N., Ramirez, P., y Cohen, C.I. (2008). Subjective Reasons for Adherence to Psychotropic Medication and Associated Factors among Older Adults with Schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 106(2-3), 348–355.

Sensky, T., Turkington, D., Kingdon, D., Scott, J.L., Scott, J., Siddle, R., O'Carroll, M., Barnes, T.R. (2000). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. *Archives of General Psychiatry*, 57, 165-172.

Stuart, S., Wright, J.H., Thase, M.E., Beck, A.T. (1997). Cognitive Therapy with inpatients. *General Hospital Psychiatry*, 19, 42-50.

Turkington, D., Kingdon, D., Weiden, P.J. (2006). Cognitive behavior therapy for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 163, 365-373.

Velligan, D.I., Diamond, P.M., Mintz, J., Maples, N., Li, X., Zeber, J., Ereshefsky, L., Lam, Y.F., Castillo, D., y Miller, A.L. (2008). The Use of Individually Tailored Environmental Supports to Improve Medication Adherence and Outcomes in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 34(3), 483–493.

World Health Organization (2008). *MhGAP: Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological and substance use disorders*. Geneva: WHO.

Wright, J.H., Thase, M.E., Beck, A.T., Ludgate, J.W. (Eds.) (1993). *Cognitive Therapy with Inpatients Developing a Cognitive Milieu*. New York: Guilford.

Wright, J.H. (2003). Cognitive-behavior therapy for chronic depression. *Psychiatric Annals*, 33, 777-784.

Wright, J.H., Turkington, D., Kingdon, D.G. y Ramirez Basco, M. (2009). *Cognitive-Behavior Therapy for Severe Mental Illness. An Illustrated Guide*. Washington DC: American Psychiatric Association.

Zimmerman, G., Favrod, J., Trieu, V.H., Pomini, V. (2005). The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 77, 1-9.

TRATAMIENTO INTEGRATIVO PARA EL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO: UN ESTUDIO DE CASO.

Fernando S. García

Fundación Aiglé

Virrey Olaguer 2679, C.A.B.A. Argentina CP C1426 EBE.

fundacion@aigle.org.ar

Resumen

El presente trabajo caracteriza el trastorno obsesivo compulsivo, principales modelos explicativos y los tratamientos basados en la evidencia disponibles. Se presenta un estudio de caso de un paciente varón de 33 años, con un TOC severo que fue atendido según el modelo integrativo de Fernández-Álvarez. Dicho modelo integra los modelos psicodinámico, cognitivo conductual, existencial y sistémico. El tratamiento se extendió por 59 sesiones a través de 14 meses. Se muestran los resultados y el sustento que los distintos modelos proporcionan a las intervenciones realizadas.

Palabras clave: Trastorno obsesivo compulsivo – Psicoterapia integrativa – Estudio de caso

Abstract

This paper characterizes the obsessive compulsive, main explanatory models and treatments based on the available evidence. We present a case study of a male patient of 33 years old, with severe OCD. He was treated according to the integrative model of Fernández-Álvarez. This model integrates psychodynamic models, cognitive behavioral, existential and systemic. The treatment lasted for 59 sessions over 14 months. The results are shown and the support that the different models provide interventions.

Key words: Obsessive compulsive disorder – Integrative Psychotherapy - Case study

Introducción

El trastorno obsesivo compulsivo (de ahora en más, TOC) es un trastorno mental caracterizado por dos elementos: las obsesiones (intrusiones mentales que generan ansiedad, y que puede tener forma de imágenes, pensamientos, impulsos o sensaciones) y las

compulsiones (acciones mentales y / o conductuales destinadas a neutralizar la aparición de las obsesiones). Aquellos que lo padecen experimentan un gran malestar debido a sus obsesiones, e invierten mucho tiempo en los rituales de neutralización, lo cual puede llevar a una incapacidad funcional parcial o total (Rachman & Hodgson, 1980) debido al tiempo que invierten.

Como respecto a la fenomenología del trastorno, el TOC posee una gran heterogeneidad, ocurriendo que dos pacientes con igual diagnóstico pueden presentar comportamientos muy diferentes. Dada la gran variedad de expresiones del trastorno, se han desarrollado taxonomías de varios tipos referidas a los diversos elementos del trastorno, como pueden ser los tipos de rituales (lavadores, verificadores, de repetición, de conteo) los tipos de contenido de las obsesiones, el grado de conciencia de la enfermedad, la interfase con síntomas psicóticos, etc. (García-Soriano, et al. 2008).

En términos epidemiológicos, es considerado el cuarto trastorno mental en orden de prevalencia, alcanzando cotas de un 2 - 3% en la población general (Weissman et al, 1994). La edad de inicio suele ser la segunda década de vida y es relativamente mas común en hombres que en mujeres. También es posible que exista una aparición temprana en niños, existiendo criterios para un posible diagnóstico temprano en el DSM-IV. La aparición del TOC conlleva múltiples problemas asociados. Entre el 65% al 80% de los pacientes diagnosticados con TOC sufrirán un episodio depresivo mayor en el curso de su vida. Estudios muestran una baja calidad de vida percibida en aquellos que sufren TOC y mayor incapacidad funcional (Huppert et al, 2009). Suelen tener dificultades financieras (Bobes et al., 2001; Koran, 2000). Además suelen aislarse socialmente y generar estrés en el sistema familiar.

No es raro que los pacientes retrasen la consulta al sistema de salud mucho tiempo, lo que lleva a diagnósticos tardíos y a un peor pronóstico debido a la normalización del trastorno por parte de la familia, estructurando la vida en torno al problema. Estudios muestran que el momento de la consulta oscila entre 6 años y 17 años luego de la aparición de los síntomas (Yaryura Tobías, 2001). Este retraso puede deberse a la culpa experimentada por los pacientes debido a sus obsesiones (Belloch, et al. 2009), a la falta de conocimiento sobre el trastorno mental (muchas veces minimizado al decir que se tienen “manías” o “fobias”), a la ausencia de educación para la salud mental en la población y a la falta de aplicación de planes públicos de

prevención y detección tempranos. Además, el sistema de salud suele no tener profesionales entrenados para reconocer y mucho menos tratar el TOC.

Incluso en situaciones idóneas (diagnóstico temprano, adherencia al tratamiento del paciente, ausencia de comorbilidad, terapeutas entrenados, aplicación de planes de tratamiento específicos para el trastorno) es rara la remisión completa de los síntomas. El trastorno es crónico (Clark, 2002a), no mejora sin tratamiento y suele ser progresivo.

El origen de este trastorno no se conoce todavía lo suficiente aunque hay varios modelos propuestos. Los que han reunido mayor evidencia empírica hasta el momento son el modelo cognitivo basado en los sesgos a través de los cuales las intrusiones son valoradas y los modelos neuropsicológicos que se han ocupado de identificar distintos déficits especialmente en la memoria y la atención.

Modelo Cognitivo del TOC del Obsessive Compulsive Cognition Working Group

Este modelo parte de la evidencia que la mayoría de las personas tenemos pensamientos intrusivos obsesivos (de ahora en más, PIOs). Numerosos estudios sobre los PIOs en población no clínica (Morillo et al. 2003) muestran que hasta el 80% de la población tiene intrusiones mentales de forma habitual. Cuando estos pensamientos intrusos normales son valorados de manera sesgada, negativa y catastrofista, la persona comienza a sufrir una marcada ansiedad y preocupación. La persona comienza a interpretar al PIOs como si fueran algo grave, peligroso y de lo que es necesario ocuparse. Los rituales propios del trastorno tienen efecto de neutralización de la preocupación que el PIOs produce. Una vez neutralizada la ansiedad mediante el ritual, la persona se siente momentáneamente aliviada.

Como la persona siente alivio, el PIOs queda ya indudablemente catalogado como algo peligroso y el ritual es reforzado debido al refuerzo negativo, al eliminarse la ansiedad provocada por la obsesión. Si este proceso ocurre de manera repetida, el circuito se afianza y queda instalado el trastorno. De aquí se desprende que será necesario realizar una modificación en las valoraciones sesgadas que los pacientes realizan de sus PIOs. Hasta el momento se han identificado 7 sesgos: la responsabilidad excesiva, la fusión pensamiento acción, la sobreestimación del peligro, la importancia de los pensamientos, del control de los

pensamientos, la intolerancia a la incertidumbre y el perfeccionismo I (Belloch y Cabedo, 2011).

El objetivo del tratamiento es identificar estos sesgos en cada paciente, para posteriormente intervenir con diversas técnicas cognitivas, procurando disminuir su efecto. De esta manera se intenta generar cambios más duraderos sobre los síntomas que los que ocurrirán si solo se aplicara EPR.

Modelos neuropsicológicos:

En los últimos años se han propuestos modelos neuropsicológicos para el TOC, (Frampton, 2003; Greisberg & Mc.Kay, 2003; Muller & Roberts, 2005; Martínez González y Piqueras Rodríguez, 2008) como así también se han realizado numerosos estudios sobre temas vinculados con déficits en la memoria y la atención. La evidencia en este último sentido es controversial. Parece más bien que los pacientes con TOC, especialmente los verificadores, no se diferencian de los controles en su aptitud anémica sino que no confían en ella. Sin embargo, la evidencia reunida en esta dirección no ha sido utilizada, hasta el momento, para perfeccionar los tratamientos que han probado su eficacia. Nos ocuparemos a continuación de ellos.

Tratamientos

En los años 60, Víctor Meyer desarrolló un tratamiento específico para este tipo de trastorno llamado exposición con prevención de respuesta o EPR (Meyer, 1966). Este tratamiento mostró resultados alentadores, existiendo resultados de respuesta inmediata del 40%-75% de los pacientes a los cuales se les aplicó (Steketee y Shapiro, 1993) y en la actualidad es el tratamiento específico para TOC que más estudios de eficacia ha acumulado, considerándose "Tratamiento Bien Establecido" en las Guías de Terapias Eficaces (Vallejo Pareja, 2003).

Paralelamente, la utilización exitosa de la clomipramina (Fernández-Córdoba y López-Ibor, 1967) inauguró el uso de psicofármacos como una opción válida para el tratamiento del TOC. Actualmente las drogas de indicación son, junto con la ya mencionada, los inhibidores selectivos de la recaptación de la Serotonina (ISRSs), en algunos casos combinados con neurolépticos atípicos (Cía et al, 2006)

A pesar del éxito alentador en la utilización de la EPR, los resultados distan de ser todo lo favorables que se desea. Algunos pacientes no parecen beneficiarse de dicha técnica puesto

que no manifiestan progresos, rechazan la intervención debido a lo aversivo de la exposición (alrededor del 30%) o tienen solo intrusiones sin realizar rituales conductuales o mentales (cerca del 10%) (García, 2006).

Emmelkamp et al. (1980) intentó aumentar la eficacia de la EPR a través del entrenamiento en autoinstrucciones y relajación pero no se mejoraron los resultados. Nuevamente Emmelkamp, ahora con Beens (1991) aplicó terapia racional motiva (TRE) comparándola con TRE + EPR y con EPR sola. La EPR fue aplicada por los pacientes en sus casas. No se encontraron diferencias entre las tres condiciones. Van Oppen et al. (1995) compararon el modelo desarrollado por Beck y Salkovkis (Salkovkis, 1985) con EPR en vivo autoadministrada. Los efectos fueron similares en todas las medidas, salvo en las de depresión y en el SCL-90 que es un Check-list de síntomas en los que la terapia cognitiva fue superior. Como podemos ver estos estudios compararon la T.C. con EPR que era un tratamiento bien establecido. También se comparó la T.C. aplicada en forma individual y grupal, obteniéndose resultados similares (Belloch et al, 2011; Cabedo et al., 2009).

En el presente trabajo relataremos el tratamiento de un paciente que padece un TOC severo a fin de ilustrar la aplicación de los procedimientos antes descriptos para abordar este trastorno pero incluyendo una perspectiva integrativa. Esto es: componentes de la terapia cognitiva-conductual (EPR y T.C. pura), psicodinámica, existencial y sistémica. (Fernández-Álvarez, 1992, 2008) Todo el tratamiento fue realizado en forma individual en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Caso clínico

Primera Etapa

El paciente consultó en el año 2003, es un varón, hijo menor de tres hermanos del mismo sexo, para entonces tenía, 24 años, estudiante universitario de una carrera en ciencias exactas. Reúne los criterios diagnósticos de T.O.C., hace aproximadamente tres meses que realiza interminables rituales de chequeo de los objetos que debe llevar consigo antes de salir de su casa. Además revisa permanentemente esos mismo objetos para asegurarse que no los ha perdido ni dejado olvidados. Consume largo tiempo si tiene que anotar un número en una cartelera de su Universidad ya que teme equivocarse y que eso tenga consecuencias graves. Al irse a dormir revisa en repetidas ocasiones las puertas, ventanas, llaves de gas y si conectó el

despertador. También debe verificar la posición en que dejó sus anteojos por temor a que se rompan. La severidad de sus rituales fluctúa con sus estados de ánimo: ritualiza más cuando se siente deprimido. Se siente agotado por el tiempo enorme que consume en llevarlos adelante. Se siente tonto y ridículo.

No se le administró medicación. Se aplicó una sola sesión de exposición en imaginación a las consecuencias temidas de cometer un error en la anotación de un número en una cartelera. (EPR). Se instruyó al paciente en tareas inter sesión de alteración y disminución de rituales. Se aplicaron procedimientos cognitivos para desafiar las creencias de fusión pensamiento-acción del tipo probabilidad. Se utilizaron a ese fin ejemplos de su vida cotidiana y experimentos mentales. Al mejorar sus síntomas se pasó a una frecuencia de una sesión por semana. El tratamiento se extendió hasta fin del 2004 por un total de 107 sesiones. El paciente, para entonces muy mejorado, no se reincorporó luego de las vacaciones de comienzos de 2005.

Segunda etapa

En diciembre de 2010 reconsulta a instancias del psiquiatra que lo está viendo en ese momento y desde hace un año. Había terminado su carrera universitaria, aunque no la ejercía, tuvo una hija y su esposa espera otra en unos días. Actualmente no puede trabajar. Sus síntomas recrudecieron dramáticamente al punto que no puede trasladarse sólo y se fue a vivir con sus padres por sus temores obsesivos de cometer acciones que puedan dañar a otros y que sean de su responsabilidad. Ejemplos de esto son: encerrar a alguien en cualquier lugar cerrado, un baúl de un auto, closet, introducirse en los bolsillos elementos que pueden ser peligrosos, dejar al alcance de los niños medicamentos o aerosoles y que estos los ingieran con consecuencia catastróficas, accionar llaves de gas inadvertidamente o haber arrojado a alguien por la ventana de un tren. Esto le impide realizar en su casa de cualquier tipo de actividad por mínima que esta fuera, tales como usar la cocina, cubiertos, abrir la puerta del refrigerador, cerrar puertas y así siguiendo. También tiene intrusiones de tocar los genitales de su hija o de otros niños.

En casa de sus padres, no puede moverse más allá de una superficie reducida en la planta baja por esos temores antes mencionados. Cuando viaja en auto no abre los ojos porque al ver diferentes aspectos del recorrido se intensifican las intrusiones. Pregunta

permanentemente a sus padres acerca de si realizó algunas de esas acciones Refiere conflictos de pareja (que él atribuye a su sintomatología), por lo que fue a vivir con sus padres. Está medicado con Paroxetina, Risperidona y Quetiapina.

Se administraron la Y-BOCS (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale) (Goodman et al, 1989) y el ICO-r (Inventario de creencias obsesivas reducido) (Belloch et al. 2003) Se muestran a continuación los resultados:

Y-BOCS: Puntaje Total 38 (Muy grave)
ICO-r: Los puntajes más elevados fueron: Responsabilidad excesiva 7
Importancia de controlar los pensamientos: 5,4
Sobreestimación del peligro: 6,25
Intolerancia a la incertidumbre: 5,66
Perfeccionismo: 5,49

Síntesis de los aspectos más salientes del tratamiento

El tratamiento se inició con una frecuencia de dos sesiones por semana. En las primeras seis sesiones. Luego de hacer psicoeducación sobre el trastorno y el modelo cognitivo del TOC, construimos una jerarquía de situaciones temidas y comenzamos a aplicar EPR primero en imaginación y luego en vivo en el consultorio: por ejemplo, se esparcieron sobre el piso del consultorio envases de medicamentos y el paciente se los introdujo en los bolsillos. En la sesión 6 el terapeuta se trasladó a la casa del paciente y se realizaron exposiciones a distintos sectores de la casa: accionó la cocina, abrió puertas que no tocaba y entró en habitaciones que no frecuentaba. La casa a la que nos referimos es su hogar conyugal, donde el paciente no vivía, sino al que concurría a ver a su hija. También se implementaron distintos procedimientos cognitivos para flexibilizar los sesgos antes mencionados, por ejemplo el de sobreestimación del peligro. Para eso se estimó la probabilidad de dejar pastillas de medicamentos al alcance de niños. (Belloch et al, 2011).

En ese momento se produce el nacimiento de su segunda hija y pudo estar presente en la sala de partos. Vuelve a vivir con su esposa.

A partir de la sesión 7 se instala el tema de la relación con su mujer: desde que nació su primer hija ella dejó de prestarle atención, su vida sexual se fue empobreciendo y empezó a sentir un permanente rechazo de ella. En la sesión 9 se vincularon las oscilaciones en sus síntomas con las alternativas en la relación de pareja. Su deterioro funcional lo aleja de tomar conciencia de esta situación dolorosa de desencuentro. Concurrió a la sesión 10 más aliviado y atribuyó este alivio en un "99,99 %" a la última sesión. Hablamos de su matrimonio todo el tiempo. Ella no lo aguanta y él tampoco a ella. No quiere que él esté con tantos síntomas en su casa. El duda si separarse ahora o esperar a estar mejor. Le interpreto que eso lo enfrenta aun conflicto: si se mejora eso lo lleva a enfrentarse al dolor de la separación. Por el contrario el mantenerse sintomático le permite posponer esa decisión. En la sesión 11 relata que se fue de casa de su esposa. Se siente muy deprimido. Le diseño una agenda para promover la activación conductual. Inicio de vacaciones.

A la vuelta de las vacaciones, sesión 13, plantea que quiere volver con ella, al tiempo que cuenta discusiones y conflictos varios que mantienen permanentemente. Si bien está separado concurre semanalmente a ver a sus hijas (en compañía de sus padres, porque no viaja solo). A partir de la sesión 14 empezamos a trabajar con exposiciones graduales en vivo en su casa. Concorre a la sesión 15 acompañado de un amigo, que no le responde a las preguntas que hace permanentemente (cosa que lo ayuda mucho). Para encontrarse con él viajó solo algunas estaciones de ferrocarril. Durante las siguientes sesiones y hasta la 18, fue logrando exponerse a nuevas situaciones en casa de sus padres, viajar en un bus solo o lavar las manos de su hija mayor. En la sesión 19 vuelve el tema del conflicto con su esposa. A continuación se transcriben viñetas textuales de fragmentos de esa sesión y la 20 donde se muestra esto:

Viñeta Clínica sesión 19

Paciente: *No sé si cuando esté mejor vuelvo o no con mi mujer, siempre me afectó la incertidumbre y ahora mi "zanahoria" (lo que lo motiva a seguir mejorando de sus síntomas) es un signo de interrogación....*

Viñeta Clínica sesión 20

Paciente: *Cuando nació mi hija, ella se retrajo y el TOC se me disparó...*

...en tres ocasiones ella le pidió que se fuera a vivir con sus padres...

¿Crees que estamos perdiendo el tiempo hablando de esto?

Terapeuta: *¿Vos no crees que estas cosas son importantes?*

Paciente: *Son mucho más importantes*

Es que yo no tolero mi cabeza, si no estoy ritualizando, no tolero lo que pienso, no lo tolero.

Terapeuta: *Hay zonas de tu mente a las que no podés ni acercarte.*

En la sesión 20 se le volvió a administrar el Y-BOCS y los resultados se muestran en la Figura 1

Insertar Figura 1

Se puede apreciar en el fragmento un conflicto motivacional, la sintomatología TOC cumple la función de mantenerlo alejado de la conciencia y por tal motivo es reforzada negativamente al mantener al paciente alejado de una experiencia dolorosa

Hasta la sesión 24 seguimos hablando de su dificultad para aceptar dismantelar su matrimonio a pesar de la continuas pruebas que le propone su mujer de no desear continuarlo.

Desde la sesión 25 intensificamos el trabajo de exposición a innumerable estímulos que le disparan las intrusiones. Se le propone tomar a las intrusiones como una “comparsa” de carnaval que desfila ante su conciencia, contemplarla pasar sin hacer nada. Hacemos un ejercicio de imaginación: al frente de ese desfile va el estandarte de la comparsa, su nombre podría ser: “Los intrusos de Lanús” (1) Esta intervención es la primera de las intervenciones destinadas a considerar las intrusiones como un tipo de pensamientos cualitativamente distintos a los demás. Sería un análogo a considerar a las intrusiones como alucinaciones. Volveremos más adelante sobre esto.

En la sesión 28 vuelve su preocupación por la pareja. Su mujer atribuye sus rechazos a su sintomatología lo que implica que él debería “curarse para ser aceptado”. Esto se pone de manifiesto con nitidez en un llamado telefónico que ella le hace al terapeuta para indagar sobre el pronóstico de su trastorno. Se le responde que es “reservado” para dejar sujeta la decisión a su deseo y no al cálculo de la recuperación de su marido.

En la sesión 28 decide irse a dormir a su cuarto solo (en casa de sus padres) y se le ofrece monitorear esto telefónicamente durante su primera noche. El paciente no llama y logra permanecer en ese cuarto.

Durante todo este proceso se mantuvo un diálogo con los padres del paciente, que son quienes sostienen el tratamiento económicamente y lo trasladan a la consulta. El padre es un médico cirujano algo mayor pero que aún ejerce, perfeccionista, exigente y poco proclive a la

autocrítica. Indaga permanentemente sobre los resultados del tratamiento deslizando cierto reclamo acerca de ellos. La madre es fonoaudióloga, retirada, que trabajó siempre con niños discapacitados. Sobreprotectora y muy ansiosa de sus tres hijos. El paciente denuncia que es en extremo negadora de lo que no puede aceptar. Con todo, están prestando un incondicional apoyo a su hijo y al tratamiento. Desde el comienzo se instó a ambos a no responderle las preguntas-rituales de verificación. El padre cumple esto parcialmente, pero la madre nunca. Aduce que el hijo se pone violento con ella si no le responde. Luego de varios intentos se decide aceptar esta situación y trabajar con el paciente para que intente preguntar menos.

En la sesión 35 el terapeuta salió a caminar con el paciente por las inmediaciones del consultorio. En algunos tramos lo hizo estaba solo. No se le respondió a ninguna pregunta sobre cosas que pudiese haber hecho. Hasta la sesión 39 se siguió exponiendo, realizando algunos viajes solo y mejorando con ciertos altibajos. Se alarma ante lo vívidas que son las intrusiones. En la sesión 40 decide ir con sus padres a una ciudad lejana 1700 km de Buenos Aires donde reside su hermano mayor. Lo sobrelleva bien y estando allí habla mucho con él y su cuñada.

En la sesión 41 relata esta experiencia y resurge un tema que había planteado en la primera etapa de su tratamiento: en su infancia tuvo una experiencia en la que su hermano del medio tuvo juegos sexuales con él. Se sintió sometido e inculpa a sus padres por hacerlos bañar juntos y por no escucharlo cuando intentó pedirles ayuda. Sus padres desestimaron esto siempre. Él atribuye sus trastornos a esto y dice que eso lo hace sentir menos loco (Organiza su experiencia con sentido). Se sigue con este tema, hasta que en la sesión 45 relata que habló con sus padres de la experiencia de abuso y logró que ellos padres se disculparan con él. Se le interpretó que su excesiva responsabilidad y temor a dañar a alguien se conecta con su deseo de lo que sus padres hubieran hecho con él. El terapeuta habla con los padres para sostenerlos y reforzar positivamente el comportamiento de ellos ante la apertura de esa situación.

En la sesión 46 relata la historia del deterioro paulatino de la relación con su esposa. El paciente cuenta que se siente atraído por una mujer que va casa de sus padres. Es la primera vez que toma contacto con su sexualidad desde la agudización del trastorno. Hasta la sesión 49 va haciendo más avances: condujo un automóvil, fue con su amigo y un PUB, miró mujeres y bebió algún trago. Sus padres se mudaron a un apartamento más pequeño y él participó activamente en la mudanza. En la sesión 50 se habló sobre cómo manejar la relación con su ex

esposa que no le permite estar solo con sus hijas. En la sesión 51 fue hasta la consulta solo, en tren y metro. Se quejó de haber experimentado muchas intrusiones. Se le planteó que si el precio de tener menos intrusiones era no salir, era demasiado alto.

Durante esta parte del proceso el psiquiatra le fue disminuyendo gradualmente la medicación. En la sesión 53 se sugirió empezar a trabajar el tema de su autonomía, ya que no trabaja hace algunos años y depende de sus padres. Volvió a asistir solo a la consulta.

En la sesión 54 se trabajó cómo manejar la relación con su ex esposa y la posibilidad de estar solo con sus hijas. En la sesión 56 relató que pasaron nochebuena juntos con su esposa e hijas y los padres de ambos. Su ex no le presta ninguna atención, lo trata con indiferencia. Se le sugirió que podría retirar su deseo de allí. No le gusta escuchar esto. Se ve aquí un patrón de personalidad dependiente.

No concurrió a la sesión 57 porque tuvo que quedarse solo a cargo de sus hijas, lo que fue un avance muy importante, estaba muy satisfecho de eso. En la sesión 58 se repasó su historia laboral para empezar a planear su reinserción. Se recapituló acerca de cuales podrían ser los criterios para distinguir las intrusiones de las ideas funcionales. Propuso dos: el grado de verosimilitud asignada o hasta qué punto parecen más o menos "delirantes" y la respuesta a la pregunta "¿yo soy capaz de hacer eso?". Se distinguieron dos acepciones de la palabra "capaz". La posibilidad real de realizar una acción (por ejemplo arrojar a alguien por la ventana de un tren) o la capacidad en términos éticos de hacerla (llevar adelante una acción condenable). Se hizo hincapié en la necesidad de convivir con las intrusiones, restarles credibilidad, pero sin aspirar a que desaparezcan. Para ese momento su psiquiatra le redujo la medicación y solo estaba tomando Paroxetina. Esto hizo que redujera sensiblemente su peso más de 15 kg y esto también mejoró su autoestima.

En la sesión 59 preguntó sobre los límites de su mejoría y hasta donde ésta llegaría. Se le planteó que hay un componente de aceptación en lo que le sucede y que incluye no solo sus síntomas sino muchos acontecimientos dolorosos de la vida. Decidió ir nuevamente en el verano a casa de su hermano, pero esta vez solo y en bus (20 horas de viaje) e inició los preparativos para ello. Comenzaron las vacaciones del terapeuta.

Las 59 sesiones de tratamiento se extendieron hasta enero del 2012. Nuestro reporte finaliza en ese momento. Al retorno de las vacaciones podrá constatarse la posterior evolución del caso.

Discusión

La presentación de este caso clínico tuvo como principal objetivo ilustrar el tratamiento del TOC desde una perspectiva integrativa. Más allá del cambio registrado en el Y-BOCS administrada en la Sesión 20 el paciente continuó mejorando hasta el momento en que se escribió este reporte. Es importante seguir registrando la posterior evolución y mantenimiento de estos logros debido al alto nivel de recaídas que el trastorno presenta.

Se quisieron describir distintos niveles de intervención: los niveles cognitivo-conductuales a través de la exposición y prevención de respuesta que se promovió constantemente, y de la flexibilización de los sesgos identificados como más elevados.

Sin embargo se realizaron también intervenciones desde otras perspectivas: psicodinámica (en sentido más amplio) mostrando como conflictos motivacionales pueden constituirse en agentes de mantenimiento del trastorno. Existencial: ilustrando como este trastorno se incorpora a un proyecto personal, pudiendo entorpecerlo definitivamente u operando como excusa para relevar al sujeto de su despliegue. Uno de los tópicos que tratamos fue que la responsabilidad excesiva que es un sesgo que sostiene el TOC puede ponerse al servicio de evadir la responsabilidad de la toma de decisiones relevantes de la existencia, la libertad y la responsabilidad inevitable que conlleva. Esto se ilustró en el dolor que el paciente siente por verse separado de sus hijas tan significativas para él. Por último: el nivel sistémico, en el que se trabajó permanentemente con los padres para sostener el tratamiento y en el que hubo que decidir cómo manejar el tema de las continuas respuesta de la madre a las preguntas del paciente o los reclamos del padre. Se trabajó paradójicamente reforzándolos a ellos permanentemente y haciendo siempre atribuciones positivas a estas conductas. Un punto crucial fue cuando se abrió el tema del abuso en la infancia del paciente y los padres pudieron aceptar su participación en la situación.

En síntesis, creemos que el trastorno obsesivo compulsivo es un trastorno crónico y refractario al tratamiento aunque actualmente disponemos de intervenciones que han mostrado su eficacia. Para potenciar estos recursos hasta alcanzar mejorías que sean significativas en la vida de los pacientes, observamos que hay que enriquecer estas intervenciones como para permitir abarcar la complejidad de la existencia de estas personas

con procedimientos que incluyan conflictos motivacionales, proyectos personales y el contexto en el que todo esto se despliega.

Referencias

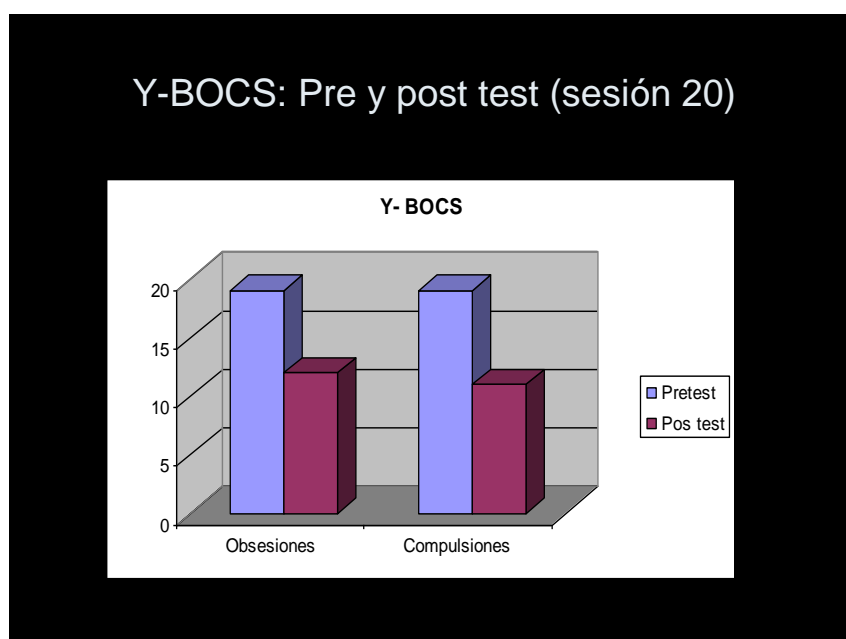
- Belloch, Fuster, A. y Cabedo Barber, E. (2011) *TOC Obsesiones y Compulsiones. Tratamiento Cognitivo del Trastorno Obsesivo Compulsivo. Madrid: Alianza Editorial.*
- Belloch, A., Cabedo, E., Morillo, C., Lucero, M. y Carrió, C. (2003) Diseño de un instrumento para evaluar las creencias disfuncionales del Trastorno Obsesivo Compulsivo: resultados preliminares del inventario de creencias obsesivas (ICO). *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, V. 3, 235-250.*
- Belloch, A., Cabedo, E., Carrió, C., Fernández-Alvarez, H., García, F & Larsson, C. (2011) Group versus individual cognitive treatment for Obsessive-Compulsive Disorder: changes in non-OCD symptoms and cognitions at post-treatment and one-year follow-up. *Psychiatry Research, 187, 174-179.*
- Belloch, A, Del Valle G, Morillo C, Carrió C & Cabedo C. (2009) To seek advice... or not to seek advice about the problem: The help-seeking dilemma for obsessive-compulsive disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 44:257-264.*
- Bobes, J., Gonzáles, M.P., Bascará, M.T., Arango, C., Sáiz, P.A. & Bousoño, M. (2001). Quality of life and disability in patients with obsessive compulsive disorder. *European Psychiatry, 16, 239-245.*
- Cabedo, E., Belloch, A., Carrió, C., Larsson, C., Fernández-Alvarez, H. & García, F.(2009) Group Versus Individual Cognitive Treatment for Obsessive-Compulsive Disorder: Changes in Severity at Post-Treatment and One-Year Follow-up. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy. 38, 227-232.*
- Chamey D.S. (1989) The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (II) Development, use and reliability. *Archives of General Psychiatry, 46, 1012-1016.*
- Clark, D. A. (2002a) A cognitive perspective on obsessive compulsive disorder and depression: distinct and related features. In R.O. Frost & G. Stekeete (Comp.) *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: theory, research and*

treatment.(pp. 233-250). Oxford: Pergamon.

- Cía, A., Pérez Rivera, R. y Flichman, A. (2006) Farmacoterapia del trastorno obsesivo compulsivo. En A. Cía (Comp.) *El trastorno obsesivo compulsivo y su espectro*. Buenos Aires: APAL:
- Emmelkamp, P.M.G., van der Helm, M, van Zanten, B.L. & Plochg, Y. (1980) Treatment of obsessive compulsive patients: The contributions of self-instructional training to effectiveness of exposure *Behavior Research and Therapy*,18, 61-66.
- Emmelkamp, P.M.G, Beens , H. (1991) Cognitive therapy with obsessive compulsive disorders. A comparative evaluation. *Behavior Research and Therapy*, 29, 292-300.
- Fernández-Álvarez, H. (1992) *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- Fernández-Álvarez, H. (2008) *Integración y Salud Mental. El proyecto Aiglé 1977-2008*. Bilbao: Desclée de Bouwer
- .Fernández-Córdoba, E. & López-Ibor Aliño, J (1967). Monochlorimipramina in mental patients resisting other forms of treatment. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 26, 119-147.
- García, F. (2006) Aportes de la terapia cognitivo conductual al tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo. En A. Cía (Ed.) *El Trastorno Obsesivo Compulsivo y su espectro*. (pp.: 171-187). Buenos Aires: APAL
- García Soriano, G., Belloch, A. y Morillo, C. (2008) Sobre la heterogeneidad del trastorno obsesivo compulsivo: una revisión. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. V.13 N°2, 65-84.
- Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Delgado, F., Heninger, G.R. & Huppert, J.D., Simpson, H.B., Nissenson, K.J., Liebowitz, M.R., Foa, E.B. (2009) Quality of life and functional impairment in obsessive compulsive disorder: a comparison of patients with and without co morbidity, patients in remission, and healthy controls. *Depress Anxiety*, 26 (1): 39-45.
- Koran, LM. (2000) Quality of life in obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Clin. North Am*. 23: 509-517.
- Meyer V. (1966) Modifications of expectations in cades with obsessional rituals *Behaviour Research and Therapy*. 4: 273-280.

- Morillo, C., Giménez, A, Belloch, A., Lucero, M., Carrió, C., & Cabedo, E. (2003) Pensamientos intrusos en obsesivos subclínicos: contenidos, valoraciones, y estrategias de control. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica* 8 (1), 23-38.
- Rachman S, Hodgson, R.J (1980). Obsessions and Compulsions. New Jersey: Prentice-Hall.
- Salkovkis, P. M.(1985) Obsessional compulsive problems. A cognitive behavioral analysis. *Behavior Research and Therapy*. 243, 571-583.
- Steketee, G. y Shapiro, L.(1993). Obsessive compulsive disorder. In A.S. Bellack y M. Hersen (Eds.), *Handbook of Behavior Therapy in psychiatric setting*. (pp.99-127). New York: Plenum.
- Vallejo Pareja, M.A. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo. En M. Pérez Álvarez, J. R. Fernández Hermida, C. Fernández Vázquez (Comp.) *Guía de tratamientos psicológicos eficaces. Vol I*. Madrid: Pirámide.
- van Oppen, P., de Haan, E., van Balkom, A.J.L.M., Spinhoven, P., Hoogduin, K & van Dyck, R. (1995) Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive compulsive disorders. *Behavior Research and Therapy*, 33(4), 379-390.
- Weismann, M.M, Bland, R.C., Canino, G.J., Greenwald Shwu, H.G. et al (1994). "The cross national epidemiology of obsesive-compulsive disorder. The Cross National Colaborative Group. *J Clin Psychiatry*, 55: 5-10.
- Yaryura Tobías, J.A., Neziroglu, F. (2001) *Un viaje al interior del cerebro*. Buenos Aires: Polemos.

Figura 1



EL CAMPO DE LA INMANENCIA, UN TERRITORIO PARA LA PSICOTERAPIA

Claudio Rud

Casa Abierta

Argentina

INTRODUCCION

El propósito de este artículo es compartir algunas reflexiones e inquietudes que me suscita mi práctica como terapeuta del ACP que realizo hace ya más de 40 años.

Me propongo compartir algunos trazos sobre lo fuerte que significó para mí el hallazgo del concepto de inmanencia y toda la implicancia fundacional de una epistemología, de una práctica y una ética coherentes con mi vida personal y profesional.

Así como descubrir a Rogers fue en su momento encontrar la modalidad asistencial más acorde con mi comprensión del fenómeno terapéutico; así resultó el contacto con la obra de Spinoza para la fundamentación filosófica y ética de esta modalidad de comprender mi oficio, y las relaciones humanas en general.

Si tuviera la capacidad de hacerlo, escribiría este artículo con la estética de la poesía, porque es siempre la poesía la que obra el milagro de decir en palabras lo que no puede decirse en palabras, y de eso se trata lo que intento compartir con los lectores.

Quiero comenzar por un homenaje a Jorge Luis Borges, que escribí después de la lectura del *Aleph*, antes de comprender que aquello de lo que hablaba era la inmanencia. Dice así:

Cada cosa (la luna del espejo, digamos) era infinitas cosas. Porque yo claramente las veía desde todos los puntos del universo.

Jorge Luís Borges - El Aleph

Quiero agradecer al: Aleph que fundó a Borges, que fundó al Aleph, que fundó a Borges, que fundó al Aleph, que fundó a Borges que fundó al Aleph, que fundó a Borges, que fundó al Aleph.

Sin sus innumerables colaboraciones no hubiera podido dar un carácter sucesivo a esto que es simultáneo y que me permite describir el acontecer en su indescriptibilidad; ese acto fundacional de la nada sagrada en cada eternidad del universo. Que me permite confesar la transfiguración de todas y cada una de las figuras con que el mundo se confiesa a sí mismo, irrepetible, inmutable y leve.

Con la solidez de un espacio sin dimensiones y un tibio bienestar sin tiempo. Sin tamaño, con presencia sólida, colorido y vegetal. Como son las liviandades de lo infinitesimal, tanto las gigantes como las enanas.

Simplemente esféricas.

Entonces gracias. Hasta cualquier momento, Señor de la Palabra, capaz de no nombrarla, en su decir: lo que hay y lo que no hay, son lo mismo.

Estética del lenguaje, gramática del suceso, que articula lo que contiene todo.

La experiencia es esa delicada práctica.

CAMINOS DIVERGENTES

Tengo necesidad, de compartir el soporte conceptual que asiste a mi experiencia, la afirma y la sostiene, me da seguridad en el camino, no porque constituya certezas sino porque constituye posibilidades y con esto quiero hacer un reconocimiento a quien considero mi maestro, Carl Rogers, maestro por lo que él dice que es enseñar: dejar aprender, y él me ha dejado aprender. En la estética que se corresponde con la práctica del ACP existe cierta familiaridad que la vincula a la ética spinoziana y a la mirada deleuziana del mundo.

Descubro gracias a estos autores que eso que vengo experimentando cotidianamente en mi consultorio, ese estar involucrado a fondo en el encuentro con otro, es posible caracterizarlo a la luz del concepto de inmanencia.

A mi modo de ver la psicoterapia está siguiendo dos grandes caminos divergentes aunque no antagónicos ni excluyentes tal como se la práctica al menos en esta parte del mundo. Ambos son el reflejo de algunos de los modos en que la sociedad humana está deviniendo y desplegándose. No obstante, y aún a riesgo de simplificar demasiado la cuestión, creo que se pueden determinar dos ejes fundamentales a partir de los cuales se desarrolla.

En este mundo globalizado existe un predominio de una cierta estética y producción de sentido que responde a las leyes del mercado, y existen prácticas psicoterapéuticas que acompañan este modelo, proponiendo categorías fijas y una jerarquía del saber y del poder. Contemporáneamente existen otros abordajes con una estética alternativa que no supone una oposición a la anterior, pero que acentúa el carácter irreplicable e irregular de esta práctica y que es imposible de regirse por leyes de mercado.

Desde el panorama político y socioeconómico mundial: Por un lado: el neocapitalismo salvaje y sus consecuencias, el consumo desbordado y desbordante, la exclusión y el sometimiento

provocando la inevitable crisis que se está viviendo por estos días tanto en Europa como en Estados Unidos. Por el otro los movimientos ecologistas y antiglobalización, las comunidades pequeñas autoorganizadas, y como muy bien lo dice Foucault “ la lucha contra las formas de sujeción, -contra la sumisión de la subjetividad se está volviendo cada vez más importante, incluso cuando las luchas contra las formas de dominación y explotación no han desaparecido, más bien lo contrario.”

Desde el punto de vista epistemológico y científico el paradigma de la modernidad y su mirada determinista y representacional continua vigente dando soporte a la idea de la verdad única.

Un paradigma alternativo es el de la complejidad, la teoría del caos, la de los sistemas abiertos, no lineales, autoorganizados y su característica indeterminación a priori. Lo que hay, lo que sucede, lo que acontece, pertenece a un continuo donde se enlazan indisolublemente objetos, que nuestra estructura actual de pensamiento tiende a ver como discretos y aislados. Por un lado yo, por otro lado el otro, por otro lado el sillón, por otro lado la frenada de un automóvil que se escuchó en la esquina.

Este continuo está compuesto de infinitas implicaciones mutuas, con efectos en principio impredecibles. Las formulaciones científicas más aproximadas que encontré a este fluir ininterrumpido que percibía y experimento en mi trabajo y en mi vida, son las de la teoría del caos y la complejidad.

En el territorio de la medicina, tenemos a la medicina basada en la evidencia y la preponderancia de la aparatología por un lado y por el otro lado la vuelta al médico de familia, a la medicina como arte, a la relación más personalizada entre médico y paciente.

También en la filosofía como creadora de conceptos existe esta divergencia secular, una mirada trascendentalista y su correlato de representación, moral y esencialista (Platón, Aristóteles, Descartes) y otra inmanentista con una configuración conceptual basada en la definición de inmanencia (*Que proviene del latín. immānens, -entis, part. act. de immanēre, permanecer en*) Inmanencia es el campo de la multiplicidad, de la simultaneidad, de la infinitud, del devenir y del acontecer.

Veo una confluencia entre la filosofía, los nuevos aportes de la ciencia y el pensamiento oriental que dan soporte epistemológico, filosófico científico, ético y estético a nuestra practica como terapeutas del ACP y como personas en relación; sin duda que hay practicas diferentes dentro de esta mirada pero que coinciden en pertenecer a una vertiente inmanentista.

Entonces en el territorio de las psicoterapias podemos hablar de aquellas basadas en la lógica médica, manualizadas, sintomáticas, mecanizadas, biológicas, de “los tratamientos empíricamente comprobados”; todas tienen la raigambre de una mirada dualista, con una pretendida objetividad, basada en la noción del deseo como carencia, como falta, y con una clara acentuación de la distribución del poder dentro del ámbito de la relación. La otra modalidad, que es a la que intento referirme, está basada en la afirmación de lo que hay como lo que está siendo, en el amor fati, es decir en el amor a lo que sucede del que nos habla Nietzsche. Es una praxis terapéutica de creación mutua, de implicación mutua, que concibe el deseo como afirmación y el poder compartido.

Valoro los esfuerzos que se realizan en procura de una integración de los diversos modelos de psicoterapia, pero me pregunto cómo integrar aquello que defino como integro, en el sentido que no le falta nada.

Las psicoterapias del primer grupo: aquellas que de algún modo caracterizamos como del modelo representacional, creen y sostienen un más allá al cual llegar donde está la salud, también un más allá del cual venimos, donde están los recuerdos, los traumas, que son posibles de representar.

Nosotros creemos en un aquí, donde están tanto la enfermedad como la salud, donde no hay un tiempo por venir ni un tiempo al que volver, el tiempo es ahora, donde se presenta todo lo que es posible de ser presentado. En el Poder del Mito, Joseph Campbell dice: “La eternidad no es un tiempo que vendrá después, la eternidad no es ni siquiera un tiempo muy largo, la eternidad no tiene nada que ver con el tiempo, la eternidad es esa dimensión del aquí y ahora que interrumpe todo pensamiento en términos temporales. Si no la consigues aquí no la tendrás en ninguna parte”

Se trata de un solo acto, del acto de creer, es decir de componer, de producir y participar del sentido de estar aquí y ahora juntos con todo.

EL CAMINO DE LA IN-DIFERENCIA

La noción de inmanencia inaugura un espacio radicalmente novedoso que conlleva una resignificación de nociones claves como la noción de poder, la noción de tiempo, la noción de ética, la noción de sujeto subjetividad y persona, también la noción de causa y efecto, poniendo en cuestión la mirada dualista del mundo.

El pensar la terapia de este modo excluye toda posibilidad de juicio, que es lo que da lugar a los dualismos, porque no hay un deber ser ajeno a lo que está siendo, no hay una causa que pida explicación por fuera de lo que hay, es el fin de la "monarquía causal" como la define De Brasi, no hay ley que marque contornos fijos; hay juego, reglas de juego que establecen límites, fractales, borrosos, rugosos, irregulares, como manifestaciones de una infinitud, de un "plano fijo" en permanente movimiento.

En un artículo que escribí hacia fines de los ochenta llamado "El camino de la indiferencia", me refería a ese conglomerado de sucesos simultáneos que ocurren en una entrevista y que me permitió balbucear mi experiencia, en el mismo decía:

"Hablo de indiferencia en el sentido de ir perdiendo la necesidad de establecer diferencias, o de tomar en cuenta las "diferencias" que la cultura médica me fue administrando a lo largo de mi carrera universitaria. Que no fue más que la corroboración de la cultura que adquirí desde pequeño, cada vez que me enfermaba y venía el médico a salvar mi cuerpo enfermo, o bien cuando adolescente concurrí a ver a un psicólogo para que salvara a mi mente enferma.

Lo que me resulta sorprendente y hasta paradójico es la impresión de que a medida que fui desapropiándome del hábito de establecer las diferencias, comencé a habitar en ellas. Desearía ir por partes o por períodos. Al comienzo me resultaba complicado, casi odioso, establecer "diagnósticos diferenciales" es decir encontrar con precisión cual era el atributo que me permitía ubicar a este sujeto dentro de un cuadro nosológico y no de otro. A veces los síntomas no eran francos otras veces los síntomas parecían combinar dos o más cuadros, ni hablar de aquellos que parecían no figurar en ninguno de los tratados de Psicopatología que hubiese leído. Debía estudiar más al respecto o bien renunciar a este noble propósito de diagnosticar con justeza. Hice esto último. Así fue como desapareció la primera diferencia la de los diagnósticos. Tenía ante mí a un sujeto enfermo en el alma, pero a veces sucedía y cada vez más, cuanto más lo observaba, que su cuerpo se hacía presente de un modo incuestionable, no había manera de no verlo, implicado fastidiosamente, desfigurando al enfermo psíquico. Para ser más preciso figurándolo. Debí abdicar de mi pretensión y así desapareció esta segunda diferencia. La que distingue el alma como separada del cuerpo.

De modo que lo que quedaba ante mí era simplemente un hombre enfermo.

Ahora si me encontraba frente a la realidad, lo que faltaba resolver, según el pensamiento científico, era la teoría y el método que me permitieran decodificar esa "realidad" de un modo verdadero, rigurosamente "verdadero".

De las teorías imperantes en el campo de la psicología era, sin dudas, el psicoanálisis el que mayor seriedad ofrecía, esencialmente porque me aseguraba un marco teórico que daba cuenta del padecimiento global, más allá de las "apariencias" y con esto descubría un objeto hasta entonces desconocido: el inconsciente y todo el cortejo conceptual que lo acompaña.

Era sorprendente y al mismo tiempo fascinante poder efectuar, en el campo incierto de las así llamadas ciencias humanas en especial dentro de la psicoterapia, un efecto de reducción del complejo y oscuro discurso del paciente a un lenguaje claro, preciso, unívoco y fundamentalmente científico. Era la posibilidad de realizar el sueño largamente acariciado de matematizar el discurso, es decir la realidad humana.

Poco duró mi romance, al cabo de un tiempo comencé a advertir que esta reducción oscurecía el fenómeno del encuentro terapéutico, más que aclarar o develar, lo desnaturalizaba. Como si intentara iluminar desde algún lugar alguna supuesta zona oscura, oscureciendo de este modo su propia luminosidad. Renuncié entonces a toda forma de inteligibilidad desde algún marco teórico previo y por lo tanto a toda forma de interpretación a priori, del discurso del paciente enfermo. Ya no pude establecer diferencias a partir de algún supuesto saber "científico".

Se ofrecía la fenomenología como concepción de mundo que me acercaba a la descripción, como modo de conocimiento, la reducción fenomenológica mejoraba mi intención de instalarme en el marco referencial interno del otro sin ningún a priori. Entonces me encontré con la psicoterapia de Carl Rogers....Al fin!!! una praxis que me permitía la libertad de acceder al otro como un individuo pleno, sin diferenciar su cuerpo de su mente, accediendo a su experiencia organísmica, sin diferenciar una nosología ajena y enajenante, al fin una inteligibilidad propia del discurso, que eludía cualquier hermenéutica exterior al mismo.

Finalmente! Una relación de ayuda donde la realidad del discurso imperaba sobre cualquier disquisición en torno al carácter del fenómeno; Podía asistir al discurso del otro sin adjetivar, sin calificar su carácter verdadero o falso, real o imaginario. Creí haber llegado a la forma de asistencia más propia y personal, y tal vez haya sido así. A partir del hallazgo de

esta modalidad de asistencia comencé a tratar de encontrar un perfil propio en mi trabajo, incluí de manera creciente la metáfora como modalidad poetizante de la respuesta reflejo. Contemporáneamente con el uso creciente del lenguaje poético fue creciendo en mí la impresión de perder objetividad. El discurso del paciente al que se le agregaba mi propio discurso comenzó a transformarse en un discurrir, un acontecer que no me permitía diferenciar con claridad donde estaba el sujeto ni el objeto, que fragmento del discurso le pertenecía a él y cual me pertenecía a mí. Creí poder restituir algún centro a partir de un nuevo "sujeto" llamado vínculo. Fue inútil, la realidad se descentraba, no había alojamiento posible para el fenómeno fuera de sí. Los olores, los sonidos los sentimientos, la mesa, Juan, el recuerdo, Claudio, las palabras, las formas; constituyen un discurrir totalizante e indiferenciado que se aparece y se constituye en ese aparecerse. Solo es posible estar presente, asistiendo, resonando.

EL PLANO DE LA INMANENCIA

Volviendo entonces a la pertinencia de la inmanencia en el territorio de la psicoterapia, podemos dar cuenta del fenómeno del encuentro terapéutico, como un territorio en el cual el suceso es una unidad donde no hay más jerarquías que la diversidad de intensidades que se van haciendo presentes. Ocurren flujos de formas y transformas, diferentes planos de experiencia, distintos modos de manifestación y expresión, dentro de lo íntegro y eterno de ese encuentro, de lo que allí está presente.

De acuerdo con el planteo central de Spinoza, considero que todo pertenece al ser único, y que las diferencias son las diferencias de intensidades, entre cuerpos que o se componen o no se componen, de ahí las relaciones que somos (que componen o descomponen, que afectan de alegría o de tristeza, aumentando o disminuyendo nuestra potencia). Pero esas diferencias no son separaciones (como lo serían si pertenecieran a sustancias diferentes), simplemente son diferentes modos del ser. La diferencia no implica separación, sino más bien inevitable mutua implicación y mutua potencia.

El plano de inmanencia crea un territorio donde lo que ocurre es todo aquí y ahora, es una experiencia compleja y singular que se hunde en la infinitud, como manifestación de la finitud de cada suceso. Desde este plano no nos preguntamos por las causas, como quien pregunta

por el "por qué" de algo, sino más bien, la pregunta por la causa nos remite al cómo es posible, de qué modo se hace posible, se manifiesta.

En relación al proceso terapéutico, podemos decir que en cada encuentro está ocurriendo todo, de modo que en el siguiente vuelve a ocurrir todo, sin que esta signifique una conexión necesaria o forzada con la entrevista anterior ni con la entrevista próxima porque desde esta perspectiva no hay pasado ni porvenir, como dato ajeno o exterior al acontecimiento. Es por eso que lo obvio carece de significación, todo se vuelve nuevo, no hay repetición, no hay representación, condición necesaria para que algo resulte obvio. Es algo así como el repudio de la memoria, o bien el elogio del olvido.

¿A QUE JUGAMOS?

Partiendo del supuesto de que la realidad en su carácter múltiple opera con la lógica de las reglas de juego más que con las leyes que suponen una realidad única, querría brevemente referirme al juego que estamos jugando como civilización o como cultura, es el juego de los dualismos, del zapping, las oposiciones, los diagnósticos, las discriminaciones, las exclusiones, un mundo en el cual tanto terapeutas como pacientes viven la imposibilidad de permanecer en, que busca el control, el dominio, la medida como artificio de control, es un juego apoyado sobre reglas que afirman la vigencia del sometedor sobre el sometido, Este juego esta sostenido por la metáfora de la supervivencia del más fuerte, del principio de la competencia. El biólogo Brian Goodwin, plantea una alternativa a la teoría darwiniana, en la que lo importante en los procesos biológicos es el orden relacional entre los componentes de manera que las cualidades emergentes predominan sobre las cantidades. Y agrega: "somos tan cooperativos como competitivos, tan altruistas como egoístas, tan creativos y lúdicos, como destructivos y repetitivos"

El modo dominante de nuestra cultura, establece leyes, y juicios. Desde la ley estamos en condiciones de juzgar desde un lugar canonizado.

No es mi intención negar este juego, sino considerar que jugarlo, abre un particular dominio de experiencia, y que este no es el único posible. No estoy hablando del juego como opuesto a...sino como una manera diferente de entender el modo en que articulamos la realidad.

Considero las psicoterapias como una práctica política, inevitablemente política, que da cuenta del hombre ligado al cosmos, afirmando su conatus es decir su esfuerzo por perseverar en el

ser, como lo define Spinoza, su voluntad de poder, al decir de Nietzsche, o su tendencia transformativa al decir de Rogers.

Estos autores, fundan una política de las relaciones humanas basada en la relación independiente de sus términos, en el carácter creativo de cada encuentro, en la presentación como novedad, en la experiencia como multiplicidad, en el tiempo como duración, como intervalo, en la aceptación de las pasiones, en la libertad más que en la vigilancia y el control. Este es el camino de la revolución silenciosa, el tejido de redes solidarias, fraternas, afirmativas de la vida, de las pasiones alegres, y de la libertad.

La Naturaleza es juego de veranos e inviernos; el arte es juego de luces y sombras, de sonidos y silencios; los sentimientos juegos de amores y odios, de alegrías y tristezas; las relaciones humanas juegos de encuentros y desencuentros.

Juego como articulación de sucesos, de saberes, de creencias. Juego también es acuerdo, es consenso, es compartir y es cooperar.

Aquí querría hacer mención de un episodio sucedido en una clase de filosofía desde la perspectiva del ACP ocurrido hace unos pocos días.

Con motivo de la proximidad de mi cumpleaños número sesenta me sentía bastante desanimado, con lo cual pedí a mi codocente que se hiciera cargo en forma activa de la clase, no obstante lo cual iba a participar de ella. En la clase comencé a sentir una especie de entusiasmo y lucidez que no coincidía con lo que venía experimentando, luego, pude compartir con los alumnos algo muy interesante que “aparentemente descubrí yo” en el transcurso de la clase, acerca del tema del poder en la psicoterapia. El hallazgo era que cuando un consultante asiste a la consulta lo hace portando un mandato al cual se somete pero que al mismo tiempo somete al terapeuta: Usted sabe y yo no, usted puede y yo no, usted manda y yo obedezco, lo cual no constituye una relación de poder como la define Foucault sino más bien una relación de dominación (porque hay un consentimiento implícito de ese mandato) En cambio desde esta perspectiva el terapeuta del ACP propone una práctica subversiva que es: yo no obedezco el mandato de ser el que manda, yo propongo una relación de poder compartido ofreciendo en el encuentro la posibilidad de crear un nuevo modo de subjetivación. Saliendo de la clase advertí algo aún más importante y que tiene relación con lo que hoy intento transmitir acerca de la inmanencia: no fui yo quien generó ese cambio de estado de ánimo y ese descubrimiento sino que fuimos nosotros en la mutua implicación del encuentro, tomando la clase como espacio de

creación y de potencia, y aquí reproduzco algo que expresa textual Spinoza: Si dos personas se ponen de acuerdo y unen sus fuerzas, tendrán juntas más poder, y por consiguiente, un derecho superior sobre la naturaleza que el que tiene cada una por separado; y cuanto más numerosos sean los hombres que pongan sus potencias en común, tanto mayor será el derecho de qué dispongan.

Jugar un juego con otras reglas, nos abre a territorios nuevos, genera un campo de experiencia diferente y creador. Propongo que nos animemos a jugar esta posibilidad comenzando por restituirle a la realidad su carácter de juego y no de ley. Se trata de comprender el caos como acto creativo compartido en psicoterapia.

Las reglas de este juego son la plenitud de presencia, la conciencia de que somos multiplicidades, que somos lo que ocurre. Si partimos de la inmanencia, el ser es unívoco esto quiere decir que se expresa de igual manera en todos los entes. No vale la jerarquización de acuerdo a ninguna semejanza con otro plano, o con un ser aparte, o con una idea de bien y mal. En el nivel del ser todos somos iguales, no hay modelo. Lo que hay es diferentes grados de potencia, diferentes modos de expresar el ser.

Querría compartir un episodio ocurrido en el curso de una sesión de un consultante joven quien padece de la falta de un brazo desde su nacimiento, y que me resulto profundamente conmovedor además de ilustrativo respecto de lo que hoy quiero exponer. Llego a la sesión con un rostro radiante y me dice “ahora me doy cuenta que cuando me comparo con otros a mí me falta un brazo y eso me hace sufrir, pero cuando me comparo conmigo mismo estoy entero y no me falta nada”.

Es un juego que propone recuperar la mirada anterior. Que propone conectarnos con la inocencia de la que nos habla Nietzsche no de una inocencia encarnada en un yo, que debe ser inocente o volver a la inocencia perdida, porque eso sería ubicarse en un plano moral nuevamente; creo que se trata más bien de percatarse de la inocencia del devenir, que aparece cuando nos ubicamos en un plano de inmanencia.

Si nos situamos fuera de la estética de lo procesal y en cambio lo hacemos en la estética del acontecimiento, que tiene como única dirección el devenir (sin centro, siempre nuevo, impredecible, diverso, diferente), si no hay leyes que determinen los acontecimientos, simplemente la vida es, aquí, y así, como se presenta. No hace falta justificarla, ni merecerla, ni salvarla.

Si la psicoterapia es una práctica que consiste en una mutua implicación, si cada encuentro terapéutico se constituye como único e irrepetible, si la función del terapeuta se entiende como participante de una producción compartida, si la estética de esa relación está fundada en el respeto por la multiplicidad de la experiencia, la congruencia, la empatía, y la resonancia mutua, si el aquí y el ahora son constitutivos de la eternidad de ese encuentro, si la relación de poder es la conjunción de la potencia de cada uno en la procura de aumentar la potencia de ambos, si la construcción de sentido es la propuesta, si el cuidado ocupa el centro de ese vínculo, si lo infinito se constituye como presentación de lo que hay, entonces la inmanencia es el campo fértil donde florece este oficio.

Características de un Modelo Clínico Transdiagnóstico de Regulación Emocional aplicado a un caso de Trastorno por Atracón

¹Michel André Reyes Ortega

Instituto de Terapia Cognitivo Conductual en México

²Arturo Heman Contreras

Instituto de Terapia Cognitivo Conductual en México

La regulación emocional es un proceso cognitivo, conductual, contextual e interpersonal. Cuando esta es inefectiva puede ser destructiva y con frecuencia deteriora la calidad de vida de las personas. La regulación emocional inefectiva posee un valor transdiagnóstico y desarrollar modelos clínicos que le identifiquen, evalúen los factores que le subyacen y les intervengan ayudará a desarrollar tratamientos eficaces para gran variedad de problemáticas afectivas con o sin comorbilidad (Riskind, 2008). Se describe un modelo clínico que enfatiza la normalización de las emociones, distingue su experiencia productiva de las estrategias de regulación inefectivas, e integra elementos de terapia cognitiva con estrategias metacognitivas, aceptación, mindfulness y centradas en los valores. Se aplica el modelo a un caso de trastorno por atracón para ilustrar sus aplicaciones clínicas.

REGULACIÓN EMOCIONAL

La *regulación emocional* es un proceso dinámico que se desarrolla en el tiempo e involucra múltiples e interactivos intentos para influir en las emociones que se experimentan y como se desarrollan (Farilholme, Boisseau, Ellard, Ehrenreich y Barlow, 2010). Comprende desde la selección de las situaciones a las que las personas se exponen, acciones dirigidas para modificar los eventos, la manipulación de la atención, la reevaluación sobre la relevancia personal de las circunstancias y la forma de expresar la emoción (Gross y Thompson, 2007). La

¹ michelreyeso@yahoo.com.mx

² aheman@gmail.com

regulación emocional se considera efectiva cuando es adecuada a las demandas de la situación, el grado de control que se tiene sobre ella, y los objetivos personales a largo plazo (Berenbaum, Raghava, Le Vernon y Gomez, 2003; John y Gross, 2004; Kring y Werner, 2004; Mennin y Farach, 2007). Este proceso es imposible cuando las personas carecen de las destrezas necesarias, las habilidades se encuentran impedidas o deterioradas, impiden el logro de objetivos, y/o se dirigen a inhibir la experiencia emocional (Cicchetti, Ackerman y Izard, 1995; Farach y Mennin, 2007; Kring y Werner, 2004; Mennin Heimberg, Fresco y Turk, 2005). Estas deficiencias traen como consecuencia la *desregulación emocional*, caracterizada por la presencia de emociones de fácil activación, alta intensidad y duración prolongada (Linehan, 1993).

Diferentes metanálisis (Werner y Gross, 2010; Harvey, Mansell, Watkins y Shafran, 2004; Wells, 2000) indican que la evitación situacional, conductas de seguridad y control, el monitoreo de estímulos negativos, la distracción y evitación cognitiva, el pensamiento repetitivo como la *rumiación y preocupación*, y la acción impulsiva congruente con emoción, son estrategias de regulación emocional inefectivas de estatus causal y de mantenimiento en variedad de síndromes clínicos y subclínicos.

Se han desarrollado protocolos de tratamiento que buscan sustituir las estrategias de regulación emocional improductivas, y pretenden servir como alternativa a los tratamientos basados en emociones discretas o centrados en un trastorno. La mayoría de estos modelos se han desarrollado en E.U.A. y se encuentran aún en fase experimental. En México, Reyes desarrolló el Modelo Integrativo para la Regulación Emocional (MIRE) como una guía flexible para la formulación de caso y aplicación de tratamientos para pacientes con desregulación emocional (Reyes, 2012). El *MIRE* se ha presentado en conferencias y entrenamientos para profesionales (Reyes, 2010, 2011a, 2011b; Reyes, Ramírez y Ascencio, 2011), permitiendo desarrollar habilidades clínicas transdiagnósticas en psicoterapeutas que trabajan en instituciones públicas y de forma privada, se espera obtener datos que indiquen si esto permite reducir costos de capacitación.

MODELO INTEGRATIVO PARA LA REGULACIÓN EMOCIONAL (MIRE)

El MIRE distingue la experiencia emocional de las estrategias utilizadas para regularla. Es un modelo clínico basado en principios (Swales y Heard, 2009) que integra elementos de la teoría

cognitiva del esquema y el procesamiento informacional (Persons, 2008), con modelos emocionales meta-cognitivos (Wells y Mathews, 1996), elementos de terapia conductual basada en la aceptación (Roemer y Orsillo, 2009), y otros modelos integrativos para la regulación emocional (Farilholme, Boisseau, Ellard, Ehrenreich y Barlow; 2010; Mennin, Fresco, 2010). Nuestra perspectiva es que las acciones de regulación improductivas contribuyen a incrementarla y resultan autoderrotistas. Finalmente, diferenciamos la regulación emocional de la afectiva o del estado de ánimo, consideramos que la naturaleza del segundo resulta de la congruencia entre el comportamiento actual y la satisfacción de las metas personales (Johnson, Carver y Fulford, 2010; Carver y Scheier, 1998), en consecuencia incorporamos estrategias de la terapia de activación conductual (Martell, Dimidjian y Herman-Dunn, 2010) y de psicología positiva (Carr, 2007) para incrementar el bienestar y calidad de vida de los pacientes. Para trabajar el componente interpersonal se adoptan estrategias provenientes de la terapia dialéctica conductual (Linehan, 1993) y principios de terapia analítica funcional (Kanter, Tsai y Kohlenberg, 2010) Un modelo del MIRE adecuado a un trastorno por atracción (TpA) se presenta en la figura 1.

Factores biológicos. En congruencia con las teorías etológicas asumimos que las emociones tienen una función meta-comunicativa (Levenson, 1999) y preparan a un organismo para responder a los eventos que tienen relevancia significativa para su sobrevivencia y reproducción (James, 1984). Identificar y actuar acorde a su función y contexto permite agilizar su desactivación. También integramos elementos de la teoría de temperamento y carácter de Cloninger (Cloninger, Svrakic, y Przybeck, 1993) y de los cinco factores de personalidad (Costa y Widiger, 2002) para explicar a los pacientes las predisposiciones individuales a manifestar unas emociones sobre otras.

Historia de aprendizaje. Adoptando elementos del análisis conductual aplicado, consideramos que las experiencias personales dan resultado a condicionamientos que determinan las situaciones y formas específicas y personales en que se expresan, interpretan, y regulan las emociones (Roemer y Orsillo, 2009).

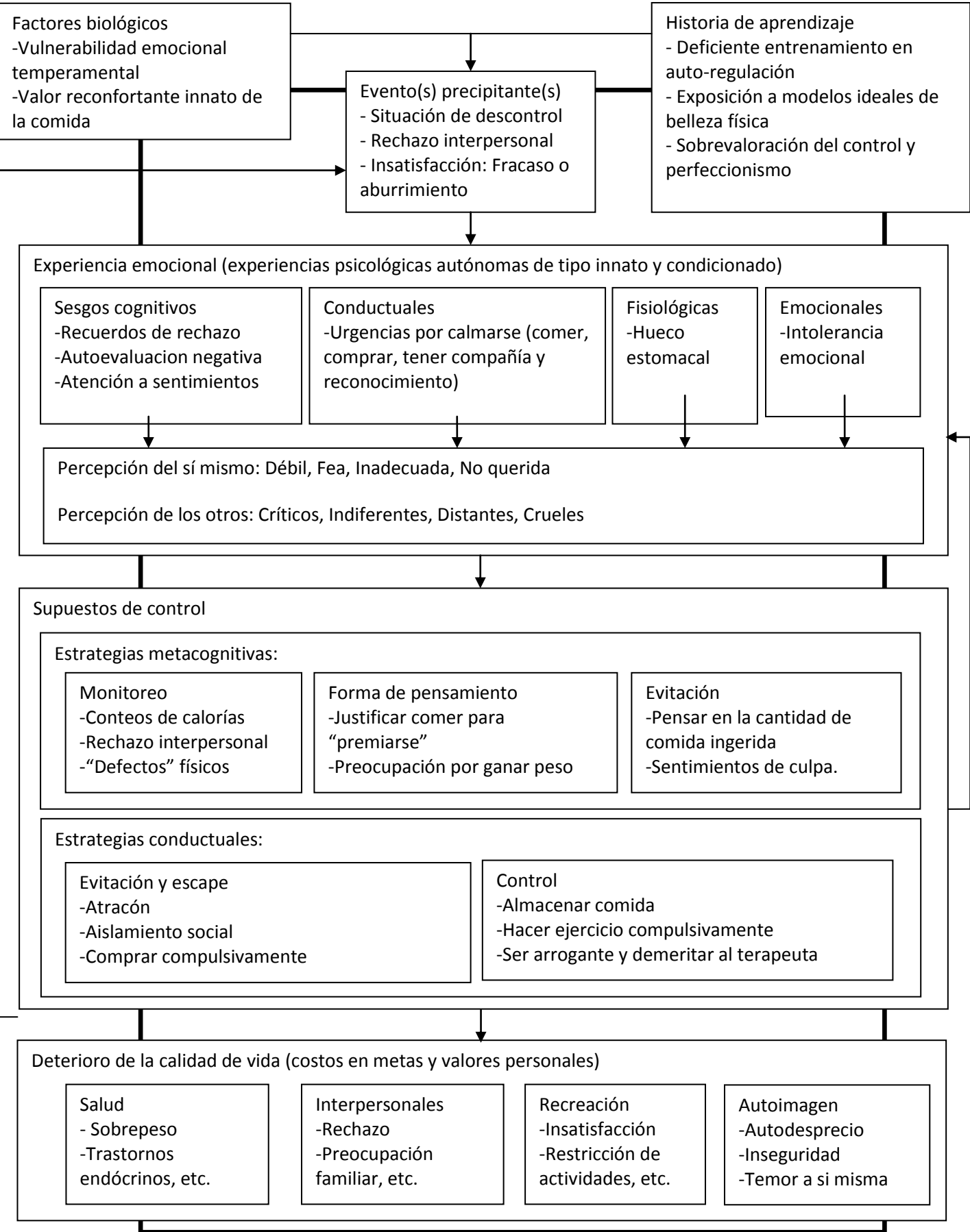


FIGURA 1. El Modelo Integrativo para la Regulación Emocional adaptado a un Trastorno por Atracón

Experiencia emocional. En el MIRE se distingue entre (1) las *experiencias cognitivas intrusivas* (juicios, imágenes, recuerdos, anticipaciones, etc.) y *sesgos automáticos del procesamiento informacional* personales, de las (2) universales que son comunes a cualquier individuo que experimenta una emoción determinada. Se asume que las primeras están condicionadas (o esquematizadas) a la emoción misma, Este aprendizaje se establece por experiencias personales repetitivas o traumáticas, por derivación de funciones a partir de la similitud de la situación actual con experiencias pasadas, o por efecto de las relaciones cognitivas que se generan al reflexionar sobre la experiencia (Hayes, Fox, Guifford y Wilson, 2001). La integración entre estas experiencias individuales y aquellas naturales a la emoción conforman *supuestos personales momentáneos* sobre nosotros mismos, los demás y la situación, estos supuestos prevalecen mientras la emoción esté activada. Asumimos que la aceptación y exposición a esta información facilita la habituación (Wells, 2008), procesamiento (Foa, Hembre y Rothbaum, 2007; Foa, Huppert y Cahill, 2006)) y extinción (Linehan, 1993) de estos condicionamientos (o esquema), a la vez que permite responder de manera flexible y orientada a metas (Roemer y Orsillo, 2009).

Supuestos de control. Similar a los propuesto por otros modelos cognitivos de la emoción (Leahy, 2002, 2007; Wells, 2000) creemos que la aceptación psicológica (Hayes, Strosahl y Wilson, 2003) y la contemplación emocional no sentenciosa se ve interrumpida por las estrategias de regulación emocional improductivas de la persona. Se distinguen dos tipos de estrategias: Las metacognitivas como la rumiación, preocupación, monitoreo o vigilancia y distracción (Wells, 2000), y las conductuales de seguridad, control y escape (Harvey, Mansell, Watkins y Shafran, 2004). Ambos tipos se refuerzan por su efectividad a corto plazo pero a la larga impiden exponerse a información correctiva de los esquemas, el desarrollo de habilidades de afrontamiento productivas, y con frecuencia refuerzan la experiencia emocional inicial (Clark, 2001; Wells y Mathews, 1996).

Deterioro de la calidad de vida. Existe gran cantidad de evidencia que demuestra que las estrategias metacognitivas de control impiden el adecuado funcionamiento de otras funciones ejecutivas y por lo tanto deterioran la toma de decisiones y solución de problemas, concentración y manipulación efectiva de la atención (Metzger, Miller, Cohen, Sofka y

Borkovec, 1990; Butler y Gross, 2004). Esto contribuye a generar una sensación de descontrol y desesperanza ante la propia experiencia emocional y deteriora el funcionamiento de la persona en otras áreas de su vida (Wells, 2009). La persistencia en estas estrategias concentra los esfuerzos de la persona en reducir su malestar emocional y a largo plazo se limitan las acciones dirigidas a otras metas y valores asociados al bienestar y la felicidad (Hayes, Strosahl y Wilson, 2003).

TRATAMIENTO INTEGRATIVO PARA LA REGULACIÓN EMOCIONAL

Conceptualización de Caso

De forma similar a otros modelos cognitivo-conductuales, el MIRE inicia con una conceptualización de caso colaborativa entre el usuario y el terapeuta (Persons, 2008).

En primer lugar se identifica el valor evolutivo de las emociones y su funcionalidad en la situación actual del paciente, esto contribuye a “despatologizar” la experiencia emocional y validar el derecho del usuario a “sentir” (Linehan, 1993).

Se identifican las experiencias que pueden haber contribuido al desarrollo de la experiencia emocional personal del paciente. En los pacientes con *TpA* normalmente hay supuestos *tácitos o implícitos* relacionadas con ser débil, no querido, inadecuado, feo o fracasado, así como la creencia de que las emociones negativas y los atracones son incontrolables y representa una amenaza para la salud emocional (Cooper, Todd y Wells, 2009). También se identifican experiencias de aprendizaje que contribuyeron al desarrollo de las estrategias de control improductivas.

Validar la experiencia emocional. El terapeuta valida la emoción señalando su naturalidad dadas las circunstancias e historia de vida del paciente (Linehan, 1993) e identificando con él las posibles ventajas que pudiera tener la emoción y su expresión. Entre otras cosas, los pacientes con *TpA* pueden sentirse angustiados al pensar que son rechazados y que los atracones los hacen llenar la sensación de vacío en el estómago que sienten en su soledad.

Identificar las respuestas de control. Terapeuta y paciente identifican las características de su experiencia emocional, las situaciones que se asocian a su aparición y las estrategias que utiliza para lidiar con su malestar. Se analiza su efectividad a corto y largo plazo y se reflexiona sobre sus posibles efectos contraproducentes (Hayes y Spencer, 2005). Las tácticas improductivas

reciben el nombre de *estrategias de control* y se formulan como *supuestos, reglas o creencias* que hacen explícita la utilidad subjetiva que tienen para el paciente y sus consecuencias adversas a largo plazo. El MIRE considera que estas estrategias son conductas gobernadas por reglas y por lo tanto relativamente insensibles a sus consecuencias naturales (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999). Un atracón se conceptualiza como una estrategia aprendida de regulación emocional y puede traducirse en la regla “si he tenido un mal día me merezco *comer para pasar tiempo conmigo misma y relajarme... pero después me angustiaré por la posibilidad de ganar peso y me juzgaré por mi falta de voluntad*”, otras estrategias improductivas del TPA pueden formularse en reglas como “chechar mi figura me ayudará a imaginar cómo me ven los demás... pero también me volveré más sensible a las partes de mi cuerpo que no me agradan y generaré inseguridad” o “*esconder comida me dará seguridad por si la necesito... pero depender de ella impedirá que aprenda a lidiar con mis emociones*”. Las destrezas que permiten lograr objetivos y regular emociones se denominan *habilidades productivas* y se relacionan con la regulación emocional efectiva.

Aceptar las emociones y desarrollar una actitud flexible hacia ellas. Al analizar las consecuencias de las estrategias de control se hace énfasis en el impacto que estas han tenido en la calidad de vida del usuario, se comparan los resultados con momentos donde este *se ha permitido sentir y ocuparse de algo mejor*. Esto permite identificar que los intentos de *control y evitación emocional son el verdadero problema y que la aceptación emocional puede representar una solución*. Ocasionalmente se introducen metáforas y ejercicios de la Terapia de Aceptación y Compromiso para ejemplificar la práctica de la Aceptación. Se identifican conflictos para dejar ir las estrategias de control y se resuelven retomando el análisis de consecuencias y contando metáforas (Higgins, 1997; Luoma, Hayes, y Walser, 2007), p.e. decir al paciente con TPA que ha comido tanto para eliminar el malestar de su vida que persistir en intentarlo se le ha vuelto tan natural como a un apostador seguir jugando hasta que llegue su momento de suerte.

Sustituir estrategias metacognitivas improductivas. Ya que el paciente pudiera experimentar sus emociones como representaciones fieles del mundo externo, en vez de cómo simples experiencias que entran y salen del flujo de la conciencia, las intervenciones de mindfulness y metacognitivas pueden utilizarse para ayudarlo a distanciarse de los pensamientos y sentimientos que confunden entre las interpretaciones emocionales de la realidad (Hayes, Strosahl y Wilson, 2003). Estas estrategias representan planes de procesamiento alternativos a

sus estrategias de control metacognitivas e impiden la generación de emociones secundarias (Safer, Telch y Chen, 2009; Wells, 2009). De encontrarse necesario se pueden programar *experimentos* para comprobar la fiabilidad de los supuestos metacognitivos y la efectividad de estas estrategias, por ejemplo: el paciente puede practicar *comer a conciencia plena* en sustitución a la alimentación descontrolada que caracteriza al atracón (Safer, Telch y Chen, 2009).

Fortalecer habilidades de regulación emocional. Comer balanceadamente, establecer buenos hábitos de sueño, ejercitarse, evitar sustancias que alteran el estado de ánimo y dedicarse a actividades que generan una sensación de maestría y generan satisfacción, y las estrategias de acción opuesta contribuyen a disminuir la labilidad emocional (Linehan, 1993) y constituyen un método para sustituir estrategias de control improductivas. Los atracones pueden conceptualizarse como conductas potenciadoras de la emoción (no opuestas) y por lo tanto contribuyentes a la desregulación, p.e. pueden constituir un acto de agresión hacia los demás, una penitencia por un supuesto acto inmoral, o un espacio para lamentarse si se sienten deprimidos (Safer, Telch y Chen, 2009).

Replantearse direcciones de vida. En esta fase el terapeuta utiliza tácticas de clarificación de valores (Luoma, Hayes y Walser, 2007) para reorienta al paciente hacia las metas personales que han sido desatendidas por apearse a una agenda de control. También se plantean nuevos objetivos que contribuyen a desarrollar el autorespeto y que son importantes para vivir de forma significativa. Se utiliza gran variedad de estrategias de la terapia de activación conductual (Martell, Dimidjian y Herman-Dunn, 2010) para identificar y agendar actividades, imponerse metas a corto y mediano plazo, mantener el compromiso con las acciones planteadas y construir pautas de acción valorada.

Fortalecer las habilidades para cuidarse a sí mismo. El terapeuta puede entrenar habilidades de afrontamiento típicas de la terapia cognitivo conductual como las habilidades sociales o de resolución de problemas para fortalecer la capacidad del paciente en mantener y aprovechar al máximo su dirección valorada (Linehan, 2009; Safer, Telch y Chen, 2009).

Reevaluar supuestos emocionales. En esta fase terapeuta y paciente colaboran para hacer un resumen de los supuestos que dirigían las estrategias de control inefectivas y se analiza su credibilidad a la luz de las evidencias. De encontrarse supuestos residuales se pueden hacer experimentos conductuales o metacognitivos para refutar su credibilidad (Cooper, Todd y

Wells, 2009; Bennett–Levy, Westbrook, Fennell, Cooper y cols. 2003). En el TpA se puede comenzar un atracón voluntariamente y pararlo para después contemplar las emociones y confirmar si esto llevará a la pérdida de control.

Reevaluar supuestos personales. Se utilizan técnicas de terapia cognitiva o estrategias centradas en el esquema para cuestionar los supuestos personales del paciente (Leahy, Beck y Beck, 2005; Young, Klosko y Weishaar, 2003). Usualmente utilizamos el modelo de prejuicio de Padesky (1990) para presentar el concepto de esquema, y lo cuestionamos con diarios de evidencia contraria y refutación histórica (Padesky, 1994).

Prepararse para vida fuera de la terapia. Por último paciente y terapeuta colaboran para hacer un resumen del proceso terapéutico, se utilizan metáforas para presentar los conceptos de *prepararse para los resbalones y prevenir las recaídas* (Reyes, 2010), y se desarrollan planes de mantenimiento de acción valorada y afrontamiento efectivos. Se programan sesiones de seguimiento y eventualmente se finaliza la terapia. Con un paciente atendido por TpA se puede discutir la presencia de “resbalones” como parte natural y necesaria de la experiencia humana y se equiparó el evento a *caer en un bache y seguir manejando*.

Un resumen de las estrategias utilizadas para conceptualizar el caso acorde al MIRE se presenta en la figura 2.

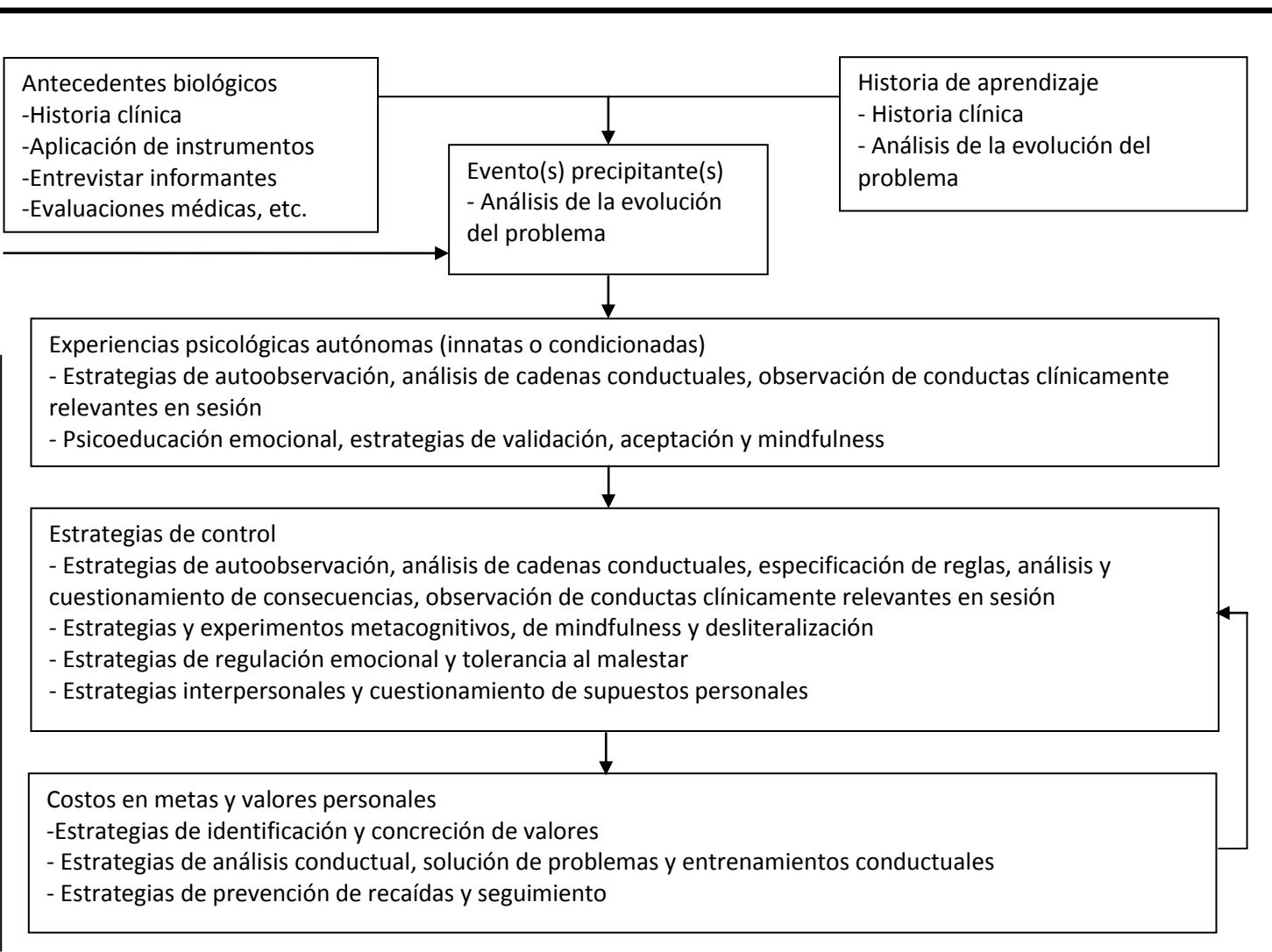


FIGURA 2. Resumen de las estrategias utilizadas para la formulación de caso acorde al Modelo Integrativo para la Regulación Emocional

ESTUDIO DE UN CASO: MIRE APLICADO EN UN TRASTORNO POR ATRACÓN

Conceptualización de Caso

La paciente es una mujer de 27 años de edad, soltera, con una relación de noviazgo de 8 años y planes de mudarse con su pareja y casarse, depende económicamente de sus padres y acaba de renunciar a un empleo que le era insatisfactorio. Busca tratamiento por recomendación de su madre, quien se encuentra preocupada por el sobrepeso de la paciente. Hace un año se sometió a una cirugía de derivación gástrica indicada por un médico debido a su exceso de peso, 115

kgs. midiendo 1.68 mts. Tres años antes de presentarse a tratamiento la paciente pesaba 50 kgs.

Al momento de ingreso la paciente tenía dos meses de haber abandonado un tratamiento con fluoxetina por intolerancia a los efectos secundarios, y estaba recibiendo psicoterapia individual con orientación sistémica sin mejoría percibida.

Su motivo de consulta eran sus sentimientos de insatisfacción por su apariencia física, llevar una mala relación con sus padres y sentirse insegura para independizarse de ellos e iniciar una vida con su novio. Al preguntársele reconoció que su sobrepeso se relacionaba con sus hábitos alimenticios descontrolados y que este era un problema que no había manifestado directamente por sentirse avergonzada, identificó a sus atracones como el principal problema en su vida y sentirse atemorizada por los efectos que a largo plazo podría generar en su salud, autoconcepto y relaciones interpersonales. Se negó la presencia de conductas compensatorias que hicieran más apropiado el diagnóstico de bulimia nerviosa.

La paciente reportó que los atracones comenzaron en una época de intensos conflictos entre sus padres donde llegaron a la violencia física. Señaló que los atracones la ayudaron a soportar la impotencia que sentía ante la situación, y que al comenzar a ganar peso generó preocupación en sus padres por lo que dejaron de pelear y se concentraron en ayudarla llevándola al médico y hablando con ella. Identificó también que había “ganado influencia” en sus padres y que ahora tomaban en cuenta su opinión para resolver sus problemas, se convirtió en el punto de unión de la relación de sus padres y funcionó como mediadora entre ellos. A largo plazo se sintió agobiada por pensar que estaba obligada a resolver los conflictos de sus padres, preocupada porque sus atracones se habían vuelto incontrolables y porque su sobrepeso amenazaba su salud, y temía dejar de ser atractiva para su pareja y que de independizarse sus padres terminaran divorciándose.

Desarrollo de la Conceptualización de Caso

El tratamiento inició definiendo un atracón como un episodio de alimentación descontrolada y de alto contenido calórico, en el caso de la paciente consistían básicamente de golosinas como refrescos, malteadas, helados y chocolates.

Le siguió una conceptualización de caso basada en la relación que la paciente sostenía con los pensamientos, sentimientos y comportamientos asociados a sus atracones. Reporto sentirse angustiada por no poder controlar sus emociones y tener una relación ambivalente con sus atracones, por una parte los consideraba la mejor forma de pasar un buen rato consigo misma y tranquilizarse, y por otra un problema que se volvía irrefrenable, le hacía sentir culpa y estaba terminando con su vida.

Paciente y terapeuta repasaron las situaciones asociadas con los atracones. Se animó al paciente a identificar momentos donde ocurrían y se analizaron las cadenas conductuales para identificar las experiencias precipitantes, las conductas de control y sus consecuencias. Los precipitantes encontrados fueron estar aburrida por no tener en que ocupar su día, sentirse “vacía” e insatisfecha por “no estar haciendo nada de su vida”, el “momento de relajarse y pasar un buen rato”, y sentimientos de culpabilidad por no poder ayudar a sus padres a llevar una mejor relación. Las estrategias de control improductivas más relevantes fueron los atracones, comprar impulsivamente, atender (o proteger) compulsivamente a las necesidades de sus padres, y evitar observar su cuerpo. Las recompensas identificadas de los atracones fueron el sentirse aliviada de su malestar emocional, tener la sensación de estar “recompensándose emocionalmente”, y gozar “intensamente” los momentos positivos. Las ganancias de comprar impulsivamente fueron sentirse en control y poder comportarse como una persona importante, y las de proteger a sus padres el evitar que discutieran entre sí. Las consecuencias negativas incluyeron la presencia de emociones secundarias como vergüenza por pensar estar fuera de control, angustia por contribuir a mantener su sobrepeso, culpa por “gastar irresponsablemente” estando desempleada, y enojo por pensar que sus padres le manipulaban. Los efectos restrictivos de estas estrategias incluyeron la posposición de su boda por “odiar la idea de ser una novia obesa”, frustración generalizada por no atreverse a independizarse de sus padres, decepción de sus padres por su obesidad y de su novio por no “progresar en su relación”, y deterioro del respeto por sí misma por no haber sido capaz de vivir acorde a sus ideales.

Validar la experiencia emocional

Después de la evaluación se llevó a cabo una intervención educativa sobre la naturaleza de las emociones. Se señaló que las emociones negativas son naturales cuando las cosas no salen

acorde a nuestras expectativas y se enfatizó su valor para transmitir mensajes, organizar las acciones, e identificar necesidades (Roemer y Orsillo, 2009; Safer, Telch y Chen, 2009). Se discutieron diferentes episodios emocionales de la vida del paciente y el terapeuta clarificó que las emociones siempre son desatadas por un evento que motiva cambios cerebrales que pueden detectarse a partir de cambios sutiles en la expresión corporal, interpretación de los eventos y aparición repentina de *urgencias*. Se señaló la inutilidad de intentar frenar las emociones señalando que su componente bioquímico tarda un tiempo en metabolizarse y desaparecer, y se discriminó entre emociones primarias y secundarias. Paciente y terapeuta hablaron de la necesidad de orientar el tratamiento a cultivar una actitud de aceptación y regulación productiva de las emociones, en vez de intentar ignorarla, evitarlas o controlarlas.

Se animó al paciente a registrar sus emociones identificando los eventos activadores, la interpretación del evento, los cambios fisiológicos asociados, las urgencias, las acciones y sus consecuencias.

Identificar las estrategias de control improductivas

El siguiente paso fue profundizar en los elementos de la experiencia emocional que resultaban más desagradables para la paciente y se enfatizó su significado personal. Terapeuta y paciente llegaron a la conclusión de que luchaba contra un polimorfo sentimiento de *“imperfección”*, se repasaron las diferentes formas de luchar contra éste, y se analizaron las ventajas y desventajas de las estrategias de control a corto y largo plazo. Se llegó a la conclusión de que las desventajas sobrepasaban claramente a los beneficios y que los intentos por controlar sus sentimientos de imperfección agravaban el problema y no llevarían a la solución.

Entre sesiones se fortaleció la auto-observación de la paciente con un *diario de estrategias de lucha* (Hayes y Spencer, 2005).

Aceptar las emociones y desarrollar una actitud flexible hacia ellas

En la siguiente etapa se validó la desesperanza que sentía la paciente por notar que le era imposible escapar de su sentimiento de imperfección y que sus estrategias se contraponían con sus logros más añorados. Se analizó la posibilidad de aceptar estos sentimientos como consecuencia inevitable de su historia de vida, y se compararon situaciones donde la paciente incidentalmente había aceptado sentirla sin resistencia con las ocasiones donde quiso

controlarle. Se concluyó que era necesario *aceptar radicalmente las emociones* (Linehan, 1993) y se hicieron ejercicios que generaban malestar como sostener la respiración, quedarse viendo un objeto sin cerrar los ojos, y oler un panecillo sin comerlo. En estos la paciente identificaba y describía sus emociones, aceptaba el malestar y posteriormente se explicaba por qué era de esperarse sentirse de esa manera. Se relacionaron estos ejercicios con los momentos donde era necesario tolerar las urgencias de atracarse y se discutió como esta estrategia podría aplicarse para *surfear las urgencias* (Safer, Telch y Chen, 2009).

Para reforzar el trabajo entre sesiones se usaron técnicas de control de estímulos que recordaban a la paciente observar y describir sus experiencias emocionales. Se estableció un compromiso para realizar este ejercicio cada que notaba que aparecía la urgencia de atracarse.

Sustituir estrategias metacognitivas improductivas

Para introducir esta etapa el terapeuta discutió con el paciente sobre la improductividad de sus estrategias de control metacognitivas y se conceptualizaron como reglas: *si me preocupo por la intensidad de mis emociones podré estar alerta y controlarlas antes de que me sobrepasen (pero generaré más temores sobre ellas y me sentiré en mayor descontrol e imperfección), reprocharme mi imperfección (obesidad e incapacidad para ser una "hija modelo") podría motivarme a poner un fin a mis problemas (pero terminaré sintiéndome peor conmigo misma), si estoy alerta a la decepción de los demás sabré si me juzgan (pero malinterpretaré y me sentiré abatida).*

Se comparó a *la mente con un martillo que todo ve como clavos* (Luoma, Hayes y Walser, 2007) para discriminar entre la preocupación propositiva orientada a metas y la preocupación automatizada o *"de hábito"* que es improductiva e irrelevante. Se explicó al paciente que *la mente es como una máquina de encontrar información negativa para evitar ser comidos* (Ciarrochi y Bailey, 2008) y se hicieron ejercicios de *dettached mindfulness* para desarrollar una actitud contemplativa de estos pensamientos e interrumpir del procesamiento repetitivo, incrementar el control ejecutivo de la atención y escapar de su influencia en el autoconcepto (Wells, 2006, 2009).

Fortalecer habilidades de regulación emocional

En este punto paciente y terapeuta discutieron sobre lo *"engañosas"* que pueden ser las primeras impresiones que se tiene sobre los eventos y se hicieron ejercicios para distinguir

hechos de interpretaciones con la finalidad de practicar la habilidad de reevaluar las situaciones que le hacían sentir imperfecta. Con ayuda de una experta en nutrición se desarrolló un programa de *alimentación efectiva* (Wisniewski, Safer y Chen, 2007) y posteriormente se programaron periodos progresivos de actividad física. Finalmente se entrenaron distintas habilidades de acción opuesta para regular sus estados de ánimo (McKay, Wood y Brantley, 2007; Linehan, 2003).

Replantearse direcciones de vida

Al iniciar esta etapa la terapia se reorientó a la discusión sobre los niveles de satisfacción que este experimentaba la paciente en su vida, se habló de la importancia que tiene involucrarse en la satisfacción de metas y áreas valoradas de la vida para la construcción de la felicidad (Diener y Lucas, 1999) y se hizo un análisis sobre los valores de la paciente (Wilson y Luciano, 2009). Se reflexionó sobre su disposición para experimentar malestar emocional ante un posible “contraataque” de sus sentimientos de imperfección al orientarse al cumplimiento de sus metas y satisfacción de sus valores. Se utilizaron metáforas para explicitar la vulnerabilidad inherente al involucramiento con los valores y metas (Luoma, Hayes y Walser, 2007) y posteriormente se hizo un balance de decisiones contemplando las consecuencias de *asumir el reto* y se establecieron compromisos.

Como actividades intercesiones se jerarquizaron los valores, se programaron acciones concretas frente a los que representaban un mayor involucramiento y se establecieron metas semanales. Se utilizaron estrategias de solución de problemas para resolver dificultades en la acción valorada y para mantener el compromiso. Otra estrategia importante fue analizar con el paciente su experiencia al involucrarse en estas actividades, su grado de satisfacción y detección de experiencias de fluidez (Nakamura y Csikszentmihalyi, 2002; Luoma, Hayes y Walser, 2007). Mientras estuvo en tratamiento la paciente se mudó con su novio, comenzó a vender joyería con amistades, consiguió empleo como diseñadora, y protegió su relación con sus padres permitiendo que resolvieran sus problemas por ellos mismos.

Fortalecer habilidades para cuidarse a sí mismo

Mientras la paciente se avanzaba en el cumplimiento de sus metas semanales se entrenaron habilidades de *expresión emocional y de necesidades* (McKay, Wood y Brantley, 2007; Linehan,

2003) para poner límites empáticamente en su relación con sus padres y favorecer la intimidad emocional en su relación de pareja.

Reevaluar supuestos emocionales

En esta etapa del tratamiento se revisaron los temores que la paciente presentaba hacia sus emociones al inicio del tratamiento, así como la utilidad atribuida a las estrategias de seguridad. Se evaluó el grado actual de credibilidad actual sobre ellos y se utilizaron estrategias de debate didáctico y empírico para cuestionar las creencias residuales. También se cuestionaron algunos mitos genéricos sobre las emociones (Linehan, 2003).

Como tareas de reforzamiento se establecieron experimentos conductuales para fortalecer el efecto de las estrategias de debate (Cooper, Whitehead y Boughton, 2004).

Reevaluar supuestos personales

Se reflexionó sobre los cambios en la percepción de imperfección de la paciente y se concluyó que está era la única conclusión posible a la que podía llegar después de reiterar en la preocupación y autoreproche como estrategias de autocontrol emocional. Se distinguió del “sí mismo” real que es trascendente a la experiencia pasajera y se reflexionó sobre la irrelevancia que tienen los sentimientos pasajeros de autoestima frente a las metas y valores personales. Para reforzar esta conclusión se analizó con la paciente el origen de esta imperfección y se discutieron las diferencias entre las circunstancias que les dieron origen y su momento de vida actual.

Para reforzar esta perspectiva de *self-transcendental* (Luoma, Hayes y Walser, 2006) se alternaron registros de situaciones negativas y positivas y paciente y terapeuta inventaron historias diferentes utilizando los mismos hechos.

Prepararse para la vida fuera de la terapia

Hacia la finalización del tratamiento se discutió con la paciente sobre sus objetivos a corto y mediano plazo, se identificaron obstáculos que pudieran dificultar la consecución de estas metas y se analizaron diferentes soluciones. Se realizó un resumen de las estrategias de regulación emocional que la paciente había encontrado más útiles y se desarrolló un plan para seguir practicando las estrategias de contemplación emocional, *dettached mindfulness* y

alimentación efectiva como parte de sus actividades cotidianas. Se identificaron temores relacionados con la finalización de la terapia y se discutieron con técnicas socráticas y de solución de problemas. Se programaron dos sesiones de seguimiento una vez al mes, dos cada mes y medio, y una pasando tres meses.

Según el reporte de la paciente sus sentimientos de imperfección aún regresaban ocasionalmente pero ya no le eran perturbadores. Sus atracones prácticamente habían cesado y mantenía un plan de ejercicio físico cada vez más intenso, en ocasiones compraba más de lo que se había propuesto pero ya no lo hacía de forma impulsiva, su relación con sus padres era más satisfactoria y había descubierto nuevas formas de relacionarse con ellos. Finalmente manifestó un enorme avance en su sensación de satisfacción y bienestar

CONCLUSIONES

La regulación emocional inefectiva es frecuentemente destructiva. Hemos resumido un modelo integrativo para conceptualizar y tratar estos problemas, reconocemos la necesidad de balancear estrategias de aceptación y de cambio en esta tarea. Este modelo considera a los pensamientos, emociones, conductas y sus efectos personales, ambientales e interpersonales como parte de un mismo sistema y por lo tanto se cree que intervenir su totalidad maximiza la efectividad de la intervención terapéutica. El modelo contempla la implementación de técnicas de aceptación y validación, modificación cognitiva y metacognitiva, desarrollo de habilidades de afrontamiento, y estrategias centradas en los valores. A diferencia de las aproximaciones centradas en el trastorno o basadas en modelos de emociones discretas el modelo presentado interviene directamente sobre procesos de valor transdiagnóstico comprobado e incorpora estrategias de intervención de las mismas características, por lo tanto pudiera aplicarse indistintamente a diferentes trastornos emocionales aún en comorbilidad. Se requiere hacer investigación controlada sobre su efectividad, por el momento la experiencia clínica sugiere que contribuye a aceptar el malestar, desarrollar mayor conocimiento y apertura a la experiencia emocional, desarrollar habilidades que contribuyen a la regulación emocional efectiva y a incrementar el grado de bienestar subjetivo y felicidad.

REFERENCIAS

- Berenbaum, H., Raghava, C., Le Vernon, L. L., y Gomez, J. J. (2003). A taxonomy of emotional disturbances. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 206-226
- Butler, E. A., y Gross, J. J. (2004). Hiding feelings in social context: Out of sight is not out of mind. En P. Philippot y R. S. Feldman (Comps.), *The regulation of emotion* (pp. 101-126). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Carver, S. C., y Scheier, M. F. (1998). *On the Self Regulation of Behavior*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Carr, A. (2007). *Psicología positiva, la ciencia de la felicidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Ciarrochi, J. V., Bailey, A. (2008), *A CBT Practitioner's Guide to ACT, How to Bridge the Gap Between Cognitive Behavioral Therapy & Acceptance & Commitment Therapy*, Oakland, New Harbinger Publications Inc
- Clark, D. M. (2001). A cognitive perspective of social phobia. En W. R. Crozier y L. E. Alden (Comps.), *International handbook of social anxiety: Concepts, research and interventions relating to the self and shyness* (pp. 405-430). Chichester, RU: Wiley.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M. y Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and carácter. *Archives of General Psychiatry*. 42, 1029-1033
- Cicchetti, D., Ackerman, B. P., y Izard, C. E. (1995). Emotions and emotion regulation and developmental psychopathology. *Development and psychopathology*, 7, 1-10
- Cooper, M., Todd, G. y Wells, A. (2009), *Treating Bulimia Nervosa and Binge Eating, an Integrated Metacognitive and Cognitive Therapy Manual*. Nueva York: Routhledge
- Cooper, M., Whitehead L. y Boughton, N. (2004), Eating Disorders, en J. Bennett-Levy, D. Westbrook, M. Fennell, M. Cooper, K. Rouf, A. Hackmann, Oxford Guide to Experiments in Cognitive Therapy. Nueva York: Oxford
- Costa, P. T. y Widiger, T. A. (dirs.) (2002). *Personality disorders and the five-factor model of personality*. Washinton, D.C.:American Psychological Association.
- Diener, E., y Lucas, R. (1999). Personality and subjective well-being. En E. Kahneman, E. Diener, y N. Schwartz (comps.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology*. Nueva York: The Guilford Press.
- Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Ellard, K. K., Ehrenreich, J. T., y Barlow, D. H. (2010). En A. M. Kring y D. M. Sloan (Comps.), *Emotion regulation and psychopathology. A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 283-309). Nueva York: The Guilford Press.
- Farach, F. I., y Mennin, D. S. (2007). Emotion-based approaches to the anxiety disorders. En J. Rottenberg y S. L. Johnson (Comps.), *Emotion and psychopathology: Bridging affective and clinical science* (pp. 243-261). Washington, DC: American Psychological Association.
- Foa, E. B., Huppert, J. D., & Cahill, S. P. (2006). Emotional processing theory: An update. En B. O. Rothbaum (Ed.), *Pathological anxiety : Emotional processing in etiology and treatment* (pp. 3-24). Nueva York: Guilford Press.
- Foa, E. B., Hembree, E., & Rothbaum, B. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences* [therapist guide]. Nueva York: Oxford University Press.
- Gross, J. J., y Thompson, R. A. (2007). Emotion Regulation: Conceptual foundations. En J. J. Gross (Ed), *Handbook of emotion regulation* (pp.3-24). Nueva York: The Guilford Press.
- James, W. (1884). What is an emotion? *Mind*, 9, 188-205.
- John, O. P., y Gross, J. J. (2004). Healty and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72(6), 1301-1334.

- Johnson, S. L., Carver, Ch. S., y Fulford, D. (2010). Goal Dysregulation in the Affective Disorders. En A. M. Kring y D. M. Sloan (Comps.), *Emotion regulation and psychopathology. A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 204-228). Nueva York: The Guilford Press.
- Kring, A. M. y Werner, K. H. (2004). Emotion regulation and psychopathology. En P. Philippot y R. S. Feldman (Comps.), *The regulation of emotion* (pp. 359-385). Hove, RU: Psychology Press.
- Kring, A. M., Sloan, D. M. (2010). *Emotion Regulation and Psychopathology – A Transdiagnostic Approach to Etiology and Treatment*. Nueva York: Guilford
- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W., Shafran, R., (2004). *Cognitive Behavioural Processes across Psychological Disorders: A Transdiagnostic Approach to Research and Treatment*, Nueva York: Oxford
- Hayes, S. C., Fox, E., Gifford, E. V., Wilson, K. G. (2001). Derived relational responding as learned behavior, En S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes y B. Roche (Comps.), *Relational frame theory, a post-Skinnerian account of human language and cognition*. Springer.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G. (2003), *Acceptance and Commitment Therapy, an Experiential Approach to Behavior Change*. Nueva York: Guilford
- Hayes, S. C., Spencer, S. (2005), *Get Out of Your Mind & Into Your Life*, Oakland: New Harbinger
- Higgins, E. T. (1997). Beyond pleasure and pain. *American Psychologist*, 52, 1280-1300.
- Leahy, R. L. (2002). A model of emotional schemas. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(3), 177-190
- Leahy, R. L. (2007). Emotional Schemas and resistance to change in anxiety disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(1), 36-45
- Leahy, R. L., Beck, A. T., y Beck, J. S. (2005). Cognitive therapy of personality disorders. En Strack (Comp.). *Personology: Essays in honor of Theodore Millon*. Nueva York: Guilford Press
- Levenson, R. W. (1999). The intrapersonal functions of emotion. *Cognition and Emotion*, 13, 481-504.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive Behavioural Treatment of Borderline Personality Disorder*. Nueva York: Guilford.
- Linehan, M. M., (2003), *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*, Barcelona, Paidós
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., Walser, R. D. (2007), *Learning ACT, An Acceptance & Commitment Therapy Skills-Training Manual for Therapists*. Oakland: New Harbinger.
- Martell, C. R., Dimidjan, S., Herman-Dunn, R. (2010), *Behavioral Activation for Depression, a Clinician's Guide*, Nueva York: Guilford
- McKay M. Wood, J. Brantley, J. (2007), *The Dialectical Behavior Therapy Skills Workbook: Practical DBT Exercises for Learning Mindfulness, Interpersonal Effectiveness, Emotion Regulation, & Distress Tolerance*, Oakland, New Harbinger Publications, Inc.
- Mennin, D. S., y Farach, F. (2007). Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14(4), 339-352
- Mennin, D. S., y Fresco, D. M. (2010). Emotion Regulation and Psychopathology: A Conceptual Framework. En A. M. Kring y D. M. Sloan (Comps.), *Emotion regulation and psychopathology. A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 356-379). Nueva York: The Guilford Press.

- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Fresco, D. M., y Turk, C. L. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 85-90
- Metzger, R.L., Miller, M. L., Cohen, M., Sofka, M., y Borkovec, T. D. (1990). Worry changes decision making: The effect of negative thoughts on cognitive processing. *Journal of Clinical Psychology*, 46(1), 78-88
- Nakamura, J., y Csikszentmihalyi, M. (2002). The concept of flow. En C. R. Snyder y S. Lopez (comps.), *Handbook of Positive Psychology*. Nueva York: Oxford University Press.
- Padesky, C.A. (1990). Schema as self prejudice. *International Cognitive Therapy Newsletter*, 6, 6-7.
- Padesky, C.A. (1994). Schema change processes in cognitive therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1, 267-278.
- Persons, J. B. (2008), *The Case Formulation Approach to Cognitive-Behavior Therapy (Guides to Individualized Evidence-Based Treatment)*, Nueva York, Guilford Press
- Reyes, M. A. (2010). *Programa Grupal-Individual de Aceptación y Desarrollo de Habilidades para Pacientes con Desregulación Emocional y Conducta Suicida*. Entrenamiento llevado a cabo en el Instituto Jalisciense de Salud Mental, Jalisco México
- Reyes, M. A. (2011a). *Actuar junto a la ansiedad, no contra ella*. Conferencia llevada a cabo en la Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología, México D.F.
- Reyes, M. A. (2011b). *Terapia cognitivo conductual integrativa para la depresión*. Conferencia llevada a cabo en la Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología, México D.F.
- Reyes, M. A. (2012), *Procesos Psicológicos Básicos en Terapia Cognitivo Conductual: Una Guía para la Conceptualización de Caso y Diseño de Plan de Tratamiento*. Manuscrito en preparación.
- Reyes, M. A. Ramírez, A., y Ascencio, M. (2011). Assessing the Effectiveness of an ACT based program on a mexican psychiatric inpatients group. En M. A. Reyes. Ortega. (presidente), *The utility of ACT, Behavior regulation in parents, adolescents an inpatients populations*. Simposio llevado a cabo en el IX Congreso Mundial de la Association for Contextual Behavioral Science's World Conference IX, Parma Italia
- Roemer, L. Orsillo, S. M. (2009), *Mindfulness and acceptance based behavioral therapies in practice (Guides to individualized evidence-based treatment)*. Nueva York, The Guilford Press.
- Riskind, J. H., (Comp.) (2008), *International Journal of Cognitive Therapy*, Vol. 1, Num. 3, Nueva York, Guilford Press
- Safer, D. L., Telch, C. F., Chen, E. Y. (2009). *Dialectical Behavior Therapy for Binge Eating and Bulimia*. Nueva York: Guilford Press
- Swales, M. A., Heard H.L. (2009), *Dialectical Behavior Therapy: The CBT Distinctive Features Series*. Nueva York: Routledge
- Wells, A. (2000). *Emotional Disorders and Metacognition*. Chichester: Wiley.
- Wells, A. (2006). *Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques*. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 23, 337-355
- Wells, A. (2008). *Metacognitive Therapy: A Practical Guide*. Nueva York: Guilford
- Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. Nueva York: Guilford

Wells, A. y Matthews, G. (1996). Modeling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 881-888.

Werner, K., y Gross, J. J. (2010). Emotion Regulation and Psychopathology: A Conceptual Framework. En A. M. Kring y D. M. Sloan (Comps.), *Emotion regulation and psychopathology. A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 13-37). Nueva York: The Guilford Press.

Wilson, K. G., Luciano, M. C. (2009), *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), Un tratamiento conductual orientado a los valores*, Madrid, Ediciones Pirámide

Wisniewski, L., Safer, L., Chen, E. (2007). Dialectical Behavior Therapy and Eating Disorders. En Linda A. Dimeff y Kelly Koerner (Comp): *Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice: Application across disorders and settings*. Nueva York: Guilford

Young, J.E., Klosko, J.S. y Weishaar, M.E. (2003). *Schema Therapy*. Nueva York: Guilford.

IMPACTO DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DE HABILIDADES Y AUTO-AFIRMACIONES RACIONALES EN GRUPO (HARG) PARA EL MANEJO DEL ENOJO EN PACIENTES DE UN CENTRO COMUNITARIO

Michel André Reyes Ortega³

Instituto de Terapia Cognitivo Conductual en México

Arturo Heman Contreras⁴

Instituto de Terapia Cognitivo Conductual en México

El objetivo del presente estudio es determinar la eficacia del programa de intervención de Habilidades y Auto-Afirmaciones Racionales en Grupo “HARG”, para el control de la ira en un grupo de 18 voluntarios de un centro comunitario de salud mental de la cd. de México, 15 mujeres y 3 hombres con una X_{μ} de 50 años de edad, nivel socio-económico bajo, con diversos trastornos del estado de ánimo. Se aplicó la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), el Inventario de expresión de ira estado-rasgo (STAXI-2), Escala breve de irritabilidad de Novaco (NPI), y escalas de Hamilton para la valoración de la depresión (HDRS), y ansiedad (HAM-A). Bajo un diseño de tipo Pre-Post Test con mediciones repetidas, los resultados muestran que el 90.9% de los pacientes, inicialmente con temperamento irritable, enojo mixto (explosivo e implosivo), hostilidad, agresión predominantemente pasiva e indirecta, renuentes a reconocer su enojo, y con deficientes habilidades de autocontrol emocional, muestran una reducción significativa. El estudio muestra la estructura general del programa “HARG”, se identifican los alcances y limitaciones clínicas del programa sugiriéndose modificaciones pertinentes.

El enojo (Ira), ha recibido poca atención en la psicología y psiquiatría clínica (Kassinove y Tafrate, 1998, 2002; DiGiusseppe y Tafrate 2007), cuyos estudios en desordenes afectivos se han centrado más en el estudio de la ansiedad y la depresión. En contraste, un problema relacionado al enojo, la agresión, ha sido un importante objeto de estudio por parte de la

³ michelreyeso@yahoo.com.mx

⁴ aheman@gmail.com

ciencia; distintas teorías etológicas (James, 1890; Lorenz, 1966), psicodinámicas (Fromm, 1973), sociológicas (Merton, 1957; Cloward, Olhins, 1960; Agnew, 1981), antropológicas (Wierzbicka, 1992), y conductuales (Patterson, Littman, Bricker, 1967; Rimm, deGroot, Boord, Reiman, Dillow, 1971; Rimm, Hill, Brown, Stuart, 1974), se han desarrollado y sofisticado a lo largo de los años; no obstante, carecen de evidencia empírica (Bauhmeister, 1997; DiGiuseppe y Tafrate, 2007), o no brindan información suficiente para prevenir o intervenir sobre el problema. Ya que ignoran gran parte de los procesos cognitivos y emocionales que le predisponen (Anderson, Bushman, 2002).

Existen numerosos datos que relacionan al enojo con: (1) Problemas interpersonales y dificultades para cuidar de otras personas (Kassinove y Tafrate, 2002; DiGiuseppe y Tafrate 2007), (2) deseo sexual hipoactivo (Kaplan, 1984), (3) accidentes automovilísticos (Kazdin, 2000; Filetti, Deffenbacher, 2000), (4) violencia doméstica (Eckhardt, Barbour, Davidson, 1998; Eckhart, Kassinove, 1998; Eckhardt, Jamison, Watts; 2002), (5) bajo compromiso organizacional (Kiewitz, 2002) y deficiente desempeño laboral (Carroll, 2001), (6) padecimientos médicos, como hipertensión (Spielberger, 1992), afecciones coronarias (Kassinove y Sukhodolsky, 1995; Suls, Bunde, 2005; Kassinove y Tafrate, 2002), (6) problemas sociales, como conflictos intergrupales (Eidelson, Eidelson, 2003), terrorismo (Ford, 1983), odio, y guerra (Beck 1999; Ellis 2003), y (7) crímenes como el asesinato impulsivo (Beck, 1999), asalto sexual y violación (DiGiuseppe, Tafrate, 2007). Por todo lo anterior, es necesario considerar al enojo intensificado y duradero, un problema de salud pública que demanda el desarrollo de programas de intervención eficaces para su tratamiento, y desarrollar adecuados criterios diagnósticos, y métodos de evaluación que permitan identificarle en su dimensión psicopatológica. Actualmente dichos programas han sido desarrollados en otros países (principalmente EUA), contando con la amplitud suficiente para realizar meta-análisis sobre su efectividad (Tafrate, 1995; Edmonson, Conger, 1996; Beck, Fernández, 1998; Sukhodolsky, Kassinove, Gorman, 2004), sin embargo, esta no es la situación en México e Iberoamérica.

Novaco (1975, 1978), fue probablemente el primer investigador en atender la problemática del enojo, y promover aproximaciones psicoterapéuticas cognitivo conductuales (PCC) para tratarle. Las PCCs son modelos de intervención psicológico-clínicos que intervienen sobre distintos procesos cognitivos y conductuales que influyen en el mantenimiento de los trastornos psicológico-psiquiátricos (Ellis, 1962; Beck, 1964). Estos modelos se han

desarrollado y documentado ampliamente en tratamiento del enojo. Diversos investigadores cognitivo-conductuales, han propuesto criterios para el diagnóstico de “trastornos de enojo” (ver Hecker, Lunde, 1985; Spielberger, 1988; Feindler, Adler, Brooks, Bhurmitra, 1993; Eckhardt, Deffenbacher, 1995; Furlong, Smith, 1998; DiGiuseppe y Tafrate, 2007; Tulloch, 1991). Meta-análisis sobre la efectividad de distintos tratamientos para el enojo (Tafrate, 1995; Edmonson, Conger, 1996; Beck, Fernández, 1998; Sukhodolsky, Kassinove, Gorman, 2004), han documentado la existencia de cuatro modelos de intervención básicos sobre este problema: Tratamientos de reestructuración cognitiva, tratamientos en base a la relajación, entrenamientos en habilidades, e intervenciones multimodales (Tafrate, 1995), DiGiuseppe y Tafrate (2007) advierten que existen pocos estudios sobre su efectividad, por lo que deben ser considerados tentativos y deben seguirse desarrollando modelos que sometan su efectividad a análisis. Los datos expuestos, justifican el desarrollo del *Modelo de Habilidades y Auto-Afirmaciones Racionales en Grupo* (HARG) como una alternativa de intervención cognitivo-conductual-grupal, en un grupo de participantes con diferentes trastornos de personalidad, del estado de ánimo, y ansiedad, de la ciudad de México, D.F.

El enojo se define para fines del presente como: Emoción variada en intensidad, duración y frecuencia, compuesta por: (1) un conjunto típico de evaluaciones cognitivas, referentes a una amenaza (hacia la propia seguridad, recursos e intereses) injustificada autoría de un agente al que se es capaz de afrontar; (2) movimientos motores y verbales aversivos e intimidantes (insultos, miradas desafiantes, agresión, elevación del volumen de voz, disposición frontal corporal, entre otras); y (3) patrones definidos de activación fisiológica (excitación de los sistemas neuroendocrinos y nerviosos autónomos que traen como consecuencia tensión muscular, aceleración del ritmo cardiaco, elevación de la presión sanguínea, entre otros), cuya intensidad varía en función de la gravedad atribuida a la amenaza percibida. Es disfuncional cuando su intensidad interfiere con las actividades del individuo que le experimenta, su duración es de una hora o más, y se presenta en una frecuencia que es mayor a un episodio semanal, durante un periodo de tiempo que iguala o excede los 6 meses.

El objetivo de este estudio es el de evaluar la eficacia de un programa de Intervención cognitivo conductual grupal (denominado Modelo de Habilidades y Auto-Afirmaciones Racionales en Grupo (HARG)) que se aplicó a un grupo de voluntarios seleccionados de un centro comunitario de salud mental para reducción del enojo.

MÉTODO

Participantes

Como criterios de inclusión se eligió a 18 voluntarios, 15 mujeres y 3 hombres con edades entre 35 y 65 años, que respondieron a una convocatoria en un Centro Comunitario de Salud Mental de México D.F. Como criterios de exclusión, se consideraron participantes que padecieran trastornos psicóticos o retraso mental, para discriminar esta variable los participantes fueron evaluados con un examen mental, el test gestáltico visomotor de Lauretta Bender (1986) y el Test de matrices progresivas de Raven (1993).

Instrumentos

El Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2 (Spielberger, Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel, 2006), para medir la experiencia, expresión y control del enojo, (2) la escala de irritabilidad de Novaco (Harbin, 2000) (forma breve) , desarrollada para evaluar la irritabilidad a partir de 25 situaciones, (3) el inventario neuro-psiquiátrico internacional (MINI), desarrollada para la investigación clínica, y diagnosticar depresiones, fobias, suicidios, trastornos de ansiedad, y dependencia o abuso de sustancias, (4) la escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)), y la escala de Hamilton para la ansiedad (HRSA), diseñada para obtener una valoración cuantitativa de la sintomatología de la ansiedad. El presente artículo revisa únicamente las puntuaciones obtenidas en el *STAXI-2*, las puntuaciones de otros instrumentos se analizarán en trabajos posteriores.

Procedimiento

Una vez seleccionados a los participantes, se aplicó la entrevista neuropsiquiátrica internacional (MINI), las escalas de depresión y ansiedad de Hamilton, la escala de irritabilidad de Novaco y el *STAXI-2*. En desconocimiento de los resultados del Pre-Test un terapeuta y 3 co-terapeutas procedieron a aplicar el HARG a 16 participantes en sus 12 sesiones y 4 módulos de intervención. Una primera fase “Motivación para el cambio” donde se dio educación sobre el enojo como problema de salud, entrenamiento en control de la respiración, automonitoreo de los episodios de enojo, relajación muscular progresiva y paro de pensamiento y distracción.

Una segunda fase denominada “Cambio”, donde se entreno a los participantes en estrategias de evitación y escape, identificación de creencias irracionales asociadas al enojo, exposición encubierta con uso de auto-afirmaciones racionales, exposición con representación de papeles y en vivo, y se les entrenó en solución de problemas y comunicación asertiva. Como tercera fase, “Aprender a perdonar” donde se reflexión y practicó una actitud de perdón como habilidad interpersonal. Y una cuarta fase de “Prevención de recaídas”.

Cada una de las sesiones siguió la siguiente estructura: Bienvenida, revisión de tarea de la sesión anterior, introducción, reflexión, y entrenamiento en habilidad de sesión, prescripción de una actividad de reforzamiento para casa, un resumen y un cierre de clausura de sesión.

Por cada una de las actividades y tareas de sesión se les dieron a los usuarios fotocopias con una lectura sobre su implicación en el manejo del enojo, instrucciones de cómo ejecutar la habilidad, e instrucciones específicas de la tarea para casa.

Una vez pasada una semana de aplicarse la última sesión de intervención del HARG, se volvió a evaluar a los participantes, que aún continuaron en tratamiento, el STAXI-2

RESULTADOS

La siguiente tabla muestra el número de participantes que fueron diagnosticados con un trastorno tras aplicar la entrevista MINI neuro-psiquiátrica internacional.

TABLA 1 Diagnóstico de los participantes

Diagnóstico	Porcentaje
Episodio depresivo mayor	8
Episodio depresivo mayor recidivante	8
Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos	8
Trastorno distímico actual	8
Riesgo de suicidio actual leve	6
Riesgo de suicidio actual moderado	2
Riesgo de suicidio actual grave	3
Episodios maniacos pasados	3

Episodio hipomaniaco actual	2
Episodio hipomaniaco pasado	2
Trastorno de angustia actual	4
Trastorno de angustia de por vida	4
Fobia social	3
Trastorno obsesivo compulsivo	3
Trastorno por estrés postraumático	3
Trastorno antisocial de la personalidad	12

A continuación se presenta la Tabla 2, que muestra las $X\mu$ de las puntuaciones más relevantes de los participantes en los índices principales del STAXI-2 a lo largo de las distintas mediciones del programa. Se resaltan las diferencias estadísticamente significativas entre Pre-test y Post-test.

TABLA 2 Puntuaciones medias y diferencias estadísticamente significativas en los índices del STAXI-2

Índices	Pre-Test	Segunda medición	Tercera medición	Post-Test	Diferencias significativas
Sentimiento de ira	2.13	1.24	1.40	1.10	.020
Puntuación total estado	1.83	1.16	1.33	1.05	.027
Temperamento de ira	2.64	2.12	1.98	1.32	.004
Reacción de ira	2.64	2.52	2.38	1.58	.003
Puntuación total rasgo	2.64	2.32	2.18	1.45	.001
Expresión externa	2.43	2.43	1.88	1.28	.001
Índice de expresión de ira	36.57	35.90	34.96	17.18	.003

Las puntuaciones que obtuvieron diferencias estadísticamente significativas fueron:

Sentimiento de ira: Indicando la experiencia de sentimientos intensos de enfado a la furia, (X_{μ} =2.13) en el pretest. Acompañándose de puntuaciones altas en *Puntuación total rasgo* (X_{μ} =1.83), indicaban que dicha sensación era también duradera, reducida a X_{μ} =1.1 en el postest.

Temperamento de ira: En el pretest (X_{μ} =2.64) los participantes reportaron ser irritables y propensos a expresar sus sentimientos de ira, incluso ante una provocación pequeña; indicando impulsividad carencia de autocontrol, no necesariamente violentos o vengativos como para atacar a otras personas. En el postest ubo un decremento de x = 1.32.

En *reacción de ira*: El pretest (X_{μ} =2.64) indica sensibilidad a la crítica e ira intensa ante supuestos agravios y evaluación negativa por parte de los demás que se redujo a x =1.58 en el postest.

En el índice de *puntuación total rasgo* la experiencia frecuente de ira y frustración generalizada se redujo de una X_{μ} =2.64 a una X_{μ} de 1.45

En *expresión externa* la ira con agresividad hacia las demás personas u objetos, decremento su puntuación de X_{μ} =2.43 a X_{μ} = 1.28.

Las puntuaciones del *Índice de expresión de ira* sugieren que el promedio de participantes experimentaba intensos sentimientos de ira con tendencia a la expresión directa y encubierta, dificultades interpersonales (X_{μ} =36.57), y el posible desarrollo de trastornos médicos (Spielberger, Miguel-Tobal, Casado y Cano-Vindel, 2006). En el postest su reducción fue de X_{μ} =17.18

De Acuerdo con estas características se consideró que el promedio de los participantes cumplían con los criterios diagnósticos de Trastorno Explosivo Intermitente (APA), Trastorno por Enojo Generalizado (Eckhardt, Deffenbacher, 1995), y Trastorno de Regulación-Expresión del Enojo de Tipo Combinado en el Pre-Test.

La misma tabla muestra como después de la aplicación de los módulos de motivación y la primera fase de cambio con el entrenamiento en técnicas de relajación, y evitación / escape, existió una reducción general (de X_{μ} =36.57 a 35.90 en el índice de expresión de ira) con excepción del índice de Expresión externa de ira que permaneció con una X_{μ} =2.43. Después de la aplicación del entrenamiento en reestructuración cognitiva se mostró reducción en las puntuaciones de los índices de Temperamento de ira (de X_{μ} =2.12 a X_{μ} =1.98), Reacción de ira (de X_{μ} =2.52 a X_{μ} =2.38), Puntuación total rasgo(de X_{μ} =2.32 a X_{μ} =2.18), Expresión externa (de

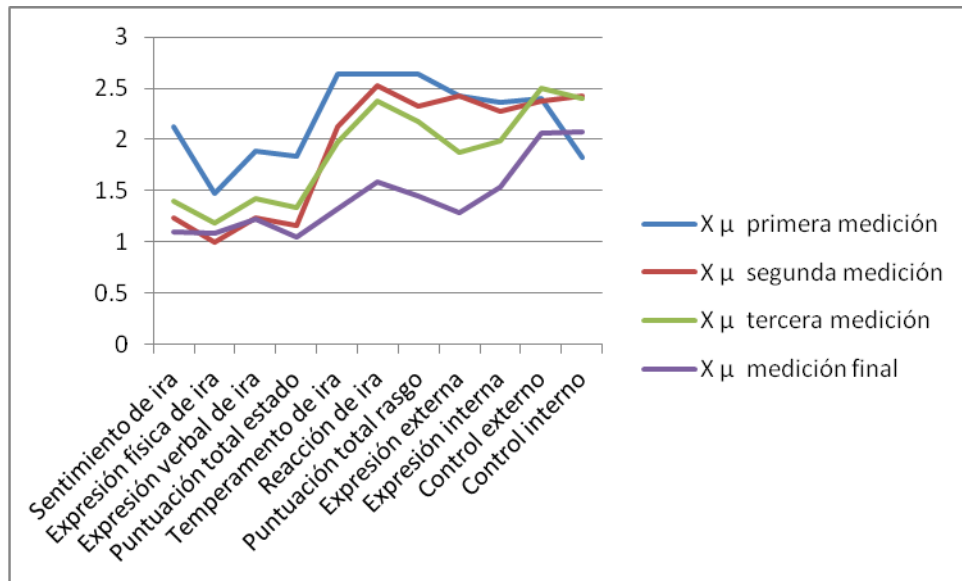
$X\mu=2.43$ a $X\mu=1.88$) y Expresión interna (de $X\mu=2.27$ a $X\mu=1.99$) en comparación con el Pre-Test. Después de la aplicación de los entrenamientos en asertividad, solución de problemas, y la última sesión sobre el perdón, las puntuaciones más elevadas se presentaron en los índices de:

Control externo: Lo que indica un adecuado manejo e inversión de esfuerzo en el control de los sentimientos de ira sin ser excesivo o caer en la pasividad.

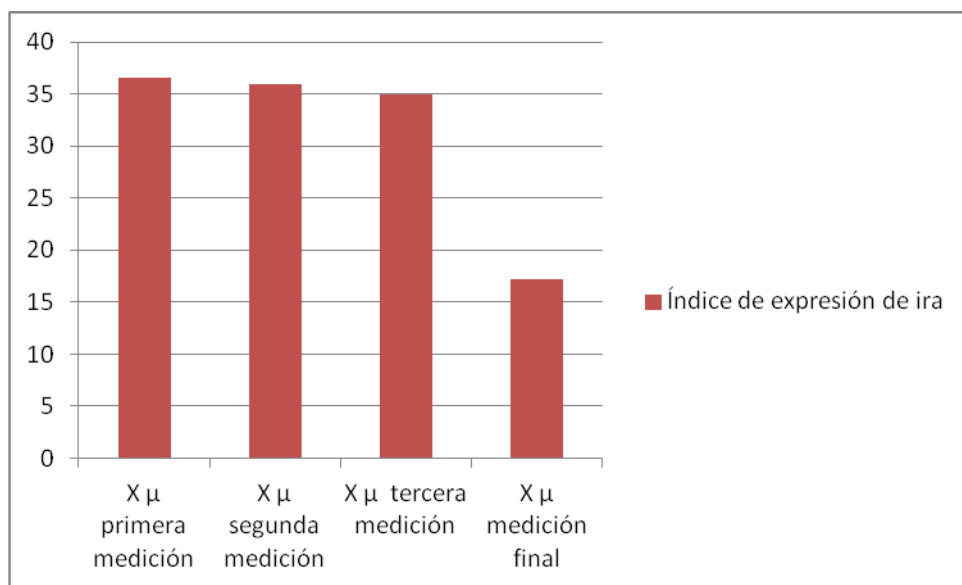
Acorde a los baremos por sexo y edad de la versión española del STAXI-2 de Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberger (2006) en el Post-Test se muestran puntuaciones promedio de: Temperamento de ira (1.32, Bajo), Reacción de ira (1.58, Bajo), Puntuación total rasgo (1.45, Bajo), Expresión interna (1.54, Bajo), Sentimiento de ira (1.10, Bajo) y Expresión externa, con un promedio de (1.28, Bajo), y un Índice de expresión de Ira de 17.18 que indica la experiencia de sentimientos de ira en una intensidad y duración baja, clínicamente no significativa y con poca probabilidad de experimentar dificultades interpersonales o trastornos médicos secundarios a la ira.

Estos resultados permitieron interpretar que el promedio de los participantes ya no presenta síntomas de Trastorno Explosivo Intermitente (APA, 2002), Trastorno por Enojo Situacional o Generalizado (Eckhardt, Deffenbacher, 1995), o Trastorno de la Regulación Expresión del Enojo (DiGiuseppe; Tafrate, 2007).

Como puede observarse en la gráfica 1, las puntuaciones de las distintas mediciones presentan una tendencia a la baja a excepción de control interno que incrementó a lo largo de las mediciones, manteniéndose sin cambios significativos entre la segunda medición y la tercera. El índice de expresión de ira mostro una tendencia uniforme a la baja para presentar una reducción mayor en el Post-Test (gráfica 1). Los índices que presentaron mayor cambio fueron Sentimiento de ira, Temperamento de ira, Reacción de ira, Puntuación total rasgo, y Expresión externa, decrementando de puntuaciones moderado-alto y alto, a puntuaciones bajas acorde a los baremos por sexo y edad de la versión española del STAXI-2 de Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberger (2006).



Gráfica 1. Comparación de las puntuaciones $X\mu$ de los participantes en los índices del STAXI-2 a través de las distintas mediciones del estudio



Gráfica 2. Comparación de las puntuaciones $X\mu$ del índice de expresión de ira del STAXI-2 a través de las distintas mediciones del estudio

Como puede observarse en la Gráfica 2 los índices de expresión de ira del STAXI-2 no mostraron reducciones claras hasta la medición final, esto sugiere que los entrenamientos en habilidades sociales y de reducción de problemas fueron más efectivos para decrementar las

reacciones de ira que generan trastornos interpersonales en los participantes que las estrategias de relajación y reestructuración cognitiva.

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue el de evaluar la efectividad del programa de "*Habilidades y Auto-Afirmaciones Racionales en Grupo*" (HARG), para decrementar el enojo en un grupo de pacientes ambulatorios de un centro comunitario de salud mental de la ciudad de México D.F.. Se observaron los siguientes impactos:

Las diferencias estadísticamente significativas en los índices del STAXI-2, indican que el programa fue efectivo para la reducción de la duración, intensidad, frecuencia, y expresión (interna y externa) del enojo en un 97% de sus participantes, reduciendo el deterioro social y trastorno médico relacionadas a esta emoción. Un gran impacto positivo se observó en la frecuencia con que los pacientes reportan hacer uso de estrategias de autocontrol como la relajación, distracción, y práctica de actividades agradables al estar enfadados. Finalmente, los pacientes mostraron mayor capacidad para aceptar su enojo, reconocerle y admitirle, dejando de reprimir la expresión de sus sentimientos.

La comparación de resultados a lo largo de las mediciones sugiere un efecto acumulativo tras la aplicación secuencial de los distintos módulos de intervención. No fue posible identificar si alguno de los módulos de intervención tuvo un mayor impacto en la reducción de la ira, o si este efecto se debe a la aplicación sistemática de los primeros componentes de la intervención que a la incorporación de los elementos finales del programa. La reducción mayor general se mostró después del entrenamiento en habilidades de solución de problemas y comunicación asertiva, que permitió contar con alternativas de respuesta funcionales para afrontar situaciones negativas y tener menos justificadores para irritarse (Kassinove y Tafrate, 2002). La práctica repetida de las autoafirmaciones racionales con la exposición incrementó la aceptación y tolerancia a la frustración de los participantes, los resultados obtenidos sugieren la necesidad de dar un mayor énfasis a las tareas de exposición y reestructuración cognitiva, en aras de lograr un impacto mayor.

Tomando en cuenta que no existieron diferencias significativas entre las puntuaciones medias de los participantes en el Post-Test acorde a su género, edad o estado civil, se supone que la

efectividad del HARG no varía en relación a estas características, teniendo el impacto de reducir la ira a niveles subclínicos tras su aplicación.

Finalmente, aunque no se mostraron esos resultados en el presente estudio, vale la pena mencionar que de acuerdo con los resultados obtenidos en las escalas Hamilton de Depresión y Ansiedad, se mostró un impacto positivo en los síntomas afectivos de los participantes, esto parece mostrar que los mecanismos y habilidades que se manipularon en el HARG parecen tener valor transdiagnóstico. El valor de los entrenamientos en solución de problemas, habilidades sociales, reestructuración cognitiva, y actividades agradables ha demostrado ser efectivo en el tratamiento de la depresión y ansiedad (Kassinove, Tafrate, 2002), y parece ser que su impacto puede observarse, aun cuando el entrenamiento en ellas no tiene la finalidad directa de trabajar sobre este problema. Por otra parte, parece que acorde a lo propuesto por Ellis y Abrams (2009), aun cuando distintos trastornos pueden presentar variaciones en el contenido cognitivo, las demandas de comodidad, perfeccionistas, aceptación y las interpretaciones tremendistas, absolutistas, condenatorias y la intolerancia a la frustración, son comunes al enojo, la depresión y la ansiedad.

Se requiere de futuras investigaciones para determinar si estos resultados pueden reproducirse con grupos con una N mayor, en comparación con un grupo en espera, en comparación con otros modelos de intervención existentes, y con poblaciones más jóvenes (menores de 35 años).

REFERENCIAS

- Agnew, R. (1981). The psychological status of scripts concepts. *American Psychologist*, 36, 715-729
- Anderson, C. A., Bushman, B. J. (2002), Human Agression, *Annual Review of Psychology*, 53(1), 2002, 27-51
- Asociación psiquiátrica americana (2002), Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales – IV - Texto revisado, Barcelona, Masson
- Baumeister, R. F. (1997), *Evil: Inside human cruelty and violence*, New York, W. H. Freeman
- Beck, A. T. (1964), Thinking and depression: Theory and therapy, *Archives of general psychiatry*, 10, 561-571

Beck, A. T. (1999), *Prisioneros del odio*, Madrid, Paidós Ibérica

Beck, R., Fernández, E. (1998), Cognitive-behavioral self-regulation of the frequency, duration, and intensity of anger, *Journal of Psychopathology and Behavior Assessment*, 20(3), 217-229

Bender, L. (1986). *El test gestáltico visomotor*, Buenos Aires, Paidós

Bushman, B. J., Baumeister, R. F. (1998), Threatened egotism narcissism self-esteem, and direct and misplaced aggression: Does self-love or sel-hate lead to violence, *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(1) 219-229

Carroll, C. E. (2001), *Anger at Work: The influence of contextual and intrapersonal factors on the evaluation of the expression of anger in a work context*, Dissertation Abstracts International, Section B, The sciences & Engineering, 61(10B), 5605

Cloward, R.A., Ohlins, L. E. (1960). *Delinquency and opportunity: A theory of delinquent gangs*. Glencoe, IL: Free Press

DiGiuseppe R., Tafrate, R. C. (2007), *Understanding Anger Disorders*, New York, Oxford University Press

DiGiuseppe, R., Tafrate, R. C. (2003). Anger treatment for adults: A meta-analytic review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 70-88

DiGiuseppe, R., Tafrate, R. C., Eckhardt, C., (1994), Critical issues in the treatment of anger. *Cognitive and Behavioral Practice*, 1(1), 111-132

Eckhardt, C., Barbour, K., Davidson, G.C. (1998), Articulated thoughts of martially violent and nonviolent men during anger arousal, *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 66, 259-269

Eckhardt, C., Deffenbacher, J. (1995), Dianosis of anger disorders, en H. Kassinove (Ed.), *Anger disorders: Definition, diagnosis and treatment* (pp. 27-47, Philadelphia, Taylor & Fancis

Eckhardt, C., Jamison, R. T., Watts, K., (2002), Anger experience and expression among male dating violence perpetrators during arousal, *Journal of interpersonal violence*, 17, 1102 – 1114

Eckhardt, C., Kassinove, H. (1998), Articulated distortions and cognitive deficiencies in maritally violent men, *Journal of Cognitive Psychotherapy: An international Quarterly*, 12, 231-249

Edmonson, C., Conger, J. (1996), A review of treatment efficacy for individuals with anger probems: Conceptual, assessment, and methodological issues, *Clinical Psychology Review*, 16(3), 251-275

Eidelson, R. J., Eidelson, J. I. (2003), Dangerous ideas: Five beliefs that propel groups toward conflict, *American Psychologist*, 58(3), 182-192

Ellis, A. (2003), *Anger: How to live with and without it*, Revised and updated, New York, Citadel Press Books

Ellis, A. (1962-1980), *Razón y emoción en psicoterapia*, Bilbao, Editorial Desclée De Brouwer, S.A.

Ellis, A., Abrams, M., Abrams, L. (2009), *Personality Theories, Critical perspectives*, California, Sage Publications, Inc

Feindler, E., Adler, N., Brooks, D., Bhurmitra, E. (1993), The Children's Anger Response Checklist, en L. VandeCreek, S. Knapp, et. al. (Eds). *Innovations in clinical practice: A source book* (Vol. 12), Sarasota Florida, Professional Resource Press

Filetti, L., Deffenbacher, J. (2000, August), Characteristics of high and low angry drivers, 108th annual convention of the American Psychological Association, Washington, D.C.

Ford, F. L. (1983), *Political murder: From tyrannicide to terrorism*, Cambridge, MA, Harvard University Press

Fromm, E. (1973), *Anatomía de la destructividad humana*, Madrid, Siglo XXI de España editores S.A.

Furlong, M. J., Smith, D. C. (1998), Raging Rick to Tranquil Tom: An empirically based, multidimensional anger topology for adolescent males, *Psychology in the schools*, 35(3), 229-245

Harbin, T. J. (2000), *Beyond Anger, a guide for men*, Nueva York, Marlowe & Company

Hecker, M., Lunde, D. T. (1985), On the diagnosis and treatment of chronically hostile individual, en M. A. Cherney, R. H. Rosenman (Eds.), *Anger and Hostility in Cardiovascular and Behavioral Disorders* (pp. 227-240), Washington DC, Hemisphere

James, W. (1890), *The principles of psychology*, New York, H. Holt

Kaplan, H. S. (1984), *The evaluation of sexual disorders*, New York, Bruner/Masel

Kassinove H., Sukhodolsky, D. G. (1995), *Anger disorders: Basic Science and practical issues*, Washington D.C., Taylor & Francis

Kassinove, H., Tafrate, R. C. (1998), Anger control in men: Barb exposure with rational, irrational, and irrelevant self-statements, *Journal of cognitive psychotherapy: An international quarterly*, 12(3), 187-211, New York, Springer publishing company, Inc.

Kassinove, H., Tafrate, R. C. (2002), *Anger management, the complete treatment guidebook for practitioners*, Atascadero California, Impact publishers

Kazdin, A., E. (2000), *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas (2ª ed.)*, México D.F., El manual moderno S. A. de C. V.

Kiewitz, C. (2002), *The work anger novel (WAM!): An inquiry into the role of anger at work*, Dissertation Abstracts International, Section A, Humanities and violence: A primer for policymakers and public policy advocates (pp. 57-81), Westport, CT, Praeger/Greenwood

Lorenz, K. (1966), *On aggression*, New York, Harcourt, Brace & World

Merton, R. K. (1957). Social structure and anomie. En R. K. Merton (Ed.). *Social theory and social structure (Rev. Ed.)*. Glenco, IL: Free Press

Novaco, R. W. (1975), *Anger and coping with stress*, en P.C. Kendall, S. D. Hollon (eds) *Cognitive Behavior Therapy*, Nueva York, Plenum

Novaco, R. W. (1978), *Anger control*, Lexington Massachusetts, Health

Patterson, G. R., Littman, R. A., Bricker, W. (1967), *Assertive behavior in children: A step toward a theory of aggression*, *Monographs of the Society for Research of Children Development*, 32(5)

Rimm, D. C., deGroot, J. C., Boord, P., Reiman, J., Dillow, P. V. (1971), *Systematic desensibilization of anger response*, *Behavior Research and Therapy*, 9, 273-280

Rimm, D. C., Hill, G. A., Brown, N. H., Stuart, J. E. (1974), *Group-assertive training in treatment of expression of inappropriate anger*, *Psychological Reports*, 34, 791-798

Spielberger, C. D. (1988), *Manual for the state-trait Anger Expression Inventory*, professional manual, Odessa, Florida, Psychological Assessment Resources

Spielberger, C. D. (1992), *Anger/Hostility, heart disease and cancer*, 100th annual convention of the American Psychological Association, Washington D.C.

Spielberger, C. D., Miguel-Tobal, J. J., Casado, M. I., Cano-Vindel, A. (2006), *Manual del inventario de expresión de ira estado-rasgo (STAXI-2)*, Madrid, TEA ediciones

Sukhodolsky, D. G., Kassinove, H., Gorman, B. S. (2004), *Cognitive-Behavioral therapy for anger in children and adolescents: A meta-analysis*, *Aggression and Violent Behavior*, 247-269

Suls, J., Bunde, J. (2005), *Anger, anxiety, and depression as risk factors for cardiovascular disease: The problem and implications of overlapping affective dispositions*, *Psychological Bulletin*, 131(2), 260-300

Tafrate, R. C. (1995), Evaluation of treatment strategies for adult anger disorders, en H. Kassinoe (Ed.), Anger disorders: Definitions, diagnosis and treatment, Washington, D.C., Taylor and Francis

Tafrate, R. C., Kassinoe, H. (1998). Anger control in men: Barb exposure with rational, and irrelevant self-statements. *Journal of CognitivePsychotherapy*, 12(3), 187-211

Tejersen, M. D., DiGiuseppe, R., Naidich, J. (1997), REBT ante la ira y la hostilidad, En J. Yankura. y W. Dryden (Eds.), *Terapia Conductual Racional Emotiva (REBT) Casos ilustrativos*, Bilbao, Desclée de Brouwer

Tulloch, R. (1991), Anger and violence, en Dryden, W., Rentoul, R. (comps.), *Adult clinical problems: A cognitive behavioral approach*, London and New York, Routledge

Wierzbicka, A. (1992) Emotions, language and cultural scripts. En S. Kitatama & H. R. Markus (Eds.), *Emotion and culture* (pp. 133-196). Washington, DC: American Psychological Association

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA ADHERENCIA NUTRICIONAL EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II

*Becerra Rebelo, Carlos**

*Jacques Rojas, Lillian Claudett***

*Heman Contreras Arturo ****

RESÚMEN

Este trabajo tiene como objetivo evaluar un programa de intervención cognitivo conductual con pacientes con diabetes tipo II, para generar una mayor adherencia a su plan nutricional. Fueron 17 pacientes con diabetes mellitus tipo II -14 mujeres y 3 hombres -, con una media de edad de 62 años y un rango de 51 y 77 años, de una clínica de atención médica del gobierno. Se aplicó el "Cuestionario de Sobreingesta alimentaria" y registros de diversas medidas fisiológicas como peso, cintura y hemoglobina glucosilada, bajo un diseño de un solo grupo con medidas pretest y postest. El programa de intervención consistió en 13 sesiones dos de las cuales fueron para pre y postest. Los datos se sometieron a análisis estadísticos descriptivos y se analizaron las diferencias de las puntuaciones en las variables dependientes antes y después de la intervención, encontrándose diferencias estadísticamente significativas en las variables peso, cintura, subingesta alimentaria y hábitos de salud.

PALABRAS CLAVE: Diabetes tipo II; adherencia al plan nutricional; intervención cognitivo-conductual; adultos mayores; diseño pretest-postest.

SUMMARY

This paper has the objective of assessing an intervention program which consists in teaching patients con type II diabetes cognitive behavioral therapy techniques to generate better compliance with their nutritional plan. To this end, the researchers worked with 17 patients of type II diabetes mellitus, 14 women and 3 men, with a median age of 62 years and a range between 51 and 77 years old, users of a government clinic. The tools used were: the "Questionnaire on Food Overconsumption", recording sheets to take the different physiological measurements (such as weight, waist, and glycated hemoglobin). The work was structured from a single group design with pretest and posttest measurements. The intervention program consisted in 13 sessions, two of which were for pre and post. The data were subjected to descriptive statistical analysis. The differences in scores in the dependant variables were analyzed before and after the intervention where statistically significant differences were found in the variables of weight, waist, glycated hemoglobin and food under consumption and health habits.

KEY WORDS: Type II diabetes; compliance with nutritional plan; cognitive behavioral intervention; senior citizens; pretest – posttest design.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la diabetes sacarina como un estado de hiperglucemia crónica (concentración excesiva de glucosa en la sangre) que es producida por numerosos factores ambientales y genéticos que frecuentemente actúan juntos. La hiperglicemia puede obedecer a una falta de insulina o a un exceso de factores que se oponen a su acción (OMS, 2002). Existen diversos tipos de diabetes basadas en los síntomas clínicos y son conocidas como: **Diabetes mellitus tipo I** (anteriormente llamada diabetes de la juventud o diabetes dependiente de la insulina), la cual es provocada por una destrucción inmunológica de las células productoras de insulina del páncreas. Los pacientes con este tipo de diabetes deben aplicarse insulina, de no hacerlo, pueden ser propensos a presentar un coma diabético y por esta razón el tratamiento desde el momento del diagnóstico es con insulina en inyecciones subcutáneas (Cortazar, 2007). **La Diabetes Mellitus Tipo II** (anteriormente llamada diabetes del adulto o diabetes no dependiente de la insulina), es la forma más frecuente de diabetes y se presenta como resultado de una resistencia a la acción de la insulina con una secreción insuficiente de la misma por el páncreas (Luis, 2003). Y la **Diabetes Gestacional**, que se define como cualquier grado de intolerancia a la glucosa que se presenta durante el embarazo (Pichardo, 2004).

La elevación continua de la glucosa en sangre en pacientes diabéticos se asocia con complicaciones en los siguientes órganos: ojos, riñones, nervios, corazón y sistema circulatorio (arterias y venas del cuerpo) (Del Castillo, 2005).

Oviedo (2007) menciona 10 factores a saber de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) que ponen en evidencia por qué la diabetes es considerada un problema de salud pública: elevada mortalidad, alto índice de enfermedades cardiovasculares, ceguera (hasta 10 veces más que la que ocasionan otros males), gangrena y amputación de extremidades inferiores (hasta 20 veces más), muerte por enfermedad renal (segunda causa), invalidez crónica por neuropatía, infección y trastornos sexuales, hospitalización, elevados gastos por la compra de medicamentos, elevados gastos por concepto de rehabilitación, gastos elevados por concepto de servicios médicos, incapacidad laboral, invalidez, cuidados por terceros, abandono, depresión y baja autoestima.

En México, la diabetes Tipo II es uno de los principales problemas de salud pública, se ha convertido en la primera causa de muerte entre mujeres y la segunda entre hombres, y

desafortunadamente va en aumento año con año. Se estima que tan solo en el año 2000 ocupó el primer lugar en el número de defunciones con un total de 46,525; seguida de las enfermedades isquémicas del corazón y enfermedades cardiovasculares, así como cirrosis y otras enfermedades del hígado (SSA, 2000). En 2008, la diabetes ocupó el primer lugar con un aumento en el número de 75,572 en defunciones (SSA, 2008). Los resultados en cuanto a su prevalencia continúan siendo alarmantes y México según cifras de la Organización Mundial de Salud (OMS, 2011) se ubica dentro de los diez países con mayor incidencia y mortandad por diabetes.

En México, los factores de riesgo identificados son: sexo femenino, edad mayor de 40 años, hipertensión, sedentarismo, estrés, factores genéticos, tabaquismo, alcoholismo, sobrepeso (más del 10% del peso ideal), obesidad (Índice de Masa Corporal ≥ 30), entre otros (SSA, 2005).

El presente estudio focalizó a estos dos últimos factores, el sobrepeso y la obesidad. El riesgo de desarrollar diabetes aumenta de forma progresiva tanto en varones como en mujeres a medida que aumenta el grado de sobrepeso, fenómeno debido, a la disminución de la sensibilidad a la insulina a medida que el peso se incrementa (Cobo, 2006). El mayor riesgo de diabetes se asocia a la obesidad central o troncal en la que la grasa se deposita a nivel subcutáneo (debajo de la piel) e intraabdominal (entre las vísceras), y se puede evaluar con una simple medición de la circunferencia a nivel de la cintura. En hombres no debe ser mayor a 102 cm y en mujeres no mayor de 88 cm (Pardo 2006).

Serrano, (2007) menciona como factor de riesgo el no llevar un plan de alimentación o dieta adecuada. La dieta es un componente importante para el control de la diabetes, la pérdida de peso mejora de manera notable el estado de resistencia a la insulina y su secreción, al disminuir el nivel de glucosa en sangre se retrasan las complicaciones originadas por la hiperglucemia.

Tomando en cuenta que la dieta es un factor primordial a cuidar en este tipo de pacientes, y que actualmente los estudios empíricos que enfatizan las intervenciones psicológicas son pocos, se vuelve relevante el trabajo en esta área, para mejorar la adherencia terapéutica de estos pacientes a su plan de alimentación. Las intervenciones psicológicas cognitivo-conductuales diseñadas para aumentar la adherencia terapéutica entendida esta como “todas aquellas conductas del paciente que coinciden con la prescripción del equipo de salud”, han

mostrado gran efectividad en la aplicación de estrategias que modifican los aspectos cognitivos, emocionales y conductuales en pacientes con enfermedades degenerativas (Sánchez-Sosa, 2002).

Beck, (2009) menciona que la mayoría de las personas que siguen una dieta saben que es necesario alimentarse bien, perder peso lentamente, hacer de la dieta una prioridad, adquirir buenos hábitos alimentarios, ser asertivos cuando se les ofrecen alimentos que no deben consumir, tolerar el hambre y el deseo compulsivo de comer, hacer ejercicio, no buscar consuelo emocional en la comida y motivarse continuamente. No obstante, la mayoría o bien no sabe cómo conseguirlo o no sabe comportarse de esa forma rutinariamente. Propone que un programa de intervención que tiene como finalidad ayudar al paciente a bajar de peso y adherirse a su plan nutricional, este basado en técnicas para ayudarlo a cambiar su manera de pensar y su conducta alimentaria no sólo a corto plazo, sino durante el resto de su vida. Las estrategias que han demostrado ser efectivas para incrementar la adherencia terapéutica en una gran variedad de tratamientos incluyen: asignación de tareas específicas (en donde se define claramente lo que debe hacerse), entrenamiento en habilidades para desarrollar nuevas conductas relacionadas con el tratamiento, enlistar conductas específicas, jerarquizar las conductas de autocuidado, formular aproximaciones sucesivas al régimen del tratamiento (y no pretender que el paciente adquiera todo el complejo patrón conductual de una sola vez), entrenar en automonitoreo de conductas relevantes para el tratamiento, determinar claves o señales ambientales, reforzar las conductas nuevas que sean deseables para el tratamiento, corregir los errores de pensamiento y entrenar en habilidades de resolución de problemas y toma de decisiones. El presente estudio, pretende generar mayor adherencia terapéutica al plan nutricional del paciente diabético, con el fin de mejorar su calidad de vida y evitando complicaciones en otras áreas de su salud, aplicando un programa de intervención que combina un tratamiento nutricional y la terapia cognitivo conductual.

MÉTODO

Participantes

La muestra se obtuvo invitando por medio de carteles a los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II de una clínica de atención médica del gobierno* ubicada al oriente de la Ciudad de México. La participación de los mismos fue obtenida de forma voluntaria y conscientes de que

podrían abandonar el estudio cuando así lo desearán sin presentar ante esta decisión ningún tipo de penalización.

Se trabajó con 17 pacientes voluntarios que asisten a una clínica de atención médica del gobierno con diabetes mellitus tipo II -14 mujeres y 3 hombres -, con una media de edad de 62 años y un rango de entre 51 y 77 años de un nivel socioeconómico bajo, a los cuales se les solicitó su participación y que cumplieran con los siguientes requisitos de inclusión: ser pacientes o familiares de pacientes derechohabientes de la clínica, padecer Diabetes Mellitus Tipo II, contar con un plan nutricional expedido por la nutrióloga de la clínica, tener la disponibilidad de tiempo para realizarse la evaluación de las variables fisiológicas (glucosa en sangre, peso, abdomen, hemoglobina glucosilada y presión arterial) antes, durante y después de la intervención, leer y escribir, y quienes no lo hicieran, que pudieran asistir con algún familiar que si pudieran hacerlo para que lo ayudarán a realizar las actividades del manual de trabajo, y ser mayor de edad. El único criterio de exclusión era que algún participante presentara algún trastorno psicótico.

*Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

Situación Experimental

Se trabajó en un salón que mide 5 metros de largo por 3 metros de ancho, el cual cuenta con 32 asientos, (estos se encuentran formando 8 hileras de 4 asientos cada una que se encuentran unidos), un pizarrón, y una pantalla para utilizar con un proyector.

Instrumentos

- Autoregistros de adherencia al plan nutricional adaptados del modelo cognitivo de Judith Beck (Beck, 2009) que incluyen actividades como identificar los pensamientos sabotadores, realizar cambios en el hogar para aminorar las tentaciones, planear con anticipación el menú, establecer un horario para comer, realizar tarjetas de beneficios, entre otras.
- Cuestionario de sobreingesta alimentaria **(OQ)**

William E. O'Donnell, W.L. Warren

Manual Moderno, 2007

Es un instrumento completo que mide hábitos, pensamientos y actitudes relacionados con la obesidad y el sobrepeso. Es un cuestionario de autoinforme de 80 reactivos que puede

aplicarse de manera individual o en un entorno grupal. Es posible completarlo en un tiempo aproximado de 20 minutos. Los reactivos son de fácil lectura. Se pide a la persona que indique el grado en el cual concuerda con cada reactivo en una escala de 0 a 4, donde 0 = **para nada**, 1 = **un poco**, 2 = **moderadamente**, 3 = **bastante** y 4 = **muchísimo**.

El instrumento arroja puntuaciones en 12 áreas. Dos de las escalas, Inconsistencia en las respuestas (INC) y Defensividad (DEF), examinan el sesgo de respuesta. Seis escalas se avocan a áreas relacionadas con los hábitos y actitudes del comportamiento alimentario: sobreingesta alimentaria (SOB), subingesta alimentaria (SUB), antojos alimentarios (ANT), expectativas relacionadas con comer (EXP), racionalizaciones (RAC) y motivación para bajar de peso. Las últimas cuatro escalas: hábitos de salud (SAL), imagen corporal (COR), aislamiento social (AIS) y alteraciones afectivas (AFE) se relacionan con hábitos generales de salud y funcionamiento psicosocial; éstas se incluyen para ayudar a identificar problemas que con frecuencia deben contemplarse junto con la obesidad.

Se ha observado que las puntuaciones del **OQ** se correlacionan con otras mediciones de características relacionadas con la conducta alimentaria, con el índice de masa corporal (IMC), hábitos de salud, trastornos del estado de ánimo, funcionamiento social y participación exitosa en actividades que conducen a una pérdida de peso.

Los estimados de consistencia interna para estas escalas se encuentran en un rango de 0.79 a 0.88 (mediana= 0.82):

Los estimados de confiabilidad Test- Retest se hallan en un rango de 0.64 a 0.94 (mediana= 0.88)

Diseño

- Se realizó un estudio tipo A-B de muestras relacionadas.

GRUPO	PRETEST	INTERVENCIÓN	POSTEST
	01	X	02

Procedimiento

El protocolo de la presente investigación está formado por tres fases con una duración de 13 sesiones semanales de 2 horas cada una.

- **PRIMERA FASE**

SESIÓN 1: Se llevó a cabo la aplicación del inventario de sobreingesta y el autoregistro de adherencia al plan nutricional, toma de medidas y pruebas de laboratorio, firma del consentimiento informado y lectura de las reglas del grupo psicoterapéutico.

– **SEGUNDA FASE**

Se trabajaron 11 sesiones grupales de intervención, se utilizó un manual de técnicas cognitivo-conductuales, de identificar los pensamientos sabotadores, debatirlos a través de la técnica de las 7 preguntas, realizar cambios en el hogar para aminorar las tentaciones, utilizar técnicas de distracción, planear con anticipación el menú, establecer un horario para comer, realizar tarjetas de beneficios y utilizar técnicas basadas en la economía de fichas como un medio para reforzar los esfuerzos logrados durante el día, entre otras.

SESIÓN 2: Psicoeducación en donde se abordó el tema de la Diabetes Mellitus tipo II, su definición, características demográficas, clasificación etiológica, factores de riesgo, criterios para el diagnóstico, y finalmente tipos de tratamiento médico y psicológico.

SESIÓN 3: Psicoeducación enfocada en la explicación de la terapia cognitivo conductual. Se identificaron los pensamiento automáticos que influyen para no se seguir una dieta, se identificaron los factores desencadenantes (ambientales, biológicos, mentales y emocionales) que generan la aparición de estos pensamientos, y la elaboración de ejercicios escritos basados en el modelo A-B-C de la terapia racional emotiva utilizando ejemplos enfocados a como nuestros pensamiento sabotadores dificultan el seguimiento de nuestro plan nutricional.

SESIÓN 4: Se elaboró una tarjeta de beneficios donde debían anotar las ventajas de seguir una dieta, explicando en que momentos y ante qué circunstancias debían de recurrir a ella. Se analizó el costo-beneficio de seguir una dieta que contiene menús establecidos o en un sistema de recuentos, con la finalidad de que se ajuste a la dieta que más le conviene. Se enfatizó la ventaja de comer sentado, despacio y conscientes de cada bocado que nos llevamos a la boca, para lograr una satisfacción no solo biológica, sino también psicológica.

SESIÓN 5: Se asignaron compañeros de dieta entre los mismos integrantes del grupo para mantenerlos motivados, que todos compartieran los mismos deseos de adherirse a su plan nutricional y teniendo la misma enfermedad son más sensibles a las necesidades de sus compañeros. En esta sesión se acordaron cambios que tenían que realizar en su entorno (hogar y trabajo), para de reducir los desencadenantes ambientales. Se trabajó en la reorganización de los horarios de cada integrante, con la finalidad de ayudarles a mejorar sus tiempos y lograr

cumplir con el seguimiento de su dieta, muchos de ellos no asignan un momento en particular para preparar los menús, para comprar los alimentos que necesitan, para preparar la comida, para comer sentados y mucho menos para hacer ejercicio.

SESIÓN 6: Los participantes aprendieron a diferenciar entre lo que es tener hambre o tener un deseo compulsivo de comer. Aprendieron a realizar un seguimiento de lo que comen, a qué hora lo comen y que piensan antes, durante y después de ingerir los alimentos. Esto, con la finalidad de que identifiquen sus sensaciones y puedan diferenciar entre los conceptos mencionados anteriormente.

SESIÓN 7: En esta sesión los participantes aprendieron técnicas cognitivas para emplear cada vez que experimenten un deseo compulsivo de comer, basados en técnicas de distracción e imaginación. Aprendieron técnicas conductuales basadas en la evitación y la relajación y modificaron sus pensamientos sabotadores (distorsiones cognitivas tales como: pensamiento polarizado, pesimismo excesivo, optimismo excesivo, razonamiento emocional, interpretación del pensamiento, autoengaño, normas inútiles, justificación e ideas exageradas, frecuentes en quienes empiezan con un plan nutricional) con pensamientos más funcionales y racionales.

SESIÓN 8: Se trabajó con una historia verídica que tuvo como tema principal el poder de la voluntad para lograr las cosas, esto con la finalidad de sensibilizar a los participantes sobre la decisión que han tomado sobre seguir su plan nutricional. Se utilizó el debate como técnica principal para combatir, modificar y reestructurar las ideas irracionales que se generan ante la idea de padecer una enfermedad y además seguir una dieta.

SESIÓN 9: Se trabajó con la técnica de solución de problemas. Esto se hizo debido a que partimos de la idea de que para resolver un problema, primero tenemos que identificarlo. Una vez que se haya definido, se pueden identificar los pensamientos negativos que pasan por la mente y luego usar la técnica de resolución de problemas para neutralizarlos. Se explicó la técnica y luego a través de ejercicios grupales se aclararon dudas, para posteriormente trabajar de forma individual con los ejercicios del manual.

SESIÓN 10: En esta sesión se trabajó usando el role playing para escenificar las situaciones más comunes en las cuales los participantes refieren que les cuesta más trabajo resistirse a la tentación de ingerir algo que no deben y decir no a los ofrecimientos de comida. Se explicó y definió también que es la asertividad y se modelaron y moldearon varias situaciones en las cuales los pacientes lograban rechazar esos ofrecimientos, aun ante personas muy insistentes.

SESIÓN 11: Se trabajó sobre el tema de la prevención de recaídas y se comentaron algunas alternativas para ante estas situaciones retomar el plan nutricional. Se realizaron debates para generar un cambio de creencias en relación a los eventos y las fechas importantes con el abuso de la ingesta de comida.

SESIÓN 12: Se comentó sobre los periodos de estancamiento, como estos son normales y se presentan de diferente forma en cada persona con la finalidad de evitar que la motivación disminuya cuando no logramos las metas propuestas. También se utilizó esta sesión para repasar lo visto en el programa y para enfrentar a los participantes a través de role playing a los problemas más frecuentes a los que se ven sometidos cada vez que quieren realizar su dieta. Esta actividad nos permitió verificar, corroborar y aclarar lo visto durante el programa. Al término de cada sesión los participantes se llevaban una hoja de autoregistros en la cual tenía que registrar diariamente las habilidades y actividades vistas en cada sesión ahora aplicadas en sus tareas diarias, esto con la intención de generar los cambios conductuales de forma paulatina pero constante. Al iniciar cada sesión se revisaban los autoregistros para aclarar dudas, conocer los motivos por los que alguien no haya realizado las tareas, pero principalmente para utilizarlos de retroalimentación.

– **TERCERA FASE**

SESIÓN 13: se reaplicaron el “Inventarios de Sobreingesta Alimentaria” y los “Autoregistros de Adherencia al plan nutricional” y se tomaron las medidas fisiológicas (peso y cintura) y de laboratorio (hemoglobina glucosilada) que se aplicaron al inicio del programa de intervención.

Resultados

Al finalizar el programa de intervención, se obtuvo estadística descriptiva para las variables sociodemográficas y se analizaron las diferencias de las puntuaciones en las variables dependientes antes y después de la intervención, para tal efecto se aplicó la prueba de Wilcoxon para grupos dependientes.

Tabla 1. Estadística descriptiva de la variable Peso

VARIABLES	FASE	MEDIA	DESVIACIÓN ESTANDAR
PESO	Pretest	73.39412	13.028597
	Postest	71.68824	12.063109
CINTURA	Pretest	97.29	9.426
	Postest	92.82	11.030
HEMOGLOBINA GLUCOSILADA	Pretest	7.100	1.8419
	Postest	6.559	1.5203
SUBINGESTA ALIMENTARIA	Pretest	53.18	5.780
	Postest	57.06	5.178
HÁBITOS DE SALUD	Pretest	53.00	9.811
	Postest	58.06	7.595

De los 17 participantes, 14 de ellos bajaron de peso durante el programa de intervención, 2 aumentaron su peso y uno se mantuvo con su mismo peso.

De acuerdo a la prueba de Wilcoxon para grupos dependientes, la variable peso obtuvo diferencias significativas ($p=.002$) antes ($X= 73.39$) y después de la intervención ($X= 71.68$), razón por la cual se puede inferir la efectividad del programa.

En la variable cintura se observó que de los 17 participantes 14 redujeron centímetros de cintura, 1 participante aumentó y 2 se mantuvieron con la misma medida de cintura tanto en el pretest como en el postest. Se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa ($p=.001$) en pre ($X= 97.29$) y post ($X= 92.82$), indicando que el programa de intervención permite reducir su volumen de cintura, favoreciendo la salud de aquellos pacientes que presentan obesidad o sobrepeso, y disminuir el riesgo de padecer diabetes en aquellos que aún no presentan dicho síndrome metabólico.

La variable de hemoglobina glucosilada también mostró diferencias significativas, 12 de los participantes mostraron una reducción de su hemoglobina glucosilada, 5 se mantuvieron igual tanto en el pretest como en el postest y ninguno de los participantes presentó aumento de esta variable.

De acuerdo a la prueba de Wilcoxon para muestras dependientes, el programa de intervención en esta variable tuvo diferencias estadísticamente significativas ($p=.002$), presentando los siguientes datos en el pretest ($X= 7.1$) y en el posttest ($X=6.5$).

La variable de subingesta alimentaria evaluaba situaciones tales como: *“Me altero mucho cuando subo uno o dos kilos”, “Siempre me preocupa subir de peso”, “Me respeto más a mi mismo (a) cuando estoy delgado (a)”*. En esta variable se esperaba que las puntuaciones de los participantes aumentaran, ya que de ser así, esto nos permitiría inferir que muestran mayor cuidado en el consumo de sus alimentos, limitándose a consumirlos indiscriminadamente. En la fase de pretest las puntuaciones fueron de ($X= 53.18$) y para la fase de posttest ($X= 57.06$). Al aplicar la prueba de Wilcoxon se encontraron diferencias significativas antes y después de la intervención ($p=.048$). De los 17 participantes de la muestra, 11 aumentaron sus puntuaciones, y 6 de éstos las disminuyeron.

Hábitos de salud es una variable que se relaciona con la regularidad con la que un individuo participa en conductas que por lo general se consideran buenas prácticas de salud. Las puntuaciones elevadas indican una disposición a seguir una rutina diaria que es consistente con la conservación de un peso corporal sano. Algunos de los reactivos de esta variable son: *“Evito los alimentos que engordan”, “Me ejercito con regularidad”, “Tengo buenos hábitos de salud”*. En esta variable también se esperaba que la puntuación de la media aumentara entre la fase pre y posttest, pues a mayor puntaje, mayores conductas de autocuidado en el plan nutricional. Antes de la intervención se obtuvo ($X= 53.00$) y después del programa ($X= 58.06$). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p=.035$). Los cambios en los hábitos de salud también se vieron reflejados en el número de participantes que mostraron altas puntuaciones, ya que 11 de los 17 participantes mostraron cambios en sus hábitos, 4 no los mejoraron sino por el contrario dejaron de hacer actividades para conservar su peso, y finalmente 2 de ellos se mantuvieron igual.

A partir de estos datos se concluye que la intervención cognitivo conductual resultó eficaz para que el paciente con diabetes mellitus tipo II se adhiriera con mayor facilidad a su plan nutricional.

CONCLUSIÓN

Se acepta la Hi que indica que la TCC en conjunto con apoyo de nutrición, fue efectiva en la adherencia al tratamiento nutricional en pacientes con diabetes mellitus tipo II.

Se pone de manifiesto la relevancia del manual de trabajo como un medio para apoyar lo visto durante cada sesión, reforzando lo aprendido con tareas en casa. Esto permitía que los participantes tuvieran la oportunidad de repasar en todo momento cualquiera de los objetivos vistos.

Los autoregistros incluidos en el manual permitían recordar a los participantes los cambios conductuales que debían realizar día con día, pudiendo con esto ir monitoreando su propia conducta, haciéndose más conscientes de la importancia de su participación y compromiso para lograr sus objetivos.

Los autoregistros proporcionaron información de tipo cualitativa, en donde se aprecia que las distorsiones cognitivas que más prevalecían antes del programa fueron el optimismo excesivo en donde se predice el futuro de forma demasiado positiva sin considerar otros posibles resultados (*“No pasa nada si calculo las cantidades en lugar de pesarlas, de todos modos seguiré bajando de peso” “Si como tantito de más no pasa nada, al rato tomo más agua y no engordo”*), y la justificación en donde se vinculan dos conceptos que no están relacionados solo para justificarse cuando se come algo que no se debería (*“Me merezco comerme esto porque estoy muy estresado” “No está mal comer esto porque es gratis y no voy gastar mi dinero” “Hoy trabaje muy duro me merezco darme un premio, comeré un poco de helado”*). Sin embargo, una vez concluido el programa se apreció una disminución de las mismas y un mejor control y dominio de ellas por parte de los participantes.

La importancia del apoyo social a través del “compañero de dieta” generó en los participantes un sentimiento de pertenencia y un compromiso para con sus compañeros, factor que sin lugar a dudas se vio reflejado en el alto número de asistencias. Además se generó una mayor empatía entre los mismos y la motivación de sentirse apoyados y entendidos por otras personas que comparten su misma problemática, fue sin lugar a dudas un factor fundamental en el cambio. Lo cual nos permite concluir como en una sociedad con una tendencia colectivista la influencia del trabajo grupal suele ser muy efectivo. Esto nos permite sugerir la creación de más programas de intervención en el área de la salud de corte colectivo y no tanto individual, lo

cual nos permitiría trabajar con un mayor número de personas en menos tiempo y con menor gasto de lo que implicaría trabajar lo mismo de manera individual.

El trabajar de manera semanal con los pacientes arrojó resultados cualitativos positivos, ya que los mismos participantes manifestaron que era un tiempo adecuado para ensayar y habituarse a los cambios trabajados cada semana.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en la presente investigación permiten confirmar lo que Beck (2008) menciona en relación a los efectos de las técnicas de la terapia cognitivo conductual para mejorar la adherencia al plan nutricional. Las técnicas que resultaron eficaces se basaron principalmente en enlistar conductas específicas, jerarquizar las conductas de auto cuidado, formular aproximaciones sucesivas al régimen del tratamiento, entrenamiento en auto monitoreo de conductas relevantes para el tratamiento, determinar claves o señales ambientales, reforzar las conductas nuevas que sean deseables para el tratamiento, corregir los errores de pensamiento y entrenar en habilidades de resolución de problemas y toma de decisiones.

Los datos obtenidos permitieron evaluar la efectividad del programa de intervención para mejorar la calidad de vida de los pacientes con Diabetes, y consiente considerar que el programa podría aplicarse en otras instituciones con la finalidad de generalizar las mejoras obtenidas en este estudio, considerando las ventajas operativas del mismo, tales como el poco presupuesto económico que se requiere para la impartición del mismo y la brevedad en tiempo que implica su aplicación.

Finalmente, se sugieren algunas mejoras que se podrían realizar en futuras replicas, como la posibilidad de adaptar el programa en otras poblaciones como niños y adultos que presenten sobrepeso u obesidad, la creación de una manual para el trabajo con niños; incluir un grupo control, así como una sesión más de seguimiento y medición a los tres meses de concluido el programa con la finalidad de evaluar si los cambios han sido mantenidos a mediano plazo.

REFERENCIAS

- Beck, J. (2009). *El Método Beck para bajar de peso*. Barcelona. Gedisa.
- Cortazar, J. (2007). *Calidad de vida en pacientes diabéticos*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México.

- Del Castillo, A. (2005). *Intervención Cognitivo-Conductual grupal para mejorar la adherencia terapéutica y la calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. UNAM. México.
- Luis, M. (2003). *Adherencia Terapéutica en la Diabetes Mellitus*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. UNAM. México.
- Organización Mundial de la Salud (2002) Iniciativa de Diabetes para las Américas: Plan de acción para América Latina y el Caribe. *La respuesta de la salud a las enfermedades crónicas*.
- Oviedo, T. (2007). *Modelo multidimensional del automanejo conductual de la Diabetes Tipo II basado en la participación familiar*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. UNAM.
- Pardo, C. (2006). *El arte de vivir con Diabetes*. México. Trillas.
- Pichardo, C. (2004). *Diabetes: una oportunidad a la vida, una intervención psicológica para cambiar creencias relacionadas con la Diabetes*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. UNAM. México.
- Sánchez-Sosa, J (2002), Treatment Adherence: The role of behavior mechanisms and some implications for health care interventions. *Revista Mexicana de Psicología*, 19 (1), 85 -92.
- Serrano, K. (2007). *Predictores de la Adherencia a la dieta, ejercicio y medicamentos, pacientes obesos bajo tratamiento farmacológico: un estudio longitudinal*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. UNAM. México.

AUTOBIOGRAFÍA

LUCIO BALAREZO CHIRIBOGA

MEMORIAS INICIALES



Nací en San Francisco de Quito (Ecuador), ciudad reconocida por organismos internacionales como Patrimonio de la Humanidad y la Cultura, en el mes de septiembre, a los diez días del año 1947. Como diría mi hermano Carlos en el sepelio de mis padres, “crecimos entre tangos y pasillos”, afición musical de mi padre y madre respectivamente. Nuestra condición sencilla y sacrificada se tiñó con trabajo, sabiduría, esfuerzo, exigencia y creatividad para cumplir mis propósitos de educación y progreso. Soy el tercer hijo entre tres (Carlos y María Elena); por lo tanto, como último, cabría una estructura de personalidad con rasgos dependientes y carentes de iniciativa, pero al parecer rompí la regla y desde pequeño mi vida fue autónoma y disipada, probablemente por la diferencia de edad con mis hermanos que no me permitió una participación más directa e íntima con ellos.

Cuando se pretende escribir la propia historia, sin quererlo, se va hilando la biografía sobre las construcciones de experiencias que tuvieron significación en aquel momento y que en la actualidad se ven contaminadas por la historicidad de las mismas y por las nuevas construcciones establecidas en el presente. Recuerdo, o más bien interpreto actualmente, que mi madre, afectiva en su estructura, constituye el motor, la energía, el orgullo y el constante apoyo en todas las consecuciones infantiles y adolescentes. Mi padre, cognitivo, instituye con la disciplina, a veces rígida, su constancia, su creatividad, su brillantez para las artes, artesanías y su interés por la lectura. Ambos, católicos fervientes y practicantes, se apoyan en la doctrina para generar las nociones del bien y del mal, de la fe y la dignidad, de la justicia y del humanismo en su máxima expresión.

Siendo aún muy niño, mis padres me enseñaron tempranamente a leer y escribir y seguramente las cuatro operaciones, de modo que este factor genera una ventaja sobre mis condiscípulos y pares escolares que servirá para que avance con notable éxito durante mi vida académica. Recuerdo que no se podía mostrar menos de excelente en la libreta de calificaciones durante la instrucción primaria y eso genera una habituación a intentar ser el primero en el rendimiento académico en los diferentes niveles.

Y la adolescencia ocurre bajo los mismos parámetros. En aquella época también aparecen algunas destrezas para la música, para el deporte y otras actividades extracurriculares (la guitarra, el canto coral y en trío, el fútbol, el tambor de la banda de guerra) con estimado brillo, que ventajosamente no se consolidaron por falta de tiempo para profundizar su práctica y por lo tanto no se evidenciaron lo suficiente, pues tal vez, otro habría sido el rumbo de Lucio. Por alguna tradición familiar, mi vocación hacia la docencia germina en este período, e ingreso a formarme como profesor en el Normal Juan Montalvo, donde obtengo el título de Bachiller en Ciencias de la Educación en 1966 y comienzo a trabajar como profesor primario, condición imprescindible para iniciar mis estudios universitarios y para ayudar a la familia.

A los 15 años conozco a Lily (compañera de toda mi vida y madre de mis cuatro hijos) cuando “cándida” e “inocentemente” me invita a jugar básquetbol y luego de algunos años de noviazgo nos casamos y desde allí seguimos juntos hasta la actualidad, habiéndose constituido ella en un apoyo permanente y silencioso durante mi trayectoria académica y profesional y sobre todo permitiéndome sentir la dicha de ser padre de Santiago, Diego, Iván y Gabriela, y abuelo de Dieguito, Andresito, Santiaguito, Mikaelita y Danielita.

Mi interés por la Psicología como disciplina científica, no cabe duda, se cristaliza cuando escucho las clases de un profesor que dictaba Bases Biológicas de la Psicología y Psicología General en el colegio. Luego, sin ninguna orientación previa, me inscribo para el examen de ingreso en la Escuela de Psicología de la Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación de la Universidad Central del Ecuador obteniendo en 1973, la Licenciatura en Ciencias de la educación, especialización Psicología Educativa y Orientación Vocacional. En 1977 me doctoro en Psicología Clínica en la Facultad de Ciencias Psicológicas de la Universidad Central y en la misma universidad obtengo la Maestría en Desarrollo del Talento Humano en el 2007. Esto último más por obligación que por una verdadera afición.

Me inicio como maestro a los 18 años y desde allí no he dejado esta profesión durante toda la vida. He tenido la oportunidad de ejercer la enseñanza con niños, adolescentes y adultos en los niveles de primaria, secundaria, pregrado y postgrado en 12 universidades del país, dictando cátedras de psicoterapia, consejería, neuropsicología y psicopatología, sobre todo. He recorrido escuelas, colegios y universidades en la docencia. Creo que soy maestro por vocación y profesor por derecho.

En algunas oportunidades las personas se preguntan, luego de haber recorrido toda la vida en una profesión, si se hubiesen sentido mejor en otra actividad o si se equivocaron en su decisión profesional. En momentos de introspección y reflexión individual mi respuesta es determinante y sin la menor duda: si volviera a nacer, sería nuevamente psicoterapeuta. Al parecer, en algunas personas, entre las que me incluyo, las condiciones naturales inducen a un ejercicio psicológico intuitivo aún antes de iniciar la formación profesional. Aquella preferencia de los amigos de la adolescencia para acercarse a conversarme sus intimidades y secretos, y la capacidad de “escucha empática natural” presente desde esos años parecen reflejo de la descrita vocación de ayuda, condición tan necesaria en los psicoterapeutas. Esas características de personalidad que luego se asumirán como condiciones del terapeuta integrativo, sumadas a una buena capacidad de análisis y síntesis durante el diálogo, la inclinación a buscar la remediación en los conflictos, la intuición reflexiva y perspicaz en el descubrimiento del otro, la tendencia al orden y la disciplina en la vida diaria influyeron más que las insinuaciones de familiares para que asuma otra profesión. Por aquello, cuando fui a la universidad en busca de una profesión, no se hicieron presentes titubeos ni indecisiones, eso es lo que buscaba; tampoco fue incierta la preferencia por la especialización de clínica sobre las otras especializaciones de la psicología.

GERMINACIÓN, FLORECIMIENTO Y CONSOLIDACIÓN DEL MODELO INTEGRATIVO

Cuando obtengo el doctorado en Psicología Clínica, se me presenta la inmejorable oportunidad de cumplir con los objetivos soñados durante mi vida universitaria: trabajar en un hospital general y ser docente universitario. El día 23 de mayo del año 1977, me incorporaba como Psicólogo Clínico del servicio de Psiquiatría del "Hospital Carlos Andrade Marín" del IESS y un mes después como profesor de la Facultad de Ciencias Psicológicas de la Universidad Central del Ecuador. Desde aquel día inicio el ejercicio profesional como psicólogo clínico en el sector público y privado, y como docente de Psicoterapia, actividades que las sigo cumpliendo hasta el día de hoy.

Y los más de treinta años de trabajo en el medio hospitalario, me permiten atender miles de pacientes y organizar la actividad terapéutica en lo que posteriormente será el modelo integrativo focalizado en la personalidad.

En las décadas del 60 y 70 del siglo anterior los referentes bibliográficos en nuestro país eran escasos. Por otro lado, desprenderse de la influencia y modelo médicos (referentes de formación como psicólogo clínico en nuestra Facultad) era una tarea difícil y contracorriente. De todos modos, entre los textos de consulta bibliográfica constaba el intitulado "36 sistemas de psicoanálisis y psicoterapia" de Harper (1966). En sus primeros capítulos el autor, señala las características comunes de los sistemas psicoterapéuticos, como elementos presentes en el ejercicio psicoterapéutico provenga de donde provenga el psicoterapeuta. Es que hablar de paciente, de terapeuta, de proceso, de recolección de información, del uso de técnicas, no excluía a ninguna orientación. Entonces asumo la comprensión progresiva de que las diferentes corrientes psicológicas denotaban éxitos en su actividad terapéutica, a lo que se sumaba la formación amplia y difusa en el medio universitario. Este antecedente va delineando mi actitud a no minimizar ninguna teoría ni los logros que ellas tenían en los campos específicos en los que trabajan.

Como un esfuerzo docente publico el texto denominado "Introducción a la Psicoterapia" en el año 1986 y posteriormente el texto "Psicoterapia" en el año 1991, reconocido con el Primer Premio Universidad Central y reeditado en varias versiones por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, en los que se aprecia una intuitiva tendencia a la integración o mejor al "eclecticismo". Bien se podría afirmar que los primeros 20 años el ejercicio profesional y docente en la Universidad Central y la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y en otras universidades del país, se desenvuelven entre la puja doctrinaria, filosófica e ideológica impuesta por los aconteceres mundiales que extrapolaban no solo el pensamiento, sino el afecto y la acción hacia el idealismo o el materialismo; hacia el capitalismo o el socialismo y en lo estrictamente psicológico hacia lo psicoanalítico o lo fisiológico. O Pavlov o Freud; ellos como principio y final de la Psicología y de la Psicoterapia. En la formación profesional y práctica clínica se conjugaban conceptos y aplicaciones de uno y otro terreno. Se aprendían técnicas proyectivas y se aplicaban técnicas conductuales.

He considerado a través de mi ejercicio profesional que la verdadera esencia de la psicoterapia no radica en la simple comunicación o conversación entre dos o más personas, ni en procurar la adaptación pasiva del sujeto a su medio o el alivio circunstancial de sus molestias, sino en la incitación de transformaciones que impriman un sentido a la actividad social del individuo y reflejen un nuevo estilo de autoresolución.

El año 1999, luego de un largo intercambio telefónico con Alejandra Pérez, acudo a Buenos Aires, en representación del Ecuador al Primer Congreso Latinoamericano de Psicoterapia y esta experiencia me permite conocer a dos amigos, maestros, colegas y sobre todo terapeutas integrativos, Héctor Fernández-Álvarez y Roberto Opazo, con quienes iniciamos una amistad intensa y un compartir académico de mucha significación y crecimiento personal para mí. De allí en adelante he conocido los desafíos, la solidaridad, las metas cumplidas, los sueños realizados, las noches de insomnio, las jornadas largas para ir construyendo y estructurando el modelo integrativo focalizado en la personalidad, sobre todo urgido por la demanda de iniciar la Maestría en Psicoterapia Integrativa en la Universidad del Azuay. Como expresé en algunas ocasiones, el modelo integrativo fue concebido en Quito, en la Universidad Central y tuvo su nacimiento en la ciudad de Cuenca, en la Universidad del Azuay. Su posterior crecimiento y expansión es un asunto nacional con notable aceptación y credibilidad en todo el país. En materia de maestrías de psicoterapia dictadas en las universidades, el modelo integrativo ocupa el segundo lugar en el Ecuador, solamente superado por el modelo sistémico. Esto en 7 años de vigencia de la SEAPSI.

Lo integrativo se va forjando luego de las lecturas iniciales de los textos de Héctor Fernández-Álvarez y Roberto Opazo en grupos de profesionales y estudiantes de psicología clínica, entonces internos en el Hospital “Carlos Andrade Marín” del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, que luego tendrán su expresión en los Grupos Ecuatorianos de Asesoramiento y Psicoterapia Integrativa, GEAPSI.

La necesidad de consolidar legalmente a nuestra agrupación, genera la Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia Integrativa, SEAPSI, institución que en pocos años logra prestigio y brillantez a nivel nacional e internacional. Iniciamos la expansión del modelo y de nuestra organización mediante la generación de eventos académicos con la participación de psicoterapeutas ecuatorianos y latinoamericanos de notable ascendencia y una intensa participación de profesionales y estudiantes del país. Con esto logramos no solo la expansión del modelo sino la integración de terapeutas de diversas corrientes. Iniciamos nuevos retos, promover maestrías en otras ciudades, mantener una publicación anual de la Revista Pser-Integrativo que alcanza ya el número 5, estimular la acreditación de psicoterapeutas integrativos a nivel ecuatoriano y latinoamericano y gestar con el apoyo de los colegas integrativos de Argentina, Chile, Uruguay y Ecuador, la Asociación Latinoamericana de

Psicoterapias Integrativas, ALAPSI, resultado alcanzado por los vínculos solidarios entre Héctor Fernández-Álvarez y la Fundación AIGLÉ, Roberto Opazo y el Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa, Margarita Dubourdieu y la Sociedad Uruguaya de Psiconeuroinmunoendocrinología, y Lucio Balarezo y la Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia Integrativa.

NEUROPSICOLOGÍA Y PSICOTERAPIA

En el período de 1981 a 2000, también asisto a un empuje de la Neuropsicología en nuestro país. Iniciamos con una investigación financiada por el Consejo Nacional de Universidades y Escuelas Politécnicas, CONUEP, cuyo tema fue “Adaptación del examen neuropsicológico de Luria a nuestro medio”, trabajo que justificó la cordial invitación de Alfredo Ardila para integrarme como el primer ecuatoriano en la Sociedad Latinoamericana de Neuropsicología. Posteriormente el esfuerzo se orientó a incluir las neurociencias, sobre todo la Neuropsicología, en el pensum de las universidades ecuatorianas, comenzó en la Universidad Central, luego dictamos materias optativas y cursos de Graduación en las universidades, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Estatal de Guayaquil, Nacional de Loja y Universidad del Azuay. Actualmente, y por el desarrollo impulsado por otros profesionales, esta disciplina se encuentra plenamente sustentada a nivel de pregrado y postgrado. En este período escribimos en coautoría los libros, “Compendio de Neuropsicología” en el año 1999 y “Auxiliar de Psicodiagnóstico Clínico y Neuropsicológico” en el 2003.

Con certeza puedo expresar que el año 1999 tiene extraordinaria significación para el Ecuador al iniciarse la agrupación de terapeutas de diferentes corrientes que constituye el germen del crecimiento de la psicoterapia en nuestro país. La conformación de la Sociedad Ecuatoriana de Psicoterapia, SEPs, su integración al concierto latinoamericano y mundial es un hito histórico que marca un antes y un después de la Psicoterapia en nuestro país. Esto como resultado de mi elección como el primer presidente de la Federación Latinoamericana de Psicoterapia en Santiago de Chile y del compromiso honroso asumido por un grupo de soñadores latinoamericanos que emprendimos la tarea de construir y darle sustentabilidad y permanencia a este organismo. Hemos permanecido como nexo entre la Federación Latinoamericana de Psicoterapia y la Sociedad Ecuatoriana de Psicoterapia durante todos estos años con todo el esfuerzo que requería esta tarea, participando como expositor representante

del Ecuador en los 9 congresos latinoamericanos de la FLAPSI. Como afirmé en la Clausura del III Congreso Latinoamericano de Psicoterapia, en Quito el año 2001, en esa época, tenía dos “amores”: la neuropsicología y la psicoterapia. Sin embargo, esta última advino con mayor fortaleza y desde allí la corriente me inclina hacia la relación de ayuda y el aplacamiento del sufrimiento humano.

CONTRIBUCIONES ACADÉMICAS Y GREMIALES

Las funciones docentes también me ligan a temas administrativos y académicos, en 1993 me desenvuelvo como Presidente del Consejo Académico de la Facultad de Ciencias Psicológicas de la Universidad Central, por dos períodos; desde 1996 hasta el 2000 soy electo Decano de la Facultad de Ciencias Psicológicas por dos períodos seguidos; de 2000 a 2002 Subdecano de la misma Facultad. Entre los años 2002 y 2006, el Rector de la PUCE me nombra Director del Centro de Psicología Aplicada de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y entre el 2008 y 2010 como Subdecano de la Facultad de Psicología de la PUCE. Desde allí asumo la decisión de alejarme de toda función como autoridad para dedicarme casi en forma exclusiva al modelo integrativo.

Considero que el ser humano debe asociarse, agruparse, unirse, solidarizarse, formar redes, integrarse, no solo por su vocación gregaria, sino porque es la única forma de crecer y ayudar a desarrollarse a los demás. Por esta visión he generado varias agrupaciones científicas y gremiales, y me he integrado a otras. Me han elegido como su primer presidente en algunas de ellas. Desde la década del 70 del 1900 hasta este mismo año he cumplido con múltiples dignidades: Socio Fundador y Presidente de la Federación Ecuatoriana de Psicología Clínica, FEPSCLI, (1979); Socio Fundador del Colegio de Psicólogos Clínicos de Pichincha, COLEPSCLI-P, (1982); Miembro activo de la Sociedad Latinoamericana de Neuropsicología, SLAM, (1991); Coordinador de la Confederación de Profesionales Universitarios del Ecuador, CEPU, (1985), Miembro activo de la Asociación Colombiana de Neuropsicología (1991); Socio correspondiente de la Sociedad Brasileña de Neuropsicología (1992); Socio activo de la Fundación Ecuatoriana de Neurociencia (1993); Socio Fundador y Presidente de la Sociedad Ecuatoriana de Neuropsicología, SOENp, (1997); Socio Fundador y Presidente de la Sociedad Ecuatoriana de Psicoterapia, SEPs, (1999). A partir del año 2000 se me honra con la presidencia de las siguientes asociaciones, de las cuales también soy socio fundador: la

Federación Latinoamericana de Psicoterapia, FLAPSI (2000); la Asociación Latinoamericana de Psicoterapias Integrativas, ALAPSI, (2006) y sobre todo, desde el año 2004 hasta la actualidad, la Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia Integrativa, SEAPSI, organismo que lo considero como la razón de mi vivencia diaria y estímulo inmanente por las invalorable satisfacciones que me ha brindado.

Estas responsabilidades me han significado ser expositor en aproximadamente 150 eventos científicos en Ecuador, Latinoamérica y Europa en eventos vinculados con psicoterapia, neuropsicología y psicología clínica.

El interés científico se resume en la participación como investigador, director de proyectos o asesor en las siguientes temáticas “El comportamiento sexual de los jóvenes de la ciudad de Quito”. “El comportamiento gestual en cuatro roles tipos de la actividad humana”, “Evidencias de disminución de memoria inmediata en alcoholismo primarios”, Poster presentado en el IV Congreso Latinoamericano de Neuropsicología en Cartagena – Colombia, nominado con Mención de Honor y publicado en la Memorias del Congreso (NEUROPSYCHOLOGIA LATINA volumen 2 SLAN) y la adaptación de la prueba neuropsicológica de Luria, citada en párrafos anteriores.

EL INTERÉS POR ESCRIBIR

¿Para qué se escriben libros y artículos? Si acaso es una especie en extinción, una pieza extravagante de museo; si es una quimera inalcanzable para algunos, obligación profesional para otros, si diversión para unos, o tarea tediosa para otros.

Si eso de escribir sirve para agilizar en movimientos finos los dedos a través de las maniobras en el teclado, o agilita y mejora las neuronas y la función ejecutiva de los lóbulos frontales. Si para escribir hay que inspirarse o concentrarse en los recuerdos, las fantasías y las experiencias. Si a través de la escritura se combate el ocio, se vence el cansancio, se trasnocha y se desvela, se piensa en la publicación y las editoriales, se corrige, se vuelve a corregir y a recorregir. Escribir: asirse al tiempo, al espacio y al cambio. Y finalmente esperar que lo lean y no lo fotocopien.

¿Y por qué el interés por lo humano en los textos? Sin lugar a dudas por las experiencias familiares tempranas que insinuaron el interés, la preocupación y el servicio a los otros con una actitud de respeto, comprensión y atención.

Mi personalidad, con una estructura claramente cognitiva da cuenta de la tendencia temprana, que aún se mantiene, como componedor, mediador, conciliador; la tendencia a escuchar, la facilidad para guardar los secretos y la inicial ascendencia sobre pares y semejantes. Por eso también la preferencia hacia los componentes relacionales más que a los técnicos durante el ejercicio de la profesión. Además estas características originan la tendencia a escribir con la convicción de que ésta es una forma de trascender y dejar marcado una postura y una visión que aunque puede ser controversial no deja de ser un camino por recorrer. A más de los textos citados en líneas anteriores hemos publicado artículos en revistas de especialidad y los siguientes textos y capítulos: Psicoterapia, Asesoramiento y Consejería 2003; Terapia Cognitivo Conductual (México) PSICOM Editores 2004 (capítulo); Apuntes de Sistemas Contemporáneos de Psicología 2005; Globalized Psychotherapy (Austria) WCP 2004 (capítulo); El Alcoholismo: una perspectiva Integrativa (coautor) 2009; Psicoterapia Integrativa focalizada en la personalidad 2010.

RECONOCIMIENTOS

La vida ha sido generosa conmigo en lo académico y lo personal. A más de los reconocimientos durante la instrucción primaria y secundaria, en el ciclo universitario tuve la nominación de “Mejor Estudiante de la Facultad de Ciencias Psicológicas” de la Universidad Central del Ecuador (1975); “Reconocimiento al Mérito Científico” por la Coordinación General de Investigación de la Universidad Central del Ecuador (1999); condecoración al “Mérito por la Actividad en el Quehacer Psicoterapéutico” otorgado por la Federación Latinoamericana de Psicoterapia (2001); acreditación como Psicoterapeuta Integrativo por la Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia Integrativa (2008); certificado de Psicoterapeuta Latinoamericano por la Federación Latinoamericana de Psicoterapia (2008); Certificado de Psicoterapeuta Integrativo Latinoamericano cedido por la Asociación Latinoamericana de Psicoterapias Integrativas (2008); “Condecoración al Mérito Investigativo” conferido por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos de Lima, 2010; Miembro del Consejo Editorial de la Revista Argentina de Clínica Psicológica (Revista Indexada).

COLOFÓN

Aparte de reconocer el sacrificio y la fortuna, la responsabilidad y el esfuerzo, todos componentes personales, sería injusto suponer que todo lo conseguido hubiese sido factible con un trabajo aislado. El ser humano es producto de las influencias tempranas, pasadas y actuales. Uno no escoge dónde nacer y qué hogar tener, y esta condición muchas veces marca una ruta y un cometido. Es probable que el hogar propio esté más sujeto a nuestra decisión, que en todo caso, por el dominio del afecto sobre la razón, no siempre es el que nos imaginamos. Estas dos condiciones, sin embargo, han sido dadivosas y magnánimas en mi caso. Sin los impulsos iniciales de mis padres y hermanos, y sin la comprensión de mi esposa e hijos no hubiesen sido posibles las metas cumplidas. Pero en el transcurso de mi vida académica y profesional han existido colegas, maestros, alumnos y pares integrativos nacionales y extranjeros que han sido y siguen siendo compañeros de ruta. Gracias a todos por compartir la vida, los empeños, los objetivos, los problemas, los triunfos, los obstáculos, los grandes momentos, los apuros y las inquietudes, cada uno sabe cuánto me brindó.

AQUÍ FALTA UN ARTÍCULO (7 HOJAS)

¿ALFABETIZACION EMOCIONAL PARA LOS PACIENTES DROGODEPENDIENTES?

⁵Mst. Sandra Lima Castro

Resumen

El siguiente trabajo tiene como objetivo presentar la importancia de considerar las disfunciones neuropsicológicas para explicar el proceso toma de decisiones de los pacientes dependientes de drogas, describiendo el modelo del marcador somático. Se examina la necesidad de una intervención terapéutica que fomente la integración de la emoción y la cognición. En conclusión, la integración sería la estrategia más factible. Palabras clave: Drogodependencia, integración, emoción, cognición.

Abstract

This work has as aims to present the importance of considering the neuropsychological dysfunctions to explain the decision making process of drug dependent patients, describing the somatic marker model. There is examined the necessity of a psychotherapeutic intervention that encourages the integration of emotion and cognition. In conclusion, the integration would be more feasible strategy.

Keywords: drug, integration, emotion, cognition.

Introducción

Expertos en el ámbito de tratamiento de la drogodependencia encuentran un sinnúmero de ventajas al intentar una integración entre las diversas propuestas terapéuticas; ya que no cabe duda que: “los trastornos adictivos exigen una máxima potencia en la intervención” (Fernández-Álvarez, H. y Opazo Castro, R.2004), debido a que las técnicas generalmente utilizadas dan respuestas parciales; a menos que se aborde el trastorno de este tipo de pacientes, desde un enfoque de tratamiento integrativo y multidimensional.

Con asombro y desconcierto durante mucho años no solo los familiares sino además profesionales que trabajan en el área de la drogodependencia, han constatado la incapacidad de estas personas para aprender de sus errores frente a la temible fatalidad de enredarse en una espiral en la cual la culpabilidad, la vergüenza, el abandono, la degradación, el aislamiento y la pérdida de control, se convierten en una constante, incluso desde su experiencia ellos refieren “*el deseo abrumador de consumir aunque estemos destrozando nuestra vida*” (Narcóticos Anónimos).

⁵ Psicoterapeuta Integrativa

En la actualidad, gracias a los avances de la neurociencia conocemos que la neurotoxicidad de las sustancias psicoactivas alteran mecanismos cerebrales. En este sentido, tomando en cuenta los estudios de Damasio (1994, 2000), al parecer existen similitudes comportamentales entre los sujetos que padecen de drogodependencia y personas con lesiones en la región ventromedial prefrontal, así las disfunciones neuropsicológicas explicarían porque los pacientes drogodependientes se guían por recompensas inmediatas y son miopes para percibir las consecuencias negativas de sus actos. Si simplificamos el proceso de la teoría de Damasio (1994, 2000), la dinámica resultaría de la siguiente manera los marcadores somáticos o la respuesta emocional automática que guían la toma de decisiones por una lógica homeostática, se dispararía a partir de estímulos primarios que se asocian a estados placenteros; como también a partir de estímulos secundarios, como por ejemplo, recuerdos personales o hipotéticos de un evento emocional agradable. Al parecer, en la adicción paulatinamente los marcadores somáticos se van asociando a ambos estímulos, inclusive produciéndose una consolidación; es decir, volviéndose cada más potentes que incluso los marcadores adaptativos. Así, la persona con el tiempo presentaría dificultades para generar emociones frente a un amplio espectro de eventos vitales que no están relacionados con el consumo de la sustancia, inclusive llegarían a anular las lecturas de supervivencia. Por consiguiente: el proceso de toma de decisiones de los individuos drogodependientes estaría distorsionado por una excesiva apreciación emocional de las recompensas, asociadas al consumo de sustancias y por una infraestimación de las consecuencias negativas (Bechara et al., 2002).

Desde la misma perspectiva, Diana Kushner y el Dr. Humberto Guajardo Sanz, consideran que los marcadores somáticos del abusador de drogas son potencializadores para: la dificultad de seguir reglas y autoinstrucciones, cuestionar la resolución de un problema, construir “meta-reglas”, efectuar un análisis comparativo con la experiencia y su incapacidad de autorregulación. En este sentido vale la pena considerar que: *“la emoción y el sentimiento, junto con la maquinaria fisiológica oculta tras ellos, nos ayudan en la intimidadora tarea de predecir un futuro incierto y de planificar nuestras acciones en consecuencia”*. (El error de Descartes, Biblioteca de Bolsillo, pág. 10-11). En definitiva, la intervención psicológica en los trastornos adictivos especialmente, debería procurar seguir los preceptos de Damasio (2005) al estimular la integración entre la emoción y la cognición; de esta manera lograr que los

sentimientos sean un motor que encaminen la dirección adecuada para la toma de decisiones racionales, debido a que, lamentablemente en los trastornos adictivos la “maquinaria fisiológica”; es decir, el sistema nervioso se ha adaptado a la presencia crónica de una droga, por lo que, aún después de una abstinencia aguda, la persona que padezca drogodependencia requiere todavía de varios meses para adaptarse fisiológicamente a un estado de abstinencia. Este persistente estado de desequilibrio, enfatiza la importancia de una intervención psicoterapéutica que motive la integración de la emoción y cognición. Por todo esto, es importante reflexionar sobre la importancia de desarrollar estrategias de intervención orientadas a estimular el área de las emociones en los pacientes drogodependientes pero tomando como base la teoría constructivista, que propone un marco integrador y coincide con los planteamientos de Damasio al considerar que no existe una distinción rígida entre cognición, emoción y conducta ya que los fenómenos cognitivos (emocionales y conductuales), son expresiones de procesos globales y sistémicos. También concuerdo con la postura de Mahoney y Gabriel (1987), quienes señalan que no se puede concebir una "realidad" objetiva independiente del sujeto, además no se puede afirmar siempre la primacía de la cognición sobre la emoción o la acción.

Desde el modelo Constructivista Moderado, una propuesta de intervención potente integraría técnicas de la terapia cognitivo conductual con técnicas de terapias más experienciales como son el análisis transaccional, logoterapia y psicodrama. Esta selección no es arbitraria ni intuitiva, se basa además en las propuestas de Marvin Goldfried (1996) y la teoría de red semántica de la emoción y la memoria de Bower (1981), quienes señalan la importancia de la integración de la activación afectiva en el proceso de cambio terapéutico; ya que se ha encontrado que, intervenciones que incrementan la activación emocional favorecen a la accesibilidad de las cogniciones previamente asociadas, facilitando la reevaluación de estos materiales. Es importante sostener que una intervención eficaz tendría que ampliar el “awareness” del paciente acerca de la relación entre su conducta y las consecuencias que le siguen, para que paulatinamente vaya aumentando la probabilidad de acceder a eventos reforzantes y se aleje de eventos frustrantes, mediante la reconstrucción del paciente de la propia coherencia del sistema cognitivo, puesto que desde la postura del constructivismo es a través de la autoconciencia que el significado personal se convierte en el núcleo organizador de todos los significados. De manera según las pautas de auto-identidad se regularán y serán

posibles cierto tipo de construcciones, y qué la información será excluida o integrada al sistema de significados de la realidad y de uno mismo. (Balbi, 2004)

Finalmente es importante señalar que el trabajo terapéutico con las emociones requiere un dispositivo grupal, ya que está demostrado que son intervenciones más efectivas en el tratamiento de los trastornos adictivos que las terapias individuales, puesto que en el grupo crea un espacio que genera auto eficacia, entrenamiento asertivo, la capacidad de apoyar y ser apoyado, sentimientos de compromiso con el dolor del otro, reciprocidad, etc.

REFERENCIAS

- Bagladi, V., Guajardo, H. & Kushner, D. (2001). *Modelo Integrativo de Evaluación para Trastornos Adictivos en un Sistema Terapéutico Comunitario*. Revista ERAdicciones. Nº 4.
- Balbi, J. (2004) : *La mente narrativa. Hacia una concepción posracionalista de la identidad personal*. Paidós. Buenos Aires, Argentina.
- Damasio, A. R. (2001). **El Error de Descartes: La emoción, la razón y el cerebro humano**. Grijalbo Mondadori (Ed.). Critica. Barcelona.
- Damasio, A. R. (2005). **En Busca de Spinoza: Neurobiología de la emoción y los sentimientos**. Ed. Crítica. Barcelona,
- Damasio, H, Grabowski T, Frank R, Galaburda AM, Damasio AR (1994). **The return of Phineas Gage: clues about the brain from the skull of a famous patient**. Science 264:1102-5.
- Feixas, G. y Villegas, M. (1990) *Constructivismo y psicoterapia*. PPU. Barcelona.
- Goldfried, Marvin R. (1996) *De la terapia cognitivo-conductual a la psicoterapia de integración* . Editor Desclée de Brouwer
- Guajardo, H. y Kushner, D. (2006). *Manual Terapéutico para la Rehabilitación de los Trastornos Adictivos*. Editorial Akadia.
- Guajardo, H. y Kushner, D. (2009). *Psicoterapia Integrativa en los Trastornos Adictivos. En la Integración en Psicoterapia* : Manual Práctico Fernández Álvarez, H y Opazo Castro, R.(2004). Editorial Paidos, Barcelona.
- Gutiérrez Laso, A. (2007) *La formación de profesionales en drogodependencias, en revista "Proyecto"*
- Guía de Introducción a Narcóticos Anónimos. Narcóticos Anónimos 1995.

Fernández Álvarez, H y Opazo Castro, R.(2004). *La Integración en Psicoterapia*. Editorial Paidós, Barcelona. pág. 299.

Opazo Castro, R. (2001) *Psicoterapia Integrativa Delimitación Clínica*, Santiago de Chile, ICPSI

Narcóticos Anónimos. Narcóticos Anónimos, 1997.

LA DIMENSIÓN ESPIRITUAL EN PSICOTERAPIA: EL VALOR DE LO TRASCENDENTAL

Johanna Ortega Jaramillo⁶

Resumen

Este artículo busca reconocer la dimensión espiritual de cada cliente como parte importante del proceso terapéutico. A pesar de que en muchas personas se experimente dificultades al indagar sobre el tema, he podido a través de la práctica terapéutica, reconocer los efectos psicológicos y cognitivos que generan las experiencias catalogadas como “trascendentales” en la vida de los clientes. El significado de ésta experiencia, de orígenes históricos, es valorado en el proceso terapéutico para alcanzar un reconocimiento del sentido propio que le damos a nuestra vida.

Palabras Claves: Espiritualidad; Transpersonal; Trascendental; Sí Mismo.

Abstract

This article seeks to recognize the spiritual dimension of each customer as an important part of the therapeutic process. Even though, there are difficulties when inquiring about this issue, through therapeutic practice, I have been able to recognize the psychological and cognitive effects that experiences, classified as “transcendental”, produce in the lives of customers. The meaning of this experience, with historical origins, is valued in the therapeutic process in order to achieve recognition of the proper sense we give to our lives.

Keywords: Spirituality; Transpersonal; Trascendental; Itself.

Para empezar quisiera referirme a conceptos tomados de fuentes bibliográficas sobre el concepto de la palabra “psique”. Nos encontramos con el significado presentado por el *Chambers Dictionary* (Kirkpatrick, 1983, p.1039). que define la palabra psyche como “el alma, espíritu, o la mente”. Así también el concepto referido por (Mish & Morse, 1997, p.592), “el alma, el yo, y también la mente”. Si la psique es el alma o la mente, y la terapia es el proceso de sanación o recomposición, entonces, la psicoterapia podría ser entendida como la sanación del alma y/o la mente, y por lo tanto el lugar en el que el Yo Espiritual cobra tanta importancia como cualquier otro aspecto de nuestra vida.

El trabajo terapéutico que desempeñaba el profesional del comportamiento humano, estaba dirigido inicialmente a encontrar un ajuste personal a las exigencias sociales, al alivio de los síntomas neuróticos, a la corrección y dirección de los comportamientos catalogados como poco positivos, o simplemente, al trabajo de apoyo y sostén en procesos de tipo psicótico.

⁶ Psicoterapeuta Integrativa

Este primer desempeño terapéutico, iba tejiendo alrededor de los resultados y los niveles de satisfacción de los clientes, dudas sobre los efectos terapéuticos, a pesar de existir las explicaciones teóricas que sostenían el origen de dichos sufrimientos o desajustes.

Es entonces cuando comienzan a aflorar en los teóricos de la mente humana, otras necesidades que ya no sólo se orientaban en la búsqueda y explicación de los sufrimientos, sino también en alcanzar que esos sufrimientos sean elaborados bajo concepciones diferentes, y cuyo significado permita alterar la manera actual de experimentar dicho padecer.

La influencia de la visión cristiana, así como de la filosofía oriental conjuntamente con sus prácticas terapéuticas, han dado un empuje significativo al pensamiento de autores importantes dentro del desarrollo de las corrientes transpersonales, tales como Ken Wilber, Stanislaw Grof, Charles Tart, Vaughan o J. Campbell y tantos otros, quienes han ido construyendo un modelo que defina la riqueza que genera en el Ser Humano, un trabajo dirigido hacia la búsqueda de sentido, como eje central de su existencia.

La llamada tercera fuerza en psicología, es decir, la Corriente Humanista, se hace presente y nos ofrece una manera diferente de abordar el sufrimiento humano, explicándonos que el trabajo terapéutico también debe estar enfocado a conseguir los logros más elevados del Ser, es decir, se comienza a explorar en la posibilidad de liberación del potencial humano, de su conducción existencial y sentido de vida, todos ellos escondidos dentro de las conciencias de los pacientes o clientes.

Bajo esta nueva visión y establecidas otras perspectivas terapéuticas, es que a partir de los años 70 la psicología transpersonal, basada en una filosofía Humanista, es quien da el primer paso al hablar sin complejos, de la dimensión espiritual como parte importante dentro del contexto de la psicología y de la terapia. En la actualidad, el modelo terapéutico propuesto por el autor chileno Roberto Opazo, nos acerca claramente al objetivo que persigue el trabajo psicológico en el Ser Humano, que es la construcción de una escala personal de valores cuya meta es la configuración de una vida dotada de sentido propio.

Aunque se haya confundido la definición de la espiritualidad y la religiosidad de muchas maneras, en este artículo, la religiosidad será tomada como *“la adherencia a las creencias y prácticas de una iglesia organizada o una institución religiosa”* (Shafranske & Malony, 1990), mientras que la espiritualidad se utilizará para referirse a una experiencia singular personalmente significativa. Cuando decimos “espiritual” en este contexto, no queremos decir experiencias entendidas como fenómenos inexplicables o poderes sobrenaturales, en realidad se refiere al cultivo de una actitud altruista, idealista y genuinamente compasiva con nosotros mismos, nuestros semejantes y los no tan semejantes.

No se trata solamente de perseguir un gran ideal, el trabajo comienza aprendiendo a conectarnos con nuestra propia potencialidad de ser menos egoístas, de desarrollar la presencia consciente, es decir, aprender a ser coherentes entre lo que pensamos y lo que hacemos. La experiencia espiritual implica un conocimiento de la dimensión trascendente, y trascender significa un moverse más allá del marco de referencia propio, en una dirección más elevada o más amplia; implica *“moverse más allá del propio egocentrismo no saludable, de la dualidad y exclusividad, hacia una mayor inclusividad, unidad, y hacia una capacidad de amar”* (Velero, Tenido, & Kolander, 1992).

En los años que llevo como terapeuta, he atendido a personas con diferentes rasgos de personalidad, y si bien, las personalidades con recursos apegados a elementos afectivos, logran con mayor facilidad involucrarse en la dimensión espiritual, no puedo referir que las personalidades racionalizadoras no muestren interés alguno por este aspecto de su vida personal. Estas experiencias de crecimiento son sentidas por los clientes como alivio, una sensación de sentirse más grande y capaz de llegar a más partes de uno mismo, hacia más personas y hacia mejor vida.

Por ejemplo, un cliente que tiende a experimentar la sensación de paz y calma, recibe un nuevo entendimiento frente a las diferencias de otras personas, puede alcanzar un crecimiento personal, al aceptar a los otros más como ellos son, lo que lleva a la persona a construir un nuevo y más funcional sistema de creencias, y por consiguiente, por ejemplo, a controlar sus

estallidos de ira, es decir, existe un repertorio conductual marcado por formas diferentes de significar.

Hay quienes piensan que la espiritualidad no pertenece a la psicoterapia, que no tiene sólidas bases teóricas ni metodológicas que la sostengan, que los terapeutas sólo deben manejar aspectos emocionales, de comportamiento y cognitivos, y aunque esto podría para algunos no estar lejos de ser verdad, para otros profesionales quienes hemos experimentado el efecto terapéutico causado por las movilizaciones espirituales, es una necesidad y responsabilidad dar a conocer lo que en el futuro estoy segura, será motivo de mayor investigación y solidificación teórica.

Me gustaría por último, compartir un escrito de George Kandathil y Candida Kandathil, que dentro de la bibliografía revisada para realizar el presente artículo, me sorprendió por la exactitud con la que, a mi parecer, describe lo que deseaba expresar en este documento, y que a continuación lo cito literalmente:

“La espiritualidad es el proceso por el cual los seres humanos trascienden de sí mismos. Para aquellos que creen en Dios, la espiritualidad es la experiencia de la relación con Dios. Para un humanista, la espiritualidad es la experiencia de la trascendencia con otra persona. Para algunos puede ser la experimentación de armonía o unidad con el universo o la naturaleza en cualquiera de sus formas. Nos lleva más allá de nosotros mismos a un reino propio en el que “podemos experimentar una unión con algo mucho más grande que nosotros, y en esa unión encontrar nuestra mayor paz” (James, 1902/1958, p.395). Para personas religiosas, la experiencia espiritual suele tener lugar dentro del contexto de su religión. Para otros tiene lugar en la estructura de sus ideales y aspiraciones. Pero la experiencia en sí, es inexplicable e incommunicable en su totalidad, lo que James describe como “la incommunicabilidad del transporte” (George Kandathil y Candida Kandathil,1997, p.28).

Es así como a través de todo lo expuesto en este artículo, deseo comunicar mi experiencia como terapeuta, y estoy convencida, que en un futuro próximo el crecimiento y fortalecimiento de las corrientes humanistas y de sus estudios investigativos, irán dando respuestas a las inquietudes actuales sobre dicho tema, logrando satisfacer las expectativas de los

profesionales aún incrédulos sobre los beneficios psicoterapéuticos que se pueden alcanzar a través del trabajo transpersonal.

BIBLIOGRAFÍA

FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, H. y OPAZO CASTRO R. (2004). "La integración en Psicoterapia". Editorial Paidós, Barcelona.

FERNANDEZ A. Héctor, "Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia", Paidós, Buenos Aires, 1992.

PÉREZ E., "Gestalt Transpersonal", Fondos de la AETG, 1985.

ROWAN J., "Lo Transpersonal. Psicoterapia y counselling", Libros de la liebre de marzo, Barcelona, 1996, p. 25.

VASQUEZ A. Mariano J., "Las terapias del desarrollo personal", Ed. Robinbook, Barcelona, 1996.

INTERNET

<http://www.ICPSI.CL>

INFO@fritzgestalt.com

ESTRÉS Y PERSONALIDAD

Eva Peña⁷

Resumen

Desde finales del siglo pasado la palabra estrés está en nuestro léxico de uso diario, definiendo estados pasajeros de ánimo, cansancio, o un ritmo de vida acelerado. En realidad el estrés puede representar cada una de estas descripciones pero obviamente debemos avanzar un paso adelante para poder manejar este fenómeno que cada vez capta más adeptos en la ingesta de tranquilizantes, relajantes o somníferos, todos publicitados como de libre venta al público, y que ofrecen una cura instantánea.

Desde el punto de vista integracionista abordare en este artículo la importancia de la personalidad en el manejo del estrés, recordando de antemano que el estrés es una función necesaria del organismo, como el hambre o la sed, y que todos lo experimentamos en mayor o menor grado, y su función es prepararnos para actuar o escapar ante una posible amenaza.

Palabras Clave: Estrés, Personalidad, Afrontamiento

Abstract

Since the end of the last century the word stress has being used in our daily speeches, talking about passenger moods, like tiredness, or a quick lifestyle. The truth is that stress can be all this descriptions, but obviously we have take a step over, to describe this phenomenon, that is attracting more fans in the consume of psychotropic substances, that are of free selling, and offers a quick cure for all the illness of this era. This writing makes a journey from the stress for itself to the importance of personality looking for the best way of treatment.

Keywords: Stress, personality, coping

¿Porque se produce el estrés?

El estrés es uno de los factores de riesgo más importante para la mayoría de las enfermedades más frecuentes que se manifiestan en la actualidad, presentándose tanto en enfermedades cardíacas, como en hipertensión arterial, cáncer, diabetes, alteraciones metabólicas y hormonales.

El cuerpo desarrolla distintas habilidades para adaptarse a los estímulos a los que es sometido por su entorno, por medio de cambios internos, que incluyen, entre otras cosas, la liberación de hormonas. El estrés está dentro de cada persona y evoluciona en la forma en que desarrollamos habilidades para adecuarnos al medio. El término estrés fue introducido por el médico fisiólogo Hans Selye de Montreal y no tenía traducción al español. Originalmente se refirió a las reacciones inespecíficas del organismo ante estímulos tanto psíquicas como físicas,

⁷ Psicoterapeuta Integrativa

involucrando procesos normales de adaptación (eustrés), así como anormales (distrés). Pero a nivel de la emoción las reacciones del estrés son diferentes. La persona maneja la situación con la motivación y el estímulo del eustrés; de manera diferente, el distrés activa los mecanismos de conservación de la especie y hace que el individuo huya de la situación.

Los estudios originales de Seyle se hicieron a partir del "síndrome general de adaptación" descrito como la respuesta general de organismos a estímulos "estresantes". Seyle describió tres formas clásicas de la respuesta orgánica:

1. Fase de alarma (primitiva respuesta de preparación para la lucha o la huida).
2. Fase de resistencia.
3. Fase de agotamiento neuro vegetativo.

En la fase de alarma identificó respuestas fisiológicas en los sistemas circulatorio, muscular y sistema nervioso central (sistema límbico, sistema reticular, hipotálamo, neuroendocrino).

Las respuestas de adaptación demostraron científicamente la participación de los procesos emocionales y psíquicos en la formación de respuestas a estímulos tanto internos como externos, y la posibilidad de desbordamiento en las capacidades de adaptación individuales.

El estrés es la respuesta del organismo a una instancia real o imaginaria, que nos obliga a un cambio.

Las situaciones estresantes llamadas estresores que pueden producir el cambio o adaptación son muy numerosas, desde un cambio de humor transitorio a sentirse amenazado de muerte. Las causas varían en cada individuo, un divorcio es normalmente estresante pero una boda también puede serlo.

Las reacciones del estrés pueden ser específicas o inespecíficas.

Las reacciones orgánicas persiguen dos fines:

- Preparar defensas inmediatas (lucha o huida)
- Desencadenar procesos de adaptación.

Cuando los estímulos son muy agudos, se repiten con frecuencia o son por un largo periodo de tiempo la capacidad de adaptación se bloquea y se altera la homeostasis orgánica.

La respuesta del organismo varía según si está en una fase de tensión inicial en la que hay una activación general del organismo y en la que las alteraciones que se producen son fácilmente reversibles, y esto sucede cuando se suprime o mejora la situación, en una fase de tensión

crónica o de estrés prolongado, los síntomas se convierten en permanentes son nocivos para la salud.

Dentro de los modelos cognitivos de la emoción las situaciones en sí no provocan la reacción emocional, sino la interpretación que el individuo es la que desencadena tales situaciones o estímulos. El modelo de Lazarus (Lazarus y Folkman,1984), propone la aparición del estrés y otras reacciones emocionales favorecidas por el proceso de valoración cognitiva individual, con las consecuencias que la situación tiene para el mismo que es la valoración primaria, y los recursos de que dispone la persona para evitar o reducir las consecuencias negativas de la situación en caso de ser necesarias que es la valoración secundaria, llamada también "coping", proceso psicológico que actúa cuando el entorno es visto como amenazante. Para Lazarus y Folkman (1984, p.141) el afrontamiento son "aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo". Este es planteado como un proceso dinámico en el que el individuo, dependiendo de la situación debe contar con estrategias defensivas, y de resolución para manejar su medio en diversas situaciones. Según las estrategias de afrontamiento utilizadas por la persona esta podrá o no sentir estrés.

Por lo tanto es imprescindible, diferenciar entre estilos de afrontamiento y estrategias de afrontamiento. Los estilos de afrontamiento son predisposiciones personales para afrontar las situaciones variando de persona a persona en cuanto a lo que se refiere a estrategias, dependerán de los rasgos de personalidad, así como de su estabilidad temporal y situacional. Las estrategias de afrontamiento son procesos específicos utilizados en cada contexto y pueden ser variar dependiendo de las condiciones que los desencadenan. (Fernández-Abascal, 1997, p.190).

Incidencia del Estrés

Aunque lo más común es escuchar expresiones relacionadas con el trabajo y su relación con el estrés, este también está asociado con la vida doméstica del trabajador y de su familia, las responsabilidades familiares, sociales, la organización del transporte, el ocio, las actividades de formación o docentes, afectan en general, a la calidad de vida del individuo, positiva o negativamente, y no sorprende el escuchar la expresión "estoy estresado" desde adultos mayores hasta niños escolares, el estrés puede estar en todo y en todos.

Efectos y costos del estrés

El estrés tiene una incidencia en costos también a nivel de la industria y en la sociedad, comenzando desde el individuo, por eso estos tres aspectos deben ser analizados de una manera integral en su interdependencia dinámica.

Esta comprobado que el estrés puede contribuir al desarrollo de enfermedades cardíacas y cerebro vasculares, hipertensión, úlceras pépticas, inflamaciones intestinales, problemas musculares y de huesos. Además las evidencias sugieren que el estrés altera las funciones inmunológicas, facilitando posiblemente el desarrollo del cáncer. Problemas de ansiedad, depresión, neurosis, alcohol y drogas están visiblemente asociados al estrés. Estos últimos contribuyen a la incidencia de accidentes, homicidios y suicidios. (Di Margino, 1.996.)

Respuesta crónica o estado de vigilancia

Un investigador húngaro de la década de 1.940 en su laboratorio en Canadá, descubrió que existe otro tipo de respuesta emocional al estrés llamada crónica o estado de vigilancia. Su experimento es muy decidor: si se colocan en una misma jaula, separados por barrotes a una rata y un gato, de manera que estén juntos pero no puedan tener contacto, la rata no ésta tranquila. Con el paso del tiempo se acurruca en el extremo de la jaula más lejano del gato, estará recostada pero con los ojos abiertos y el pelo erizado, y no probará alimento aunque pueda. Está vigilante, aterrorizada. Su organismo responde a la situación amenazante mediante una estimulación de la neurohipófisis, glándula situada en el cráneo debajo del encéfalo, que estimula la secreción de cortisol. Esta sustancia hormonal actúa en forma directa sobre el organismo, estimula la secreción de corticoides producidos en la parte cortical de las glándulas suprarrenales ubicadas por encima de los riñones, a su vez dándose la producción de catecolaminas como la adrenalina y noradrenalina las cuales producen aumento de la presión arterial, aceleración del ritmo cardíaco, aumento de la coagulabilidad de la sangre, aumento del colesterol sanguíneo y otras reacciones que favorecen con el tiempo la aparición de enfermedades del corazón: las arritmias, la hipertensión arterial y los infartos.

La tensión psíquica que producen estilos de vida en muchas personas con similares al estado de vigilancia de la rata. Pudiendo ser temporales, o permanentes, lo que puede llevar a una sensación de encierro, fracaso, pérdida del control y la autoestima.

Estrés y personalidad

Las modificaciones de los procesos nerviosos y hormonales producidas por el estrés, en la mayoría de los procesos terapéuticos son controlados por 3 mecanismos básicos:
Modificación de la conducta emocional.

Modificación del estilo de vida.

Terapia farmacológica y/o médica especializada.

En realidad no se puede discutir el hecho de que estos métodos son efectivos, pero daríamos un plus al tratamiento si lo iniciamos con un análisis de la personalidad.

Como lo hemos mencionado antes, lo que enferma a una persona y a otra no, es la frecuencia con la que experimenta el estrés, su intensidad y duración, así como el tiempo que requiere para recuperarse de este estado de alerta y volver a la normalidad. Las personas que poseen una buena capacidad en resolución de conflictos y son flexibles en cuanto a adaptarse a las circunstancias pueden tener un mejor manejo del estrés. El locus de control interno juega un papel determinante a la hora de afrontar los problemas, el hacerse responsable del sentir y el actuar, ayudan a vivir el estrés como un estado no patológico, así como la tolerancia a la frustración.

Las personas que refieren estar “estresados” cumplen un patrón casi común en nuestro medio, pero más que nada estereotipado, generalmente son personas con mucho trabajo y poco tiempo, que requieren sacrificar el tiempo para sí mismo y su familia, en pro de cumplir con una tarea o terminar un proyecto.

Meyer Friedman y Ray Rosenman, cardiólogos norteamericanos, realizaron un estudio en el cual determinaron el patrón de la personalidad de sus pacientes que sufrían de problemas coronarios y tenían mayor probabilidad de sufrir ataques cardíacos y los patrones con menor riesgo, estos patrones de conducta fueron metaforizados como reactores caliente y frío. Se describen dos patrones de conducta, denominados tipo A y B.

El primero, tipo A, se caracteriza por un profundo sentido de impaciencia o urgencia en el tiempo, que lo obliga a involucrarse en más actividades que las que puede abarcar y un alto grado de empeño en la ejecución, siendo perfeccionista e intolerante, lo cual a menudo lo lleva a la hostilidad. En cuanto a la manifestación externa suele ser delgado y es el típico ejecutivo que se enoja fácilmente, grita y da portazos. El tipo A presenta una mayor predisposición a padecer úlceras gastroduodenales, hipertensión e infartos.

Las características del tipo A se basan principalmente en una inadaptación al entorno debido a un sentimiento de inferioridad, lo que produce una reacción hostil al medio. Esta hostilidad sería la base de las alteraciones psíquicas que llevan a la respuesta orgánica del estrés. El tipo B, en cambio, suele tender a gordo, es externamente tranquilo, de aspecto bonachón y carece de las características urgencias del tipo A de que "el tiempo corre".

Las características descriptivas para los tipos A y B no siempre tenían las respuestas fisiológicas que se les atribuía.

Se estudió a grandes grupos de hombres sanos y otros con enfermedades vasculares y se llegó a la conclusión de que algunos individuos pertenecientes al tipo A vociferan mucho pero, al controlar en esos momentos su presión arterial y su pulso, entre otros parámetros, se comprobó que permanecían normales.

Inversamente, algunos tipos B, aparentemente tranquilos, reaccionan ante situaciones que los angustian con aumento brusco e importante de la presión y el pulso.

Se podría decir que los tipos A y B son características externas, lo que podríamos llamar " las fachadas".

Lo que realmente importa son las reacciones internas del organismo. Basado en lo anterior, se podría describir dos tipos de reacciones corporales: el reactor frío y el reactor caliente. Es casi redundante señalar que el reactor caliente es aquel que modifica el funcionamiento del cuerpo, fácilmente evidenciable constatando el aumento de la presión sanguínea y de la frecuencia del pulso, ante situaciones que no puede manejar adecuadamente, es decir somatiza. En cambio, el reactor frío podrá o no, gritar y enfurecerse, pero su presión y su pulso se mantienen imperturbados. El reactor caliente es el que desarrolla el estrés con mayor facilidad. Las características del reactor caliente o tipo A, se relacionan directamente con personalidades de tipo cognitivo, de la clasificación propuesta por el Modelo Integrativo enfocado en la personalidad, por lo tanto las personas con predominancia de rasgos anancásticos y paranoides podrían ser los más expuestos a las consecuencias de un estrés dañino.

Los anancásticos biológicamente están inclinados hacia la persistencia, la ansiedad, la inflexibilidad y poseen tendencia a la obtención compulsiva de logros. Son personas con rigidez excesiva, culpa y autocrítica que requieren de la creación de reglas y normas para funcionar correctamente.

Los paranoides caracterizados por su expansividad, desconfianza, suspicacia, rencor y ambición de poder. Utilizan mecanismos defensivos para contrarrestar la vinculación, descargan la hostilidad en otros y reconstruyen la realidad para que se ajuste a su autoimagen y aspiraciones.

Entonces podríamos argumentar que los tratamientos convencionales para el estrés como la relajación, el ejercicio físico e incluso los fármacos son soluciones temporales en el manejo del estrés, que de hecho brindan resultados satisfactorios pero que deben estar ligados a tratamientos más profundos para ser perdurables. Y es que cuando hablamos de rasgos de personalidad que favorecen o potencian cierta patología, no debemos obviar el trabajo en la flexibilización de ciertos rasgos como parte de la prevención o del tratamiento de la misma. Es así que actualmente la reestructuración cognitiva, el manejo de pensamientos automáticos e incluso el entrenamiento en asertividad, son herramientas válidas para el manejo de esta enfermedad del siglo XXI que es el estrés, y definitivamente la guía para este trabajo es un diagnóstico de la personalidad y sus rasgos.

BIBLIOGRAFÍA:

Balarezo, L. (1995). *Psicoterapia*. Segunda Edición. Quito Ecuador: Ediciones de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Miquel Casas, H. (1999). *Vivir bajo Presión*. Barcelona España: Grupo Editorial Océano.

Buceta, J.M. y Bueno, A.M. (1995). *Control de estrés y factores asociados*. Ed. Dykinson.

DSM-IV-TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona España.

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD UN RETO PARA LA PSICOTERAPIA

*Sebastián Herrera Puente*⁸

Resumen

El presente trabajo tiene por objeto brindar un panorama general respecto al constructo personalidad, las dificultades correspondientes a la falta de operatividad en relación a su definición. Para luego pasar a los trastornos de personalidad, el rol de los clasificadores, los lineamientos generales para un proceso terapéutico y el porqué, esta patología se convierte en un gran reto.

Palabras clave: Personalidad; Trastornos de la Personalidad; Integrar; construcción.

Abstract

This paper aims to provide an overview on the construct personality, the difficulties relating to lack of functionality in relation to its definition. Then move to the disorders of personality, the role of classifiers, the General guidelines for a therapeutic process and because, this condition becomes a big challenge.

Key words: Personality; Personality Disorders; to compose; construction.

Introducción

En la actualidad, para abordar de forma coherente los trastornos de personalidad, es conveniente que empecemos a superar algunos escollos, aunque éste no es el espacio para trabajar de forma profunda sobre estos puntos, citaremos algunos, esperando que, futuros trabajos se ocupen de brindarnos mayor claridad sobre estos temas:

- La definición de personalidad ¿Qué hace? ¿Qué funciones cumple?
- La visión nomotética versus la ideográfica.
- Como se desarrolla la personalidad.
- Su estabilidad en el tiempo.
- La postura académica versus la postura clínica ¿Existe convergencia?

No cabe duda que definir la personalidad es un punto crucial para direccionar tanto el trabajo académico, como clínico, lastimosamente hasta la actualidad no existe ninguna definición que satisfaga todas las exigencias científicas, sin embargo, tomaremos dos definiciones:

La personalidad podría ser vista como un conjunto de rasgos psicológicos y mecanismos dentro del individuo que son organizados y relativamente estables, y que influyen en sus interacciones, y adaptaciones al ambiente intrapsíquico, físico y social (Larsen y Buss, 2002).

⁸ Miembro SEAPsI
Socio Activo en formación

El modelo integrativo focalizado en la personalidad asume la personalidad como “una estructura dinámicamente integrada de factores biológicos, psicológicos y socioculturales que establecen en el ser humano, un modo de percibir, pensar, sentir y actuar singular e individual” (Balarezo, 2008).

En mi opinión, la personalidad refleja la forma de ser de un individuo. En palabras de (Kluckhohn y Murray (Kluckhohn y Murray, 1948), todo ser humano es en cierto sentido: Como todos los demás, Como algunos otros, Como ningún otro.

Como vemos la forma en que se percibe la personalidad es tan compleja como el mismo individuo, convirtiéndose en uno de los conceptos más integradores que se puede encontrar en el campo de la psicología, que sigue exigiendo mayor delimitación y coherencia entre la teoría y la realidad tal cual.

¿De que forma “integrar” el constructo personalidad?

Los profesores Larsen y Buss (Larsen y Buss 2002; 2005) al analizar la personalidad proponen varios componentes que estructuran la misma. Estos son:

- Disposicional.
- Biológico.
- Intrapsíquico.
- Cognoscitivo.
- Social y cultural.
- De adaptación.

Cada uno de estos componentes poseen su propio valor, e inclusive algunos de estos, intentan por sí solos, dar explicación a la configuración y desarrollo de la personalidad, entonces la falta de una meta-teoría imposibilita encontrar puntos convergentes para cada uno de estos elementos, lo que parece estar bastante claro es que la presencia de factores biogenéticos y ambientales (sociales y culturales) son piezas claves en esta conformación y que además, estos últimos dejan huella en la expresión genética y por ende en los patrones de conexión neuronal, por lo que queda claro que una psicoterapia eficaz modifica la fuerza de conexiones sinápticas. (Kandel, 2007).

Los trastornos de la personalidad.

Al igual que en su definición de personalidad, la diversidad conceptual de sus trastornos, contrasta de forma importante con el constructo integrador del término, por tanto la visión integradora permitirá comprender de mejor forma la personalidad y su disfuncionalidad.

Las limitaciones de los clasificadores:

Lastimosamente los clasificadores tanto de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM), como de la Organización Mundial de la Salud (CIE), en el campo de los trastornos de la personalidad, poseen grandes limitaciones que conducen a la lucha actual entre dos posiciones, la categorial versus la dimensional, cada una de estas con sus adeptos y detractores.

No hay duda que los manuales de clasificación ejercen una gran influencia en el trabajo clínico como investigativo y aunque a nivel psicoterapéutico la influencia se reduce, creo preciso tomar unas líneas para trabajar este tema.

¿Dimensiones o categorías? ¿Qué diagnóstico delimita de mejor forma esta patología y describe de forma operativa sus características?

La posición dimensional, tiene como premisa fundamental que los trastornos de personalidad deberían estar acuñados dentro de una teoría que dé cuenta de una personalidad “normal”, y que supere de forma definitiva la falta de limitación entre estos trastornos y el resto de patologías del eje I y mejor aún entre los distintos tipos de trastornos de personalidad. Es conocido por la mayoría de investigadores y clínicos especializados en éste campo que las teorías actuales describen la personalidad en términos de rasgos y que éstos son dimensiones continuas; por tanto un trastorno de personalidad se expresaría como una variante de un rasgo de mayor jerarquía o rasgo base (Dimaggio y Semerari, 2003). Sin embargo, el número de rasgos óptimo para describir de forma adecuada un trastorno de personalidad es un punto de desacuerdo entre los expertos. Concordando con Livesley (Livesley y Jang 2000), describir los trastornos de personalidad como variantes extremas de rasgos es importante más no suficiente, puesto que un rasgo expresado en forma extrema no necesariamente es patológico y no hay que dejar de lado las estructuras cognitivas como componentes dinámicos de personalidad “normal” y disfuncional, además, cómo podemos entender una estructura organizada basándonos únicamente en rasgos. Ahora bien los partidarios de enfoques dimensionales intentan describir una categoría como resultado de la suma de los valores en varios rasgos, al parecer esto igualmente genera problemas, ya que intentar fundamentar una nosografía desde las teorías de los rasgos parece ser una propuesta errónea desde el principio,

un claro ejemplo está, en la falta de explicación convincente, respecto a la variabilidad de las reacciones del individuo ante los acontecimientos. Entonces parece ser que la diferenciación dimensiones/categorías puede resultar mucho más compleja, por ejemplo, la variación del valor de una dimensión puede dar lugar a categorías diferentes (Lingiardi, Madeddu, Maffei, 1993; Westen, Shedler 2000).

Para terminar con este apartado, se podría concluir que la complejidad de medir la personalidad, se origina a partir de su propio constructo que hasta la actualidad deja varios temas inconclusos y esto se refleja en los pobres resultados que se obtienen al tratar pacientes con trastornos de la personalidad.

¿Cómo se podrían definir los trastornos de la personalidad?

Como se ha mencionado anteriormente si existe un gran problema en definir la personalidad es consecuente pensar, que clasificar los trastornos es también fuente de gran controversia, es así que existen varias teorías que intentan explicar la configuración de la personalidad, unas con más apoyo empírico que otras, sin embargo, todo parece indicar que <<seguimos siendo ciegos, palpando diferentes partes de un elefante>>. De todas formas y apegándonos a las reglas de juego (DSM y CIE) partiremos de ambas definiciones:

La Asociación Americana de Psiquiatría dedica un capítulo titulado “Trastornos de la Personalidad” y los define como un <<*patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o en la vida adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o prejuicios para el sujeto*>> (APA 2002., p. 765). Además plantea una división aparentemente “didáctica” expresada en rareza o excentricidad, dramatismo, inestabilidad o emotividad y ansiedad o temor, con un claro señalamiento que indica la posible coexistencia de varios trastornos en un mismo individuo.

La Organización Mundial de la Salud, abarca los Trastornos de la Personalidad dentro de un apartado más global “Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto” y aunque la definición general es básicamente la misma hay ciertas descripciones que lo distinguen del DSM, primero se abre un abanico de posibilidades que van desde trastornos de la personalidad propiamente dichos incluyen trastornos de los hábitos y del control de los impulsos y los trastornos del comportamiento y actividad sexual, con el argumento que son entidades que perduran en el tiempo y que se diagnostican exclusivamente en el adulto.

Entonces se recalca la idea de que el apartado donde se ubican los trastornos de la personalidad es más extenso en la CIE-10 que en el DSM-IV-TR, además que el primero de estos ubica al trastorno esquizotípico dentro del espectro esquizofrénico, las diferencias con respecto al trastorno límite, los trastornos en estudio de la APA, cuestiones que en este espacio no ahondaremos.

Entonces se nos presenta un panorama complicado, tanto en explicación etiológica como en delimitación clínica y más aún en efectividad psicoterapéutica. En éstas definiciones, lo que se puede afirmar en la práctica clínica, es que los trastornos de la personalidad afectan el modo de ser de un individuo, no permitiéndole una adecuada adaptación a su entorno (percibida esta desadaptación por el entorno, más que por el individuo), esta expresión disfuncional se manifiesta en la mayoría de las esferas psicológicas de manera relativamente estable en las situaciones y en el tiempo.

A manera de resumen citaremos características comunes a los trastornos de la personalidad:

- Falta de ductilidad.
- Vulnerabilidad multideterminada.
- Potencial maladaptativo.
- Dificultad para la acción constructiva.
- Singularización interpersonal.
- Tendencia a la cronicidad.

Lineamientos generales para el tratamiento.

Los pacientes afectados de un trastorno de personalidad presentan una pluralidad de síntomas, que pueden estar originados desde estructuras básicas (biogénicas), y de la misma forma patologías complejas pueden direccionar la expresión de estos rasgos, lo que pueda dar lugar a un feed-back patológico bastante complejo, no es raro encontrarse en la práctica clínica sujetos que poseen varios tratamientos, extensos en el tiempo, pero que vuelven a su estado sintomatológico original, que al parecer ya se había superado.

Para tratar esta disfunción tan compleja es preciso tener la formación, el entrenamiento y la experiencia necesaria de forma tal que se pueda afrontar el reto de la mejor manera posible. Se debe tener claro que los resultados suelen ser mínimos; de hecho actualmente no existe un modelo que cubra de forma óptima todo el abanico de problemas que surge de una personalidad disfuncional (Fernández-Álvarez y Belloch, 2010).

Es claro en la práctica clínica que, las personas con trastorno de la personalidad no acuden a consulta debido a esta patología, además el clínico deberá hacer un gran esfuerzo por superar las dificultades que estos pacientes presentan en cuanto a las relaciones interpersonales, que puede minar la calidad de la alianza terapéutica (Davison 2002), tanto así que varios profesionales son reacios en trabajar con individuos diagnosticados con un trastorno de personalidad (Kendell, 2002). Al ser perturbaciones estables y de larga data, las expectativas terapéuticas deberán ser lo bastante razonables, aunque superando la creencia de que esta perturbación es inmodificable (Fernández-Álvarez y Belloch 2002).

Concordando con el profesor Magnavitta (1998), que destaca la importancia de operar con una mentalidad lo más integradora posible tomamos algunas de sus sugerencias (Descrito en Fernández Álvarez y Belloch 2002):

- Actitud terapéutica orientada a lo relacional.
- Plantear el fenómeno clínico en varios niveles de abstracción.
- Mayor actividad e involucración de la tarea.
- Flexibilidad tanto en las tácticas como en las estrategias.
- Generar cambios en varios sistemas.
- Uso de la creatividad, usando una consistente base teórica.
- Intentar en primer lugar un abordaje a corto plazo.
- En lo posible tener un equipo terapéutico.

La alianza terapéutica juega un papel crucial, debido a la fragilidad de la misma con este tipo de pacientes, por tanto es imprescindible un esfuerzo extra para lograr en lo posible un nivel óptimo de alianza, además es de vital importancia la fijación de metas realistas y una forma efectiva de evaluar los resultados, teniendo siempre presente que pueden producirse cuestionamientos en la marcha del tratamiento por parte de los clientes con trastorno de personalidad (Fernández-Álvarez y Belloch, 2010).

Otro gran reto que se debe superar es la egosintonía de la sintomatología del paciente, esta forma de ser que es vista como “inadaptada” por observadores cercanos externos, (familia, amigos) lo que disminuye precisión al momento de la exposición del motivo de consulta, sumado a la gran cantidad de situaciones que son matizadas por esta patología y obviamente como ya se dijo en líneas precedentes las limitaciones de los criterios diagnósticos.

Entonces ¿cómo diseñar un sistema terapéutico idóneo para esta patología? No cabe duda que la visión integrativa nos puede brindar un poco de luz en este sentido, dejando en claro que el clínico deberá tener una amplia formación (teórica y práctica), disponer un amplio bagaje técnico (tanto macro como micro-técnico), ser flexible, contar en lo posible con equipo de apoyo, y lo más importante ser realista en los objetivos terapéuticos.

Habrá que preparar al paciente para un tratamiento a mediano y largo plazo, lo que seguramente ya se convierte en nuestro primer obstáculo, el rol de la psicoeducación es fundamental en este objetivo primero para crear conciencia del problema y luego para incrementar la motivación al tratamiento (Fernández-Álvarez y Belloch 2010). El profesor Fernández-Álvarez (Fernández-Álvarez 2010), resalta la importancia de crear un dispositivo que se va calibrando desde objetivos distales hasta llegar a cambios centrales, nuestro modelo concuerda plenamente con esto pero lo generaliza a las distintas patologías trabajando en tres niveles:

- Objetivos de Asesoramiento.
- Objetivos Sintomáticos.
- Objetivos de Personalidad.

Aplicado esto a los trastornos de personalidad, tomo de base los objetivos sintomáticos y de personalidad, los primeros hacen referencia con lo que demanda el paciente explícitamente y lo segundo con lo que el terapeuta ha detectado en forma implícita en la propia demanda, entonces el accionar técnico también tiene una posición jerárquica. En este sentido, pasando de técnicas que trabajen con expresiones superficiales, hasta llegar a estructuras más complejas y básicas de la personalidad. Siempre teniendo presente qué podemos modificar y que no.

El gran reto.

El terapeuta deberá prestar atención a la naturaleza de estos trastornos, empapándose de la investigación sobre la patología como el tratamiento, tener claro el efecto de la patología sobre la terapia, interpretar a fondo los criterios de los clasificadores, aceptar que estos trastorno pasan por distintos niveles de intensidad, tener presente el desgaste que implica trabajar con este tipo de población, manteniendo siempre una gran motivación frente a los retos, contando siempre con una red de apoyo para los días difíciles y sobre todo ser flexible sin perder la estructura del tratamiento.

¿Se puede concluir algo?

Está claro que los trastornos de la personalidad implican un verdadero reto para los profesionales de la salud mental, que parte de las dificultades de establecer una definición operativa acerca de lo que es la personalidad, la falta de una meta-teoría que integre los distintos subsistemas que configuran la misma, el vacío en cuanto a la relación normalidad versus patología, la poca utilidad que ofrecen los clasificadores, al punto que resulta una tarea titánica la delimitación entre los distintos trastornos de la personalidad y peor aún ninguna pista de cómo direccionar el tratamiento psicoterapéutico, lo que se refleja en la reducida efectividad del mismo. Sin embargo, los esfuerzos por mejorar la disparidad costo-beneficio, se han incrementado notablemente, posicionando de manera clara los alcances reales de la psicoterapia con respecto a su efectividad con este tipo de trastornos. El DSM V nos presentará un cambio de paradigma al respecto de estos trastornos, al parecer un modelo híbrido está próximo a direccionar el trabajo en este campo, en la última revisión en la página oficial de la Asociación Americana de Psiquiatría actualizada en Junio del 2011, se muestran estos cambios, destacándose la reducción del número de trastornos (de diez a seis), una nueva definición de lo que es un trastorno de la personalidad, un análisis más complejo para el diagnóstico, distintos niveles de intensidad, lo que aparentemente facilitará el trabajo terapéutico. Estaremos expectantes con la llegada de este nuevo manual anunciado para el 2013, por lo pronto habrá que ir encontrando la forma de integrar los modelos que han probado relativa efectividad para cuadros tan complejos.

Bibliografía

- ALARCÓN, R. & MAZZOTTI, G. & NICOLINI, H. (2005). Psiquiatría, segunda edición. Washington: Editorial Manual Moderno/Organización Panamericana de la Salud.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales – Texto Revisado, cuarta edición. Barcelona-España: Editorial Masson.
- BALAREZO, L. (2010). Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad, primera edición. Quito-Ecuador: Ediciones UNIGRAF.
- BARLOW, D. & DURAND, V. (2003). Psicopatología, tercera edición. Madrid-España: Editorial Thomson.
- BELLOCH, A. & FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, H. (2002). Trastornos de la Personalidad, Madrid-España: Editorial. Síntesis.

- BELLOCH, A. & FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, H. (2010). Tratado de los Trastornos de la Personalidad, Madrid-España: Editorial Síntesis.
- BUSS, D. & LARSEN, R. (2005). Psicología de la Personalidad, segunda edición. México D.F: Editorial McGraw-Hill Interamericana.
- CABALLO, V. (2004). Manual de Trastornos de la Personalidad, Madrid-España: Editorial Síntesis.
- ECHEBRURÚA, E. (2011). La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-IV” Actas de Psiquiatría. Universidad del País Vasco N. 39.
- FEIST, J. & FEIST, G. (2007). Teorías de la Personalidad, Madrid-España: Editorial. McGraw-Hill/Interamerica.
- FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, H. & OPAZO, H. (2004). La Integración en Psicoterapia, Barcelona, España: Editorial Paidós.
- FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, H. (2011). Paisajes de psicoterapia - Modelos aplicaciones y procedimientos, Buenos Aires-Argentina: Editorial Palemós.
- GELDER, M. & MAYOU, R. & JOHN, G. (2007). Psiquiatría-Universidad De Oxford, segunda edición. Madrid-España: Editorial Marbán.
- KANDEL, E. (2007). Psiquiatría, Psicoanálisis, y la Nueva Biología de la Mente. Argentina: ARS Médica.
- KERNBERG, P. & WEINER, A. & BARDESTEIN, K. (2002). Trastornos de Personalidad en niños y adolescentes, México D.F: Editorial. Manual Moderno.
- LENZENWEGER, F. & Mark, F. & CLARKIN, F. (2005). Major Theories of Personality Disorder, second edition. New York. USA: The Guilford Press.
- MILLON, T. & DAVIS, R. (2004). Trastornos de la Personalidad Más allá del DSM-IV TR, Barcelona-España: Editorial. Masson.
- MILLON, T. (2004). Personality Disorders in Modern Life, second edition. New Jersey-USA: Editorial John Wiley & Sons, Inc., Hoboken.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). (1992). Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados Con La Salud - CIE 10, Madrid - España: Técnicas Gráficas Forma.
- PERRIS, C. & McGORRY PATRICK, D. (2004). Psicoterapia cognitiva de los trastornos psicóticos y de personalidad, Bilbao - España: Editorial Desclée de Brouwer S.A.

RIQUELME VÉJAR, R. & OKSEBERG SCHORR, A. (2003). Trastornos de la personalidad una mirada integral, Santiago de Chile: Sociedad Chilena de Salud Mental. Editorial Salesianos.

SEMERARI, A. & DIMAGGIO, G. (2008). Los Trastornos de la Personalidad Modelos y Tratamiento, Bilbao – España: Editorial Desclée de Brouwer S.A.

Fuentes Web:

www.dsm5.org

EL DUELO

Adrián Felipe Vázquez⁹

RESUMEN

El presente artículo, a manera de una reseña, aborda el duelo y su conceptualización, diferenciación, identificación, etapas, tratamiento e iniciativa de una intervención psicoterapéutica para tratar la complejización del mismo, aplicando un proceso sistematizado fundamentado en la metodología del modelo integrativo focalizado en la personalidad.

Palabras claves: Duelo; etapas; tratamiento; proceso; integrativo

ABSTRACT

This article, by way of a review, discusses the bereavement and its conceptualization, differentiation, identification, staging, treatment and a psychotherapeutic intervention initiative to address the complexity of it, using a systematic process based on the methodology of integrative model focused on the personality.

Key Words: Mourning; stages; treatment; process; integrative

“Recuerdo que días antes del accidente de tránsito que le arrancó la vida me dijo: ‘mamá si algún día muero prométeme seguir viviendo, nunca dejar de sonreír, cuidar de los vivos’ y yo le respondí: ‘un joven lleno de vida como tú no debe pensar en esas cosas’, más hubiera querido prometerle superar su ausencia pues me encuentro vencida, perdida en aflicciones, rendida ante el dolor... Desde el fallecimiento de mi hijo Joaquín la vida carece de sentido, nunca me podré recuperar de algo así, jamás será lo mismo... Su partida ha hecho mil pedazos mi corazón y toda esperanza de existir se ha perdido... Me siento incompleta, vacía, sola... Hace tanta falta su presencia entre nosotros... No entiendo porque nos tuvo que suceder algo así... Perderlo es un castigo inmerecido... Lo recuerdo tanto, hay días en los que paso añorado su llegada, lo veo cruzando la puerta... Tengo tan presente su rostro, su voz, su sonrisa... A veces cuando voy a su cuarto me lo imagino estudiando para la facultad, jugando videojuegos, poniéndose ‘guapo’ para ir a ver a su enamorada, viendo una película, llamándome... Más sé que ha ido para siempre y algún día debo despertar, entender que es la realidad, aceptarlo” ...

(Bibliografía después de la pérdida, Paulina, 55 años).

⁹ Miembro SEAPSI

El duelo es una de las circunstancias naturales de la vida que produce altos grados de estrés en aquel individuo que ya no tiene contacto tangible con el objeto y/o sujeto con el que mantenía un vínculo afectivo debido a la ausencia o la separación como tales.

Un ser humano puede perder otros seres humanos, animales y cosas relevantes para él y a las que les había asignado un valor subjetivo en base a la relación que ha tenido con ellos mientras estaban disponibles y podía establecer interacción.

El evento traumático genera vulnerabilidad manifiesta principalmente en las respuestas defensivas de negación e ira del sujeto previa a la necesaria aceptación que no es más que aprender a vivir con el dolor que causa la pérdida de lo significativo que lo hace resiliente.

El aprendizaje de la pérdida sucede a través de un proceso diferenciado didácticamente en cinco etapas, tal y como las reseña *Montoya J. (2006)*, que inicia con la *aflicción aguda* que es un estado de shock emocional cuya intensidad varía en cada persona y de acuerdo con los antecedentes que precedieron al desenlace; le sigue la *conciencia de la pérdida* que es la aceptación intelectual de la situación de crisis reconociéndola fuera del estado analgésico anterior, lo que produce desorganización emocional que intensifica el dolor; luego, la *conservación* matizada por el sufrimiento que se parece más a una depresión y sus rasgos más sobresalientes: tristeza, llanto, aislamiento; continúa con la *cicatrización* que no es más que la aceptación emocional observable, una visión del mundo compatible con la realidad que permite al sujeto desarrollar nuevas actividades de afrontamiento; y, finalmente, surge la *renovación* que se muestra una vez que el deudo ha realizado los cambios necesarios en su realidad, sentido y estilo de vida y ha recuperado la forma positiva de verse a sí mismo y a su mundo encontrando “sustitutos”.

Más no todos hacen cierres adecuados ni concluyen el proceso, produciéndose un anclaje en las etapas anteriormente descritas que da como resultado la agudización, la complejización o la patologización del duelo, antecedidos por factores de riesgos tales como: quién es la persona fallecida, la ansiedad por separación, el retardo para reconocer o expresar el dolor, la negación

del hecho, la forma de muerte, el tipo de desenlace, el historial de sufrimiento, la temporalidad de la congoja, la carente red de contención del deudo, el deterioro de las relaciones sociales, laborales u otras de la vida cotidiana y la nula intervención psicoterapéutica que afectan la realidad, sentido de la vida y la personalidad del doliente, haciéndose necesario ayuda profesional, es decir, intervención psicoterapéutica.

El proceso psicoterapéutico parte con la evaluación psicológica haciéndose necesario valorar, principalmente: la resolución del conflicto, la gravedad del cuadro depresivo, la presencia o no de un trastorno psicótico, la posibilidad de un trastorno de estrés postraumático, la existencia de alcoholismo u otra drogodependencia y el riesgo suicida; así, se tendrá una percepción integral para definir el tratamiento más adecuado y en la recuperación podría utilizarse la psicoterapia, la medicación o los grupos de apoyo como recursos de trabajo.

La psicoterapia, en cualquiera de sus enfoques, tiene por objeto brindarle al paciente o cliente un espacio para que se exprese, tratar los trastornos psíquicos asociados e instrumentarle en formas adecuadas de resolución.

La medicación está dirigida a apalear los trastornos de ansiedad, depresión, sueño, alimentación, etc. que así lo requieran y considere el psiquiatra, el que señalará la droga, la dosis y la duración del uso farmacológico.

Y, los grupos de apoyo mutuo son vistos como una alternativa que favorece la disminución de la pena a través de compartir la experiencia personal con otros individuos que están atravesando situaciones similares.

Lo que se busca es brindar información para contrastar lo que actualmente siente el consultante, ventilar al hablar de lo sucedido lo más detalladamente posible, curar al abordar por separado cada uno de los componentes del sufrimiento y reconstruir el significado asignado al examinar cada una de las dimensiones del mundo personal.

Entonces nuestro deseo de sistematizar una propuesta de intervención para tratar el duelo como una entidad clínica, desde el modelo integrativo ecuatoriano, Balarezo L. (2010), parte

de lo arriba referido y constituye una investigación en marcha que pretende agrupar objetivos, métodos, técnicas, tareas, valoraciones que empaten con la utilización de los recursos de asesoría & consejería psicológica, alivio sintomático y conocimiento de los rasgos de personalidad para la generación de cambios sin descuidar, como es obvio, la relación terapéutica. Así nuestros esfuerzos se suman a la generación de un instrumento de intervención útil para los tratantes en salud mental y que pueda ser replicado hasta constituirse en una especie de guía.

Por ello, actualmente nos hallamos trabajando con pacientes en duelo a quienes aplicamos una parrilla de 25 sesiones de intervención, orientadas por las guías SEAPSI y por la aplicación psicométrica de reactivos específicos.

Las 25 sesiones se ciñen a la consecución de tres objetivos, uno por cada bloque metodológico: primero, orientar el proceso de resolución del duelo a través de técnicas específicas de reelaboración de la pérdida; segundo, trabajar sobre los trastornos psíquicos asociados utilizando la terapia cognitivo conductual como técnicas sintomáticas; y, tercero, mejorar el awareness, promover insights y flexibilizar rasgos de personalidad por medio de la reestructuración cognitiva.

Las guías SEAPSI utilizadas son: la ficha integrativa de evaluación psicológica (FIEPS); la ficha de pareja o familiar; la ficha de análisis de la demanda, expectativas y motivaciones previas al inicio del proceso; la ficha acerca de los tipos de primera entrevista; la ficha de síntesis valorativa y diagnóstica de los componentes biopsicosociales; la ficha de planificación del proceso; la ficha de ejecución y aplicación técnica; la ficha sobre los fenómenos de la relación psicoterapéutica; y, la ficha de evaluación final del proceso.

Y, la aplicación psicométrica se realiza con el Cuestionario de Personalidad SEAPSI, el Breve Inventario del Duelo, el Inventario del Duelo Complicado y la Escala de las Tres Esferas.

A ello se suman las sesiones de control incorporadas con la finalidad de sondear posibles estancamientos, involuciones o evoluciones ocurridas después del tratamiento.

Con ello buscamos proveer una serie de instrumentos psicoterapéuticos de confrontación y reparación, mismos que posibiliten revertir el dominio del dolor sobre la persona y ésta se autorice disfrutar del regalo y don del existir plenamente inclusive con todo aquello que se tiene que dejar ir para seguir avanzando por el camino lleno de contrastes que caracteriza a la vida hasta cuando también nos toque a cada uno partir.

Referencias bibliográficas:

- BALAREZO, L. (2010). *Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad*. Quito, Ecuador: Unigraf.
- BALAREZO, L. (2004). *Psicoterapia, Asesoría y Consejería*. Quito, Ecuador: Centro de Publicaciones de la Pontificia Universidad Católica de Ecuador (PUCE).
- BECK, A. (1983). *Cognitive Therapy of the Depression*. (8va. ed). Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer.
- BOWLBY, J. (1985). *La separación afectiva*. Barcelona, España: Ediciones Paidós.
- FRANKL, V. (1947). *El hombre en busca del sentido último: el análisis existencial y la conciencia espiritual del ser humano*. Barcelona, España: Paidós Ibérica, de la obra original publicada en Alemania por la Wien, Franz Deuticke.
- FERNÁNDEZ, J (2006). *Después de la Pérdida*. Argentina: Universidad del Aconcagua.
- NEIMEYER, R. (2002). *Aprender de la Pérdida: Una Guía para Afrontar el Duelo* .Barcelona, España: Ediciones Paidós.
- WORDEN, J. (2001). *El tratamiento del duelo: Asesoramiento Psicológico y Terapia*. Barcelona, España: Ediciones Paidós.

Web:

- <http://montedeoya.homestead.com/duelos.html>
- <http://www.amad.es>
- <http://www.vivirlaperdida.com/index.htm>

LEXINTEGRATIVO III

Mayra Velástegui V.¹⁰

Nuestro interés es que los lectores conozcan cada vez más, aspectos epistemológicos, teóricos y metodológicos que identifican a los modelos integrativos, el propósito se está cumpliendo por eso continuaremos incluyendo más léxico integrativo.

A

ACERCAMIENTO DE ACUERDO A LA PERSONALIDAD

PERSONALIDAD		PROBLEMAS BÁSICOS	ESTRATEGIA	TÁCTICA
Afectiva	Histérica	Acercamiento emocional, manipulación, seducción, magnificación	Utilización de fenómenos afectivos	Distancia emocional, apoyo inicial, estimulación del juicio
	Ciclotímica	Expresión afectiva, oscilaciones del estado de ánimo		Distancia emocional, consideración del estado de ánimo

Balarezo, L. (2010)

ANÁLISIS DEL FUNCIONAMIENTO PSICOFÍSICO DEL SUJETO: Considerando su historia y las experiencias tempranas que generan vulnerabilidades, así como los circuitos constituidos por creencias, sensaciones, conductas, en un marco comprensivo desde la teoría del estrés, la red PNIE y la complejidad. Se aborda el análisis desde las diversas corrientes mediante la libre asociación y expresión del paciente de aquellas situaciones que le preocupan o desorganizan.

Dubourdieu, M. (2008)

AWARENESS INTEGRAL: Se trata de que la persona logre darse cuenta, con claridad y precisión, de lo cognitivo, motivante y afectivo, para lograr movilizarse hacia sus metas alcanzables. Es un proceso en el cual el paciente participa activamente.

Opazo, (2001)

B

BIOPSICOEDUCACIÓN: Explicación acerca de las interacciones de los sistemas, red PNIE, respuestas de estrés por insatisfacción de necesidades explicitando una visión integrativa, respecto a la ocurrencia sintomática en cualquiera de las dimensiones del ser humano.

Dubourdieu, M. (2008)

¹⁰ Psicoterapeuta Integrativa

C

CAMBIOS QUE PROMUEVE LA TERAPIA: Se ven acompañados en este sentido por un aumento de los grados de libertad, en la medida en que las personas experimentan su propia participación como decisiva en la producción de las correcciones que los benefician

Gómez, B. & Salgueiro, M. (2007)

D

DESARROLLO DEL SELF: Se forma en una "sucesión espiralada de construcciones", descripción que la formaliza y desarrolla en base a propuestas sobre el desarrollo humano

Fernández-Álvarez, (1992)

DETERMINACIÓN DE LA DEMANDA, EXPECTATIVAS, MOTIVACIONES E INICIO DEL PROCESO (primera etapa): Concerniente a la evaluación de la demanda y expectativas del paciente, del terapeuta y el entorno como producto de las experiencias previas de ayuda y psicoterapéuticas para determinar su influencia en el primer contacto.

Balarezo, L. (2004)

DISCIPLINA INTERIOR: Para indicar las operaciones mentales con que el terapeuta puede procurar localizar en su interior el hilo perdido de la alianza terapéutica y de las relaciones de cuidado. Las operaciones de disciplina interior pueden ser muy útiles para permitir al terapeuta pasar de momentos problemáticos donde no logra compartir la situación emocional, a la comprensión de qué parte de la experiencia del paciente es compartida o potencialmente compartible por él mismo.

Safran & Segal (1991)

E

ENTREVISTA DE INICIO DE PROCESO: En la que se establecen las siguientes estrategias: establecimiento del rapport, aproximación diagnóstica, confesión y desinhibición emocional, estrategias de apoyo y estructuración y afianzamiento de la relación.

Balarezo, L. (2001)

ENCUADRE: Incluye el rol del terapeuta, los factores témporo-espaciales, técnicas, horarios, interrupciones y debe contemplar estímulos de bienestar y beneficios para una armonización del sistema nervioso desde todos los receptores sensoriales y emocionales-vinculares.

Dubourdieu, M. (2008)

ESTILOS TERAPÉUTICOS DE INTERVENCIÓN: Este aspecto se relaciona con el estilo relacional o interpersonal de la psicoterapia, hay que recordar que la relación terapéutica es uno de los factores que más contribuyen al éxito de la terapia. De esta manera distingue aspectos bipolares en las intervenciones como "directiva-no directiva" y "centrada en el síntoma-centrada en el conflicto".

Beutler, L (1991)

ESTILO DE AFRONTAMIENTO: Conjunto de maniobras defensivas conscientes que usa el sujeto frente a la ansiedad. Esta variable va desde el "estilo internalizante" (autocrítico, deprimido, hipervigilante, autopunitivo, y sensibilizado hacia las propias emociones y la ansiedad personal) y al "estilo extrapunitivo" (evitación directa, proyección y acting-out).

Beutler, L (1991)

ESTRUCTURAS DE SIGNIFICADO: Los significados se organizan alrededor de una estructura que conlleva elementos articulados entre sí. Los contenidos de estas estructuras son signos, catalogados estos como patrones lingüísticos para representar las experiencias. Los significados se producen en el marco de una cadena de significaciones que requieren de su interrelación recíproca para sostener a cada uno de ellos.

Fernández-Álvarez, (1992)

EVOLUCIÓN DE LAS CONSTRUCCIONES: Desde el mismo nacimiento se aprecia la interrelación de los mandatos biológico, social y psicológico para determinar la construcción del guión parental inicial, que básicamente está influenciado por las actitudes de los padres y las expectativas que ellos tienen de sus hijos. Posteriormente, se establecerá el guión personal que se va conformando incipientemente desde edades tempranas presentando variaciones de acuerdo a las oportunidades vitales y sociales del individuo. El autor señala que un "guión consiste en un proyecto, en donde la trama deberá desarrollarse en el escenario de la vida, que es el mundo que cada uno de los seres humanos le toca vivir"

Fernández-Álvarez, (1996)



FACTORES AMBIENTALES: Son aquellos contextos en los que el sujeto se desenvuelve. Estos contextos se influyen entre sí, de modo que, todo el conjunto repercute en el niño que se está formando, provocando en él algunos efectos específicos. También la cultura termina generando conductas que nos diferencian de los habitantes de otras culturas expresándose en valores, costumbres, comportamientos cotidianos.

Balarezo, L. (2010)

FORMULACIÓN DINÁMICA DE LA PERSONALIDAD: Descripción cualitativa de la personalidad, tanto de las áreas problema como de aquellas que guardan adecuación, en lo relacionado a sus funciones intelectivas y cognoscitivas, nivel de integración, grado de flexibilidad, capacidad para reaccionar afectivamente ante el contacto, motivación al tratamiento.

Balarezo, L. (2001)

FUNCIÓN DISCRIMINANTE BÁSICA: Se organiza sobre la base del desarrollo de estructuras de significación vinculadas a los límites corporales (internos y externos), comenzando por la elaboración de protoesquemas anatómicos y funcionales. Ello es posible gracias a la elaboración de formas primitivas de significar las primeras experiencias de intercambio con el entorno, directamente asociadas a los estados de necesidad y saciedad (o no) de los requerimientos planteados por dichos estados. Oxigenación, alimentación, descanso, son algunas de las acciones que marcan los primeros intercambios constitutivos de la experiencia.

Fernández-Álvarez, (1992)



GUIONES: Son esquemas, representaciones cognitivas que organizan la comprensión de las personas respecto de determinados eventos y guían el funcionamiento individual a través de un conjunto de acciones que tienen una extensión y una secuencia determinadas.

Fernández Álvarez, (1992)

GUIÓN PERSONAL O PROYECTO DE VIDA: Esta tarea se plantea fundamentalmente en la adolescencia cuando normalmente se realiza la construcción de la autonomía. Este guión personal está estrechamente relacionado con la consolidación de la identidad y determina qué sentido le dará el sujeto a su propia vida. Dentro de este marco, se entiende el sufrimiento como la experiencia vivenciada por el sujeto cuando no puede alcanzar lo que él mismo se ha planteado como su misión u objetivo central en la vida

Fernández Álvarez, (1992)

5

HABILIDAD PARA INFERIR ESTADOS MENTALES: Posibilita utilizar la información proporcionada por el paciente para interpretar a) ¿qué dicen?; b) ¿por qué lo dicen?; y c) predecir qué puede pasar a continuación.

Corbella, Balmaña, Fernández-Álvarez, Saúl, Botella y García, (2009)

6

INVESTIGACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA PSICOTERAPIA:

1. La psicoterapia es más efectiva y rápida y duradera que los cambios naturales de los pacientes sin tratamiento.
2. La psicoterapia es más efectiva que los pacientes en lista de espera de ser tratados (lista de espera), y estos últimos alcanzan mejores resultados que los pacientes no tratados.
3. Con una mayoría de pacientes y trastornos la psicoterapia suele mantener sus resultados a largo plazo.
4. No es posible determinar la superioridad de un enfoque terapéutico sobre otro en términos generales.
5. Respecto a los componentes de los resultados de la psicoterapia estos se centran sobre todo en la propia personalidad del paciente y en la relación terapéutica. Casi el 40% del cambio se debe a las propias características del paciente, un 30% a los factores comunes a todas las terapias (empatía, relación, apoyo y confrontación de emociones), un 15% al efecto placebo (expectativas del paciente de que la psicoterapia le será de ayuda) y el 15% restante a las técnicas particulares de cada enfoque (p.e asociación libre, exposición, análisis de cogniciones, reformulación del síntoma, exploración empática).

Luborsky, (1975); Lambert y cols. (1986, 1992)

7

LA COMPLEJIDAD Y LA INDIVIDUALIDAD DE LAS RESPUESTAS: A partir de los estudios de la epigenética establece definiciones acerca de “facilitaciones” y “vulnerabilidades” determinadas por la interrelación constante entre genes y ambiente. Estos conceptos proporcionan la

particular forma de expresión individual a expensas de la específica forma de vivenciar tanto la estimulación endógena como los estímulos externos.

Dubourdieu, M. (2008)



NIVEL DE REACTANCIA: Constructo con semejanzas al término clínico de "resistencia", abarca también el estilo personal tendiente a resistirse a la influencia interpersonal, es decir a la influencia de otras personas. Las personas con baja reactancia suelen cumplir las directrices e instrucciones que se le aconsejan, mientras que las personas con alta reactancia se suelen oponer a ellas. Las personas con alta reactancia suelen tener un estilo de cambio centrado en sus propios recursos, decisiones personales e iniciativas (atribución interna de cambio), mientras que las personas con una baja reactancia suelen buscar ayuda y apoyo externo para lograr sus objetivos (atribución externa del cambio).

Beutler, L (1991)



PARADIGMA COGNITIVO: Asigna rol central a la información y al procesamiento de la misma en posibles respuestas desadaptativas expresadas en las emociones y conductas psicopatológicas. En la acción psicoterapéutica influye sobre las distorsiones cognitivas presentes en los diversos trastornos. En el nivel de principios de influencia aporta con varias predicciones vinculadas con la confianza del paciente, las distorsiones o defectos de la percepción e interpretación de la experiencia, la calidad de los procesos de atención y atribución, la magnificación y minimización cognitiva, las expectativas de autoeficacia, la calidad de exigencias y autoexigencias, el locus de control interno.

Opazo, (2001)

PERSONALIDADES COMPORTAMENTALES: están más asociadas con características de extroversión, emocionalidad alta, neuroticismo y psicoticismo altos, carencia de procesos inhibitorios frontales y elementos bioquímicos y hormonales alterados con manifestaciones de hiperactividad. Estas personalidades presentan niveles altos de neuroticismo y psicoticismo. En las personalidades inestables se evidencia un nivel mayor de neuroticismo mientras que en las disociales prevalece el componente de psicoticismo.

Balarezo, L. (2010)

PSICONEUROINMUNOENDOCRINOLOGÍA: parte en su base epistemológica de la interrelación entre los sistemas nervioso, endócrino e inmune y las *intermodulaciones* que mantienen con los demás órganos y sistemas del organismo humano, el cual además se intermodula con el entorno físico-ambiental y sociocultural.

Dubourdieu, M. (2008)

PSICOTERAPIA INTEGRATIVA: Proceso planificado que procura la modificación positiva de la personalidad o promueve el tratamiento de trastornos psíquicos por medio de recursos psicológicos, empleando las diferentes formas de comunicación, en una relación terapeuta-paciente efectiva.

Balarezo, (2009)

PRINCIPIO DE INFLUENCIA: Hace referencia a una relación entre un hecho específico (precedente) y hecho específico (consecuente): la presencia del primero aumenta la

probabilidad de que se produzca el segundo. Se trata de una relación probabilística establecida sobre la base de observaciones científicas sistemáticas.

Opazo, (2001)

POTENCIACIÓN INTERACCIONAL: Una persona despliega una adecuada conducta pulsante cuando genera en las otras personas conductas positivas, las que a su vez se vuelven circularmente hacia la persona original. Esa interacción con el otro siempre será de un nivel superior siendo que las personas se enriquecen mutuamente, siendo una condición sumamente positiva en la relación terapeuta-paciente.

Opazo, (2001)

R

RASGOS DE LA PERSONALIDAD DIÁDICA: Puede definirse como una predisposición a pensar, sentir o actuar de una forma similar a otra persona ante situaciones diferentes. Esta puede ser producto de la interacción cercana y frecuente con otro, o también puede ser el resultado de reglas impuestas por ambos.

Opazo, (2001)

RUPTURA: “Deterioros en la relación entre terapeuta y paciente” indicados por “conductas o comunicaciones del paciente que son marcadores interpersonales e indican los puntos críticos para su exploración”. Por lo tanto, las rupturas son puntos de desconexión emocional entre paciente y terapeuta que crean un cambio negativo en la calidad de la alianza terapéutica.

Safran y Muran (1996, 2000)

RELACIÓN DE AYUDA: Interacción centrada en la co-construcción de nuevos significados, que implica que implica prestar mayor atención al lenguaje, las narrativas, las metáforas y los constructos personales que se generan en el diálogo entre terapeuta y cliente

Feixas & Botella (1998)

S

SIGNIFICACIÓN BIOLÓGICA: Está representada por los aportes de la biología en las representaciones emocionales y cognitivas del sujeto; son altamente influenciables en las manifestaciones temperamentales y por lo tanto favorecen o dificultan las posibilidades terapéuticas.

Opazo, (2001)

SUFRIMIENTO GRATUITO: Es decir, sin justificación que explique el padecimiento del individuo, siendo este grupo el indicado para psicoterapia cuando se acompaña del sentimiento de incapacidad personal para resolver sus problemas y de la sensación de que, para mejorar la situación, debe producirse un cambio dentro de sí mismo.

Fernández Álvarez, (1992)

T

TRABAJO SOBRE LA EXPERIENCIA CORRECTIVA MULTIDIMENSIONAL: Actuando sobre aspectos “transferenciales” o experiencias del paciente que se manifiestan en el afuera y que pueden haber sido o no gestados en sus vínculos o experiencias tempranas, para posibilitar nuevos “anclajes”, nuevas inscripciones en el setting terapéutico y en la vida cotidiana del paciente en relación a su entorno. Dubourdieu, M. (2008)



VISIÓN HOLÍSTICA Y ECOLÓGICA: El paradigma de la complejidad plantea una concepción holística que incluye lo ecológico para considerar la acción del entorno natural y social en el sujeto, y de éste, sobre aquellos entornos. Morin considera que el pensamiento complejo es dialógico, recursivo y hologramático. Dubourdieu, M. (2008)