

X ANIVERSARIO



PSER-INTEGRATIVO

7

2014

CONTENIDO	
Presentación	3
Autobiografía Amparo Belloch Fuster	4
LA HISTORIA	8
PASADO, PRESENTE Y FUTURO DE LA SOCIEDAD ECUATORIANA DE ASESORAMIENTO Y PSICOTERAPIA INTEGRATIVA, SEAPsi Lucio Balarezo Ch.	
INVITADOS INTERNACIONALES	24
¿Cómo ayudar a quienes no quieren comer o comen demasiado? Diana Kirszman	24
Representaciones maternas frente al parto durante el último trimestre del embarazo Edith Vega (Dra en Psicología)- Estela Chardon- Mariana Thomas Moro - Celeste Gomez Fernanda Gomez-Susana Guiragossian	37
Función del Auxiliar terapéutico en el Tratamiento del Trastorno Obsesivo Compulsivo Fernando García	49
Potencial traumático y efecto traumático. Resiliencia Margarita Dubourdieu. Ph.D	58
La inseguridad: Una Actitud Arturo Heman Contreras	70
LA EMPATÍA COMO ACONTECIMIENTO: El lenguaje de la mutua implicación Acercamiento Centrado en la Persona Dr. Claudio Rud y Lic. Viviana Rey	78
MIEMBROS SEAPsi	85
Una revisión bibliográfica de LA EXPERIENCIA DE SUFRIMIENTO Mayra Velástegui V.	85
Grupos de Asesoría y Consejería para Dolientes Adrián Felipe Vásquez	91
La Depresión: un padecimiento omnipresente Cesibel Ochoa Pineda	96
El suicidio como desencadenante mortal de la violencia contra las mujeres Gabriela Acurio	100
Importancia del modelo integrativo en el abordaje de trastornos adictivos Nadia Gavilánes Alejandro Valencia	105

PRESENTACIÓN

Albricias, llegamos a nuestros diez años de corta pero muy productiva existencia. Y concomitantemente hacemos la presentación del séptimo número de la revista *Pser-Integrativo*, publicación que se logra mantener con una periodicidad anual superando inconmensurables dificultades gracias a los esfuerzos denodados de los responsables de la misma. A lo largo de este período hemos ido superando la calidad científica de los escritos y buscamos estándares que se ajusten a los requerimientos necesarios para buscar la indexación de la revista. En este año, que tiene especial significación para todos los integrantes de la SEAPSI, y también para todos quienes han demostrado estar junto a nosotros en este trajinar arduo pero hermoso, agotador pero alentador, presentamos este ejemplar para su conocimiento, discusión y crítica, con el convencimiento que con mayor pausa y tranquilidad, podremos buscar una mayor participación para los próximos números.

En este número reseñamos la autobiografía de Amparo Belloch, quien además es nuestra invitada especial al V Encuentro Latinoamericano de ALAPSI y el V Encuentro Ecuatoriano de SEAPSI.

Agradecemos a quienes apoyaron la publicación de este número de aniversario. Principalmente a Héctor Fernández Álvarez y la Fundación Aiglé, permanentes impulsores de *Pser-Integrativo*. A Margarita Dubourdieu, Arturo Heman, Claudio Rud. A todos los integrativos de la SEAPSI que en este número y en números anteriores colaboraron para cristalizar este proyecto. A todos nuestros amigos que nos acompañan en el camino de la integración y en el cumplimiento de este sueño transformado en realidad.

Lucio Balarezo
PRESIDENTE SEAPSI

AUTOBIOGRAFÍA AMPARO BELLOCH FUSTER



La Prof^a Amparo Belloch nació en Valencia, España, y siempre ha vivido en esa ciudad. Está casada y tiene un hijo. Comenzó sus estudios universitarios en 1970, en la Universidad de Valencia. En ese momento no existía todavía en España la carrera de Psicología y se matriculó en Filosofía, una Licenciatura minoritaria en especial para mujeres, cuya duración entonces era de cinco cursos anuales. Tuvo unos excelentes profesores que, además de las disciplinas clásicas propias de la Filosofía (Metafísica, Lógica, Antropología filosófica, etc.) impartían otras más vinculadas con las “nuevas ciencias”, como Sociología, Psicología, Filosofía de la Ciencia, o Lógica Matemática que le aportaron una visión nueva y diferente de la realidad. Gracias a esos profesores tuvo acceso a los textos de Jaspers, Elenberger, Freud, o Brentano entre otros, y a partir de ellos comenzó a interesarse por la psicopatología como ciencia que investigaba el sufrimiento humano mental, y sus aplicaciones prácticas ejemplificadas en la psicología clínica. De hecho, su Tesis de Licenciatura que defendió en 1975 fue sobre un tema bien alejado de la reflexión filosófica tradicional y claramente relacionado con la Psicología y, especialmente, con la Psicopatología y la Psicología Clínicas: las aplicaciones de la terapia implosiva al tratamiento de las fobias.

Al año de terminar su Licenciatura en Filosofía se implantaron los primeros cursos de Psicología en Valencia, y fue contratada como Profesora para impartir Psicología General a los primeros estudiantes de esa nueva Licenciatura. En los años siguientes los estudios de Psicología con nivel de Licenciatura se fueron implantando paulatinamente en muchas otras Universidades españolas, y decidió matricularse como estudiante de Psicología en la Universidad de Santiago de Compostela, en Galicia, ya que no podía hacerlo legalmente en Valencia dada su condición de profesora en la misma Facultad. Hizo la carrera a distancia en dos años y en 1977 obtuvo su Licenciatura en Psicología en la Universidad de Santiago. Al mismo tiempo hizo los cursos de Doctorado que entonces duraban dos años, y comenzó a plantearse su trabajo de Tesis Doctoral, a la vez que comenzó su formación como psicólogo clínico en el Hospital Padre Jofré de Valencia, un antiguo manicomio reconvertido en Hospital Psiquiátrico más acorde con los tiempos que corrían.

Durante su estancia en el Hospital, que compaginaba con impartir clases en la Facultad de Psicología, participó en diversas intervenciones con pacientes que, tras años ingresados y sin prácticamente ningún contacto con el exterior, iban a ser re-integrados al medio social y requerían disponer de un conjunto de habilidades sociales de las que carecían. También colaboró en el diseño y puesta en marcha de los nuevos centros de salud mental, basados en la filosofía de la atención comunitaria a la salud mental y por lo tanto radicalmente opuestos y diferentes a la tradicional asistencia psiquiátrica de tipo manicomial-institucional. Por esa época comenzó también a desarrollar actividad clínica en el ámbito privado, bajo la supervisión de la Dra. Elena Ibáñez.

Su orientación en la práctica clínica estuvo fuertemente marcada en el inicio por el modelo conductual, pero muy poco tiempo después las limitaciones de este modelo para entender y tratar el sufrimiento humano le llevaron a buscar otras orientaciones y paradigmas: especialmente le interesaron los desarrollos por entonces pioneros del procesamiento de información, que más adelante le llevarían a los modelos cognitivo y sistémico. Uno de los temas de la psicopatología que más le interesó desde el principio fue el relativo a los modos de clasificar y ordenar los trastornos

mentales. Los sistemas vigentes entonces (DSM-II y CIE-8) eran absolutamente inoperantes y carentes de utilidad en la práctica y en la investigación. Precisamente por eso centró en ese tema su Tesis Doctoral, especialmente en el concepto de Neurosis y sus diversas manifestaciones, concepto hoy desaparecido de las modernas nosologías. En 1980, antes de la aparición del nuevo DSM-III, defendió su tesis Doctoral en la que planteaba una reformulación y ordenación profunda de los trastornos neuróticos en una línea similar a la que después se produciría con la reordenación de los trastornos de ansiedad en el DSM-III. Durante esos años tuvo además que diversificar su docencia, ya que había una escasez importante de profesorado: impartió asignaturas tan diferentes como fundamentos biológicos de la personalidad, psicología de la emoción y la motivación, psicopatología profesional, psicopatología general, y psicología clínica. La necesidad de estudiar a fondo contenidos tan diversos de la psicología para poder impartirlos después a los estudiantes, le dio la oportunidad de obtener una formación amplia en psicología que más adelante intentaría “trasladar” a la psicopatología.

En 1983 concursó en Madrid para obtener una plaza de Profesora Adjunta de Cátedra en la disciplina de Psicología de la Personalidad. Obtuvo la plaza, que aunque significaba una importante estabilización profesional, implicaba también renunciar a su actividad privada como psicólogo clínico y, en el plano docente y de investigación, requería alejarse de la psicopatología y adentrarse en el estudio de la personalidad normal. Como consecuencia de ello, publicó dos libros que fueron utilizados durante algunos años por los estudiantes y docentes de la materia en varias Universidades españolas. El primero se titulaba “Dimensiones cognitivas, actitudinales y sociales de la personalidad” y el segundo “Extroversión, Psicoticismo y Dimensiones Emocionales de la Personalidad”. Adentrarse en estos temas le llevó a conocer de cerca las investigaciones de Hans J. Eysenck, y de este importante autor aprendió, entre otras muchas cosas, el modo de conectar la psicopatología con el estudio de la personalidad normal. También de la mano de este autor y sus estudios sobre variables de personalidad vulnerables a enfermedades médicas comenzó a adentrarse en las interrelaciones entre salud mental y salud física, lo que la llevó a “descubrir” la psicología de la salud como ámbito nuevo de investigación y de práctica profesional. Entró en contacto con algunas especialidades médicas, especialmente las de enfermedades oncológicas, digestivas, y respiratorias. El contacto con los enfermos y con los especialistas médicos que los atendían le llevaron a plantearse la necesidad de profundizar en la investigación de las relaciones entre variables médicas y psicológicas con el fin de comprender cómo los aspectos psicológicos influían en la evolución del enfermar y a la inversa, cómo la enfermedad influenciaba el estado emocional de las personas. Se centró especialmente en las enfermedades crónicas (asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica), así como en procesos complejos como el cáncer de mama o el trasplante hepático. Temas como la calidad de vida relacionada con la salud en esas enfermedades y procesos, la percepción adecuada de síntomas, o los factores que influyen en la adherencia a los tratamientos médicos, constituyeron durante algunos años temáticas de investigación e intervención psicológica, de las que se derivaron varias publicaciones en revistas especializadas y algunos libros. Este interés por las interrelaciones entre los procesos de salud y enfermedad, tanto física como mental, le permitió desarrollar y poner a prueba estrategias e instrumentos que fueran útiles para mejorar la calidad de vida de los enfermos, a la vez que colaboraba con los profesionales de la medicina en la mejora del conocimiento de las enfermedades y los enfermos a los que atendían.

No obstante, también seguía con interés los desarrollos que se estaban produciendo en el campo más tradicional de la psicopatología, especialmente los que provenían del campo del procesamiento de la información. En 1986 obtuvo una Beca para la investigación de los déficits de procesamiento en personas con esquizofrenia y en 1987 dirigió su primera Tesis Doctoral sobre este tema a la que muy pronto se convertiría en una excelente profesional, la Prof^a. Rosa M^o Baños.

La Tesis se titulaba “Procesamiento no consciente y psicopatología de la esquizofrenia”. Desde entonces hasta el día de hoy ha dirigido 20 Tesis Doctorales, todas ellas calificadas con la máxima categoría. Y 6 de ellas han recibido, además, la máxima distinción de la Universidad como las mejores Tesis Doctorales de sus respectivas promociones en Psicología.

También en esa época fundó junto con la Profesora Cristina Botella el primer Servicio de Asistencia Psicológica en la Facultad de Psicología, de acceso libre y gratuito para todo el personal adscrito a la Universidad de Valencia (estudiantes, administrativos, profesorado, y familiares). En ese Servicio desarrollaba, y sigue desarrollando, su actividad como psicólogo clínico, especialmente en el campo de los trastornos depresivos y de ansiedad en adultos. El Servicio se financia gracias a los proyectos de investigación subvencionados que tanto ella como la Prof^a. Botella iban consiguiendo. En la actualidad, la Prof^a Botella está radicada en otra Universidad y el Servicio sigue funcionando bajo la dirección de la Prof^a Belloch.

En 1987 obtuvo mediante concurso-oposición libre la Cátedra de Psicopatología en la Universidad de Valencia, que supone el nivel de cualificación más alto al que puede acceder un profesor universitario en España. A partir de entonces, todo su trabajo como docente, como profesional de la psicología clínica, y como investigador, se centró en la Psicopatología. Mediante diversos proyectos de investigación subvencionados, y en consonancia con su actividad como psicólogo clínico en el Servicio de Asistencia, dedicó sus esfuerzos a investigar de manera preferente sobre los trastornos del estado de ánimo, la hipocondría, la calidad de vida, y la salud mental en el medio escolar y laboral. En el ámbito docente, la insatisfacción con los manuales y textos disponibles para la enseñanza de la psicopatología le llevó a plantearse, junto con otros colegas de otras Universidades, la posibilidad de elaborar un texto que recogiera los conocimientos sobre la psicopatología desde una perspectiva eminentemente psicológica. En 1991 publicó, junto con la Profesora Elena Ibáñez, una primera versión del texto, en el que colaboraron profesores de distintas universidades españolas. Dado el éxito del mismo, se planteó una edición más amplia y ambiciosa en cuanto a sus contenidos junto con los profesores de psicopatología Bonifacio Sandín y Francisco Ramos, docentes en las Universidades Nacional de Educación a Distancia y de Salamanca, respectivamente. Entre los tres diseñaron un nuevo manual que cumpliera con sus expectativas y comenzaron a contactar con expertos españoles y europeos para pedirles su colaboración en la construcción del nuevo texto. El Manual de Psicopatología fue publicado en 1994 por una editorial internacional de reconocido prestigio, McGraw Hill, y constituyó una auténtica novedad, dado su enfoque psicológico amplio, lo que lo diferenciaba nítidamente de los manuales y textos de psicopatología al uso, fuertemente impregnados de una orientación más psiquiátrica.

Precisamente a partir de ese Manual, surgió un renovado interés por el estudio de los Trastornos de la Personalidad, que seguían estando bastante “mal-tratados” por la psicopatología psicológica. El alejamiento y descoordinación entre la psicología de la personalidad (normal) y la investigación psicopatológica en ese importante ámbito de los trastornos mentales, llevó a mantener un contacto estrecho con el Prof. Héctor Fernández-Álvarez, al que ya conocía personalmente desde hacía unos años, para co-editar en 2002 un pequeño texto sobre los trastornos de la personalidad. De nuevo este texto pareció cubrir un hueco en la literatura psicológica especializada en español, y la misma editorial (Síntesis) les animó a escribir un texto más amplio que, finalmente, se publicó en 2010 con el título “Tratado de trastornos de la personalidad”. En ese texto contaron con la colaboración en la redacción de varios capítulos de expertos de reconocido prestigio en el ámbito internacional como L. Benjamin, A. Semerari, J. Magnavita, B. Strauss, W. Simon y M.J.Lambert.

El otro tema central de la psicopatología al que viene dedicando un interés preferente en la última década es el relacionado con los trastornos del espectro obsesivo-compulsivo. A partir de sus publicaciones iniciales fue invitada por los profesores y expertos en el TOC, G. Steketee, R.

Frost, y D. Clark , a formar parte del grupo internacional denominado Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. Este grupo ha liderado la investigación sobre la psicopatología y el tratamiento del TOC durante los últimos 14 años. En la actualidad los componentes iniciales del grupo se han disgregado pero algunos de ellos han formado otro, el Research Consortium on Intrusive Fears (RCIF), del que forma parte también la Prof^a. Belloch. Además, ella misma lidera en España el grupo I'TOC (Investigación y tratamiento de obsesiones y compulsiones, www.itoc.info), con el que viene trabajando y publicando sobre diversos temas relacionados con este grupo de trastornos. El grupo ha sido recientemente galardonado con una Beca de reconocimiento a grupos de investigación de excelencia de la Comunidad Valenciana. Entre sus publicaciones recientes y más conocidas, se encuentra el texto "TOC: Manual de tratamiento cognitivo" (Ed. Alianza, 2011), que co-firma con sus colegas E. Cabedo y C. Carrió.

Finalmente, mencionar que la Prof^a Belloch ha formado parte del movimiento español involucrado en el reconocimiento de la psicología clínica como profesión sanitaria propia e independiente de la psiquiatría. Reconocimiento que se consiguió legalmente en 1998. Desde entonces los futuros psicólogos clínicos españoles reciben una formación remunerada durante cuatro años en diversos dispositivos asistenciales del Sistema Nacional de Salud, siguiendo el mismo modelo de interno-residente que siguen los médicos que se forman en las diversas especialidades médicas, modelo que sigue el principio de "aprendizaje mediante la práctica supervisada". Desde 1998 hasta la actualidad la Prof^a Belloch forma parte de la Comisión Nacional de la especialidad de Psicología Clínica, que preside desde 2006, una comisión de expertos formada por 11 profesionales de la psicología clínica españoles que entre otras funciones y responsabilidades, asesora al Ministerio de Sanidad de España sobre los desarrollos y ámbitos de actuación propios de esta especialidad sanitaria de la Psicología y cuida de que los futuros especialistas en psicología clínica reciban la formación adecuada. Es importante mencionar que, desde entonces, la Psicología Clínica forma parte de las prestaciones sanitarias a las que tienen acceso (y derecho) todos los ciudadanos españoles, a través de su implantación como especialidad propia e independiente de otras en el Sistema Nacional de Salud.

Para finalizar, el CV de la Prof^a Belloch incluye la publicación de 16 libros, más de 40 capítulos en diferentes textos, y más de 100 artículos científicos en publicaciones nacionales e internacionales. Es docente de postgrado en diversas Universidades y Centros de España y Latinoamérica (Argentina, Chile, Colombia), ha dirigido más de 50 trabajos de post-grado y 20 Tesis Doctorales, forma parte de diversos comités españoles y portugueses para la evaluación de la investigación, y ha sido investigadora responsable de 20 proyectos de investigación obtenidos en convocatorias competitivas españolas y europeas.

PASADO, PRESENTE Y FUTURO DE LA SOCIEDAD ECUATORIANA DE ASESORAMIENTO Y PSICOTERAPIA INTEGRATIVA, SEAPSI

Lucio Balarezo Ch.
PRESIDENTE SEAPSI

RESUMEN

El artículo se refiere a una visión crítica del desarrollo de la Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia Integrativa, SEAPSI y del modelo integrativo focalizado en la personalidad en el contexto ecuatoriano. Se analizan los antecedentes, la situación actual y la proyección hacia el futuro de la organización y del modelo integrativo.

Palabras clave: SEAPSI, Modelo Integrativo de Psicoterapia, Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad.

ABSTRACT

The article refers to a critical view of the development of the Ecuadorian Society of Counseling and Psychotherapy Integrative SEAPSI and integrative model focused on personality in the Ecuadorian context. This article examines the history, current situation and future projection of the organization and the integrative model are analyzed.

Keywords: SEAPSI, integrative psychotherapy model, focused on integrative model of personality.

INTRODUCCIÓN

Referirse al modelo psicoterapéutico integrativo en el Ecuador tiene una similitud simétrica con el desarrollo de la Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia Integrativa, SEAPSI, tanto en su ámbito espacial, como temporal. Esta reflexión asociada al historicismo de la Psicología y de la Psicoterapia en el Ecuador, particularmente en la ciudad de Quito, marcan la bitácora de nuestro trabajo.

EL PASADO

Orígenes y desarrollo del Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad

El día 23 de mayo del año 1977 se inició la labor docente como profesor de la Facultad de Ciencias Psicológicas de la Universidad Central del Ecuador y la tarea profesional como Psicólogo Clínico del servicio de Psiquiatría del "Hospital Carlos Andrade Marín" del IESS. Desde aquel día se apertura el ejercicio profesional como psicólogo clínico público y privado y como profesor de Psicoterapia, actividades que se mantienen hasta el día de hoy.

Entonces, los referentes bibliográficos en nuestro país eran escasos. Y, por otro lado, desprenderse de la influencia y modelos médicos (referente de formación como psicólogo clínico) era una tarea difícil y contra corriente. De todos modos, entre los textos de referencia constaba el intitulado "*36 sistemas de psicoanálisis y psicoterapia*" de Harper Robert, publicado en idioma castellano por la editorial Herrero Hnos. de México en 1966. En sus primeros capítulos, el autor hace referencia a las características comunes de los sistemas psicoterapéuticos, como elementos presentes en el proceso, provenga de donde provenga el psicoterapeuta. Es que hablar del paciente, del terapeuta, del proceso, de la recolección de información, del uso de técnicas no excluía a ninguna orientación.

Como hoy se sabe Rosenzweig (1936) describió este tema atribuyendo como factores comunes a otros tres: la personalidad del terapeuta, las interpretaciones y los efectos sinérgicos que un área de funcionamiento puede tener sobre otro.

En el año 1986, como un esfuerzo docente publicamos el texto denominado "Introducción a la Psicoterapia" y, posteriormente, el texto "Psicoterapia" en el año 1991, en los cuales es apreciable una

intuitiva tendencia a la integración o mejor al "eclecticismo".

Bien se podría afirmar que durante los primeros 20 años, el ejercicio profesional y la docencia en la Universidad Central, la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y en otras universidades del país, se desarrolló entre la puja doctrinaria, filosófica e ideológica impuesta por los acontecimientos mundiales que extrapolaba, no solo el pensamiento, sino el afecto y la acción hacia el idealismo o hacia 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 práctica clínica se conjugaban conceptos y aplicaciones de uno y otro terreno. Se aprendían técnicas proyectivas y se aplicaban técnicas conductuales. Esta dirección enraíza una tendencia natural hacia la integración de dos corrientes radicalmente opuestas.

Antecedentes mundiales y latinoamericanos que contribuyeron al desarrollo de la psicoterapia

En el Primer Congreso del World Council for Psychotherapy, WCP, en Viena, (1996), se constituye el Board del Consejo y se designa como delegada por Latinoamérica a Alejandra Pérez, quien se encarga de contactarse con psicoterapeutas de

diferentes países latinoamericanos hasta lograr la realización del Primer Congreso Latinoamericano de Psicoterapia y dar los pasos iniciales para la conformación de la Federación Latinoamericana de Psicoterapia en Buenos Aires, (1999). Como se conoce, posteriormente el WCP organiza congresos mundiales de psicoterapia en varios continentes del mundo.

Con motivo de la realización del Primer Congreso Latinoamericano de Psicoterapia en Buenos Aires, siete países latinoamericanos firman un acta de compromiso para formalizar la creación de la Federación Latinoamericana de Psicoterapia, FLP y estructurar asociaciones nacionales en cada uno de nuestros países. En este mismo año se conformó la Sociedad Ecuatoriana de Psicoterapia, SEPs, con la participación de psicoterapeutas de diferentes corrientes que demostraron su interés en este propósito constituyéndose en un hito preliminar de integración desde la perspectiva gremial.

El congreso señalado también fue la oportunidad para lograr la primera interrelación con los modelos integrativos argentino y chileno que permitió visualizar un trabajo similar efectuado en los tres países aunque desde diferente origen y perspectiva. En el año 2000, en Santiago de Chile, se efectúa el Segundo Congreso

Latinoamericano de Psicoterapia y allí se nombra a Lucio Balarezo como Primer Presidente de la Federación Latinoamericana de Psicoterapia, comprometiéndole también al Ecuador a realizar en la ciudad de Quito, el año 2001, el Tercer Congreso Latinoamericano de Psicoterapia, el mismo que permitió ampliar el número de países integrantes de la federación y estimular un creciente número de participantes al evento. La FLP posteriormente ha realizado un total de diez congresos en varios países de Latinoamérica.

Desarrollo del Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad

El trajinar del modelo integrativo comienza formalmente el 10 de octubre del 2002, cuando un grupo de profesionales y estudiantes, con un determinado perfil, (Lucio, Silvia, Maricruz, Mayra, Alfredo, Jacobo, Yadira, Mónica, Michele, Sandra, Cristina y Johana) conforman el primer grupo de formación en psicoterapia integrativa con el propósito de leer y entender a los referentes más significativos del movimiento integrativo latinoamericano, esto es Héctor Fernández-Álvarez y Roberto Opazo. Posteriormente, aquello que fue una quimera, paulatinamente se fue cristalizando en una propuesta terapéutica adaptada a nuestra realidad. Desde entonces hemos realizado esfuerzos para integrar profesionales y estudiantes,

experiencia y juventud y sobre todo universidades, en la constitución del modelo integrativo y de la Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia Integrativa, SEAPSI.

Con los contactos iniciales mantenidos con Héctor Fernández y Roberto Opazo, en el año 1999, paulatinamente se fue estableciendo al mismo tiempo la necesidad de desarrollar las bases epistemológicas y teóricas del modelo integrativo ecuatoriano. En el año 2002 iniciamos la conformación de grupos de discusión y entrenamiento en Psicoterapia Integrativa que posteriormente fueron denominados GEAPSI. Al mismo tiempo veíamos necesario el respaldo legal de la Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia Integrativa, SEAPSI. El 26 de agosto del año 2004 se aprueban los estatutos de la SEAPSI y, concomitantemente, logramos acuerdos de cooperación interinstitucional con la Fundación AIGLÉ de Argentina y el Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. En este mismo año se inicia el trámite para desarrollar la Primera Cohorte de la Maestría en Psicoterapia Integrativa en la Universidad del Azuay, en la ciudad Cuenca, con la participación de docentes de la Fundación AIGLÉ, el Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa, ICPSI y la SEAPSI. Esta maestría se inició en el mes de marzo de aquel año, y hasta el

momento se han dictado cinco maestrías, cuatro en Cuenca y una en Quito.

Encuentros Latinoamericanos de Psicoterapias Integrativas y Encuentros Ecuatorianos de Integración en Psicoterapia

En lo académico estamos convencidos que uno de los logros de mayor relevancia ha sido la continuidad académica que hemos estimulado en los Encuentros Latinoamericanos del movimiento integrativo y en los Encuentros Ecuatorianos de integración que cumplen dos propósitos complementarios.

En el primer caso, los encuentros se han constituido en los espacios de mayor interrelación entre los modelos integrativos de Latinoamérica para compartir experiencias y saberes. En el segundo, los encuentros ecuatorianos persiguen el propósito de interrelacionar a las diversas corrientes psicoterapéuticas que en nuestro contexto todavía no han podido organizarse en forma conexas y sólida.

Los encuentros latinoamericanos surgen al cristalizarse una propuesta consensuada durante una reunión de delegados del movimiento integrativo de Argentina, Chile y Ecuador, en la ciudad de Buenos Aires, en el marco del IV Congreso Mundial de Psicoterapia en septiembre del 2005.

Históricamente, también es de resaltarse en este año la inclusión de Margarita Dubourdieu, representante del movimiento integrativo uruguayo, al empeño latinoamericano de desarrollar el modelo integrativo.

Los días 25, 26 y 27 de septiembre del año 2006 se efectuó **Primer Encuentro Latinoamericano de Psicoterapias Integrativas** en Quito, en el Auditorio del Centro Cultural de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, PUCE, con la participación de cuatro representantes argentinos de la Fundación AIGLE, cuatro chilenos del ICPSI, una uruguayo de SUPNIE y los representantes ecuatorianos de SEAPSI. El encuentro contó con el auspicio de la Federación Latinoamericana de Psicoterapia y en el evento nacional colaboraron psicoterapeutas de diversas corrientes que tienen presencia en el país.

Este encuentro nos permitió, además, promover el primer número de nuestra revista PSER-INTEGRATIVO.

El **Segundo Encuentro Latinoamericano de Psicoterapias Integrativas** se realizó en la ciudad de Montevideo entre el 30 de octubre y el 1 de noviembre del año 2008 cuya temática fue ACTUALIZACIONES EN LA CLÍNICA: “SALUD, FACTORES DE RIESGO, PREVENCIÓN, RESILIENCIA”, dando continuidad a los eventos de acercamiento y consolidación del

movimiento integrativo.

El **Tercer Encuentro Latinoamericano de Psicoterapias Integrativas** se efectuó en las ciudades de Buenos Aires y Córdoba los días 7, 8 y 9 de octubre del 2010 con la participación de todos los integrantes de la Asociación Latinoamericana de Psicoterapias Integrativas, ALAPSI.

El **Cuarto Encuentro Latinoamericano de Psicoterapias Integrativas** se realizó en la ciudad de Santiago de Chile los días 20 y 21 de julio de 2012, con el tema: LA PSICOTERAPIA INTEGRATIVA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, en el que intercambiaron análisis y discusiones desde los cuatro modelos latinoamericanos.

Los encuentros ecuatorianos se han realizado también cada dos años buscándose como sedes a diferentes ciudades del país con el propósito de difundir el modelo en los diversos ámbitos de nuestra patria y buscar la participación de las universidades estatales y particulares de aquellas ciudades.

El **Primer Encuentro Ecuatoriano de Integración en Psicoterapia** se efectuó en Quito, el **Segundo Encuentro Ecuatoriano** en la ciudad de Cuenca, con el tema “VIOLENCIA FAMILIAR Y SOCIAL”, el **Tercer Encuentro** en la ciudad de Ambato,

con la temática “INTERVENCIÓN EN CRISIS”, y el **Cuarto Encuentro** en la ciudad de Loja, con el eje temático “ESTRÉS Y POSTMODERNIDAD: factores de vulnerabilidad y resiliencia”.

En el año 2014 coinciden el Quinto Encuentro Latinoamericano y el Quinto Encuentro Ecuatoriano en la ciudad de Quito con motivo de la celebración de los diez años de la SEAPSI.

Conformación de la Asociación Latinoamericana de Psicoterapias Integrativas, ALAPSI

En el marco del Primer Encuentro Latinoamericano de Psicoterapias Integrativas, en el año 2006 se conformó la Asociación Latinoamericana de Psicoterapias Integrativas, ALAPSI, como un referente de tipo gremial que propende al desarrollo y difusión del movimiento integrativo en Latinoamérica. Los delegados nombraron como Presidente de la nueva Organización a Lucio Balarezo, designación que honra a la SEAPSI y al Ecuador. Posteriormente han presidido ALAPSI, Margarita Dubourdieu, de Uruguay; Fabio Celnikier, de Argentina; Ramiro Ramírez, de Chile y, actualmente, subroga en esta dignidad Mayra Velástegui, de Ecuador. Precisamente es a través de este organismo que se han producido los encuentros integrativos latinoamericanos. La

ALAPSI pretende estimular el desarrollo del modelo integrativo en Latinoamérica, estimular la investigación conjunta, colaborar en los eventos académicos que se produzcan en los respectivos países, acredita psicoterapeutas integrativos y difundir el modelo a través de los organismos pertinentes de cada país.

ACTIVIDADES ACADÉMICAS EN ESTOS DIEZ AÑOS

A continuación reseño las actividades académicas organizadas por la SEAPSI en el transcurso de estos años:

- *Curso Internacional de Psicoterapia Integrativa en Maltrato Familiar*, expositora, Marcela Opazo del ICPSI.
- Primeras Jornadas Internacionales de Psicoterapia Integrativa:
 - *Modelo Integrativo de la Fundación AIGLE*, expositor, Sergio Pagés de AIGLÉ
 - *Psicoterapia Integrativa en Trastornos de Personalidad*, expositora, Cecilia Gálvez del ICPSI
 - *Psicoterapia Integrativa y Desarrollo Personal*, expositor, Roberto Opazo del ICPSI
 - *Psicoterapia Integrativa en pacientes homosexuales*, expositor, Eduardo Nicemboin de AIGLÉ

- *Primer Curso de Psicoterapia Integrativa focalizado en la Personalidad*, expositores, SEAPSI.
- *Psicoterapia Integrativa Familiar*, expositora, Psicóloga Alejandra Pérez de AIGLÉ.
- *Psicoterapia Grupal desde el modelo Integrativo*, expositor, Héctor Fernández-Álvarez de AIGLÉ.
- *Curso Intervención en Crisis para los profesionales de la Sección de Salud Mental de la Dirección de Sanidad de la Fuerza Terrestre*, expositor, Lucio Balarezo de SEAPSI.
- *Curso de Psicoterapia Integrativa focalizada en la Personalidad para los profesionales de la Sección de Salud Mental de la Dirección de Sanidad de la Fuerza Terrestre*, expositores, Lucio Balarezo, Silvia Mancheno, Maricruz Izquierdo y Mayra Velástegui.
- *Seminario Taller Internacional Abordaje integral y Psicoterapia Integrativa en el Adulto Mayor*, con la participación de la Psicóloga Alejandra Pérez, entonces Presidenta de la Federación Latinoamericana.
- Iniciamos los conversatorios **JUEVES INTEGRATIVOS** en la Facultad de Ciencias Psicológicas de la Universidad Central con los temas: “La Personalidad del Psicoterapeuta”, “Trastornos Alimentarios” e “Intervención en Crisis” “Insight y Conducta”.
- *Taller internacional de terapia cognitiva-conductual: Introducción al modelo de terapia cognitiva-conductual (TCC)* con la participación de Roberto Mainieri.
- *Seminario Taller internacional Adicciones: Tratamiento y rehabilitación desde el modelo integrativo supraparadigmático*, con el aval de la Universidad Santiago de Chile, dictado por Humberto Guajardo y Diana Kushner.
- Por iniciativa del Núcleo del Azuay, se organizó un encuentro de actualización del modelo integrativo focalizado en la personalidad.
- *Seminario Taller internacional sobre Psicoterapia Integrativa en la Niñez y Adolescencia* con la participación de Edith Vega de nacionalidad argentina, realizado en la ciudad de Quito replicado luego en la ciudad de Cuenca.
- *Cuatro Foros Integrativos* que abordaron temas de maltrato y violencia familiar y la inclusión de la dimensión espiritual en el modelo integrativo.
- *Curso de Capacitación sobre Utilización del Cuento en Psicoterapia de Niños*, dictado por Lorena Narváez.

Maestrías de Psicoterapia Integrativa en las Universidades del Ecuador

Uno de los logros de mayor importancia en el desarrollo del

Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad en nuestro país y su reconocimiento en los países latinoamericanos ha sido, sin duda, la organización y desarrollo de la Maestría en Psicoterapia Integrativa en la Universidad del Azuay, en el año 2004, la primera y única universidad acreditada por el Consejo Nacional de Educación Superior, CONESUP. En esta iniciativa es pertinente reconocer la visión de dos personas: Mario Moyano y Edgar León, quienes desde sus funciones de docente y de Decano supieron creer en el modelo y concretar este propósito con el mayor éxito deseado. Para ellos, nuestro reconocimiento.

El éxito logrado en esta maestría concitó el interés por otras universidades en otras ciudades, de modo que luego se han dictado cuatro Cohortes en la ciudad de Cuenca y una en Quito, esta última mediante un Convenio de colaboración institucional entre la Universidad del Azuay y la Universidad Central del Ecuador para replicar el programa en la Facultad de Ciencias Psicológicas de la UCE. Cuando estaban por iniciarse nuevas cohortes en Quito y Loja, posibilitadas por convenios entre la UDA y la Universidad Central del Ecuador y la Universidad Nacional de Loja, las nuevas disposiciones de los organismos del Estado que regulan la Educación Superior impidieron las mismas por el hecho de realizarse en otras ciudades.

También se aprobó por el CONESUP el programa de la Maestría en Psicoterapia Integrativa focalizada en la Personalidad en la Universidad Tecnológica Indoamérica para dictarse simultáneamente en las ciudades de Quito y Ambato. Lastimosamente por algunos desacuerdos institucionales no se llegó a concretar este programa.

Los Grupos Ecuatorianos de Asesoramiento y Psicoterapia Integrativa, GEAPSI

Una de las propuestas iniciales de la SEAPSI, señaladas en los objetivos fundamentales es la formación de psicoterapeutas integrativos. Con este propósito se generaron las maestrías y los GEAPSI. Las primeras que cumplen con un propósito académico formal y la otorgación del título universitario de Magíster y los segundos que implementan la formación de psicoterapeutas a través de grupos que en no menos de dos años adquieren los conocimientos y destrezas para desenvolverse como psicoterapeutas integrativos. Algunos socios han completado la formación y en los momentos actuales existen grupos de formación en las ciudades de Quito, Loja y Quevedo. Los contenidos y la metodología de formación en los GEAPSI conllevan las mismas responsabilidades académicas y exigencias que las maestrías.

Acreditación de Psicoterapeutas Integrativos

La demanda social y gremial de encomendar el ejercicio psicoterapéutico a profesionales idóneos y éticos ha generado un movimiento mundial de acreditación psicoterapéutica, práctica que cada vez alcanza límites internacionales y abarca a los terapeutas de las diferentes corrientes y modelos psicoterapéuticos. En este contexto la SEAPSI incorporó en sus propósitos la acreditación de profesionales que se han formado en las maestrías de psicoterapia integrativa y a los socios que hayan completado su proceso de formación en los GEAPSI. Para este fin, la SEAPSI cuenta con su propio reglamento en el que marcan las disposiciones necesarias para llegar a este objetivo. Concomitantemente a esta acción, se ha concretado, con el apoyo de lo ALAPSI, la Acreditación Latinoamericana avalada por esta organización. Como la acreditación es por cinco años, el año anterior se produjo la primera reacreditación del grupo que cumplía con los requisitos señalados en el reglamento respectivo.

Relaciones nacionales e internacionales

La participación en congresos, encuentros y seminarios, así como la organización de eventos académicos han posibilitado la interrelación con instituciones importantes del Ecuador y Latinoamérica, situación que facilita el éxito de los eventos

académicos internacionales, la realización de los postgrados y el intercambio profesional y científico.

Al momento tenemos vigentes acuerdos de cooperación con la Fundación AIGLE, el Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa, la Sociedad Uruguaya de Psicoinmunoendocrinología, la Sociedad Uruguaya de Análisis y Modificación de la Conducta, el Instituto Mexicano de Psicoterapia Cognitivo-Conductual, la Sociedad Panameña de Psicoterapia, SOPAPSI. Sin lugar a dudas que el acuerdo de mayor trascendencia es el firmado entre las organizaciones latinoamericanas que desarrollan el modelo integrativo y que se agrupan en ALAPSI.

En el país tenemos acuerdos y convenios con varias universidades que nos han permitido efectuar postgrados y avalar los eventos nacionales e internacionales como: la Universidad del Azuay, Universidad Central del Ecuador, Universidad Nacional de Loja, Universidad de Cuenca, Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, Universidad Nacional de Chimborazo, Universidad Técnica Particular de Loja, Universidad Salesiana de Cuenca.

EDI-SEAPSI y Revista PSER-INTEGRATIVO

Con el lanzamiento del libro

Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad, hemos iniciado un proyecto denominado EDI-SEAPSI, con el que intentamos estimular la publicación de libros producto de investigaciones de los miembros de la SEAPSI, para conformar una biblioteca y videoteca integrativa. Gracias al aporte de colegas integrativos latinoamericanos y psicoterapeutas participantes en las maestrías, así como de miembros de SEAPSI hemos mantenido la publicación de 7 números de la revista Pser-Integrativo, publicación anual que recoge una temática novedosa y actualizada.

Información digital

La SEAPSI mantiene actualizada su página WEB y, además, establece contactos con usuarios a través del blog denominado somosseapsi.blogspot.com

Reconocimientos internacionales

La Universidad Nacional de San Marcos, a través del Instituto de Investigaciones del Pensamiento Peruano y Latinoamericano (IIPPLA), otorgó la distinción al mérito como máxima distinción a la trayectoria investigativa en neuropsicología a los miembros de SEAPSI, Silvia Mancheno y Lucio Balarezo.

La Asociación de Psicoterapia de la República Argentina, APRA, le ha honrado al Presidente de la SEAPSI con la designación de Miembro

Honorario de esta organización así como miembro del Comité Editorial de la Revista Argentina de Clínica Psicológica.

EL PRESENTE

Situarse en el presente significa retrotraerse en el pasado. Significa, de la manera más objetiva, deliberar y evaluar el desarrollo de la institución, realizar un balance de lo positivo y lo negativo, de los éxitos y las dificultades, de los alcances y las omisiones.

La cuestión es meditar sobre dónde estamos y hacia dónde nos dirigimos. El juzgamiento sobre el estado actual de los hechos, los logros y necesariamente de la comparación con otras organizaciones similares, de tal manera que la descripción de las actividades no sea una mera enumeración de lo efectuado, sino, además, una crítica sobre los resultados.

En lo académico, durante estos años hemos implementado una cultura psicoterapéutica en el Ecuador. La consolidación del modelo de psicoterapia integrativa se la ha conseguido mediante la formación de psicoterapeutas integrativos en cinco cohortes de maestrías en Psicoterapia Integrativa en las ciudades de Cuenca y Quito y a través de los GEAPSI, que son grupos de formación de psicoterapeutas con personas que expresen su deseo de hacerlo. Al momento, han funcionado 6 grupos

en Quito y dos están en plena actividad en las ciudades de Loja y Quevedo. Este modo de fortalecimiento del modelo integrativo, hoy requiere de mayor empeño debido a que las nuevas regulaciones de las maestrías por parte de los organismos del Estado que controlan la educación superior plantean dificultades en la aprobación inmediata de los programas nuevos.

Preocupaciones permanentes de la SEAPSI son difundir el modelo integrativo en el Ecuador, capacitar a los miembros de nuestro organismo y demás profesionales de la salud en temas vinculados con el quehacer psicoterapéutico y mantener la relación con profesionales y gremios de psicólogos y psicoterapeutas de otras corrientes. En este empeño, durante los diez años hemos organizado Encuentros de Integración en Psicoterapia cada dos años y Cursos Internacionales en los años intermedios, de manera que hasta el momento hemos tratado temáticas diversas en estos eventos, maltrato, adultez tardía, psicoterapia grupal desde lo integrativo, situaciones de crisis, psicoterapia integrativa en la niñez y la adolescencia, la modernidad: sus componentes psicopatológicos y su manejo, psicoterapia integrativa en adicciones. La organización de estos eventos en varias ciudades del país ha permitido difundir el modelo

integrativo en todo el Ecuador e incrementar la credibilidad y el prestigio de la SEAPSI en todas las provincias.

La celebración de nuestros Diez Años

De la Junta Directiva surgió la iniciativa de celebrar nuestros primeros diez años con la realización de cuatro eventos en diversas ciudades del país, resolución que fue aprobada en la Asamblea de Guano del 25 de agosto del año anterior. Se decidió efectuarlos en Manta, Riobamba, Cuenca y Quito por razones académicas y solicitudes que efectuaron algunas universidades. En las tres primeras ciudades se dictaron cursos internacionales con la participación de Arturo Heman, de nacionalidad mexicana, que en Manta abordó la psicoterapia en depresión e intentos de suicidio desde el modelo cognitivo-conductual; Diana Kirzsmán, de nacionalidad argentina, que trabajó sobre el tratamiento de trastornos alimentarios en la ciudad de Riobamba; Alejandra Pérez, de nacionalidad argentina, cuyo tema fue tratamiento psicoterapéutico en los trastornos de personalidad; y, en Quito se efectuó el V Encuentro Latinoamericano de Psicoterapias Integrativas, organizado por ALAPSI y el V Encuentro Ecuatoriano de Integración en Psicoterapia, organizado por SEAPSI, encuentros coordinados que sobre todo buscaron la participación de Héctor Fernández-

Álvarez, Roberto Opazo, Margarita Dubourdieu y Lucio Balarezo para trabajar la temática de la espiritualidad en los modelos integrativos.

En este evento contamos con una invitada especial, Amparo Belloch, distinguida psicóloga y psicoterapeuta, quien desde España trae un tema también controversial, la discusión sobre el DSM V y sus implicaciones en la Psicología.

Una reflexión crítica de estos diez años de vigencia de la SEAPSI nos hace sentir orgullosos de nuestra institución, que sin lugar a dudas es la más importante del Ecuador, tanto por su nivel de organización como por su grado de credibilidad y aceptación de la comunidad científica de nuestro medio y de Latinoamérica. En estos cortos años de vida institucional, parafraseo lo que fue el final del informe a los nueve años de gestión ***“nuestra organización es una de las de mayor crecimiento en el Ecuador y Latinoamérica, por ello puedo testificar, sin lugar a equívocos ni falsas modestias, que aquellas metas y sueños del 2004 se han tornado en realidades concretas y visibles que han prestigiado nuestra institución tanto a nivel nacional como internacional. Un resumen de lo antedicho constituyen los 20 eventos internacionales y siete nacionales ejecutados, el aval***

académico solicitado por instituciones nacionales a la SEAPSI, los convenios con universidades ecuatorianas y pares nacionales e internacionales, la ejecución de maestrías en dos ciudades del país, la alta credibilidad y respeto nacional e internacional hacia el modelo. Por todo lo expuesto, estos triunfos los asumimos con orgullo pero sin vanidad, con una satisfacción inmensa pero con humildad”.

EL FUTURO

Mirar hacia el futuro puede resultar quimérico, optimista, fantaseador, ilusorio o también frustrante, temeroso, pesimista y deprimente. Cognitivamente podemos escoger la primera dirección y dejarnos llevar por el más irracional optimismo y creer que todo está resuelto y que la institución marchará por sí sola. Ponerse en la orilla contraria sería pensar que todo puede derrumbarse como una torre de naipes y que el futuro es incierto e inseguro. Dialécticamente se debe asumir una postura de síntesis, que no deje de mirar las amenazas y las debilidades y que al mismo tiempo recoja las fortalezas y oportunidades que tiene nuestra organización.

El desarrollo y la solidez que consiga la SEAPSI, dependerá de la sinergia interna de los miembros y de las redes internacionales que se sigan manteniendo y procurando.

El futuro debe mirarse desde el presente. Reconocer los logros, sentirse orgulloso de aquello, pero también reconocer las áreas que requieren fortalecerse e inclusive generarse como nuevas propuestas. Visualizar los objetivos enunciados y las metas conseguidas, no solo como un ensayo narcisista de *sí se pudo*, sino en un balance objetivo de hasta dónde se llegó y cómo se llegó.

En lo real, insistimos en que nuestra organización es la de mayor desarrollo en el Ecuador, la de mayor credibilidad y mayor aceptación y respeto. Nos conocen en casi todo el Ecuador, muchos quieren ser integrativos, la SEAPSI resuena en las voces de muchos psicólogos y psicoterapeutas y estudiantes. Las universidades, tanto particulares como estatales, confían en nosotros y nos abren sus puertas. Hemos formado decenas de psicoterapeutas integrativos, hemos irradiado en todos los espacios posibles la noción y la práctica integrativa. A nivel de generación de postgrados en el Ecuador, ocupa el segundo lugar, en apenas diez años, superado únicamente por el modelo sistémico en lo cuantitativo, pero resaltando que nuestra organización tiene mayor presencia y estructura.

En este contexto externo no se puede desconocer el invaluable apoyo de la Fundación AIGLÉ, en la persona de Héctor Fernández Álvarez, el empuje

de otros compañeros de Latinoamérica, sin cuyo concurso no hubiese sido posible llegar hasta el sitio en el que nos encontramos. Nos hemos esforzado para mantener publicaciones, difundir la psicoterapia y el modelo integrativo.

Ahora bien, qué nos falta, sin lugar a dudas, muchas cosas. Si bien hemos formado psicoterapeutas integrativos, un propósito del futuro debe ser incluir la supervisión como actividad obligatoria con el propósito de lograr parámetros de excelencia, eficacia y eficiencia en la aplicación del modelo integrativo.

Otra debilidad es la investigación; deberá fomentarse a través de grupos orientados a temáticas específicas y líneas de estudio definidas. El esfuerzo realizado en esta área se circunscribe exclusivamente al tema de las tesis de los maestrantes y uno que otro proceso individual. Y si hemos conseguido mantener una revista y alentar publicaciones, todavía en la mayoría de nosotros prevalece la escasa cultura de nuestro medio para leer y escribir. Y el tema de escribir está de la mano con la investigación.

En lo externo, es pertinente mantener y si es posible, incrementar las redes científicas y de investigación, fortificar los organismos existentes e involucrarse en el contexto internacional.

Una reflexión final es la relacionada con el relevo generacional que debe producirse en la organización. Desde nuestra perspectiva siempre hemos acudido a un sentimiento de confianza en los terapeutas jóvenes, quienes con una dirección apropiada, puede cumplir con los propósitos señalados en este apartado.

Perspectivas de la integración en Latinoamérica

A través de estos últimos años se han podido visualizar en Latinoamérica algunos aspectos desde la visión integrativa y que se los observa también en otras latitudes.

Ellos son:

- La proximidad creciente en lo académico, gremial e institucional de las corrientes tradicionalmente antagónicas.
 - La tendencia a la unificación del ejercicio psicoterapéutico en función de las demandas sociales y los problemas derivados de la actual psicopatología social.
 - Las ampliaciones y modificaciones teóricas y prácticas en los modelos psicoterapéuticos tradicionales que determinan, por ejemplo, intervenciones grupales en el conductismo o en el psicoanálisis e intervenciones individuales en los sistémicos.
- El notable desarrollo que van consiguiendo los modelos integrativos en Latinoamérica.
 - El mayor beneficio que reciben los pacientes en los diferentes campos de aplicación de la psicoterapia.
 - Los puentes y redes que se establecen a través de la integración en Latinoamérica para promover la investigación sobre aspectos comunes en el proceso psicoterapéutico.
 - El provecho social en el campo de la salud mental.

No obstante, el desarrollo de la integración debe sobrepasar los siguientes problemas:

- La superación de la integración asimilativa (Messer, 1980), hecho que podría traducirse en un ocultamiento consciente o inconsciente de un ejercicio ecléctico simple o una negación de la defensa y supervivencia de la corriente inicial en la que se formó el psicoterapeuta.
- Resulta todavía inalcanzable el consenso en las bases epistemológicas y teóricas que sustentan el modelo integrativo.

- Por la amplitud del conocimiento psicológico y psicoterapéutico actual se visualizan dos interrogantes: ¿un psicoterapeuta integrativo requiere conocer a profundidad todos los demás modelos?, o si se señalan algunos temas prioritarios desde las corrientes, ¿en base a qué se escogen algunos aspectos teóricos y se desechan otros? Quedan, pues, estos temas y supongo otros para seguirse analizando en el marco de la discusión académica.

A MANERA DE COROLARIO

Me llamo Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia Integrativa; para mis amigos, simplemente, SEAPSI. Así me designaron mis creadores. El nombre gusta y es acogido con facilidad y respeto. Según mis progenitores, fui concebido en Quito, en el Hospital “Carlos Andrade Marín”, en el Servicio de Psiquiatría. Mi gestación y desarrollo prenatal fue prolongado, pero lleno de satisfacciones y esfuerzos, con un régimen muy disciplinado y ordenado. En esta tarea intervinieron algunas personas, unas se mantuvieron, otras se fueron, como sucede en todo organismo vivo. Mi nacimiento se produjo en Cuenca, en la Universidad del Azuay, gracias a un alumbramiento con fórceps, por la premura del tiempo y por la

responsabilidad que ello conllevaba. Pero el esfuerzo de mis generadores permitió que sobreviviera, creciera y me desarrollara. Y mis primeros años fueron de gran estimulación por parte de un grupo de amigos que llegaron con mayor experiencia y desarrollo desde Argentina, Chile y luego también de Uruguay. Pero además de México, Panamá y otras latitudes.

Ahora cumpla diez años soy, como se puede observar, un ser en pleno desarrollo, que intentará llegar a la etapa de la adultez con los mejores requerimientos y fortalezas para beneficio de nuestra sociedad. Me han dicho que soy muy curioso y expansivo, pero que necesito aún apoyo y, sobre todo, que mis elementos integrantes no se descuiden de mí y que me pongan mayor interés. Y también que me quieran mucho porque el afecto sin cognición es ciego y la cognición sin afecto es estéril.

REFERENCIAS

- SEAPSI, (2006). Informe de Actividades. Acta de la Asamblea General. Quito
- SEAPSI, (2008). Informe de Actividades. Acta de la Asamblea General. Quito
- SEAPSI, (2010). Informe de Actividades. Acta de la Asamblea General. Ambato
- SEAPSI, (2012). Informe de Actividades. Acta de la Asamblea

General. Loja
SEAPSI, (2013). Informe de General. Manta
Actividades. Acta de la Asamblea

¿CÓMO AYUDAR A QUIENES NO QUIEREN COMER O COMEN DEMASIADO?

Diana Kirszman
Fundación AIGLÉ

Introducción

Comer es un acto natural, corriente, habitual, espontáneo. Sin embargo, en algunas ocasiones se presenta de modo exactamente contrario y se transforma en una conducta antinatural, forzada, complicada.

Este capítulo tiene como objetivo presentar las vicisitudes de los niños que el comer (o el no comer) constituyen el centro de la escena familiar con los efectos implicados en esta situación.

Teniendo en cuenta el incremento de estos trastornos en la población infantil y observando el inicio en edades cada vez más tempranas, es fundamental ubicar la prevención como una de las intervenciones centrales.

Se incluirán viñetas, diferentes situaciones clínicas para ejemplificar lo expuesto.

Respuesta pediátrica

Uno de los motivos más frecuentes de la consulta pediátrica es porque “el chico no come”. En este punto es interesante rescatar una condición clínica denominada “fallo de medro” (FDM). Se trata de la incapacidad de un niño menor de 3 años de conseguir un desarrollo y crecimiento óptimo, referido principalmente a su peso. El concepto de FDM ha ido cambiando y más que como un diagnóstico debe tomarse como una descripción clínica, un signo físico final de muchos procesos médicos, psicosociales y ambientales que conducen a un crecimiento pobre en un niño pequeño. En pocos niños el fallo de medro tiene un origen orgánico. En un 85-90% de los casos, no podrá identificarse ninguna enfermedad física sino alteraciones psicológicas, sociales, de relación madre-hijo o causas que se desconocen.

El primer paso es reconocer los niños con falso fallo de medro, o sea se trata de niños pequeños, delgados pero sanos, que

constituyen los individuos normales que se colocan en el extremo inferior de la curva de peso y así evitarles etiquetas diagnósticas y pruebas innecesarias.

Para avanzar en el cuadro de situación, es necesario distinguir si nos encontramos con un niño simplemente delgado o un niño que está gestando alguna enfermedad.

Tradicionalmente ha sido frecuente que la respuesta pediátrica ante los chicos que presentaban dificultades con la comida era: “déjelo, ya comerá” o “hay chicos que comen poco y otros que comen mucho” o “cuando tenga hambre va a comer” o “hay chicos vomitadores y otros que no lo son” y así podríamos incluir diferentes respuestas.

En diversas situaciones se puede verificar que un cierto modo de relacionarse con la comida responde a un estilo particular o a una condición transitoria. Sin embargo, otras situaciones, presentan el carácter de una condición más frecuente, a veces cotidiana, conformando una conducta anómala. Qué quiere decir anómalo?

Diego, de 7 años, si está fuera de su casa “no come nada”. Esto influye en sus actividades regulares como la participación en los

cumpleaños, salidas a excursiones o campamentos, etc.

Se trata de un ejemplo de “conducta anómala”.

Intentando un lenguaje común

Ha existido un esfuerzo colectivo en alcanzar un lenguaje común en la clasificación de los trastornos mentales, las alteraciones de la alimentación en la lactancia y primera infancia.

En el DSM- IV se definió claramente como trastornos específicos la pica y la rumiación y el Trastorno de la ingestión Alimentaria de la Infancia o la niñez (TAI), si bien se lo ha usado muy limitadamente por proporcionar insuficientes datos respecto a las características, curso y resultados en chicos con estos trastornos.

En el DSM 5 si bien no se han introducido modificaciones significativas, en esta versión se ha rebautizado como una clasificación independiente la restricción de la ingesta alimentaria y los criterios se han ampliado significativamente.

Los TAI afectan entre un 6 y un 25% de niños con desarrollo normal y más del 35% de aquellos con retraso en el desarrollo (Lindberg, 1991)

Chatoor (1998) intentando ampliar los criterios diagnósticos propone algunos subtipos de trastornos de la alimentación.

Criterios diagnósticos de la Anorexia Infantil (Chatoor, 1998)

- Comienzo entre los 6 meses y 3 años (pico entre los 9-18 meses)
- Rechazo de los alimentos de al menos un mes
- Malnutrición aguda y/o crónica
- Preocupación paterna y ansiedad ante el rechazo de alimentos

- Relaciones conflictivas entre padre-hijo durante las comidas
- Descartada organicidad o experiencia traumática

Otro de los diagnósticos que describió Chatoor es la Aversión Alimentaria Sensorial (Síndrome de Alimentación Selectiva). Comienza entre los 6 meses y 3 años con la inclusión de un nuevo tipo de alimento y en general, tienen dificultad para diversificar la alimentación. Muestran un rechazo selectivo por un sabor, por una textura, por un olor, por una apariencia, si bien comen adecuadamente los alimentos favoritos. Se trata de un cuadro que puede presentarse con algunas deficiencias nutricionales específicas (aunque no desnutrición aguda ni crónica), alteraciones motoras orales, acompañado de otros problemas como ansiedad social, en general evitando el contacto social que supone un ambiente diferente al habitual o conocido.

Otro cuadro que presenta Chatoor es referido a alteraciones asociadas con enfermedades médicas. Puede comenzar a cualquier edad, a partir de enfermedades que causan dolor o molestias con la alimentación (alergia, reflujo gastroesofágico, alteración respiratoria entre otras). Si bien se trata de cuadros que mejoran con tratamientos específicos difícilmente se logre controlar los síntomas, incluso el niño frecuentemente pierde peso.

Dimensionalidad de las conductas alimentarias

Si ubicamos la conducta de Diego dentro de un continuo, se puede observar que si bien presenta una conducta anómala, no significa necesariamente que se trata de un diagnóstico de Trastorno Alimentario. Las conductas vinculadas con la alimentación podemos ubicarlas dentro de un continuo donde en un extremo del mismo se encuentran aquellas conductas alimentarias normales, atravesando otras que resultan

más complejas o no habituales hasta llegar al otro extremo del continuo donde se ubican las conductas más patológicas, en algunos casos de extrema gravedad, con alto riesgo.

La posibilidad de observar y detectar estas conductas permite intervenir tempranamente, a los fines de evitar la evolución del cuadro y su consiguiente gravedad. Situación especialmente importante en los niños, considerando que contamos con mayores alternativas para evitar una evolución disfuncional.

Comprender estas conductas desde una perspectiva dimensional nos permite despatologizar ciertas condiciones clínicas sin necesidad de etiquetar a través de un diagnóstico específico. Son muchos y muy variados los casos donde se presentan conductas alimentarias “poco frecuentes o habituales” lo cual no implica la presencia de un trastorno alimentario. Sin embargo, se trata de un dato a tener en cuenta ya que en algunas ocasiones puede funcionar como prolegómeno de una evolución más problemática.

Cuando el comer es exagerado

¿Cuándo es exagerado el comer de los niños? ¿Cuál es la porción adecuada? ¿Hay una medida que sea la adecuada? ¿Cuántas veces por día tienen que comer los niños? ¿Cuál es el tiempo óptimo para terminarlo que tienen en su plato? Hay un tiempo que sea el óptimo?

La forma “exagerada” de comer puede tomar diversas formas. Observamos que lo que es mucho para algunos niños no lo es para otros y viceversa. Hay niños que necesitan comer más para saciarse y otros no tanto. Hay quienes tienen preferencia por los dulces y otros eligen sistemáticamente los alimentos salados. Otros que tienen hábitos por comer más entrecomidas (estilos picoteadores) y otros que solo comen a las horas convencionales. Niños que toman grandes cantidades de leche y otros que la rechazan.

Hay niños que comen rápidamente y a otros les toma mayor tiempo. Todas estas circunstancias pueden ser indicadores de un problema vinculado con el comer o que responda a características y estilos personales. Por ejemplo un niño más ansioso tenderá a comer más rápidamente.

Según los estilos familiares también influirá en el modo de vincularse con la comida.

Lo cierto es que hay un modo de comer que resulta llamativo, no solo a los papás sino también a hermanos, abuelos, y a veces hasta a docentes.

Patricia, mamá de Carmela, en la primera consulta refiere: “*No sé cómo manejarlo, nos sentamos a la mesa, sirvo la comida a todos al mismo tiempo y no terminé de sentarme que Carmela ya se tragó todo. Siempre fue así pero cuando era más chiquita pensaba que se le iba a ir pasando, mi marido me decía que él cuando era chico le pasaba lo mismo, pero ya tiene 7 años y cada vez es peor. No come, traga y además siempre peleamos porque quiere más y más y más.....*”

Sin dudas, si bien esta descripción no responde a un cuadro específico, se observa un modo disfuncional de relacionarse con la comida.

Juliana, de 10 años presenta un sobrepeso de un 20%. Los papás, especialmente el papá, se muestra muy preocupado. Se trata de una persona para quien la estética juega un papel sumamente importante.

La mamá dice que “siempre fue rellenita” y que “siempre desde chiquita le encantaba comer”.

Papá: *siempre le diste de más y así se fue acostumbrando y ensanchando el estómago.*

Mamá: *le daba lo que pedía, siempre me pareció que era lo mejor....*

Papá: *tantas veces te dije que por más que pidiera no tendrías que haberle dado tanto y así se hubiera acostumbrado..... Lo mismo cuando va a la casa de los abuelos (se refiere a los abuelos maternos), le dan todo lo que quieren y siempre hay de todo, tortas, chocolates. Por eso siempre le encanta ir ahí.*

Y así es como llegamos acá que es tanto más difícil decirle ahora que coma menos cuando su estómago ya está acostumbrado a comer muchísimo.

Luego de una evaluación se pudo concluir que el sobrepeso de Juliana responde fundamentalmente a la lucha de poder entre la diferencia de “valores” entre los padres.

La mamá refirió sentirse presionada permanentemente por su marido por mantener una buena silueta. A raíz de ello se ve obligada a llevar a cabo una actividad física que detesta (palabras textuales) pero que si no lo mantiene ve amenazada la continuidad de la relación.

Es evidente que si no se interviene teniendo en cuenta estas variables, difícilmente se podrá producir un cambio en el modo de comer de Juliana.

Cuando el comer es insuficiente

Hay niños, que al contrario del comer exagerado, presentan un modo de comer que llama la atención por lo contrario. O bien comen muy escasamente, o muy selectivamente, o en total días enteros que se niegan a comer.

Ante esta situación, es frecuente que los padres se preocupen, alcanzando en algunas situaciones un grado de desesperación.

Generalmente, ante los niños que comen muy escasamente, los papás consultan más tempranamente que cuando comen “mucho”.

Es significativamente compartida la representación que el comer insuficiente puede provocar mayores secuelas que el comer de más.

Sin dudas, cuando se trata de un niño que se niega a comer reiteradamente, muy probablemente nos encontremos con un cuadro que requiere de una intervención más inmediata que un niño que come “de más”.

Mónica y Pablo, papás de Rodrigo (6 años), cuando llegaron a la primera consulta refirieron estar muy preocupados porque su hijo “no come nada”. La mamá es quien comenzó (muy angustiada) a relatar la

situación.

Pablo: bueno Mónica, no seas exagerada, es cierto que come muy poquito pero no es que no come nada.

Mónica: claro, vos porque estás un rato a la noche pero yo que estoy todo el día con él.....

Pablo: estoy a la noche pero también estoy todo el fin de semana. Mire, doctora, yo le voy a contar....”el problema consiste en que la mamá le insiste todo el tiempo para que coma y eso lleva a que coma menos, yo lo dejaría un día, dos días sin comer y vas a ver cómo va a empezar a comer.....”

La mamá vive muy angustiadamente esta alternativa de dejarlo sin comer pues tiene la sensación que pueden pasar muchos días en esta negativa frente a la comida.

Cuál sería la intervención más adecuada?

Intervenir con el niño? Con los padres? Con ambos? Qué es lo que nos guía a decidir cuál es el camino crítico más ajustado?

Cada uno de los padres describe el comportamiento del niño de tal modo que pareciera que hablaran de dos chicos diferentes. La mamá representa un niño casi emaciado, quien se niega a comer prácticamente todo tipo de alimentos. En cambio, el papá presenta un niño delgado, que come poco pero que algunas cosas acepta e incluso disfruta de comerlas. Avanzando en el interrogatorio, se evidencian las diferencias de relación que Rodrigo tiene con cada uno de sus padres.

Esta observación es lo que nos guía a seleccionar cuál es la vía de entrada más accesible para producir un cambio favorable.(especialmente y en primer término vinculado con la alimentación). Si bien la mayor dificultad radica en la relación madre-hijo, el objetivo, evaluándolo por etapas, es reforzar el vínculo padre-hijo, que funciona como un recurso ya que con el papá el niño acepta mucho más los alimentos tanto en diversidad como en cantidad; y a partir de allí podremos acceder a los espacios menos accesibles y más problemáticos.

El trabajo terapéutico focalizado en primer término en la relación de Rodrigo con su papá posibilitó efectivamente que incluya más cantidad y variedad de alimentos. Como parte del programa terapéutico se le indicó a la mamá que durante este tiempo (dos meses) no sea quien se ocupe de servirle la comida a su hijo. Una vez alcanzado el primer objetivo se continuó trabajando con el subsistema madre-hijo para luego avanzar en el trabajo con el sistema familiar en conjunto.

Caso Luna (2 años) – Se encuentra en bajo peso y tiene dificultades para querer comer.

➤ **¿Cuál es el problema?**

Mamá: *“Venimos por algo emocional de la nena, ella es baja de peso, en realidad desde que nació tiene problemas que no logra recuperar el peso, le hicieron un montón de estudios y todos le salen bien y en realidad como que dicen como si fuera un problema vincular. Que todo lo pasa por lo emocional....ella toda es muy emocional y por ejemplo se enoja y entonces ya no come. Por eso estamos acá, haciéndole caso a los médicos”.*

➤ **¿Cómo explican el problema?**

Pediatra: Considera que la causa es el modo que los papás se vinculan con Luna. A raíz de ello indicó que realicen una consulta psicológica.

Papá: Considera que Luna y su relación con la comida es igual a como es él con la comida, come si tiene hambre y si no tiene hambre no come....

Mamá: Cree que el contexto afecta a Luna para querer comer, pero cree también que la niña tiene manías y varía según los contextos y las personas.

La mamá refiere que el primer año de vida vivieron en un ambiente muy conflictivo, con gritos, peleas.

Como antecedente, Luna a los 3 meses se destetó “sola”. Pero tampoco aceptó

biberón. Rechazaba la leche en cualquier forma que se le presentara, e incluso se negaba a tomar agua. Esta situación implicó que Luna estuviera 2 meses internada con una sonda nasogástrica.

Agrega que se da cuenta que cuando ella está angustiada, nerviosa y la presiona para que coma, la niña menos quiere comer. Reconoce que cuando esta serena y disminuye la presión, su hija come mejor.

➤ **¿Qué buscan con esta consulta psicológica?**

Padres: Saber si hay algún problema vincular y cómo está afectando para que Luna se niegue a comer y si tiene alguna dificultad en su desarrollo que esté obstaculizando el no querer alimentarse.

➤ **Red social de apoyo:** escasa y débil: Cuentan solo con la abuela materna.

➤ **La niña:** Se muestra en un primer momento tímida, luego se desenvuelve con mayor soltura, utilizando un vocabulario acorde a su edad, refiere que le gustan varios alimentos en el momento que hablábamos del tema (tomate, vainilla, pan, fideos, manzana, banana, manteca, huevo, milanesas).

➤ **La familia:** No hay acuerdo entre los padres, piensan diferente y tienen posiciones contrapuestas en relación a varios aspectos de la crianza. Tienen frecuentes discusiones, con gritos e insultos. Ambos consumen alcohol y alguna droga.

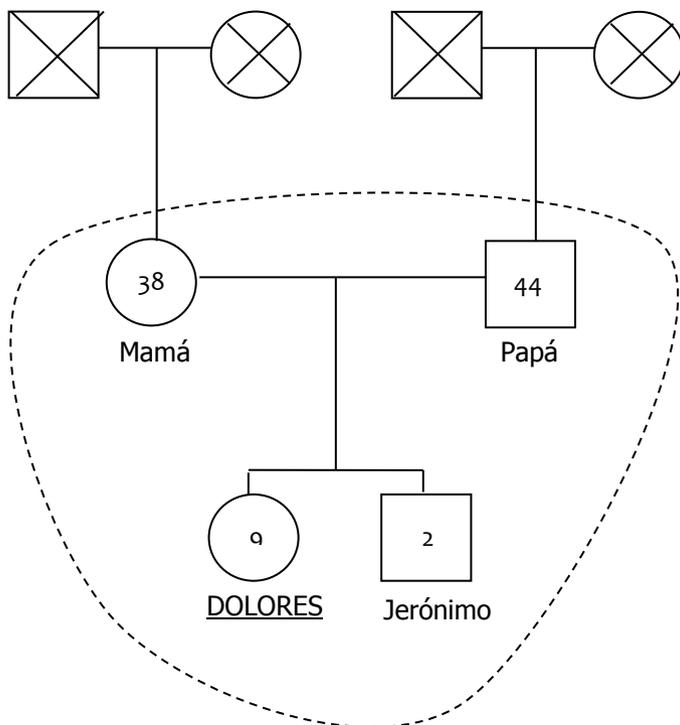
➤ **Fortalezas:** Se puede destacar como fortaleza el movilizarse para realizar una consulta psicológica si bien ésta responde fundamentalmente a una indicación del pediatra.

Caso Dolores (9 años) – Tiene miedo a vomitar, por lo que no quiere comer para no correr riesgo de vomitar.

➤ **¿Cuál es el problema?**

Dolores: *Bueno yo vine acá porque tengo mucho miedo al vómito. Bueno contale vos (dirigiéndose a la mamá)*

Terapeuta: Está muy claro lo que vos decís. (la terapeuta se dirige a Dolores motivando que sea ella quien siga)



relatando). Te pasó alguna vez que estuviste vomitando?

D: *Miércoles 3 de agosto y en marzo de este año.*

T: Mira vos, como te acordás que fue el miércoles 3 de agosto, que increíble!

D: *Se me vino a la memoria porque me asusté mucho justo ese día.*

T: Ese día. Qué pasó ese día?

D: *Vomité y me asusté mucho ese día, más que en marzo.*

➤ **¿Cómo explican el problema?**

Dolores: Ella atribuye lo que le pasa a que vio a su abuelo (con cáncer de laringe) vomitando antes de morir y que por eso ella

quedó impresionada y con miedo. A partir de ahí comienza a pensar que va a vomitar, acompañado por alto grado de ansiedad.

Papá: Cree que está vinculado a la vulnerabilidad de Dolores, dado que cree que heredó de él esta problemática (el padre estuvo varios años en tratamiento por sufrir ataques de pánico). También considera que su hija es sugestionable y que a veces se trata de una forma de manipular las situaciones. La llegada de su hermano menor hizo que se incrementaran sus síntomas y episodios.

Mamá: Considera que Dolores empieza a pensar en que va a vomitar y se empieza a poner mal y que los pensamientos le dominan el cuerpo. Cree también que hay una predisposición genética vinculada a ambos padres

➤ **¿Qué buscan con esta consulta psicológica?**

Todos: Buscan reducir la sintomatología ansiosa y también que pueda adquirir recursos para manejar sus miedos considerando que resuelto esto mejorará el tema con la comida.

➤ **Red social de apoyo:** escasa y fuerte.

➤ **La niña:** Dolores se muestra desde el comienzo con ganas de conversar reflexivamente. Habla pausadamente en un tono de voz bajo, como si estuviera triste. Es muy inteligente y tiene una gran capacidad de registro en relación a su propio cuerpo y de los demás

➤ **Fortalezas:** Dolores tiene una gran disponibilidad para el cambio, es

colaboradora y comprometida con el tratamiento.

➤ **La familia:** Está conformada por ambos padres y sus dos hijos. Se muestran con disposición al tratamiento y al cambio, fundamentalmente movidos por la preocupación de la situación, pero presentan alto grado de resistencia. Ambos funcionan como agentes de mantenimiento sosteniendo el circuito de ansiedad, y esto dificulta el avance en el tratamiento de Dolores.

Obesidad en niños

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Para desarrollar una obesidad es necesario el efecto combinado de la predisposición genética a este trastorno y la exposición a condiciones ambientales adversas. La influencia genética se asocia a condiciones externas, como malos hábitos dietéticos y estilos de vida sedentarios.

La obesidad constituye un problema de salud pública que se ha calificado como la “epidemia del siglo”, a la que se ha destinado una gran cantidad de recursos económicos y humanos para su manejo, control y prevención. De acuerdo con datos de la OMS, hace diez años había en el mundo un aproximado de 330 millones de adultos obesos; en 2005 alcanzó los 400 millones de personas, y se calcula que para el año 2015 habrá por lo menos 2,300 millones de individuos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad.

Esta situación no escapa a la población infantil.

Cuál es la causa de la creciente obesidad a edades tempranas?

Se trata de una patología de carácter multifactorial; así, la obesidad infantil parece vincularse con un grupo heterogéneo de condiciones que interactúan entre sí; es decir, se necesita una predisposición genética y circunstancias ambientales y socioeconómicas para su aparición. La herencia, es un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de la obesidad en la infancia, pero ésta generalmente se encuentra influida por un mayor aporte calórico y la disminución del gasto energético.

Además de estos factores, son de gran importancia las variables familiares, como por ejemplo la conducta alimentaria en la mesa familiar, el tiempo dedicado a la televisión o la actividad física que los niños observan en sus padres.

Generalmente, el niño obeso tiende a subvalorar su consumo energético debido a hábitos alimentarios inadecuados, adquiridos a temprana edad y que persistirán durante la edad adulta, prefiriendo alimentos ricos en grasas y azúcares.

Además, el gasto energético tiende a ser menor en los niños con obesidad; una razón que explica esta inactividad y el mayor tiempo que los niños destinan a los juegos computarizados y a la

televisión, lo que resulta sumamente perjudicial.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2006) reveló que, en México, la prevalencia de sobrepeso y obesidad de acuerdo con el índice de masa corporal, se duplicó y la de obesidad se triplicó en las últimas dos décadas en todos los grupos de población.

Los niños no son la excepción; por el contrario, el aumento más preocupante en los últimos 7 años fue el registrado en niños escolares (5-11 años), con un aumento del 33% en las prevalencias de sobrepeso/obesidad, las que se incrementaron del 20,2 al 26,8%).

La literatura internacional documenta una gran variedad de factores relacionados con el sobrepeso y la Obesidad, entre los que se encuentran los de índole biogénéticos, los económicos y los ambientales. En el caso particular de los escolares, estudios llevados a cabo en Chile, Inglaterra y EEUU, enfocaron su análisis sobre los factores ambientales evidenciando una oferta de alimentos ricos en grasa y azúcar combinada con un sedentarismo importante de los niños. No obstante, para comprender la alimentación humana no es suficiente enfocar solo sobre sus funciones biológicas y nutritivas, sino que, además, es pertinente contemplar los factores socioculturales, vinculares, entre otros.

Utilizando definiciones internacionales, al menos 10% de niños en edad escolar en todo el mundo tienen sobrepeso o son obesos, liderando el primer lugar América con un 32%, seguida por Europa

(20%) y luego Oriente Medio (16%). Actualmente, 17,1% de los niños y adolescentes de EEUU tienen sobrepeso, alrededor de tres veces más que la tasa de hace 30 años.

La gravedad de la obesidad infantil se debe a su asociación con riesgos de salud tales como la diabetes y la enfermedad cardiovascular. Aparte de los riesgos para la salud, la obesidad influye en la calidad de vida de los niños, afectando su funcionamiento físico, social y psicológico

El lugar de la familia en la alimentación

Acercarnos y pensar en un proceso psicoterapéutico con niños, implica necesariamente incluir a las familias, ya sea que se trata de un problema con la alimentación o cualquier otro tipo de problema.

Así como hay “niños difíciles”, hay niños que son **especialmente difíciles** con la alimentación. Exigen una dedicación y un modo particular que no todos los padres están posibilitados a llevarlo a cabo del modo que la situación lo demanda.

Entre los niños difíciles de alimentar, como ya ha sido descrito, no solo es necesario tener en cuenta los inapetentes o los que comen “de más” sino cómo la familia puede adecuarse a ello.

Lo cierto que para algunas familias las comidas son el momento más importante del día. Hay quienes disponen de un tiempo prolongado tanto para la preparación, como para el momento mismo de la comida, como así también para la sobremesa.

En otras familias, en cambio, el momento de las comidas es uno más de cualquier otro del día. Tanto la preparación como lo que continúa es “un trámite rápido” y sin

otorgarle especial atención.

Aunque sea difícil ubicar con exactitud cuánta influencia produce en los niños estos diferentes modos, no podemos soslayar que producirá diferentes efectos en un caso u en otro.

Cabría preguntarnos, ¿qué es lo mejor? Dedicarle especial atención y tiempo? O tal vez lo más adecuado es ubicarlo como un tema más dentro del funcionamiento familiar? Preguntas que probablemente no tengan una única respuesta ni será la misma para todos los casos.

Podemos arriesgar a considerar que todo aquello que se transforme en una condición extrema tendrá efectos negativos.

Romina, de 16 años, manifestaba con pesar que en su casa todos comen a la hora que llegan y se van preparando lo que encuentran. Vive con tristeza esta situación, comparando lo que observa en otras casas.

“no puedo creer cuando llego a casa de alguna de mis amigas y veo a la mamá en la cocina preparando la cena”

(Romina tiene un diagnóstico de Trastorno por atracón)

Hay familias donde la hora de la comida es un momento de tensión, de peleas, donde el clima familiar se vuelve irritable, desagradable.

Se puede verificar que cuando se presentan estas situaciones en el momento de las comidas, frecuentemente trasciende estos momentos y la disfuncionalidad se extiende a otras áreas, a otras situaciones (y momentos) de la vida familiar. Sin embargo, el centro de preocupación y malestar de la consulta se focaliza en torno a la comida.

Micaela, de 13 años, a los dos meses de la primera consulta donde su mamá le reclamaba no querer compartir la mesa familiar, “confiesa” que cada vez que llegaba la hora de comer los papás no hacía más que pelear por todo lo que había sucedido durante el día. *“Prefiero comer sola en mi*

habitación que comer escuchándolos pelear”.

“Además me pongo tan nerviosa cuando los escucho gritar que a veces me descompongo y vomito todo lo que como”

Micaela intentaba protegerse de la angustia que le producía esa situación. La mamá atribuía que su hija ocultaba lo que comía, motivo por el cual no quería compartir la mesa familiar. Ejemplo donde se ve claramente la necesidad de evaluar la situación en su contexto, más allá de la conducta específica de Micaela.

De cualquier modo, pueden ser situaciones que no necesariamente sean excluyentes. Es más, puede ser probable que estas diferentes condiciones se refuercen mutuamente.

En este caso la mamá ubica el problema en la hija (atribución externa) y la hija en la relación familiar, especialmente en el vínculo entre los padres.

Se trata de un ejemplo donde frecuentemente nos encontramos los terapeutas familiares. Cada uno de los miembros de la familia atribuye al otro o a los otros la fuente del malestar.

Es un gran desafío ya que no es posible avanzar hasta tanto no se logre unificar esta discrepancia. En muchas ocasiones es el primer objetivo a lograr, momento en que las condiciones de avanzar se vuelven más favorables.

Para desarrollar un trastorno alimentario se requiere de la presencia de una serie de factores que articulados de cierta manera crean las condiciones para ello. Los factores de vulnerabilidad, los factores desencadenantes y los factores de mantenimiento forman parte del mapa que nos permitirá entender cada situación.

Al día de hoy, se conoce que la familia juega un papel de especial peso como factor de mantenimiento para el desarrollo y evolución de los trastornos alimentarios.

Hay cierto consenso de algunas características familiares comunes en aquellos casos donde se desarrolla un Trastorno Alimentario tales como:

- ✓ Obesidad materna
- ✓ Familias que otorgan especial importancia a la imagen
- ✓ Familias con expectativas excesivamente altas para sus hijos
- ✓ Malos tratos
- ✓ Abuso sexual
- ✓ Conflictos y peleas reiteradas
- ✓ Valor fundamental a la opinión externa

Caso Remedios (17 años) – Tiene náuseas y miedo a vomitar (en mayor medida cuando viaja en cualquier transporte), esto le trae problemas para comer cuando está muy nerviosa.

Padece sintomatología ansiosa, toma medicación (ansiolítico y dramamine*) indicada por ambos padres quienes son médicos endocrinólogos.

➤ **¿Cuál es el problema?**

Remedios: *“Yo vine en realidad acá porque..., yo cuando me pongo muy nerviosa, en realidad...empezó por una cuestión de nervios, después me empezó a pasar en mi vida en general que... , siempre estoy muy estresada por nada, o sea no pasa nada pero siempre me tengo que medicar, me da nauseas, pero nunca llego a vomitar ni nada, pero siempre me medico por las dudas porque sino como que me siento insegura y no estoy bien en ningún lugar.....”*

➤ **¿Cómo explican el problema?**

Remedios: *“Empezó en realidad porque una vez volviendo de las grutas me descompuse, pero no yo sola, todos nos sentimos mal”. “Desde ahí me siento mal en los viajes”. “Desde ahí empezó todo y se fue extendiendo más y más, pero no sé porqué”.*

Mamá: Lo atribuye a la separación de ella con el padre hace 4 años atrás, si bien tenía ya algunos síntomas ansiosos, desde ese

momento se exacerbaron. Por otra parte, la mamá refiere una situación de infidelidad del padre y acentúa como un momento donde la relación de Remedios con su papa fue empeorando. Vinculado con esta situación, observa un incremento de sintomatología ansiosa en Remedios, cuando el padre en enero de este año se volvió a casar.

➤ **¿Qué buscan con esta consulta psicológica?**

Remedios: *“Quiero dejar de tener estos síntomas y dejar de tomar medicamentos, para estar bien conmigo misma y poder disfrutar. En Octubre tengo el viaje de egresados y me gustaría ir sin medicación, no puedo estar dependiendo de la medicación, quiero disfrutar y desde que tengo nauseas no puedo disfrutar completamente las cosas”.*

Padre: Quiere que deje de tener los síntomas ansiosos.

Madre: Quiere que se solucione la compleja situación de Remedios en general.

➤ **Red social de apoyo:** amplia y fuerte.

➤ **Fortalezas:** Es muy inteligente y posee gran capacidad de comprensión.

➤ **La familia:** Los padres están separados, el padre se volvió a casar. Remedios vive con la mamá y su hermano mellizo, ambos adoptados.

Ambos padres funcionan como agente de mantenimiento, dado que por ser médicos le prescriben la medicación que utiliza regularmente (ansiolítico y dimenhidrinato para evitar mareos y nauseas).

Trastornos Alimentarios en niños. Es posible identificarlos?

El gran desafío es avanzar en la posibilidad de detectar tempranamente signos que puedan ser síntomas de un futuro trastorno alimentario.

Alguno de estos signos son:

- excesiva preocupación por la imagen corporal

- aparición de interés por realizar dietas
- cambios de conducta respecto al tamaño de las porciones ingeridas
- evitar los alimentos que antes disfrutaba
- evitación de alimentos calóricos
- selectividad exagerada en los alimentos
- preocupación respecto a la opinión externa
- vómitos frecuentes

Todos estos signos pueden ser la advertencia del inicio de un problema con la alimentación.

Se considera que un 15% de niños presentan en algún momento algún problema con la alimentación. Sobre esta base si se presentan ciertas situaciones que puedan funcionar como un factor desencadenante y además forma parte de un contexto que funciona como mantenedor de estas conductas, es altamente probable que desarrolle un trastorno alimentario.

Los factores desencadenantes pueden ser diversos y variados tales como:

- Separación de los padres
- Mudanzas
- Cambio de colegio
- Situaciones de violencia o maltrato
- Situaciones de vergüenza extrema

Diversos estudios reportan que recibir ayuda a temprana edad es la clave para una evolución favorable y eficaz. También la importancia de considerar que cuanto más tempranamente comienza el proceso y no es

adecuadamente tratado, las secuelas pueden ser mayores.

Silvina, 21 años, en la primera entrevista refiere:

“empecé con problemas con la comida desde que tengo recuerdo. Cuando fui creciendo siempre estuve muy preocupada por subir de peso y me obligaba para no comer”. Mis padres, mi mamá en especial, me insistía de tal manera que la odiaba y entonces para hacerla rabiar cuanto más me estaba encima menos comía. Ahora reparo que la que salí peor perjudicada soy yo. Siempre obsesionada por no subir de peso ni presté atención que solo algunas veces tuve los periodos menstruales..... Tampoco nunca acepté hacer una consulta ginecológica.....”

T: qué es lo que te hizo decidir en consultar en este momento?

Silvina: *“es que me puse de novia y empecé a preocuparme por cosas que hasta ahora no.....”*

Como se puede observar en este caso, Silvina presenta un cuadro en el que es altamente probable que presente serios problemas de fertilidad entre otras posibles secuelas. El comienzo de la relación de pareja funcionó como estímulo para ocuparse del problema que la acompaña hace años. Se presentan situaciones azarosas que pueden actuar a favor como en otras oportunidades actuar en lo contrario.

Resulta llamativo el incremento de la prevalencia de estos cuadros en sociedades tanto occidentales como

orientales, pero más destacable aún es la disminución en la edad de inicio de estos trastornos.

Es así como estos cuadros, que tradicionalmente se presentaban casi con exclusividad en la adolescencia, cada vez con mayor frecuencia comienzan a detectarse en niños de menor edad. Esta situación plantea la necesidad de investigar las características propias que adquieren estos trastornos al presentarse en niños y niñas. En este sentido, se ha comenzado a identificar variables que se asocian a estos trastornos en los niños y se hallaron factores individuales, socioculturales, familiares como así también genéticos/biológicos.

Por otra parte, la situación del descenso en la edad de inicio de estas alteraciones alimentarias, plantea el interrogante acerca de la adecuación de los criterios vigentes para el diagnóstico de TA en los niños.

Es así como se está comenzando a reconocer que los criterios que establecen los sistemas operativos de diagnóstico actuales para los TA resultan de escasa utilidad para diagnosticar a los niños dado que son poco sensibles a los cambios evolutivos.

A su vez, teniendo en cuenta que la detección precoz de los TA puede facilitar el tratamiento del cuadro, evitando su cronicidad, resulta fundamental contar con instrumentos adaptados en población infantil que permitan identificar a los chicos que se encuentran en riesgo de desarrollar estos trastornos.

Si bien se ha reconocido que la herramienta más apropiada para la detección de casos de TA en niños es la entrevista clínica, los cuestionarios autoadministrados tienen la ventaja de ser económicos, sencillos de aplicar y permiten su administración a un amplio número de sujetos simultáneamente, lo que facilita el screening de casos en riesgo.

Asimismo, resultan útiles al momento de detectar subgrupos de mayor riesgo con el objetivo de desarrollar tareas preventivas que eviten la instalación de la patología.

Actualmente, se han desarrollado distintas pruebas que sirven a tal fin, dos de las cuales son las más frecuentemente utilizadas en investigaciones internacionales: el *Eating Disorder Inventory-Child* (EDI-C; Garner, 1991b) y el *Children's Version of the Eating Attitudes Test* (ChEAT; Maloney, McGuire, & Daniels, 1988). Ambas son adaptaciones en población infantil de instrumentos originalmente diseñados para detectar casos en adultos.

Si bien contamos en nuestro país con adaptaciones locales de medidas estandarizadas para el screening de TA en adolescentes (EDI-2, Garner, 1991a, adaptación de Casullo & Pérez, 2003; EDI-3, Garner, 2004, adaptación de Rutzstein, et al., 2006) no se han desarrollado aún adaptaciones locales de estos instrumentos en niños. El EDI-C es una versión adaptada a población infantil del *Eating Disorder Inventory-2* (EDI-2, Garner, 1991a). Consta de 91 reactivos que indagan sobre

síntomas relacionados a los TA que se agrupan en 11 subescalas. Tres de ellas (*Búsqueda de delgadez, Bulimia e Insatisfacción con la Imagen Corporal*) permiten evaluar actitudes y conductas relacionadas a la alimentación, el peso y la imagen corporal. Las restantes subescalas evalúan, en cambio, rasgos psicológicos usualmente asociados a los TA.

Los datos que se conocen al día de hoy conducen a la necesidad de incrementar y acentuar el trabajo preventivo, posibilidad que permitirá cambiar la tendencia ascendente que viene progresando vertiginosamente en los últimos años.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association. DSM-IV. (1994) Versión española de la obra original en lengua inglesa Diagnostic, Statistical Manual of Mental Disorders-IV publicado por la American Psychiatric Association. Washington. Masson.

American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. (2000) Versión española de la obra original en lengua inglesa Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders-IV-TR publicado por la American Psychiatric Association Washington. Masson

American Psychiatric Association. DSM 5 (2013). Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5. Washington.

Barrio Merino A., Calvo Romero C. (2010). *Actuación ante un niño con fallo de medro*. En AEP-SEGHNP editores. *Protocolos Diagnósticos y Terapéuticos en Pediatría de la Asociación Española de Pediatría*. Madrid. P. 67-75

Chatoor, I. (1998). Diagnosing infantile anorexia: The observation of mother-infant

interactions. *J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry*, 37(9), 959-967.

Elizathe, L.; Murawski, B.; Arana, F.; Diez, M.; Miracco, M.; Rutzstein, G. (2010) *Detección de trastornos alimentarios en niños: adaptación lingüística y conceptual del Children's Eating Attitudes Test (CHEAT)*. Anuario de Investigación Vol. 17 Buenos Aires

Góngora, V. & Casullo, M.C. (2008). Conductas y cogniciones relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVII(3), 265-272.

Kirszman, D.; Salgueiro MC. (2002). El enemigo en el espejo: De la insatisfacción corporal al trastorno alimentario. TEA Ediciones, España.

Kirszman, D. y Salgueiro, MC. (2008). Trastornos alimentarios: el equipo como instrumento. Diana. En Héctor Fernández-Álvarez, Integración y Salud Mental. El Proyecto Aiglé 1977-2008, Desclée de Brouwer

Kirszman, D. y Salgueiro, MC. (2012). "Intervención Multinivel en el Tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria: el rol de la familia". *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. Vol. XXI. N 2. 161-171

Lindberg, I.; Bohlin, G. & Hagekull, B.(1991). Early feeding problems in a normal population. *Int J. Eating Disorders*, 10, 395-405.

Monserrat Verdalet, O. (2011) *La obesidad, un problema de Salud Pública*. Vol. XXIV N 3. La Ciencia y el Hombre.

Theodore, F.; Bonvecchio Arenas, A.; Blanco García, I.; Carreto Rivera, Y. (2011). *Representaciones sociales relacionadas con la alimentación escolar: un caso de las escuelas públicas de la Ciudad de México*. Salud Colectiva. Buenos Aires, 7 (2) 215-229

Théodore, Florence L1; Bonvecchio Arenas, Anabelle2; Blanco García, Ilian3;

REPRESENTACIONES MATERNAS FRENTE AL PARTO DURANTE EL ÚLTIMO TRIMESTRE DEL EMBARAZO

Edith Vega (Dra en Psicología)- Estela Chardon- Mariana Thomas Moro - Celeste Gomez Fernanda Gomez-Susana Guiragossian (Lics. en Psicología)¹

Resumen

A lo largo de la vida desarrollamos diferentes acciones que son guiadas por las certezas que vamos construyendo tempranamente y mientras que nuestra mente se mantenga activa. En el mundo actual, compartimos un sistema de creencias respecto de la importancia que tiene el parto y en nacimiento. Desde la ciencia, tanto las ideas, como las emociones y las evaluaciones sobre ello confluyen en estudios multidisciplinarios abocados a mejorar las condiciones en las cuales sucede. Este estudio muestra la experiencia realizada en torno qué consideran relevante las embarazadas ante la inminencia del parto. Los resultados obtenidos son consistentes con investigaciones previas. Es recién después del nacimiento donde se refieren otro tipo de preocupaciones vinculadas al hijo y su relación. Ubicado como experiencia bisagra, son los estudios de la psiconeonatología los que muestran el campo fértil a desarrollar. Ubicaremos el concepto de representación, embarazo y parto para luego caracterizar el contexto en el cual se desarrolla el trabajo, las características de la muestra y el análisis de los datos. Concluimos con un breve análisis de las limitaciones y las perspectivas futuras.

Palabras clave: embarazo, parto, representación.

Summary

Along the life we develop different actions that are guided by the certainties that we are constructing early and while our mind stays active. In the current world, we share a beliefs system with regard to the importance that has the childbearing and in birth. From the science, both the ideas, and the emotions and the evaluations on it come together in multidisciplinary studies poured out to improve the conditions in which it happens. This one studied sample the experience realized in winch what the pregnant women consider to be excellent before the imminence of the childbearing. The obtained results are consistent with prior investigations. It is recently after the birth where there refers another type of worries linked to the son and its relation. Located like experience hinge, there are the studies of the psiconeonatología those that show the fertile field to be developed. We will locate the concept of representation, pregnancy and childbearing then to characterize the context in which there develops the work, the characteristics of the sample and the analysis of the information. We conclude with a brief analysis of the limitations and the future perspectives.

Key words: pregnancy, childbirth, representation.

¹ Fundación Aigle- Universidad de Buenos Aires docencia@aigle.org.ar

Introducción

En el año 2007, Daniel Siegel sugiere que un estado de la mente es un patrón de activación de sistemas del cerebro responsable:

- (1) del sesgo perceptual
- (2) del tono y la regulación emocional
- (3) de los procesos de memoria
- (4) de los modelos mentales
- (5) de los patrones de respuestas conductual.

La mente es por lo tanto, el resultado de la interacción entre el funcionamiento neurobiológico y las experiencias interpersonales. Esto puede ser vivido de modo funcional o disfuncional. Algunas herramientas conceptuales nos permiten analizar la funcionalidad o disfuncionalidad de situaciones clínicas, sobre todo de cara al diseño de intervenciones específicas. Tomamos una de ellas, la noción de representación, aplicada a un área específica: la situación de embarazo y parto inminente.

Representación

El tema de la representación fue estudiado por los filósofos a lo largo de la historia. En nuestro siglo el tema fue estudiado como *representación mental* (Pylyshin 1988). Lefebvre (1983) encontró en los conceptos de operación mental, realidad, producción cognitiva y sistema lingüístico analizados por el análisis de la subjetividad-objetividad. En el constructivismo y posmodernismo se cuestiona este concepto. Supone una distancia en la operatoria cognitiva que denota la existencia de un espacio de realidad por conocer, de procesos que deben realizarse para lograr su conocimiento. Los fenómenos ocurren o se manifiestan y hay actividades del sujeto en posesión de su dominio. Perner (1994) considera que gracias a esta noción la psicología recuperó el estudio de lo

mental.

Según Fernandez-Álvarez (2011) ¿Qué condiciones hacen posible que tengamos representaciones de la realidad?:

1) Necesitamos un cerebro (sistema nervioso) capaz de procesar fenómenos tanto internos como externos y preparar acciones a través de circuitos interconectados

2) Se trata de una maquinaria que tiene un conjunto de elementos y circuitos preparados para la actividad psíquica (simbólica) por vía de una selección evolutivamente determinada.

3) Se trata de un sistema programado genéticamente que sirve para operar tanto con el ambiente físico como con el medio social. Las operaciones perceptivas, por ejemplo, ocurren dentro de secuencias fijadas por el rango y el repertorio de esos programas. En ese sentido, decimos que las acciones humanas están pre-programadas.

4) El sistema está programado para procesar información. El programa se ajusta a determinadas *reglas y funciones* en cada uno de los tramos.

Vía de Entrada: regla de codificación - función de orientación, focalización y selección

Unidad Central: regla de traslado - función de categorización y clasificación

Vía de Salida: regla de decodificación - función de resolución y disposición a la acción

5) El Paradigma de Procesamiento de Información clásico describió el modo de operar de los sistemas mediante un modelo lineal, secuencial y unidireccional. La llamada segunda revolución cognitiva planteó varias objeciones fundamentales a dicho modelo:

a) El procesamiento de los sistemas vivos y, en especial, el sistema humano, no es lineal sino que opera en paralelo. Es un sistema interconectado con varios niveles de

funcionamiento simultáneos cuyos componentes son tanto simbólicos como subsimbólicos, digitales como analógicos, explícitos como implícitos, concientes como inconcientes.

b) La mente humana no opera de modo secuencial sino en forma recursiva. Esto significa que los resultados de una acción regulan la vía de entrada. De ello se deriva, en especial en los sistemas humanos, una capacidad anticipatoria que opera como sesgo importante en la selección de información.

c) El sistema no funciona de manera unidireccional sino que se proyecta, de manera emergente. Acontecimientos fortuitos y multiplicidad de atractores inciden sobre el curso del procesamiento.

d) Además, el tipo de información que procesan los seres humanos tiene una propiedad singular. Se trata de **significados**. Los “datos” que ingresan no están determinados por propiedades objetivas de los fenómenos sino por la significación que adquieren en un contexto lingüístico particular. No obstante, el significado no es independiente de la realidad.

El embarazo y el parto

El embarazo es un proceso que integra el aspecto corporal y emocional. Los cambios son significativos en múltiples niveles: aspecto físico, hormonas, cambios en el humor. En el tercer trimestre suele producirse un aumento de peso repartido entre el bebé, la placenta, el líquido amniótico, los pechos, el útero, el aumento de producción de sangre y grasa materna. Es en ese momento cuando dicen sentir más ansiedad, preparación de la casa, y a veces más cansancio.

Desde las definiciones obstétricas, el parto es el proceso por el cual el producto de la concepción es separado del organismo materno.

Según lo dicho anteriormente, dependerá de la representación que tenga la mamá sobre la experiencia próxima, y de las condiciones que la rodean, la funcionalidad o disfuncionalidad de la misma. Sobre esto se apoya el Curso de Preparación Integral para la Maternidad (PIM) y el relevamiento realizado.

Antecedentes

Qué piensan y sienten las madres próximas al parto ha sido tema de interés e investigación con frecuencia. Hace 50 años existía la convicción clínica entre los obstetras y los psiquiatras sobre la influencia de los factores psicológicos en el embarazo en términos de esterilidad, aborto espontáneo, el cese anticipado, y las complicaciones del parto. Sin embargo, la investigación diseñada en estas condiciones perinatales era limitada. Un estudio preliminar de Blau, Welkowitz y Cohen (1964) investigó a través de un instrumento, Maternal Attitude to Pregnancy Instrument (MAPI), desarrollado a partir de un estudio psiquiátrico y psicológico retrospectivo de las madres de los bebés prematuros. Los hallazgos apoyaron la hipótesis que la actitud hacia el embarazo influyó en el curso del mismo. Posteriormente, fue construida una prueba para ser utilizada como un posible instrumento para predecir interrupciones prematuras y otras complicaciones del embarazo. Los factores que se identificaron como variables mediadoras entre el estrés y los acontecimientos vitales de la gestación, la adaptación y el curso del embarazo fueron:

Factor I: Aceptación del embarazo

Factor II: Sentimiento de bienestar y afecto positivo

Factor III: Deseo de participación activa durante el parto

Factor IV: Actitud positiva frente al niño, sexo y normalidad

En el año 1999, Flórez-Alarcón creó

un inventario para la evaluación del estrés prenatal en pacientes con preeclampsia, a partir del análisis de las respuestas dadas por 100 pacientes del Instituto Materno Infantil de la ciudad de Santafé de Bogotá a una entrevista semiestructurada para evaluar eventos estresantes y otros aspectos del embarazo, propuesta anteriormente realizada por Salvatierra (1989). Encontró tres categorías de eventos estresores inherentes al embarazo mismo, y cuatro inherentes a hechos externos al embarazo. Dentro de las primeras se ubican las amenazas al propio estado físico de las madres, las amenazas al bebé, y las amenazas asociadas al parto. Dentro de las segundas se ubican otras amenazas a la salud diferentes a la preeclampsia, las preocupaciones por la situación laboral, las preocupaciones por la situación económica, y las preocupaciones por la situación familiar o de pareja. No observaron asociaciones significativas entre el estrés prenatal, la ansiedad de rasgo, la ansiedad de estado, ni la depresión. Se observó en las pacientes con preeclampsia la presencia de estresores propios del embarazo normal y de estresores específicos relacionados con el alto riesgo obstétrico. Anteriormente, en 1974, Light y Fenster, en 202 casos, ubicaron las preocupaciones más frecuentes expresadas por gestantes:

- Salud y normalidad del niño (87,5 %)
- Condición del recién nacido en el momento del parto (73,8 %)
- Pérdida del atractivo físico (51,5 %)
- Contracepción después del parto (51,1 %)
- Problemas financieros asociados a la cobertura del parto (47,2 %)
- Cuidado médico en el parto, anestesia (43,2%)
- Capacidad de seguir prescripciones del médico (33,2%)
- Problemas familiares o de pareja (31,4%)

- Efectos de medicamentos sobre el feto y contracepción anterior (29,6%)
- Defectos hereditarios del niño (25,8%)

Los resultados obtenidos mostraron que la mayor ansiedad se refería al parto y al bienestar fetal. En la mayoría de los casos no se mostró preocupación por la lactancia o por los aspectos físicos del embarazo. Las mujeres más jóvenes, menos educadas y sin preparación psicoprofiláctica para el parto mostraron más ansiedad en los factores de ansiedad general del embarazo, preocupación por los aspectos físicos, por el bienestar fetal, el temor al parto y a la ansiedad referida a los cuidados del niño y la lactancia. Estos autores sugieren que este estrés del embarazo se reduce por la edad, la madurez que conlleva y el planeamiento eficaz del embarazo.

Finalmente la preocupación predominante en las embarazadas primigestantes atañe al final del embarazo: el parto. A la mayoría de las mujeres les pareció difícil imaginar el nacimiento del niño, a través de sus genitales, sin daño para ninguno de los dos.

En resumen, se puede señalar en las diferentes investigaciones que los principales temores y preocupaciones están enfocadas a la mujer en sí misma y al niño. También se advierten los temores relacionados con el parto y a los cambios físicos que produce una gestación.

El tema ha seguido investigándose encontrándose en la actualidad Guías y estudios desde diferentes enfoques (Nilson, Lundgren 2009; Thomson, Dykes, Downe 2011)

Descripción de la muestra

El presente trabajo fue realizado en un hospital materno infantil de la ciudad de Buenos Aires (Fundación Hospitalaria) en el

curso de preparación para el parto que se realiza mensualmente entre madres que están en el tercer trimestre de gestación entre 2012 y 2013.

La muestra se tomo de quienes realizan el curso pre parto.

De que se trata el curso

El curso trata diferentes aspectos relacionados con el último trimestre del embarazo, parto y nacimiento y primer tiempo de vida del bebé.

Los temas son:

Evolución del embarazo a partir del tercer trimestre

Parto: desarrollo, señales de alarma, formas de parir y respiración, epidural.

Aspectos psicológicos del embarazo, parto y puerperio: expectativas, preocupaciones y miedos, maternidad real versus ideal, ansiedades, reorganización familiar y nuevos roles, emociones, familia y sus espacios,

Primeros momentos de vida del bebé, cuidados y controles neonatológicos

Crianza: lactancia, maternaje, construcción del vínculo, necesidades afectivas del bebé: alimentación – succión – estímulo – sueño – contacto físico, llanto.

Cuál es el objetivo

El curso busca psicoeducar a las futuras madres de manera que adquieran un conocimiento más acabado de las dimensiones biopsico sociales comprometidas ante la llegada de un bebé con el objetivo de disponer de pautas y herramientas que faciliten el proceso que esta etapa del ciclo vital implica, de la manera más funcional posible.

Qué hacemos en el curso PIM

El curso se dicta en cuatro clases teórico prácticas, en los primeros cuatro sábados de cada mes.

El expositor toma un tiempo para explicar los distintos temas y luego abre un espacio para preguntas e intercambio. Se

utilizan diversas apoyaturas pedagógicas (pizarras, gráficos, medios audiovisuales) y materiales para los ejercicios prácticos en piso. Las primeras tres clases son dictadas por una obstétrica y la última por un equipo de psicólogas perinatales y un neonatólogo.

Al inicio del primer encuentro se solicita a las participantes que completen una encuesta anónima donde se releva información sobre datos personales y familiares y otros relacionados a los aspectos psicológicos del embarazo. Mensualmente se procesan las fichas y los resultados de cada período y el acumulado se comparten y debaten durante la última clase para terminar de responder a dudas e inquietudes.

A modo de contención y desde el inicio de cada ciclo, se le entrega a cada mamá y su acompañante los datos telefónicos de las coordinadoras del equipo de psicología perinatal para realizar una consulta si tuviesen necesidad.

La madre y su acompañante tienen la posibilidad de ingresar en cualquiera de las clases y recuperar las restantes en el mes siguiente.

Cómo quedó conformada la muestra

Entre las madres que participaban del curso se distribuyó una encuesta anónima y voluntaria, con el objetivo de relevar los temas o preocupaciones que tenían y de este modo poder ajustar los contenidos del curso a la situación real de la población.

Respondieron a la encuesta 250 madres, de las cuales el 34 % tenían entre 31 y 35 años y el 30 % entre 26 y 30 años de edad. Como puede observarse no participó del curso ninguna madre de menos de 15 años y solo el 2 % fueron de embarazos adolescentes (16 a 18 años). (Gráfico 1)

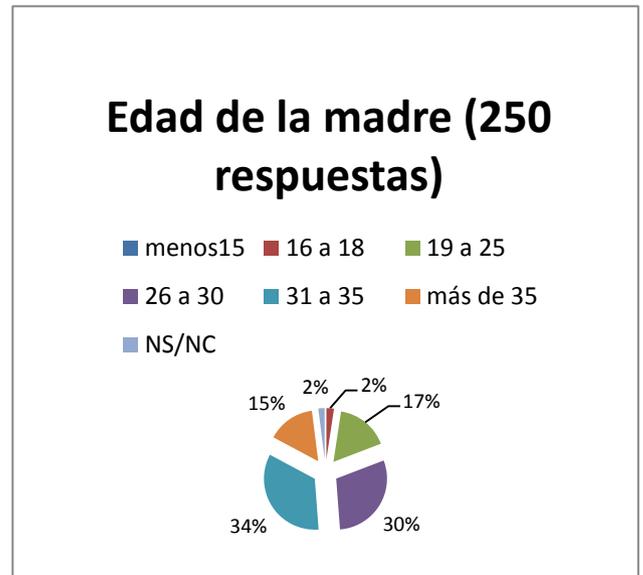
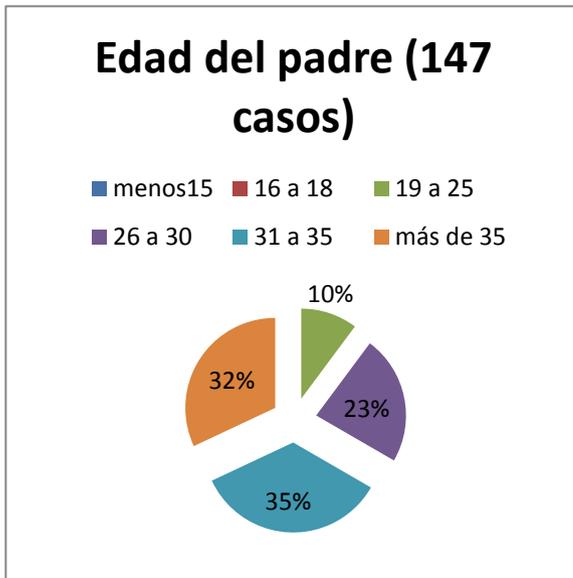


Gráfico 1.

Entre los padres que respondieron (147 casos), el 35 % tenía entre 31 y 35 años y el 32 % más de 35. No hubo padres adolescentes que participaran. (Gráfico 2)

Gráfico 2

La población que asiste a esa institución es de clase media, con un nivel socio cultural alto, que se manifiesta por el nivel de estudios terminados por ambos padres, donde el 37 % de las madres tiene un nivel terciario y un 20 % universitarios, mientras que entre los padres el 48 % tiene secundario completo, el 26 % terminó estudios terciarios y el 16 % universitarios. (Gráficos 3 y 4)

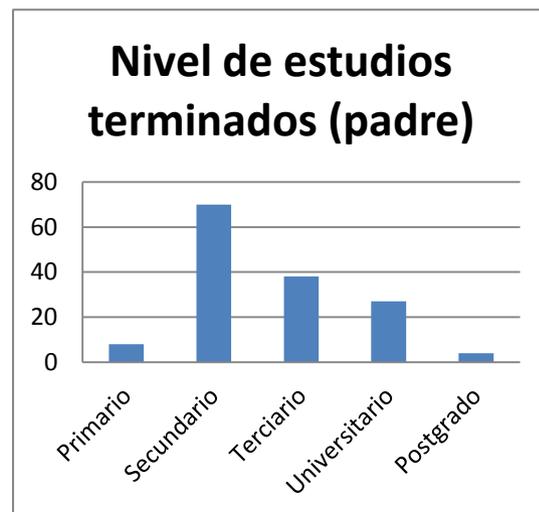
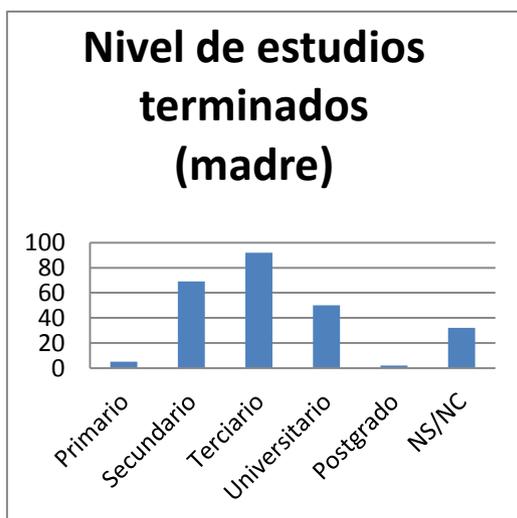


Gráfico 3

Gráfico 4

El 81 % de las madres y el 98 % de los padres tenían trabajo estable al momento del curso. (Gráficos 5 y 6)



Gráfico 5

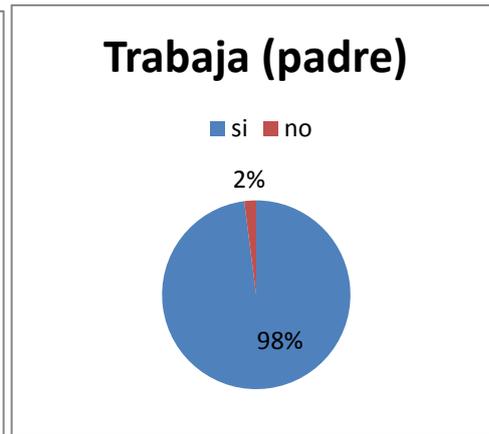


Gráfico 6

Respecto a la situación de pareja, el 54 % conviven y el 30 % están casados, con un tiempo de convivencia de menos de 5 años en el 54 % de los casos y el 28 % entre 5 y 10 años. Solo el 8 % de las madres no tenía pareja. (Gráficos 7 y 8)

Gráfico 7

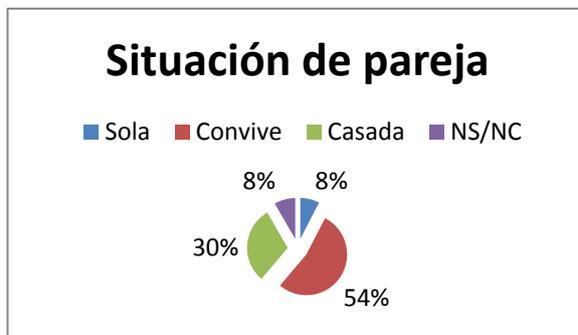
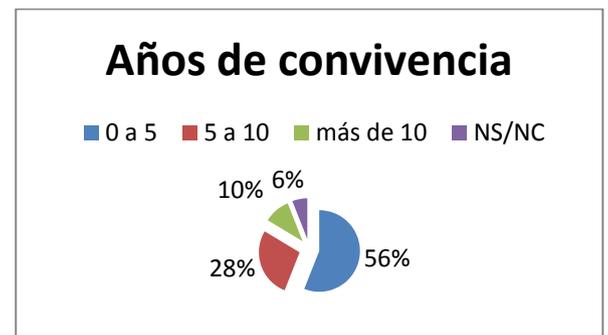
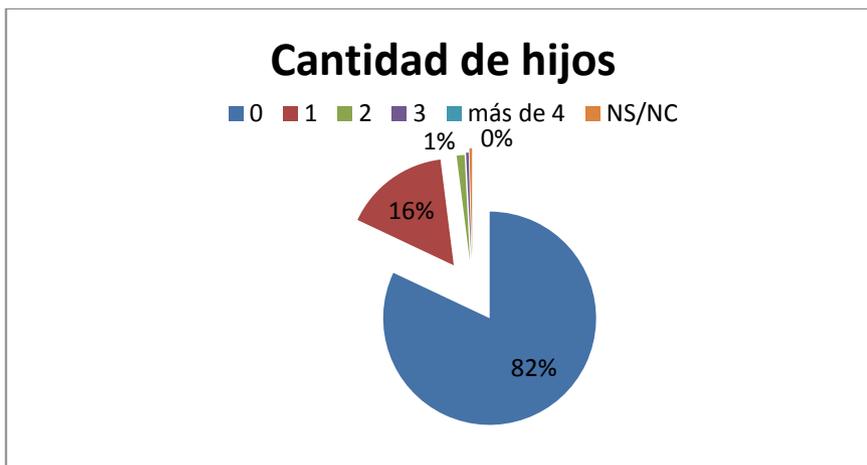


Gráfico 8



El 82 % de las participantes era madre primeriza y el 16 % esperaba su segundo hijo, de las respuestas espontáneas obtenidas al momento del curso, aquellas que participaban y que ya habían tenido hijos lo hacían porque la experiencia anterior no había sido satisfactoria, por complicaciones en el parto, mucho dolor o porque habían tenido una cesárea y en este embarazo esperaban poder lograr un parto vaginal. (Gráfico 9)



Descripción de la encuesta (ver apéndice)

La encuesta era tipo múltiple choice con diferentes opciones.

En una primera parte se relvan los datos estadísticos como edad (padre y madre), trabajo, nivel de estudios terminados, situación de pareja, tiempo de convivencia, cantidad de hijos, pérdidas de embarazos anteriores, edad gestacional actual, embarazo buscado o no, y si se realizó tratamiento de reproducción para lograrlo.

Como descripción de la evolución del embarazo hasta el momento del curso, se incluyó la pregunta “Cómo considera que se sintió durante el embarazo?” con las opciones “muy bien, bien, más o menos, mal y muy mal”. Para relevar los malestares físicos más frecuentes se pidió que identifiquen por trimestre los siguientes síntomas:

- Nauseas(vómitos)
- Cansancio
- Colestasis
- Constipación
- Diabetes gestacional
- Hematoma
- Hemorroides
- Hiperémesis
- Infección urinaria

- Pérdidas
- Presión alta
- Otros (especificar)

Para relevar los temas de preocupación de las madres se plantearon tres grupos de temas: los aspectos vinculados específicamente con el momento del parto, los aspectos vinculados a la lactancia y los aspectos vinculados al cuidado del bebé.

Para las preocupaciones durante el parto se dieron las siguientes opciones:

- Pérdida de control
- Aplicación de la peridural
- Complicaciones
- Dolor
- Salud del bebé
- Salud propia
- Trabajo de parto prolongado
- Otros (especificar)

Para la lactancia, las opciones fueron:

- No lograr amamantar
- Dolor
- Grietas / lastimaduras
- Otros (especificar)

Para el cuidado del bebé, las opciones fueron:

- No poder calmarlo

- No entenderlo
- Problemas de salud
- Otros (especificar)

En los dos últimos casos las opciones fueron menos para obtener más respuestas espontáneas en la opción “otros”.

Resultados

El 79 % de los embarazos fue buscado y el 19 % de las madres habían pasado por experiencias de pérdidas de embarazos anteriores.

Respecto a cómo se sintieron las madres durante el embarazo, el 80 % respondió “bien” o “muy bien”. (Gráfico 10). En relación a cómo se sintieron, cuando describieron los malestares físicos (Gráfico 12), puede observarse que durante el primer trimestre predominan las náuseas y vómitos, reduciéndose significativamente durante el segundo y tercer trimestre. El cansancio y la constipación están presentes en los tres trimestres, en menor proporción durante el segundo. (Gráfico 11)

Durante el tercer trimestre aparecen malestares variables diversos como la diabetes gestacional, las hemorroides, presión alta y en la opción “otros” respondieron contracciones, edemas, várices, calambres, cefaleas, acidez.

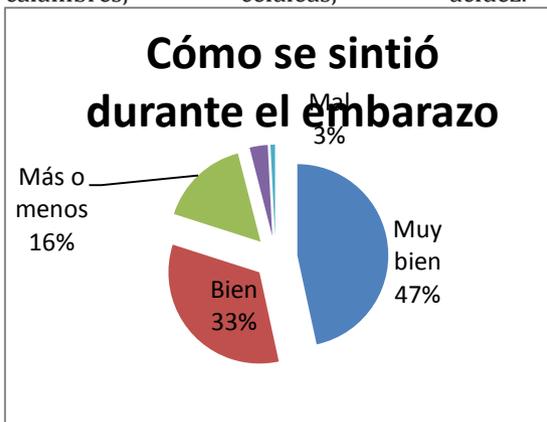


Gráfico 10

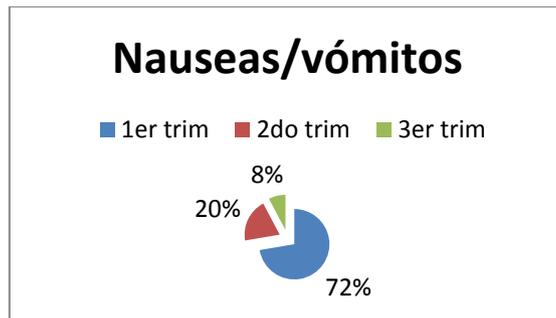


Gráfico 11



Gráfico 12

De los resultados anteriores puede observarse que los embarazos cursaron sin mayores dificultades, que en ningún caso se mencionan enfermedades o problemas con el bebé, lo cual es compatible con el perfil de la muestra ya que aquellas madres que participan del curso han tenido embarazos de riesgo ni alto riesgo, las cuales reciben una atención especial y un seguimiento diferente. Sin embargo al momento de responder sobre las preocupaciones sobre el parto, las vinculadas a la salud del bebé, las complicaciones durante el parto, el dolor y el trabajo de parto prolongado aparecen seleccionadas en la opción “mucho”, completando entre ellas el 77 % de preocupaciones de las madres. (Tabla 1). Es decir que más allá de haber tenido un embarazo saludable el parto tendría en las

madres una representación amenazante o peligrosa.

Tabla 1

Preocupaciones sobre el parto (opción “mucho”)	%
Salud del bebé	29,2
Complicaciones durante el parto	17,2
Dolor	16,5
Trabajo de parto prolongado	13,8
Salud propia	10,3
Aplicación de la anestesia peridural	7,6
Pérdida de control	4
Otros	1,3

Cuando se analizan todas las respuestas, el 70 % de las respuestas asigna el valor de “poco” o “nada” a la (gráfico 13), mientras que el 71 % responde que le preocupa mucho la preocupación por la salud del bebé (Gráfico 14), es decir que la madre antepone el cuidado y la protección de su hijo a la de si misma.

Gráfico 13

Estos resultados son compatibles con lo que se ha descrito como la preocupación maternal primaria (Winnicott, 1956) o la constelación maternal (Stern, 1997) y la constitución del vínculo primario entre la madre y el bebé que luego del nacimiento dará lugar a la constitución la díada (Sptiz, 1965) y a la construcción del vínculo madre-

bebé.

Este mismo fenómeno, sumado eventualmente a una idealización socio-cultural de la maternidad asociada a este tipo de población, provoca en las madres un nivel de expectativas alto respecto a su desempeño en los cuidados del recién nacido y sobre la lactancia, reflejándose en las respuestas obtenidas en los grupos de preguntas dirigidos a estos temas (Gráficos 16 y 17), donde las madres tienen a manifestar poca o ninguna preocupación respecto a su capacidad para calmar o entender las necesidades del bebé, como se observa en el gráfico 16, donde el 46 % de las madres responden que no les preocupa “nada” no poder calmar al bebé y el 42 % responde que no les preocupa “nada” no entenderlo. Cuando se les consulta en forma verbal durante el curso el significado de estas respuestas, la mayoría de las madres responde que no es motivo de preocupación porque se sienten seguras y capaces de hacerlo, situación que es desconfirmada por la clínica perinatal al momento de entrevistarlas durante la internación conjunta luego del parto, ya que en esa oportunidad surgen estos como temas relevantes. Aquí se vuelve a observar la focalización de la atención sobre los aspectos relacionados con la salud del bebé, ya que el 53,6 % de las madres se muestran muy preocupadas por este tema.

Gráfico 16

Respecto a la lactancia al 67,6 % de las madres les preocupa no poder amamantar, sin embargo minimizan la importancia del dolor o el cuidado de las mamas como factores que pueden dificultar lograrlo. Nuevamente, al ser consultadas en forma verbal, responden anteponiendo el interés y el cuidado del recién nacido por sobre la salud propia, considerándose capaces de soportar cualquier dolor o incomodidad en tanto puedan alimentar a su hijo. Esta representación entra en conflicto con la

realidad frente a las dificultades frecuentes en la lactancia, sobre todo en los primeros días durante la internación.

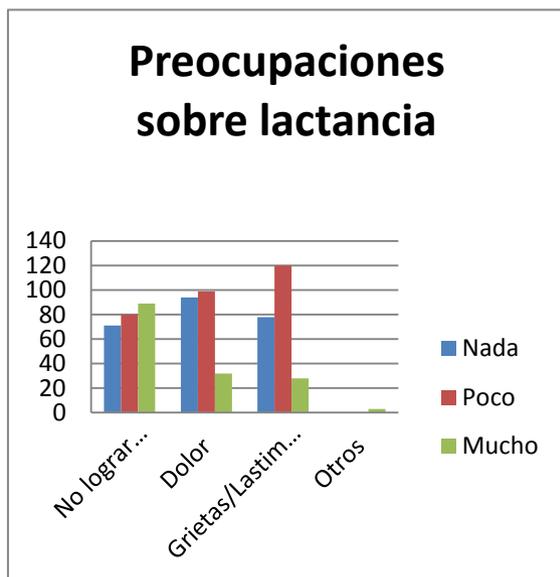


Gráfico 17

Conclusiones. Limitaciones. Líneas Futuras

Acorde con lo expuesto, concluimos que el relevamiento realizado puede completarse realizándolo en otras maternidades tanto públicas como privadas. Esto ampliaría la muestra y la relevancia de los datos obtenidos.

Es probable que el campo de la perinatología brinde herramientas para investigar cómo las preocupaciones vinculadas a soportar cualquier dolor o incomodidad en situaciones posteriores al parto, no son el foco al momento de realizar la encuesta referida. Frecuentemente, al entrevistar a mamás en situación de puerperio, sí expresan este tipo de inquietudes, sobre todo si se trata de bebés con patología neonatal o prematuridad, que requiere internación (Vega, 2013, 2011 a y b). Sería interesante también investigar el

tema tanto en situaciones diagnosticadas como embarazo de riesgo, donde la mamá es informada previamente sobre la problemática de su hijo, como así también en situaciones de fertilización asistida (Chardon, 2013).

BIBLIOGRAFÍA

Blau, A., Welkowitz, J. Cohen, J. (1964) Maternal Attitude to Pregnancy Instrument A Research Test for Psychogenic Obstetrical Complications: A Preliminary Report. *Arch Gen Psychiatry*. 10(4):324-331.

Chardon, E. (2013) Fertilización asistida en el campo de la psicología perinatal, en A. Oiberman, *Nacer y acompañar. Abordajes clínicos de la psicología perinatal*. Pp. 335-345. Buenos Aires: Lugar.

Fernandez-Álvarez (2011) Curso Intensivo de Actualización. Buenos Aires: Fundación Aiglé. (inédito).

Flórez-Alarcón, L. (1999). Evaluación del estrés prenatal en pacientes con preeclampsia. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 17: 107-126.

Lefebvre, H. (1983) *La presencia y la ausencia. Contribución a la teoría de las representaciones*. México, Siglo XXI. (Edición original: 1980, Paris, Casterman).

Light, H.K. y Fenster, C. (1974). Maternal concerns during pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 118: 46-50.

Nilson C & Lundgren I (2009) Women's lived experience of fear of childbirth *Internationaal Journal of Midwifery* 15: 1-9.

Perner, J. (1994). *Comprender la mente representacional*. Barcelona: Paidós. (Edición original: 1991: Cambridge, MIT).

- Pylyshin, Z.W (1998) *Computación y conocimiento: hacia una fundamentación de la ciencia cognitiva*. Madrid: Debate (Edición original: 1984, Cambridge, MIT).
- Salvatierra Mateu, V. (1989) *Psicobiología del embarazo y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Siegel D. J. (2007) *The Mindful Brain: Reflection and attunement in the cultivation of well being*. New York: WW Norton.
- Spitz, R. (1965) *The first year of life*. New York: International Universities Press.
- Stern, D. (1997). *La constelación maternal. La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos*. Barcelona: Paidós.
- Thomson, G, Dykes F, Downe S (2011) *Qualitative Research in Midwifery and Childbirth: Pehnomenological Approaches*. USA: Routledge.
- Vega, E. (2011) a- Un modelo integrativo en el abordaje de niños y sus familias. Su aplicación en psiconeonatología y salas generales de pediatría. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 20 (2): 175-185.
- Vega, E (2011) b- El apego en contextos clínicos Institucionales. *Revista Pser-Integrativo* N° 5- Ecuador
- Vega E. (2013) El apego en aquellos contextos clínicos institucionales que reciben bebés con patología neonatal o con prematuridad, en A. Oiberman, *Nacer y acompañar. Abordajes clínicos de la psicología perinatal*. Pp. 181-208. Buenos Aires: Lugar.
- Winnicott, D.W. (1956) Preocupación Maternal Primaria, en D. W. Winnicott. *Escritos de pediatría y psicoanálisis. 1931-1956*. (1979) Barcelona: Laia.

FUNCIÓN DEL AUXILIAR TERAPÉUTICO EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

Fernando García
Fundación AIGLE
Virrey Olaguer 2679. C.A.B.A. Argentina CP C1426 EBE
fundación@aigle.org.ar

Resumen

En el presente trabajo se caracteriza la función del auxiliar terapéutico en el tratamiento de pacientes con trastorno obsesivo compulsivo. Se describe la psicopatología del trastorno, sus principales modelos explicativos y los tratamientos basados en la evidencia. Se da respuestas a estas preguntas: ¿En qué casos está indicado incluir en un programa de tratamiento al auxiliar terapéutico? ¿Qué función se espera que cumpla? y ¿Qué es lo específico en el desarrollo de la tarea en este tipo de pacientes? Se ilustra con ejemplos clínicos.

Palabras clave: Trastorno obsesivo compulsivo, auxiliar terapéutico, funciones

Abstract

The present study characterizes the function of the auxiliary therapeutic in the treatment of patients with compulsive obsessive disorder. Is the psychopathology of the disorder, its main explanatory models and treatments based on the evidence. Answers to these questions: In what cases is intended include in a program of treatment the therapeutic auxiliary? What function does one hope that it should expire? and: What is the specific thing in the development of the task in this type of patients? It learns with clinical examples.

Key words: Obsessive compulsive disorder, auxiliary therapeutic, function

Llamamos *Auxiliar Terapéutico* al agente de salud que trabaja como auxiliar en la realidad cotidiana del paciente bajo la dirección de un profesional de la Salud, con objetivos específicos de intervención acorde al diseño de tratamiento. Desde un modelo integrativo, consideramos que denominar Auxiliar Terapéutico al desempeño de este Agente de Salud nos posibilitará focalizar con mayor precisión su función en un plan de tratamiento. En Argentina Dante Tolosa ha desarrollado en detalle las distintas tareas del auxiliar en el equipo de salud

- Facilita la contención del paciente psiquiátrico y su familia en situaciones de crisis y emergencias clínicas.
- Otorga una atención permanente y el seguimiento más personalizado de la evolución del paciente, siendo una

herramienta especialmente apta para el trabajo interdisciplinario.

- Promueve la reinserción educativa, laboral y recreativa.
- Permite sostener los lazos familiares y sociales que resultan convenientes, en función de la indicación médico-psicológica.
- Propicia la detección temprana de síntomas ante una posible recaída, disminuyendo los riesgos a través de una adecuada contención.
- Ayudar a una reducción de costos en los tratamientos, al brindar alternativas a la cronificación y a la internación institucional reiterada.

(Tolosa, 2013)

El presente artículo se propone especificar las tareas que el auxiliar podría llevar a cabo en el tratamiento de pacientes con trastorno obsesivo compulsivo.

Para poner en contexto la tarea del auxiliar terapéutico en este trastorno (de ahora en más, TOC) desarrollaremos un panorama de su psicopatología, modelos explicativos y los tratamientos que han probado su eficacia y efectividad. (1)

El 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).

(1) El apartado sobre la caracterización del TOC es una versión modificada de García, (2012) en esta revista.

Datos epidemiológicos revelan que 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 aunque también puede tener inicio temprano, antes de la pubertad, y es más común en hombres que en mujeres.

Entre los adultos que padecen este trastorno, su inicio temprano, está asociado con un incremento significativo en la tasa de persistencia: de un tercio a la mitad de ellos desarrollaron sus síntomas antes o durante la adolescencia

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. Se justifica la inclusión en este trabajo de los modelos explicativos a los efectos de que el auxiliar terapéutico conozca los fundamentos de las intervenciones terapéuticas, no para que las aplique él directamente sino para que no incurra, en la medida de lo posible, en contradicciones con ellas.

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. (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 propuesto 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 mnémica 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 auto instrucciones 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).

La función del auxiliar terapéutico

En el presente trabajo describiremos la función del auxiliar terapéutico en el tratamiento de algunos casos de TOC. Para ello intentaremos responder a las siguientes preguntas:

- ¿En qué casos está indicado incluir en un programa de tratamiento al auxiliar terapéutico?
- ¿Qué función se espera que cumpla un auxiliar terapéutico en el tratamiento de pacientes con TOC?.
- ¿Qué es lo específico en el desarrollo de la tarea en este tipo de pacientes?

¿En qué casos está indicado?

A los efectos de incluir un auxiliar terapéutico se deben considerar dos de las variables que forman parte del diseño de un tratamiento: El malestar subjetivo y el deterioro funcional. El malestar subjetivo puede reducirse intensificando el tratamiento psicoterapéutico y/o utilizando psicofármacos. El deterioro funcional, en cambio, solo puede compensarse con la presencia de otras personas. Podríamos decir entonces que ambos aspectos confluyen para denominar a los pacientes que tienen ambas dimensiones elevadas en pacientes severos.

Entendemos “severos” a los pacientes

en los que el trastorno provoca., además de alto malestar subjetivo, como fue dicho antes, un alto deterioro funcional: impide el desarrollo laboral o académico, dificulta que se muevan solos por la calle y/o auto abastezcan sus necesidades básicas. En estos casos se produce una gran dependencia respecto a la familia o a otras relaciones íntimas o de amistad y genera gran cantidad de conflictos interpersonales.

Esta participación es necesaria ya que, en su ausencia, los pacientes suelen tener algunas de estas restricciones: no pueden moverse, no se alimentan adecuadamente, no se visten en correspondencia con el clima, viven en condiciones físicas de extremo desorden y falta de higiene (aunque suene raro esto) y así siguiendo, lo que afecta significativamente su calidad de vida.

En la práctica clínica esto se traduce en el contacto permanente de los pacientes con algún familiar o amigo. ¿Cuáles son las desventajas de esta participación con pacientes adultos?. Pasaremos a enumerarlas:

Los pacientes suelen “tiranizar” a los cuidadores, cuando esto sucede, además del efecto erosivo que tiene en la salud física y mental de ellos, deteriora los vínculos reales y suma otro problema al ya existente, Los pacientes TOC suelen ser muy demandantes y hacen participar a los cuidadores en los rituales, lo que es agotador e irritante para ellos, y además los convierte en agentes de mantenimiento del trastorno

Describiré algunas situaciones clínicas reales:

Paciente varón, de 34 años.

Le pregunta repetidamente a su madre, con la vive, “No dejé los medicamentos al alcance de los niños?, ¿No introduje un alimento en la heladera? (que podría echarse a perder si lo olvido). Le exige a la madre que le responda y se irrita con ella si no lo hace.

Paciente mujer de 41 años.

Le pregunta a su esposo (por el teléfono celular): ¿No hice “M” (masturbarse) cuando entré al baño. Si no logra comunicarse con él, no entra al baño con la consecuente restricción de vaciar su vejiga

Por esto es que, en estas situaciones, es muy beneficiosa la inclusión del auxiliar terapéutico en el equipo.

La función que debería cumplir incluye tareas instrumentales relacionadas con ¿Qué función se espera que cumpla un auxiliar terapéutico en el tratamiento de pacientes con TOC?.

las dificultades planteadas en el apartado anterior:

Acompañar al paciente en sus traslados por la calle, muchos pacientes, temen circular caminando por temor a pisar superficies sucias (contaminantes) o a ser tocados por personas “contaminantes”. También a haber cometido inadvertidamente una acción que hubiese dañado a alguien o a algo.

Ejemplo.

Paciente varón de 35 años:

Solo salía a la calle acompañado por temor a dañar a alguien y no recordarlo: encerrar a algún niño en las cajas domiciliarias de los medidores de gas natural.

Garantizar que el paciente se alimente adecuadamente, esto no es tarea sencilla en algunos casos, ya que la alimentación puede estar ligada a las intrusiones e n los propios alimentos o a las condiciones de preparación de los mismos o a los lugares de la ingesta de comida.

Ejemplo:

Paciente: mujer de 36 años

No utiliza los utensilios de la cocina por sentirlos contaminados (por lo tanto no

puede cocinar en su casa). Necesita que la acompañen a comer afuera por tener múltiples intrusiones en el camino. Sin esa compañía no sale y no se alimenta.

Otra función se vincula al cuidado personal, supervisar que el paciente esté adecuadamente vestido en relación a la temperatura y aspecto

Ejemplo:

La misma paciente se pone su ropa húmeda porque tiene muy pocas prendas que considera no contaminadas. Por lo tanto se lava y usa la misma ropa que o alcanza a secarse.

Mantener el lugar donde el paciente habita en condiciones mínimamente limpio y ordenado.

Ejemplos:

La paciente de 41 años: No cambia sus sábanas por meses debido a que teme que si lo hace se expanda la contaminación que experimenta en ellas a su lavarropas y otra partes de la casa.

Paciente anterior: mujer de 36 años: No utiliza el inodoro para hacer sus necesidades porque lo siente contaminado y las realiza en la bañera.

No levanta ropa que se le cae al suelo por temor a que se haya contaminado.

¿Qué es lo específico en el desarrollo de la tarea en estos casos?

Este apartado es el que plantea mayores desafíos para la labor del auxiliar terapéutico ya que lo enfrenta con el principal obstáculo con el que el propio paciente debe lidiar a diario.

En los apartados anteriores hemos enumerado las funciones del auxiliar terapéutico. Sin embargo estas tareas deberían ser llevadas a cabo guardando ciertos recaudos. Las razones que hacen necesario la presencia del auxiliar se

relacionan con la patología del trastorno obsesivo compulsivo, el modo en que se articulan las intrusiones y las compulsiones producen el deterioro funcional que tanto afecta a la calidad de vida de los pacientes. Si el paciente está solo, desarrolla innumerables rituales que le obstaculizan la vida cotidiana. Si está acompañado, en muchos casos involucran a sus acompañantes en sus rituales. Les preguntan acerca de la veracidad de sus intrusiones, les piden ayuda para hacerlos y así siguiendo. Cuando el familiar o amigo intenta no participar en ellos suele ser objeto de reacciones violentas por parte del paciente con las consiguientes consecuencias para el vínculo que ya mencionamos.

Los principios que debe intentar seguir el auxiliar son:

1) Mantener una actitud empática hacia el paciente, cálida y que favorezca el sentirse comprendido.

2) No participar en los rituales en los que el paciente va a querer involucrarlo. Esto quiere decir que, probablemente, va hacerle preguntas que representan estrategias de control o verdaderos rituales Veamos los siguientes ejemplos:

Rituales de verificación:

“¿No dejé la llave del gas encendida?”

“¿No me tocó el empleado del delivery que nos trajo la comida?”

Ante esas preguntas la política general tendría que ser no responderlas. Esto, sin embargo, puede flexibilizarse en casos extremos de insistencia del paciente, pero haciendo la salvedad de que no es algo que lo ayude y que se va intentar siempre reducir ese tipo de respuesta. También se puede apelar al humor:

Ejemplo: La paciente no quiere pasar cerca de la caja registradores de un negocio por temor a que su celular se “contamine”. El auxiliar puede decirle algo así como: “Uy sí, las cajas registradoras *cazan* a los celulares y

los contaminan". Pero hay que tener en cuenta que el humor solo puede usarse en el marco de una relación afectiva muy cercana y de gran confianza, de lo contrario puede sentirse como una burla.

Otro aspecto a considerar es estar alerta ante los posibles intentos por construir alianzas espurias entre el paciente y el auxiliar en detrimento de las indicaciones realizadas por el equipo terapéutico. No olvidemos que muchas de esas indicaciones pueden tener un efecto aversivo en el corto plazo y esto motiva a instrumentar conductas evitativas.

En síntesis: esta parte de la tarea es la más compleja y requiere una permanente comunicación con el equipo terapéutico. Esta comunicación es en ambos sentidos: para pedir asesoramiento sobre cómo actuar en cada caso, hasta dónde confrontar o ceder ante las demandas de los pacientes y para proporcionar continua realimentación de la evolución del paciente al psicólogo y /psiquiatra. Como en otros casos de pacientes severos (Psicosis) el auxiliar puede convertirse en blanco de la hostilidad del paciente cuando no colabora con los rituales. El auxiliar tiene que tener conciencia de ello y recibir permanente apoyo del equipo terapéutico en forma de supervisión de su trabajo que puede convertirse en muy desgastante.

BIBLIOGRAFÍA

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

García, F. (2012). Tratamiento integrativo para el trastorno obsesivo compulsivo: un estudio de caso. *Revista de la Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia integrativa*, 5 24-34.

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.

Tolosa, D. (2013). Del

Acompañamiento al Auxiliar Terapéutico –
Consideraciones Conceptuales -.
Comunicación sin publicar.

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.

POTENCIAL TRAUMÁTICO Y EFECTO TRAUMÁTICO .RESILIENCIA

Dra. Margarita Dubourdieu. Ph.D

El valor traumático de un acontecimiento

El término trauma proviene del griego y quiere decir herida.

En el lenguaje coloquial en ocasiones se utilizan términos análogos a los referidos a las lesiones físicas para expresar “dolencias emocionales”, y se dice por ejemplo “me destrozó”, “me hirió”, “me lastimó”.

Así de la misma manera en que los diferentes sistemas “orgánicos” pueden ser superados en su capacidad de resistencia, el psiquismo puede ser herido o traumatizado, y desbordado en su capacidad de procesamiento.

No debe olvidarse que lo que afecta a nivel anímico o emocional tiene sus correlatos biológicos y a la inversa. El ser humano es una unidad indisoluble cuerpo-mente-entorno, como lo han demostrado la Psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE) y las Neurociencias.

Los sistemas nervioso, endócrino e inmune se intermodulan y funcionan bajo el influjo de estímulos internos y externos habiendo asimismo una convergencia temporal del pasado a través de la memorias bioemocionales, el presente y sus circunstancias y el futuro a través de la expectativas y sus efectos psicofísicos.

Es frecuente que se haga referencia a “un acontecimiento traumático” y es probable que con el término “traumático” se desee aludir a los *efectos* del suceso, pues el valor traumático de un acontecimiento no está dado por el acontecimiento en sí, sino que dependerá de su traducción subjetiva.

Algo puede tener un “potencial traumático” y sin embargo no tener “eficacia traumática”. Existen ciertos contextos y condiciones que pueden favorecer el que suceso de potencial traumático ocasione un trauma. (Cía 2001)

Diversos factores incidirán en ello:

- variables predisponentes, mecanismos de afrontamiento, recursos de que disponga el sujeto, tanto propios de la persona a nivel biopsíquico y de personalidad (capacidad y flexibilidad adaptativa, estabilidad emocional previa) así como los recursos disponibles a nivel de red y contención socio-emocional.
- una mayor vulnerabilidad por ejemplo si la persona estuvo expuesta a traumas con anterioridad o si la persona ha presentado un estrés acumulativo. Ello puede corresponderse con factores de “Facilitación

“ por hipersensibilización de circuitos o por otros factores que operen a modo de exacerbación o amortiguación del impacto y de las respuestas.(Dubourdieu 2011).

- variables precipitantes, incluso por las características propias del suceso traumático en cuanto a su intensidad o duración, intencionalidad o su significancia para el sujeto.
- factores de mantenimiento post-trauma para lo cual es imprescindible una intervención preventiva para que no se generen circuitos de retroalimentación y reforzamiento de circuitos de ansiedad-angustia.

Hans Selye en 1936 presentó un modelo de la fisiología del estrés y sobre las respuestas adaptativas que se producen en procura de lograr la Homeostasis o equilibrio dinámico luego del impacto de un estímulo que produce lo que Selye denominó respuesta de estrés en el Síndrome General de Adaptación. En esta respuesta se activa el Sistema Neurovegetativo sobre todo en su rama simpática, y el Eje Hipotálamo – Hipófisis –Adrenal (HHA) con liberación de CRH (hormona liberadora de corticotrofina)

y de ACTH (hormona corticotrófica) que estimula la liberación de cortisol en la corteza adrenal. (Selye1976).

Pero a través de un mecanismo de feedback o de autoregulación, luego se frena esta respuesta, recuperándose la homeostasis. Ello no ocurre ante un estímulo de alta intensidad o ante respuestas reiteradas o crónicas.

El abuso de estos sistemas de alostasis que procuran recuperar la homeostasis, produce una saturación de los receptores debido a esta cascada neuroquímica y ello repercute en fallas en los mecanismos de autoregulación con consecuencias nocivas en la red psiconeuroinmunoendócrina (PNIE).

. Las respuestas estarán condicionadas por el componente bio- psico constitucional previo, la personalidad del sujeto, y por factores psicosociales, como la red de apoyo vincular.

A fin de poder comprender la incidencia de cada uno de estos factores, los iremos analizando en su individualidad y en la sinergia dada en su convergencia.

Facilitaciones psicofísicas

En la década del 50 en el área de psiquiatría se comenzó a describir reacciones de estrés intenso y los traumatismos psíquicos que presentaban los combatientes de guerra. Posteriormente el concepto de trauma se amplió a la consideración de estas reacciones, presentes en otras experiencias humanas, ya sea vividas por la persona o presenciada en su afición a otros. Estas situaciones pueden tratarse de situaciones de violencia familiar, o daño causado por otro ser humano o accidentes, padecimiento de catástrofes u otras sucesos que puedan afectar traumáticamente a la persona .

Es decir, el concepto de experiencia traumática ya no se restringió a que la persona sea el blanco directo de una acción violentadora del self, sino también al ser testigo presencial en situaciones de horror o

miedo intenso, estando el individuo indefenso ante las mismas, pudiendo devenir esa vivencia en una experiencia traumática .

Se ha consensuado entre los diversos estudiosos del tema, que más que el tipo de evento que produce el trauma será la reacción del sujeto lo que determinará su valor traumático . (Cía 2001)

Distintos factores pueden impactar a lo largo de la vida. Toda vivencia produce modificaciones psico y biomoleculares .Factores biológicos y emocionales producen activaciones, que de repetirse reiteradamente generan una hipersensibilización de circuitos psicofísicos o “Memorias” que operan como “Facilitaciones” psicofísicas, favorecedoras de posteriores respuestas.

También esta hipersensibilización puede darse por estímulos de gran intensidad que al impactar en forma intensa, el sujeto no puede procesarlos al sentirse desbordado por este fuerte impacto.

Al no haber sido procesados, asimilados, pensados (funciones corticales), no se establecen circuitos asociativos amigdalinos (sede de emociones de miedo y ansiedad) con la corteza (procesamiento cognitivo). Es así que al recordar los hechos se reactivará la amígdala y el sujeto revivirá la angustia, volviendo a reforzar esos circuitos.

Los recuerdos intrusivos en el TEPT

Esto ocurre por ejemplo en el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en que los recuerdos intrusivos, los sueños recurrentes, los flashbacks y la reexperimentación emocional del episodio traumático, a partir de las imágenes que retornan acompañadas de emociones displacenteras y angustia recrean el hecho como vivido en el presente, aunque el mismo haya ocurrido en el pasado.

Muchas veces estas imágenes son gatilladas por el insomnio y el cansancio y a la vez las mismas producen estos efectos a modo de circuitos de retroalimentación.

Al revivir el sujeto el hecho se reproducen las mismas activaciones que al momento de su ocurrencia y ello tiene variadas consecuencias e interferencias en la continuidad de la vida de la persona no permitiendo su bienestar.

Este cuadro puede durar menos de 3 meses (estrés agudo) o durar más de tres meses (TEPT) y también puede tener un inicio sintomático demorado de hasta seis o más luego de la ocurrencia del hecho (López-Ibor & Valdés, 2002).

En la nueva clasificación del *DSM-V*: Diagnostic and statistical, manual of mental disorders de la American Psychiatric, no se clasifica al TEPT dentro de los “trastornos de ansiedad” sino dentro de “trauma y trastornos relacionados con factores de estrés”. Además, toma al trastorno de estrés agudo como un trastorno separado, es decir que el TEPT no sería una continuación del trastorno de estrés agudo y se agrega dentro de la clasificación del TEPT, la especificación de Trastorno por Estrés Posttraumático con síntomas disociativos.

Ya sea a partir de un suceso ocurrido por única vez o en reiteradas oportunidades, contra la propia persona o por haber presenciado lo padecido por un otro /s quedando indefenso ante ello, en el TEPT la reexperimentación y los recuerdos intrusivos del hecho con revivencia de la angustia traen un padecimiento que interfiere en la continuidad de la vida del sujeto.

La persona no puede integrar las experiencias traumáticas a su vida. No puede considerarlo un hecho histórico y sus recuerdos pierden coherencia y están impregnados de impresiones somatosensoriales o intensas emociones. El sujeto experimenta la sensación de volver en el tiempo y revivir el hecho (reviviscencias). (Cía 2001).

Las neurociencias nos aportan a la comprensión de este hecho, dado que se ha demostrado que el procesamiento a nivel de la corteza frontal y temporal permite contextualizar en el tiempo, a diferencia de

las memorias emocionales amigdalinas que se vivencian sin este orden temporal.

Será importante por tanto el poder ayudar a establecer aferencias a corteza, poniendo en palabras las emociones y habilitando nuevas asociaciones. El tomar conciencia y el anclaje en el contexto temporal presente, a través de un otro contenedor o de la persona del terapeuta, permitirá reubicar los hechos vividos como pertenecientes al pasado, y ser recordados desde un presente seguro sin la reactivación angustiosa de lo vivenciado en el pasado.

Las repeticiones reiteradas de activación de circuitos aumenta la hipersensibilización de los mismos, produciendo una mayor arborización y engrosamiento dendrítico a modo de aprendizaje asociativo favorecedor de nuevas respuestas en igual sentido.

Por ejemplo en los estados de ansiedad- angustia, las neuronas de la amígdala se activan reforzándose circuitos asociativos que quedarán hipersensibilizados a nuevas respuestas de ansiedad y miedo, incluso sin conciencia del sujeto, funcionando estas asociaciones en forma autónoma de su voluntad.

“Potencial traumático” y “Efecto traumático”.

Consideramos necesario diferenciar lo que es un “potencial traumático” y un “efecto traumático”.

La reacción psicofísica y social de un sujeto podrá ser diferente según el momento del desarrollo del Sistema nervioso o etapa etárea, según la acumulación de eventos vividos por la persona, mecanismos de afrontamiento, personalidad, o la presencia o ausencia de factores atenuantes o por la sinergia de múltiples otros factores.

Algo puede tener un potencial traumático pero no necesariamente tener un efecto traumático. El efecto de un estresor dependerá de: las características del estímulo en cuanto a intensidad, duración y cualidad o significancia para el sujeto y las

características del sujeto, biológicas, cognitivas, psicoemocionales, socioecológicas, espirituales. Se suman a ello factores ampliadores o amortiguadores del impacto, considerándose también el contexto espacial y temporal. (Dubourdiou 2008 ; 2011)

Distintas investigaciones mostraron que experiencias disociativas en el momento del trauma predicen a largo plazo el desarrollo de TEPT. Stierlin, uno de los coautores junto a Cardeña de artículos e investigación sobre la “psicología del desastre”, publicó diversos estudios, entre ellos sobre el terremoto ocurrido en Italia en Messina en 1907. A partir de estos estudios se concluye que más allá del valor traumático del impacto de estos eventos, las respuestas a los mismos estaba también condicionada por cierta vulnerabilidad facilitadora de la vivencia de estrés post traumático, estando ello presente en algunos sujetos y no en otros. (E Cardeña et al 1999) .

La disociación como defensa

Una de las posibles respuestas ante sucesos que desbordan la capacidad de procesamiento de un sujeto es la disociación.

Lenarduzzi (2005) explica que ante graves situaciones traumáticas en la infancia, en etapas tempranas en que el niño aún no ha logrado una integración psíquica y tiene una total dependencia del mundo adulto el mismo no puede escapar de estas situaciones que atentan contra su integridad.

Puede ocurrir que sólo pueda apelar como defensa, a mecanismos disociativos, escapando a un mundo imaginario y desestimando la existencia de la realidad en que vive

La disociación lleva a que la experiencia; no pueda integrarse dado que no se establecen aferencias a la corteza y no se da su procesamiento a nivel de pensamiento (“memoria de la emoción” narrada) quedando solamente la memoria amigdalina (“memoria emocional” vivenciada).

Ello en la infancia temprana se ve favorecido ya que las vías de aferencias amigdalocorticales aún no se encuentran mielinizadas hasta aproximadamente los 3 años, quedando memorias amigdalinas sin procesamientos corticales. Ello puede también explicar el no recuerdo conciente de vivencias tempranas pero la persistencia de una memoria emocional muchas veces sin registro conciente.

La evitación puede tomar formas muy diferentes, procurando no tomar contacto con elementos que recuerden el hecho , buscar el pasar a otro estado de conciencia mediante el uso de alcohol u otras sustancias y puede surgir el sentimiento sentirse aislado invadiendo un pérdida de interés en la interacción con otros y no expresando ni compartiendo las emociones ya sea plancenteras o displacenteras. (Gabard 2009).

Memoria emocional y memoria de las emociones

Es mediante la reconstrucción biopsicográfica que se pueden poner en palabras las emociones empatizando con las posibles vivencias, dadas las circunstancias vividas por la persona.

De esta forma describe el neurocientífico Antonio Damasio (1996) la “memoria emocional”, vivencial, no conciente, memorias o hipersensibilizaciones por activación de la amígdala, sede de emociones relacionadas con la ansiedad y el miedo.

Por otra parte este autor describe la “memoria de las emociones” con procesamiento conciente emocional con aferencias de la amígdala a la corteza posibilitando su procesamiento.

Damasio refiere que la complejidad nos lleva a considerar la convergencia temporal: pasado-presente-futuro, en la que las experiencias pasadas inciden en el presente y condicionan las expectativas futuras.

De no procesarse el impacto de los

estímulos o sucesos, quedan fragmentos o recuerdos parciales o imágenes visuales, sonidos o memorias olfatorias o kinestésicas, no constituyéndose una memoria integrada tal como lo observaron en diversas poblaciones Ellert Nijenhuis, Onno van der Hart, y Kathy Steele (2004).

Se ha observado que en niños con vivencias traumáticas perdura una hipersensibilización de los circuitos y surgen fácilmente respuestas de hiperactivación y disociación ante estímulos menores (Cía 2001).

Será importante ayudarles en este proceso de procesamiento en lugar de desarrollar respuestas de evitación o freezing. El habilitar circuitos córtico amigdalinos posibilita amortiguar desde el razonamiento las activaciones emocionales de la amígdala.

Ante algo que recuerda el episodio traumático debido a la “memoria emocional” por hipersensibilización de los circuitos de la amígdala centro de respuestas del miedo, aunque ya no se esté en presencia del factor traumático, se produce una respuesta de activación una y otra vez.

Pero si se pueden poner en palabras las emociones y procesar las mismas, con participación de la corteza frontal y temporal, se puede tomar conciencia, otorgando un orden temporal, de que se trata de un hecho pasado recreado a nivel cognitivo emocional. Y se puede presentificar que se está seguro y contenido, estableciéndose circuitos cortico-amigdalinos, es decir accediendo desde el pensamiento y procesamiento cognitivo a las memorias emocionales amigdalinas, amortiguando las respuestas disfuncionales. (Le Doux 1999)

Por eso la estrategia terapéutica desde esta visión apoyada en las evidencias que nos otorgan las neurociencias, sería acceder al recuerdo, sin evitarlo, para su reconstrucción y elaboración. Pero se trata de una “rememoración”, procesamiento cortical, lo cual difiere del “revivenciar o

reexperimentar”, pues ello llevaría a activar nuevamente la angustia.

Donald Hebb en 1949 demostró que cuando dos neuronas se activan conjuntamente, simultánea y repetidamente, establecen redes asociativas o memorias a largo plazo. Por ello habrá que no reforzar y debilitar las memorias emocionales disfuncionales que asocian personas, lugares, contextos con emociones negativas y reexperimentación del miedo o desesperación. (Le Doux 1999).

Se propone tomar contacto o acceder al recuerdo que moviliza la angustia, y tomando conciencia del presente, habilitar nuevos circuitos asociativos.

Al no volverse a activar los circuitos patógenos y al habilitar otras asociaciones y con la ocurrencia de nuevas vivencias que generen seguridad y emociones placenteras se irán modificando estas facilitaciones de respuestas por la Neuro y PNIE plasticidad que requiere se brinden condiciones para que se establezca en un sentido saludable (Dispenza, 2008).

La “memoria emocional amigdalina” relacionada con situaciones traumáticas se diferencia de la “memoria cortical narrativa”, en donde existe un registro temporal y se puede dar una connotación pasada, aunque la transmisión al acceder al recuerdo del suceso esté teñida emocionalmente pero con conciencia de que se trata de una evocación simbólica y semántica en donde el sujeto posee un control no sumergiéndose en la angustia.

Traumas acumulativos

Varios autores, entre ellos Kohut (1977) y las investigaciones de Nemeroff (*Heim C et al 2008*), refieren a los “traumas acumulativos. Siendo ejemplo de ello las situaciones de vida caracterizada por la insatisfacción de necesidades y la violentación”.o vulneración del self.

Ello se puede relacionar con padres no empáticos que no responden de forma adecuada a las necesidades del niño,

dependiendo este de un adulto para la satisfacción de las mismas.

Kohut (1977) describe las necesidades relacionadas al “polo de protección”, al “polo especular” o de valoración que hace a la autoestima y al sentirse amado y necesidades del “polo gemelar”, relaciones con pares para compartir sentires y experiencias de paridad

Jeffrey Young (2013) integrante de la llamada 3ra ola cognitiva rescata las vivencias emocionales y despliega los esquemas disfuncionales que derivan de las fallas empáticas tempranas. Cuando el niño se encuentra dentro de un contexto violentador del self, y carece de afecto, contención y nutrientes para un desarrollo saludable, puede disociar sus sentimientos dolorosos, al necesitar desesperadamente de ese contexto dada su inmadurez y dependencia del mismo.

Es así que ante graves vivencias que atentan contra la integridad del sujeto, el niño no puede regular sus emociones y el afecto doloroso, la ansiedad y miedo pueden producir un efecto traumático.

Por eso Cía (2001) refiere que el trauma relacionado con otros seres humanos, al que llama de tipo II, difiere del trauma de tipo I, ocasionado por vicisitudes externas como accidentes o desastres naturales en los que puede aparecer un recuerdo más claro de lo que pasó y generalmente se opta por realizar terapias más breves.

No todas las personas que sufren un suceso traumático luego desarrollan un TEPT, pudiéndose desarrollar otros trastornos según las vulnerabilidades individuales y otras circunstancias temporales y espaciales así como debido a las características del evento en sí mismo como lo hemos descrito.

Un factor fundamental que posibilita el salir airoso de situaciones adversas es la capacidad resiliente.

Nemeroff (2009) a partir de sus investigaciones habla de un “fenotipo

vulnerable CRH” (Hormona liberadora de corticotrofina, una de las hormonas del estrés) cuando se ha tenido vivencias traumáticas en la infancia. La activación crónica de los ejes del estrés (neurovegetativo y hormonal) por estados de miedo y ansiedad facilita su reactivación ante posteriores estímulos.

Ello favorece el continuum ansiedad depresión por agotamiento de los sistemas de alostasis, sistemas que se ponen en funcionamiento para recuperar la homeostasis. De esta forma de no mediarse otras experiencias correctivas la adversidad temprana crónica conforma un “fenotipo vulnerable” de reactivación de esos estados de ansiedad y depresión con liberación de CRH. (Albalustri 2007)

También podríamos hablar de un fenotipo saludable favorecido por un desarrollo con vivencias en un ambiente enriquecido y empático y un fenotipo resiliente (Dubourdieu 2008).

Resiliencia

Numerosos estudios han demostrado que el estrés por abusos, pérdidas situaciones de gran adversidad, no determinan un traumatismo y consecuencias psicopatológicas definitivas que perpetúen el estado de victimización, fracaso y malestar.

Ante situaciones adversas algunos sujetos salen fortalecidos y otros claudican ante ellas. La Resiliencia alude a la capacidad de resistencia y a la facultad de construcción positiva pese a haber vivido situaciones adversas.

Emily Werner psicóloga Norteamericana realizó un estudio epidemiológico en Hawai (Kamay) en el año 1950 durante 30 años en un grupo de 700 niños expuestos a situaciones adversas. Observó que el 28% se sobreponía, teniendo un desarrollo saludable y, buena calidad de vida, habiendo tenido todos estos niños resilientes, la presencia de una figura compensatoria en su desarrollo, un adulto presente, que dio protección y aliento,

amortiguando las vivencias de estrés .

La resiliencia no es sólo sobreponerse a la adversidad sino que implica el potenciar condiciones nuevas, transformar el impacto de potencial traumático, y se pudo observar la importancia del nutrirse de vínculos intersubjetivos que activan competencias y aptitudes.

que posibilitan desafiar la adversidad .

Este enfoque aleja del determinismo y promueve la esperanza, enfatizando la posibilidad de cambio y plasticidad si se forjan condiciones para ello ,destacándose la importancia de los contextos y circunstancias y del apoyo vincular y alguna figura que haya hecho sentirse valioso promoviendo la confianza y la autoestima .

Se amplía y enriquece así, los modos de intervención antes restringidos a la modificación de lo patológico pues enfatiza la importancia de potenciar también los recursos de salud.

En las primeras teorías del estrés se pensaba que las respuestas dependían de las características y magnitud del estresor y ello llevó a políticas de atención en salud a nivel de prevención advirtiendo sólo sobre algunos factores patógenos o de riesgo sobre todo biológicos.

Pero actualmente sabemos que las respuestas dependerán no sólo del estresor sino también de la forma en que cada persona afronta las situaciones adversas , la capacidad del sujeto para proteger su salud desarrollando aspectos que disminuyan su vulnerabilidad y amortiguen los impactos de situaciones estresantes.

La perspectiva de considerar la resiliencia está emergiendo en distintas áreas de la salud como una estrategia que permita identificar factores que promueven la capacidad resiliente, evaluar las propias fortalezas ante situaciones de crisis y realizar de prevención para sobreponerse al estrés y situaciones de potencial traumático.

Abordaje desde la Psicoterapia

Integrativa

De acuerdo a lo planteado anteriormente respecto a una estrategia para modificar lo disfuncional y potenciar lo saludable, Fernandez Alvarez (2008) plantea que no existen fórmulas universales dado que encontramos una gran diversidad los seres humanos por la historia de cada uno y modos de relacionarse con los demás. Así mismo este autor expresa que Todos los fenómenos clínicos están compuestos por una combinación de elementos biológicos, psicológicos y sociales. El enfoque integrativo procura ayudar al paciente en la remisión de síntomas, la resolución de problemas y la elaboración de conflictos como también favorecer el desarrollo personal.

Una de las Fases fundamentales de la Psicoterapia Integrativa es la Biopsicoeducación que ya por si misma produce modificaciones positivas al posibilitar la comprensión del funcionamiento biopsíquico y de esta forma alejar de la impotencia y favorecer una disminución a nivel de la ansiedad.

Al respecto Fernandez Alvarez (2011) plantea que la experiencia ha demostrado que muchas veces este recurso tiene un valor terapéutico per se al otorgar al paciente una explicación sobre su trastorno y una estrategia para superarlo motivando a la movilización de recursos disponibles pero no implementados anteriormente.

En igual sentido Opazo (2001) propone un proceso activo desarrollado en un contexto interpersonal diseñado específica y deliberadamente como medio de influencia con objetivos acordados entre cliente y terapeuta.

Plantea la necesidad de promover experiencias correctivas considerando el self y personalidad del consultante, en términos cognitivos, afectivos y nuevos comportamientos en lo vincular, social y en lo biológico. Estas experiencias pueden ser tanto correctivas como y/o enriquecedoras, modificando aspectos nocivos o de riesgo o

potenciando los recursos saludables, integrando para ello a un supraparadigma Integrativo o teoría globalizadora, todo conocimiento o fuerza de cambio válida, cualquiera sea su fuente de origen.(Opazo 2001)

Lo integrativo alude a una totalidad dinámicamente articulada de partes y ello trasciende sus elementos aislados, siendo el producto final diferente y más completo, complejo y útil (Balarezo, 2003).

El Modelo integrativo focalizado en la Personalidad desarrollado por Balarezo, integra en el concepto de personalidad, las influencias biológicas y socioculturales que se reflejan en las expresiones afectivas, cognitivas, conductuales e interpersonales.

Se procura el esclarecimiento de los aspectos estructurales y funcionales del núcleo básico del sujeto enriqueciendo el diagnóstico y ejercicio psicoterapéutico. Se incorporan también aspectos como la centralización del trabajo sobre la personalidad y la priorización de aspectos de relación durante el proceso psicoterapéutico (Balarezo 2003)

La psicoterapia Integrativa es nutrida por factores terapéuticos provenientes del paciente, del terapeuta y de la interacción y relación que se establece entre ambos en este proceso.

Será entonces de importancia la Biopsicoeducación y el realizar una evaluación diagnóstica y abordaje terapéutico multidimensional considerando las dimensiones: biológica, cognitiva, psicoemocional vincular; socioecológica (físico ambiental y sociocultural) y espiritual así como la convergencia temporal pasado presente y expectativas futuras.

Desde la Psicoterapia Integrativa PNIE en este sentido, se enfatiza la importancia del promover la regulación de las emociones y la interrelación con el entorno en un marco de respeto y bienestar, planteándose una estrategia a dos puntas: modificar lo patógeno y activar lo saludable lo que permitirá amortiguar las respuestas

disfuncionales. (Dubourdiu, 2011).

Puede haber un predominio etiológico o sintomático en un área pero en sistemas abiertos como lo es el ser humano opera una convergencia causal y una multifactorialidad.

La estrategia terapéutica, se apoyará en la evaluación diagnóstica realizada en las distintas dimensiones, en que diversos factores pueden ser coadyuvantes en las alteraciones emergentes. Debe tratarse de un abordaje dinámico y flexible, no pudiendo ser universal para todos los pacientes que poseen determinada alteración pues si bien hay ciertos reguladores universales debe de ser diseñado en forma particular acorde a cada paciente..

Por su parte, Cía (2001) plantea que ante situaciones de potencial traumático, si la persona requiere de una intervención, en el tratamiento se deben contemplar principalmente dos instancias: por un lado, que el paciente pueda adaptarse al contexto presente abordando los síntomas que interfieren en ello y por otro lado, procurar que el hecho traumático se convierta en un hecho histórico, del pasado.

Se busca que el paciente diferencie que se trata de un hecho pasado y el terapeuta ayuda conteniendo o mediante técnicas provenientes de la neurolingüística como el anclaje en el cual el paciente presentifica la presencia contenedora del terapeuta mientras pone en palabras lo sucedido y sus emociones. De esta forma se evita reexperimentar la angustia y la reactivación amigdalina (Dubourdiu 2011).

El tratamiento debe ser limitado en el tiempo ya que muchas víctimas se pueden volver dependientes emocionalmente o tender a permanecer en un victimismo.

Es necesario considerar tanto el componente objetivo del suceso acaecido como el subjetivo constituido por las vivencias de ansiedad y angustia que irrumpen como elementos disfuncionales en la vida del sujeto.

El objetivo será que la persona supere

ese malestar emocional, e incorpore el suceso acaecido como parte de su historia pasada y pueda gradualmente tener nuevas vivencias habilitando nuevos circuitos y debilitándose los disfuncionales.

Gálvez (2005) plantea que en situaciones traumáticas se da una falta de conexión entre la amígdala, el hipocampo y la corteza pre-frontal, y ello lleva a respuestas exageradas ante estímulos que por asociación vuelven a reactivar la respuesta.

Se ayudará al paciente a poner en palabras lo ocurrido para que de esta forma las memorias emocionales puedan convertirse en memorias relatadas en una comunicación entre amígdala y corteza y poder de esta forma amortiguar las respuestas e irrupciones disfuncionales.

Los psicofármacos pueden ser beneficiosos actuando sobre los factores comórbidos asociados al trauma. Mediante la farmacoterapia, medicación antidepresiva, tratamiento con ansiolíticos u otros abordajes biológicos cuando son necesarios, y el proceso psicoterapéutico, apoyo al paciente y la familia a nivel individual y grupal, técnicas de relajación, visualización y otras variadas herramientas se podrá favorecer un mayor bienestar integral del paciente.

La Psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE) y las neurociencias otorgan fundamentos sobre la unidad indisoluble cuerpo -mente- entorno y a través de la Teoría del Estrés y de los sistemas de homeostasis podemos comprender el funcionamiento dinámico de esta unidad que constituye al ser humano. En su transcurso histórico, confluyen en el presente, las circunstancias actuales, el pasado a través de la "Memorias y Facilitaciones" y las expectativas futuras que impactan en el estado presente. Es por ello que en la estrategia psicoterapéutica integrativa, ante toda alteración se realiza una evaluación diagnóstica y abordaje terapéutico contemplando la posible confluencia de factores de estrés por insatisfacción de necesidades o recursos

protectores en las dimensiones. Estas no funcionan como compartimentos estancos, sino que poseen un funcionamiento dinámico y se intermodulan unas a otras, lo cual nos aleja de una comprensión lineal o unicausal de cualquier fenómeno:

En la Dimensión Biológica : se consideran predisposiciones genéticas y adquiridas, los sistemas orgánicos y conductas basales (sueño, alimentación, eliminación, ejercicio, relajación).

En la Dimensión Cognitiva: se considera el Procesamiento de los estímulos, Creencias disfuncionales, pensamientos y distorsiones cognitivas, generadoras de estados crónicos de ansiedad, o depresión o sentimientos de hostilidad, resentimiento, culpa, minusvalía y habrá que evaluar las conductas y repertorio de habilidades y asertividad.

En la Dimensión Psicoemocional – vincular: se consideran aspectos afectivos, relaciones interpersonales familiares, laborales, con pares, factores de personalidad y de funcionamiento psíquico (comunicación, alexitimia, sobreadaptación, pobreza de ilusiones y motivaciones, asertividad) Facilitaciones por experiencias tempranas, mecanismos de afrontamiento y defensas, personalidad, vínculos afectivos, red de sostén. Pueden ser necesarias entrevistas vinculares con integrantes de la familia o entorno.

En la Dimensión Socioecológica : se consideran factores físico ambientales, condiciones del hábitad (micro y macro ambiente) estímulos visuales, auditivos, olfativos y factores socio culturales (microentorno y macroentorno cultural y económicos que pueden haber constituido o en la actualidad incidir factores de estrés para el paciente,

En la Dimensión Espiritual: se considera la motivación, sentido de vida y de trascendencia, valores que armonizan o generan estados disfuncionales, todos aspectos que nos condicionan más allá de lo

que tenemos conciencia. Si alguien ha perdido el sentido de vida y no posee ya motivaciones ello constituye un factor de insatisfacción generador de respuestas de estrés que como lo plantea Prigogine en la Teoría del Caos lleva a una desvitalización de todo sistema generando un estado de vulnerabilidad .

. En suma

Es importante hacer una evaluación psicológica integral a los pacientes, identificando estados de tristeza, ansiedad u hostilidad, para abordar estos factores desorganizadores que pudieron haber coadyuvado en la génesis de la disfunción manifiesta .. Será importante evaluar la personalidad y defensas de los pacientes para poder habilitar otras defensas más saludables basados en la neuro y pnie plasticidad. Las experiencias positivas refuerzan circuitos serotoninérgicos y factores neurotróficos saludables siendo los mismos amortiguadores de los ejes del estrés y de sus efectos nocivos .

Dentro de la técnicas utilizadas además de las del diálogo socrático, reconstrucción cognitiva emocional y otras valiosas herramientas provenientes de distintos desarrollos psicoterapéuticos, se encuentran también las técnicas interpersonales como las de validación, sintonía y otras técnicas terapéuticas implementadas a través del vínculo que favorecen experiencias correctivas a nivel cognitivo-emocional -vincular. (Dubourdieu 2012)

La psicoterapia constituye una experiencia neuroplástica que puede producir activaciones y cambios de largo plazo en la conducta, y produce cambios en la expresión génica y conexiones sinápticas y es una herramienta para modificar memorias traumáticas y mejorar la calidad de vida de cada persona y sus descendientes , pues cada ser dejará a su vez su legado genético.

BIBLIOGRAFÍA

- Abraham, W.C. (1996). *Activity-dependent regulation of synaptic plasticity metaplasticity in the hippocampus. The hippocampus Functions and clinical relevance.* Ed N.Kato. Elsevier Science B.V.
- Albalustri, L. (2007). *Estrés y Nuevas Perspectivas en Psicopatología y Salud.* Buenos Aires: Científica Interamericana.
- American Psychological Association (2013). *DSM-V: diagnostic and statistical, manual of mental disorders.* 5ª ed. Washington: American Psychiatric.
- Arias, P., et al . (1998). *Estrés y procesos de enfermedad.* Buenos Aires: Biblos.
- Balarezo Chiriboga, Lucio (2010). *Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad.* 1ra edición. UNIGRAF. Quito, Ecuador.
- Bobes, J., Bousuño M., Calecedo, A. & González M., (2000). *Trastorno de estrés postraumático.* Barcelona: Masson.
- Cía, A. (2001). *Trastorno por estrés postraumático.* Ed Imaginador. Buenos Aires.
- Cyrulnik B., (2004) "La resiliencia o cómo renacer de su sufrimiento", Paidós, Buenos Aires
- Cyrulnik B., (2007) "De Cuerpo y Alma, Neuronas y Afectos: La conquista del bienestar", Gedisa, Barcelona
- Damasio, A. (1996). *El error de Descartes: la razón de las emociones.* Ed Crítica (Grijalbo Mondadori). Barcelona.
- Damasio, A. R. (1998). *Emotion in the perspective of an integrated nervous system: Brain Research Reviews* 26_1998.

- Damasio, A. R. (1999). *The Feeling of What Happens*. Londres: Heinemann.
- Dispenza, J. (2008). *Desarrolla tu cerebro: La ciencia de cambiar tu mente*. 5ª ed. La esfera de los libros España:.
- Dubourdieu, M. (2008 1ra ed 2011 2da ed). *Psicoterapia integrativa PNIE. Psiconeuroinmunoendocrinología*. Psicolibros .Montevideo.
- Dubourdieu (2011). *Módulo III Psicoterapia Integrativa PNIE. Edición Diploma PNI. Universidad de Zulay, Venezuela: Flapnie.*
- Dubourdieu (2012). *Técnicas interpersonales en la PI. PNIE. Material del Compendio de Formación del Centro Humana. Uruguay: Instituto de Formación de Supnie.*
- Ellert Nijenhuis, Onno van der Hart, & Kathy Steele (2004). *Trauma-related Structural Dissociation of the Personality*. Citation: Nijenhuis, E.R.S.; Van der Hart, O. & Steele, K. (2004). *Trauma-related structural dissociation of the personality*. Trauma Information Pages website, January 2004. Web URL: <http://www.trauma-pages.com/a/nijenhuis-2004.php>.
- Fernandez Alvarez, Héctor. (2008) - *Integración y Salud Mental*. El proyecto Aiglé 1971-2008. Ed. Desclée de Brouwer. Bilbao, España
- Fernandez Alvarez Héctor. (comp.) (2011) *Paisajes de la psicoterapia. Modelos, aplicaciones y procedimientos*. Editorial Polemos. Bs. As. Argentina
- Gabard (2009) *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica* .Ed Médica Panamericana .Bs As .Traducción V. Horigian ISBN 978 950 06 0890-9.
- Heim, Nemeroff, C B .(2009) *Neurobiology of Posttraumatic Stress Disorder*. *CNS spect* 14:1 (suppl 1) :13-24 MBL Communications INc.14 January 2009.
- Heim C, Newport DJ, Mletzko T, Miller AH, Nemeroff CB. (2008) "The link between childhood trauma and depression: insights from HPA axis studies in humans." *Psychoneuroendocrinology*. 2008 Jul;33.
- Kandel Eric (2001) - *En busca de la Memoria. El nacimiento de una nueva ciencia de la mente*. Katz Editores. Madrid, España
- Kohut, H. (1977). *La restauración del sí mismo*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Lazarus, R. (2000). *Estrés y Emoción*. España: Gedisa.
- Le Doux, J. (1999). *El cerebro emocional*. Buenos Aires: Planeta.
- Lenarduzzi Hebe (2005) *.Entre Biología y Cultura*. Editorial Biblos. Argentina.
- López-Ibor Aliño, J. J., & Valdés Miyar, M. (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado. Barcelona: Masson.
- López-Mato, A. (2008). *Psiconeuroinmunoendocrinología. Los últimos serán los primeros*. Argentina: Sciens.
- McEwen, B. (2003) *The end of the stress as we know it* .2ª ed. The National Academies Press. Washington DC.
- Opazo Castro, Roberto (2001) -*Psicoterapia Integrativa. Delimitación clínica*. Ediciones ICPSI. . Chile. Santiago
- Parmigiani S (2005) , "Social factors and individual vulnerability to chronic stress

exposure “, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 29 (2005)

- Prigogine, I. (1997). *Las leyes del caos*. Ed Crítica. Barcelona.
- Selye, H. (1976). *The stress of life*. Ed Mc Graw-Hill. Nueva York.
- Sterling, P., Eyer, J. (1988). *Allostasis, A New Paradigm to Explain Arousal Pathology*. In: S. Fisher; J. Reason, Eds. *Handbook of Life Stress, Cognition and Health*. New York: John Wiley & Sons.
- Von Bertalanffy, L. (1979). *Perspectivas en la Teoría General de Sistemas*. Ed Alianza. Madrid.
- Young, J ; Klosko, J; Weismar, M . (2013) *Terapia de esquemas*. Desclée de Brouwer. Madrid
- Zukerfeld R. (2005) “*Procesos Terciarios: De la vulnerabilidad a la Resiliencia*” Lugar, Buenos Aires

LA INSEGURIDAD: UNA ACTITUD

Dr. Arturo Heman Contreras

Fundador y Director del Instituto de Terapia Cognitivo Conductual en México

Resumen:

La inseguridad es un concepto muy frecuentemente usado como motivo de consulta para iniciar un proceso terapéutico, con frecuencia se tiene una concepción negativa de este concepto y se trata de evitar y aquellas personas que lo viven se consideran como inadaptadas. En este artículo se cuestionan los planteamientos tradicionales del concepto de inseguridad, se redefine el concepto y se presenta una conceptualización cognitivo conductual de la inseguridad desde el marco teórico de la terapia cognitivo conductual y bajo un contexto actitudinal, con el objetivo de tener una descripción mas clara y objetiva de este proceso cognitivo y que permita su solución desde el contexto terapéutico.

Palabras claves: inseguridad, actitud, terapia, cognitivo, conductual.

Summary.

Insecurity is a concept most often used as a reason for consultation to begin a therapeutic process, often has a negative view of this concept and trying to avoid and that people who live it are considered dysfunctional. The traditional concept of insecurity puts into question the concept is redefined and cognitive behavioral conceptualization of insecurity arises under an attitudinal context, in order to have a clearer and objective description of the cognitive process and allow your solution from the therapeutic context.

Keywords: Insecurity, attitude, therapy, cognitive, behavior

La inseguridad es un concepto que tienen que ver con el ser humano, con una experiencia interna y con las relaciones sociales, y este artículo lo vamos a dedicar a describir las características de la inseguridad, de cómo la conceptualiza la gente en general, y de como lo conceptualiza la aproximación cognitivo conductual. Las personas al hablar de inseguridad se refieren a algunos de los siguientes planteamientos:

- Una sensación de no ser lo suficientemente “bueno” para poder enfrentar con eficiencia un situación problemática.
- El sentimiento de desamparo ante los problemas, los conflictos o las preocupaciones.
- El creer que uno es una persona inadecuada o incompetente para manejar los desafíos de la vida cotidiana.
- Miedo a que los otros descubran que soy una persona irresponsable en el medio social, en la escuela, en el trabajo... etc.
- Sentimiento de estar “fuera del lugar, grupo, etc.”; de no adaptarse.
- La sensación de que estamos escalando una montaña y nunca llegamos al final.
- Tener la sensación de no ser aceptado, ser desaprobado o ser rechazado
- Sentirse chiquitos, poca cosa frente a las murallas que son los problemas.

Si hacemos un análisis de estas afirmaciones tenemos que algunos hablan de la inseguridad como una respuesta "sensoperceptual", ej: la sensación de no ser una persona adecuada, o de no poder, es plantear la inseguridad en sus sensaciones. Algunos otros, lo plantean como un sentimiento de "desamparo", Ejemplo: siento que no soy lo suficientemente bueno para poder enfrentar los problemas; otros, se refieren a ella como una "conducta", al no poder hacer cosas o evitarlas, Ejemplo: prefiero reportarme enfermo, y no asistir, que enfrentar al grupo y presentarles la clase. Algunos otros se refieren a este problema como un "pensamiento o creencia". Ejemplo: no creo ser la persona adecuada para poder sacar adelante la empresa

Algunas otras personas no les es suficiente las explicaciones tradicionales y populares y prefieren tratar de dar respuesta al ¿por qué la gente es insegura? Algunas de las explicaciones son:

- Haber nacido y crecido en un ambiente desequilibrado, caótico.
- Haber experimentado una tragedia o la pérdida de un ser importante en sus vida.
- Estar en el proceso de aceptación y ajuste al cambio después de la pérdida.
- Estar pasando por una evento estresante de la vida (divorcio, desempleo, bancarrota, fallas en la escuela, perder un amigo, carencia de un grupo social) que lo condujo a cuestionarse su capacidad personal.
- Tener un concepto equivocado sobre sí mismo, un auto estima baja, minimizar nuestra calidad personal, y nuestras capacidades.
- Nunca sentirse aceptado por los "otros" y por eso se sienten tímidos, aislados y relegados de sus interacciones sociales.
- Nunca haber recibido aprecio, afecto sobre sus capacidades, su talentos y habilidades.

Sin embargo, lo que si es verdad es que cuando se vive la inseguridad se tienen consecuencias: ¿Cuáles son las consecuencias negativas de ser inseguro?

- Tener dificultades en establecer relaciones sanas, adaptativas y duraderas
- Ser victimas de la emoción de miedo que deteriora la libertad de acción.
- Alejarse de los "otros" como una actitud de defensividad.
- Sensación de paranoia de que los "otros" solo quieren conseguir algo.
- Tener problemas en el trabajo o en la escuela porque aun cuando tienen las habilidades, conocimientos y capacidades para desarrollar de forma eficiente sus actividades, lo hacen de una forma ineficaz y pobre.
- Tener problemas para satisfacer a las personas y convertirse esto en una timidez crónica.
- Escaparse de la realidad por medio de fantasear, en vez de ocuparse para enfrentar la realidad.

Como vemos todo lo que hemos planteado hasta este momento de inseguridad es negativo. Sin embargo todos en algún momento hemos verbalizado que nos hemos sentido inseguros. Es una vivencia que culturalmente existe, la cultura nos ha enseñado que son experiencias negativas, inadecuadas y que debemos evitar, no vivir, huir de ellas, porque es una vivencia mala y desadaptativa.

Estas son algunas de las explicaciones que las personas con inseguridad exponen para determinar que son inseguros. Pero hay muchas otras características que tienen las personas con inseguridad que impactan en la vida diaria

¿El problema de la inseguridad está en la conducta?

Hay tres cosas que el ser humano hace constantemente, y son el pensar, el sentir y el actuar. Con frecuencia la gente piensa que la inseguridad es el resultado de no tener ciertas conductas, de no haber aprendido ciertos comportamientos, específicamente de que carecen de habilidades conductuales. Reforzando el planteamiento que la inseguridad está basada en aprender comportamientos acertados, correctos, precisos, perfectos, secuenciales.

Ante estas situaciones las personas se la pasan asistiendo a cursos, capacitándose, entrenándose en aumentar su repertorio conductual y la calidad de sus respuestas y conductas para así dejar de ser inseguro, y al final del día se dan cuenta que aunque invirtieron una gran cantidad de tiempo, esfuerzo, dinero en aprender comportamientos y habilidades conductuales, esto no quita que dejen de considerarse como inseguros. Ante esta situación la gente se vive como frustrada, con una insatisfacción generalizada, porque creyó que con tener mayor número de conductas iba a ser una persona diferente y no es así, solamente es un "inseguro habilidoso", aunque no satisfecho formalmente. Por lo que en la conducta no está el problema. (Caballo,2002)

Ejemplos tenemos muchos, todos conocemos a personas que son "exitosas" en sus trabajos, en sus empresas y ellos mismos reportan que son inseguros... Dentro del medio artístico, los actores que se presentan en teatros y actúan ante mucha gente reportan que son inseguros, que antes de salir a escena, ya están angustiados "me estoy muriendo de los nervios", plantean con facilidad. Los conferencistas, que tienen una experticia sobre un tema, antes de iniciar la conferencia, reportan que están nerviosísimos e inseguros. Usted mismo, que de seguro sabe y tiene el dominio o se ha capacitado en alguna actividad, reconozca que a pesar de saber cómo "hacer las cosas" no deja de estar

inseguro en muchos momentos. El cambiar conducta no implica dejar de ser inseguro, la conducta te da habilidades pero no habilidades cognitivas, ni de pensamiento que son las que se necesitan.

¿El problema de la inseguridad está en la emoción?

Si la inseguridad no está en la conducta, entonces ¿podría ser la emoción la base de la inseguridad?. Algunas personas sitúan a la inseguridad, en el estado emotivo, en las respuesta sentimentales y afectivas que viven cuando se consideran inseguros, lo importante entonces es modificar o cambiar la emoción, para dejar de ser inseguros, el problema de la inseguridad, dicen ellos, es que se "sienten inseguros" lo cual validan que la inseguridad es una emoción y si ese es el problema entonces el procedimiento sería cambiar la emoción para dejar de ser inseguros. (Lazarus y Folkman, 1984). Sabemos que las emociones humanas influyen en la salud a través de diferentes mecanismos y ejercer influencia de muy diversas maneras en diferentes momentos del proceso de enfermar. (Fernández Castro, 1993; Fernández Castro y Edo, 1994; Sandin, 1993). Existen sólidas evidencias epidemiológicas, clínicas y experimentales sobre este tema. (Isenberg,Leherer, Hochrom, 1992)

Efectivamente así lo hacen a lo largo de la vida, van por el mundo tratando de controlar emociones, entran a terapia para vivir y experimentar nuevas y diferentes emociones. Cada vez es más frecuente encontrar este tipo de terapias en donde sitúan el problema en la emoción, cuando en la actualidad y justo dado por el desarrollo del conocimiento científico sobre estos temas, la emoción es con mucha frecuencia no el origen de los problemas sino la consecuencia de los mismos. Sin embargo pocas veces la gente está enterado de esto y se siguen

considerando inseguros y de nuevo se vive y se continua la frustración de que tampoco por ahí está la solución, de tal forma que nos enfrentamos en terapia a personas que han hecho infinidad de cambios emotivos y lo único que logran es ser personas tranquilas pero inseguras, desestresadas pero inseguras, tristes pero inseguras, alegres pero inseguras. (Weiss, 1973)

Llegando por supuesto a concluir que por ahí, tampoco está la solución de la inseguridad, y de nuevo volviendo a la búsqueda de qué hacer, que cambiar, que modificar, en donde está el problema de la inseguridad, en dónde se sitúa la problemática y el origen de la inseguridad. Saben que en el exterior no está, y al buscar en el interior (emoción) tampoco. Lo cual los deja en un proceso de angustia y desesperanza por no saber en dónde buscar y alterar y además de enojados por el hecho de que lo que han cambiado ha servido, pero no para lo que buscan solucionar. Pero si la inseguridad no está en la conducta, ni en la emoción, entonces queda un cuestionamiento a resolver ¿en dónde está el problema.

Un descripción objetiva de la inseguridad.

Si partimos de un análisis básico sobre la inseguridad, podemos plantear que el ser inseguro (no-seguro), formalmente hablando, es un concepto que viene de no estar seguro, de no estar tranquilo, de no poder controlar todas las cosas. Y la pregunta siguiente es ¿lo podemos hacer? ¿Podemos controlar y manejar todo?. En esta vida, podrían contestar a ¿de qué estamos seguros?. La respuesta sería, que de lo único de lo que estamos seguros es de la muerte, de ahí, en fuera no estamos seguros de nada. Podemos creer que estamos seguros de lo que vamos hacer mañana, pero ¿realmente podemos estarlo? Yo creo que no, por que una cosa es planear o anticipar lo que pretendemos hacer mañana y otra cosa es que lo que pretendemos hacer mañana esta sujeto a una probabilidad de que lo vamos hacer, pero no

es seguro. De lo único que estamos seguro es de lo que estoy haciendo en este momento, que estoy escribiendo en la computadora. Luego entonces, si esto es cierto y no podemos estar seguro casi de nada, entonces formalmente parte de nuestra vida es el estar inseguro. Es parte de nuestra vida diaria.

Entonces ¿qué es la inseguridad?

La inseguridad es una representación clara de una ACTITUD, que por supuesto es disfuncional y desadaptativa. En el inseguro hay una conducta típica de no enfrentar los hechos, eventos, es el evitar, es el escapar. Existe también una emoción característica que es el temor, angustia, ansiedad, no hay inseguro sin ansiedad o angustia. Los dos elementos que son la conducta de evitación y la emoción de ansiedad son el resultado de una evaluación, creencias, pensamientos negativos disfuncionales que son realmente los responsables de la emoción, la conducta y la inseguridad, juntando estos tres elementos formamos un inseguro. La inseguridad no es solo conducta o solo emoción, también un pensamiento con eso se hace un paquete actitudinal. (Cafe, 1994)

Actitud es una predisposición organizada para pensar, sentir, percibir y comportarse de ciertas formas ante un objeto cognitivo. Es una estructura estable de creencias que predispone al individuo a comportarse selectivamente ante referencias actitudinales. Una actitud está compuesta de tres elementos: emoción, conducta y cognición. La actitud, un término definido principalmente desde la psicología y descrito como una forma de respuesta a alguien o a algo, aprendida y relativamente permanente. Las actitudes tienden a permanecer bastante estables con el tiempo. Son dirigidas siempre hacia un objeto o idea particular. Las actitudes raras veces son un asunto individual; generalmente son tomadas de grupos a los que debemos nuestra mayor simpatía.(Castilla 2009)

Las actitudes se componen de 3 elementos:

Lo que piensa (componente cognitivo), la manera en que diseñamos las cosas en nuestra mente, como las representamos en nuestra cabeza. Es la forma en como nos presentamos al mundo, la predisposición, es la manifestación externa del psiquismo, un ejemplo sencillo sería el comportamiento de amabilidad de una cajera de banco con un cliente, siendo la amabilidad una expresión del elemento cognitivo de la actitud, que es el pensamiento. La cajera se dice a sí misma "...es importante que seas amable con esta persona...". (Katz, 1960)

Lo que siente (componente emocional), las emociones están relacionadas con las actitudes de una persona frente a determinada situación, cosa o persona. La amabilidad como actitud se expresa también a nivel emocional, es decir, la cajera no sólo lo piensa y actúa, sino que ¡¡¡también lo siente!!! (en esta historia). Ella experimenta agrado, alegría por ser amable con el cliente. (Triandis, 1971)

Su tendencia a manifestar los pensamientos y emociones (componente conductual). A nivel conductual una actitud se expresa cuando vemos, por ejemplo las conductas que lleva a cabo la cajera para ser amable, como sonreír, saludar de mano, entregarle su dinero y con una sonrisa y cordialidad decirle ¡¡¡...gracias por visitarnos...¡¡¡¡, y vuelva pronto ¡¡¡¡ (Penner 1987),

¿Qué de todo lo que conocemos como cognitivo es el problema de la inseguridad?

De todo lo que conocemos y sabemos que esta en nuestra mente, nuestro pensamiento es el problema de la inseguridad y es específicamente el "Contenido del Pensamiento". Estamos hablando de lo que pensamos, de lo que creemos, de nuestros

puntos de vista, de los conceptos que usamos para referirnos a nosotros, al mundo, al futuro y específicamente del contenido del pensamiento del inseguro. "No todos piensan" aunque lo más adecuado sería plantear que "no todos saben pensar". (Borbolla 2007). Pensar cuando no se sabe cómo hacerlo no es pensar y, de igual manera "pintar" cuando no se sabe, tampoco es pintar, aunque esto no implica que no pueda poner colores en un lienzo en blanco, pero eso no es pensar, embadurnar un lienzo no es pintar, amontonar enunciados o hacer oraciones y acomodarlas a nuestro gusto no es pensar.

Cualquiera puede pensar, pero no cualquiera puede aprender a pensar. Lo común en los seres humanos es tener la posibilidad de aprender y desarrollar la habilidad del pensamiento. El que la gente piense, casi no depende de nada, ni de la preparación académica, aunque esta puede facilitar el hacer análisis que aprendemos en la escuela que lleva a que la gente haga un buen proceso de pensamiento. Hay individuos que académicamente son brillantes, graduados y doctorados sin embargo son como la frase de André Breton: "lo saben todo, pero nada más", y esto aplica al inseguro. Sin embargo, también es cierto que hay personas con títulos y sin títulos universitarios y son capaces de asombrar con sus juicios y claridad en sus planteamientos. Saber mucho de un tema o saber mucho acerca de muchos temas, no guarda relación con el pensar: se puede ser erudito, experto, docto y no haber sacado ninguna conclusión, no haber hilado nunca dos o más ideas para llegar a una tercera o cuarta, y por lo tanto ser inseguro. (Borbolla 2007).

Haciendo un análisis y permitiéndonos hacer uso de nuestras neuronas y conocimientos y experiencia clínica es que hablamos que las personas no se sienten inseguras, no hay comportamientos de inseguridad, *sino que las personas se piensan inseguras, luego entonces*

no existen personas inseguras, existen mentes inseguras que usan las personas.

El problema del inseguro es que piensa de forma incorrecta con respecto a su actuación ejercida, ejecutada o futura a ejercer. La base de las personas inseguras es que piensas de que su ejecutar, sus respuestas, sus comportamientos serán y son incorrectos, inadecuados, fallidos, errados y de ahí el que prefieran evitar, escapar y huir para no ejercer una conducta negativa e incorrecta y como resultado se angustia y al evitar baja la emoción.

¿Cuál es el planteamiento cognitivo de la inseguridad?

Son los psicólogos y terapeutas cognitivos conductuales los que hemos dado luz a describir a la inseguridad como un proceso de aprendizaje que está compuesto de una conducta, una emoción y una cognición y que por eso es que la llamamos ACTITUD de INSEGURIDAD y que su base es lo cognitivo. Este planteamiento de la inseguridad como una actitud, está basado en la práctica clínica, en la experiencia con los pacientes que llegan con este motivo de consulta, mas bien que tener datos empíricos de sustentación. (Castilla, 2009)

La experiencia clínica sobre el trabajo terapéutico de los pacientes con inseguridad nos dice que los comportamientos de los inseguros se van formando desde las primeras etapas de la infancia, hay elementos culturales y tradicionales que influyen en este tipo de aprendizajes. A través de nuestras múltiples experiencias de la vida, en cualquiera de las áreas que tenemos como la escolar, social, laboral, familiar, etc., tenemos y vivimos momentos de acierto que llamamos éxito y momentos de fallas que llamamos errores, pero asociado a esto, está nuestro pensamiento, que realmente son conclusiones (positivas, negativas) sobre nuestros comportamientos, sucede lo mismo después de emocionarnos y

también después de pensar sobre algo en particular. Si todo lo anterior quedara en ese lugar, esto es, cometo un error y pienso que cometí una falla y no me planteo más cosas, sería únicamente un proceso más sencillo, pero el problema es que después de que yo pienso sobre mi comportamiento y lo hago en forma de prejuicio, con un enjuiciamiento y con conclusiones negativas e irracionales, esto impacta sobre mis emociones, esto es, me lleva a generar emociones en el mismo sentido que mi pensamiento sobre mi conducta, y con frecuencia son emociones negativas, pero además intensas, prolongadas y biológicamente desgastantes. Estas emociones a su vez, alteran mi forma de pensar, que de por sí, ya era negativa. Ahora, mi pensamiento sobre mi ejecución es más negativo, catastrófico, horrible, espantoso, llevándome por supuesto a tener una valoración sobre sí mismo, con un matiz negativo y afectando esto al auto estima del individuo.

Lo que el inseguro piensa es lo que lo hace diferente de los demás.

Para abordar el planteamiento del inseguro basado en el marco teórico, clínico de la aproximación cognitivo conductual nos basamos en dos grandes teóricos y clínicos de la terapia cognitiva, que son el Dr. Albert Ellis, (Ellis, 1998, 2003) con su Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) y en la Terapia Cognitiva del Dr. Aaron T. Beck (Beck, 2000). Estos autores son nuestro marco bajo el cual señalamos los elementos cognitivos, emotivos y conductuales de los inseguros. En ambas teorías existen ya todo un arsenal de estudios de investigación en donde por supuesto no se duda de la relación de que el “pensamiento produce emoción y conducta” y hay un gran número de libros en donde están planteados la bibliografía científica que apoya esto. ¿Qué es lo que la gente insegura piensa?

- Nunca podré lograr terminar lo que me he propuesto.
- Voy a cometer un error
- Mi ejecución está por abajo del criterio.
- Todos me están mirando, esperando a que yo cometa un error.
- Soy una persona indeseable.
- Soy una persona desagradable a la vista.
- Nunca podré ganar, soy un perdedor.
- Si yo sé que nunca lograré lo que quiero qué caso tiene seguir intentándolo.
- Soy una persona incompetente.
- Nadie puede decir cosas positivas de mi
- Como en el pasado cometí el error en el presente sigo siendo un fracaso.
- Si cometo una falta esto significa que siempre la cometeré.
- Nadie me respetara, me aceptara o le daría gusto estar conmigo.
- No merezco ser tratado de forma amable.
- Estoy tan asustado, que nadie se interesará por mí.

La tarea de examinar tus propias actitudes, creencias y esquemas, y éstas hacia las otras personas te reeditarán en grandes beneficios. Analizar lo que estamos pensando está en el ámbito de la terapia cognitivo conductual. Lo que nosotros pensamos afecta él como nosotros sentimos y como nos comportamos. Cuando nosotros percibimos eventos como peligrosos o amenazantes, tendemos a sentirnos afectados, deprimidos, depresivos o ansiosos y tendemos a evita a la gente o actividades.

No obstante con frecuencia cuando nosotros hacemos esos juicios que cambian nuestro interior e inhiben nuestra acción, nosotros no estamos “pensando de forma correcta” sino más bien estamos alterando la realidad de alguna manera. Meichenbaum (1977) plantea, que una de la formas en las que podemos identificar nuestros pensamientos y por supuesto estar en contacto con ellos, a través del "diálogo con uno mismo". Sin darnos cuenta estamos constantemente

dialogando con nosotros mismos. Ese diálogo es un fiel reflejo de nuestra actividad mental. Un 80 % de los pensamientos que pasan por nuestra mente, forman parte de este diálogo interior y para desgracia o beneficio de nosotros, no solo queda en un dialogo interno, sino que estos pensamientos nos llevan a tener emociones y conductas que son consistentes con lo que pensamos y creemos.

No hay ningún problema con tener un dialogo interno, ya que esto forma parte de la naturaleza del ser humano, forma parte de nuestro proceso natural, todos tenemos un dialogo interno, otra cosa es que no nos demos cuenta, que no esté en nuestra consciencia y no lo podamos identificar, porque además, nadie nos enseña a poner atención en ello. Pero el dialogo interno no es un problema, sino su contenido es donde se gestan la problemática y la determinación a mis emociones y conductas de un inseguro. Nunca se busquen pruebas contrarias a las propias creencias, pero las excepciones suelen confirmar la regla. La terapia cognitivo conductual, hace una diferencia, es activa, esto es, incluye no solamente estar hablando sobre las creencias, se enfoca en atacar metas específicas que son los problemas que el paciente lleva a terapia. La terapia cognitivo conductual en un tiempo relativo corto, ayuda a que el inseguro aprenda a cuestionar sus creencias, en vez de preguntar el “por qué”.

Algunos puntos que hay que tener en mente son:

1. Busque pruebas que contradigan sus creencias.
2. Trate de sostener hipótesis mutuamente excluyentes.
3. Ponga especial cuidado en tomar en consideración todo aquello que entre en conflicto con sus creencias.

4. Recuerde que nadie está siempre en lo cierto, aunque algunos siempre se equivocan.

Hay un principio clínico que dice que más vale hacer aunque con errores, que no hacer nada.

BIBLIOGRAFÍA

Beck, A. T. (1979) *Cognitive therapy and emotional disorders*. Penguin Groups. Nueva York.

Beck, J. S. (2000) *Terapia Cognitiva*. Ed. Gedisa. Barcelona.

Borbolla, O. (2007). *La rebeldía de pensar*. Ed. Nueva Imagen.

Burns, D. F. (1999) *Feeling good*. New York, Avon Books.

Caballo E. V. (2002) *Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales*. Ed. Siglo XXI. España.

Café, S. (1994) *El libro de las actitudes*. Ed. ERREPAR. Buenos Aires.

Castilla, P. C. (2009) *Conducta y Actitudes*. Ed. Barcelona.

Ellis, A. (1998) *How to stubbornly refuse to make yourself miserable*. New York Kensington .

Ellis, A. (1998) *Razón y emoción en psicoterapia*. Bilbao, Desclee de Brouwer.

Ellis, A. (2003). Similarities and differences between rational emotive therapy and cognitive therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. An Interntional Quarterly, 17 (3): 225-240.

Fernández Castro, J. (1993). *Psicología básica y salud*. *Anales de Psicología*, 9 (2), 121-131.

Fernández Castro J. y Edo, S. (1994). *Emociones y salud*. *Anuario de Psicología*, 61, 25-32.

Isenberg, S. A. Leherer P. M. y Hochrom, S. M. (1992) *The effects of suggestion and emotional arousal on pulmonary function in asma: A review and a Hypothesis regarding vagal mediation*. *Psychosomatic Medicine*. 54, 192-216

Katz, D. (1960) *The functional study of attitudes*. *Public Opinion Quarterly*, 24, pag. 163-204

Lazarus R. S y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer.

Meichenbaum, D. (1977). Cognitive-behavior modification. New York Plenum.

Penner. T. (1987) The ascent from Nominalism by Terry Penner. Ed. Brand New.

LA EMPATÍA COMO ACONTECIMIENTO: El lenguaje de la mutua implicación

Acercamiento Centrado en la Persona
Dr. Claudio Rud y Lic. Viviana Rey

6 Y dijo Jehová: He aquí el pueblo es uno y todos éstos tienen un solo lenguaje; y han comenzado la obra, y nada les hará desistir ahora de lo que han pensado hacer.

7 Ahora, pues, descendamos y confundamos allí su lengua, para que ninguno entienda el habla de su compañeros.

GENESIS.11

Un nuevo paradigma

Mucho se ha hablado y se habla en relación a la empatía. En la actualidad podemos encontrarla mencionada en numerosos libros de autoayuda, en el relato de experiencias personales en anuncios callejeros o en escritos académicos que van desde la psicología hasta el marketing.

De la masiva utilización de este término, nos resulta interesante la doble lectura que de él se hace, que por un lado puede vaciarlo de contenido y convertirlo en un cliché de moda, y por otro, hacer visible la inevitable relación de los unos con los otros. Esto sucede justamente en tiempos donde el individualismo parece ser la moneda corriente, y el contacto a través de la comunicación tecnológica es más habitual que el contacto persona a persona.

No obstante, pareciera estar surgiendo un novedoso paradigma social, en donde al hablar del otro, nos estamos refiriendo más a la relación que se establece que a los individuos que la componen, junto con el reconocimiento de la experiencia de que hay otros, y que esos otros tienen un efecto en mí.

Hemos obviado en este artículo, las consideraciones acerca del desarrollo histórico del término, y su etimología, dado que esa información podemos encontrarla

fácilmente en la bibliografía de referencia, y hemos preferido detenernos en su uso en la psicoterapia en general y específicamente en el Acercamiento Centrado en la Persona.

Empatía es un término que en sí mismo implica la relación con “otro”, su presencia en mi vida, la captación de su singularidad. Y también implica, a nuestro entender, la captación del otro que soy, cuando me relaciono profundamente con algo o con alguien.

“En principio debíamos entender a la empatía como una **calidad de la contemplación**. Suelo decir para ilustrar metafóricamente en qué consiste la práctica de la empatía, que lo más parecido a ella es la captación emocionada de un paisaje, ya sea por lo bello como por lo aterrador, sin que esto implique abrir algún juicio de valor acerca de la cualidades del paisaje: es sólo su **constatación**. Empatizar es entonces **estar en contacto**: con uno, con el otro, con el entorno (...).”²

Todos tenemos algún registro de haber experimentado esa “sincronía” en la vida cotidiana.

“Cuando decimos algo al mismo tiempo que otra persona, cuando compartimos una «risa

² Claudio Rud, Empatía, 1994

floja» o incluso los mismos pensamientos, en un momento dado nos encontramos frente a una manifestación de la sincronía, la máxima expresión de la empatía compartida. Encontrarse con el otro en un instante del tiempo, compartir completamente un momento, estar en la misma onda... Un estado de sincronía, por ejemplo, es el que se da entre una madre y su recién nacido.”³

Empatía y relaciones de ayuda

Esta experiencia, es tomada por la psicología, como fundamental a la hora del encuentro terapéutico. Y es nuestro maestro Carl Rogers, quien la describe entre las actitudes necesarias y suficientes para que un proceso de terapia se desarrolle. El lugar de la empatía en el Enfoque Centrado en la Persona, es esencial.

“La comprensión empática significa que el terapeuta siente exactamente los sentimientos y las intenciones personales que están siendo experimentados por el cliente, al que comunica esta comprensión. Este tipo de escucha, sensible, activa, abunda muy poco en nuestras vidas, nosotros creemos que escuchamos, pero muy raramente escuchamos con auténtica comprensión, verdadera empatía, aunque el escuchar de este modo verdaderamente especial es una de las fuerzas más potentes para el cambio que yo conozco”⁴

En las más actuales investigaciones dentro de este enfoque, y a lo largo de nuestra experiencia, consideramos que la empatía se desprende directamente de una única actitud a la que definimos como **presencia terapéutica**, que engloba las tres actitudes

básicas que describe Carl Rogers (empatía, aceptación incondicional y congruencia) y caracteriza un peculiar modo de presencia en el encuentro terapéutico.

La empatía es entonces, desde este punto de vista una disposición a un estado de apertura perceptual y afectiva que por momentos es vivida como un estado alterado de conciencia, con un cierto borramiento de la conciencia de yo- no yo. Sujeto y predicado se confunden, y se integran en una "realidad" más abarcativa, más primaria y más vivencial. Desde ese punto de vista, la empatía más que la capacidad de un individuo respecto de la realidad afectiva de otro, es un acontecimiento relacional que incluye al terapeuta y al consultante en un movimiento de mutua implicación. Este fenómeno sería la levadura, el catalizador que permite que aparezca la transformación y la ayuda en el contexto de esa relación.

“En la empatía como actitud, hablamos de ofrecernos como lugar para recibir la impresión o percepción de ese ser que viene a buscarnos-buscarse. Claro, es un acontecimiento, no una técnica; es hacer lugar para que se despliegue la empatía invitadora, y aquí empiezo a escuchar otro eco y es el del poder y junto con él la congruencia. Si no hay una técnica a ser aplicada por un experto sino más bien, un estado a ser habitado por ambos (o todos los que seamos) ¿Quién tiene el timón? La entrevista se transforma en encuentro y el terapeuta en compañero de viaje.¿ Y si me muestro, si me hago presente ahí, con lo que soy, caminando al lado del otro?¿y si lo que expreso tiene más que ver con cómo me dejo impregnar, o implicar en ese encuentro que con lo que sé cómo experto terapeuta?”⁵

Hablamos de **mutua implicación** como un

³ Mireille Bourret, *El poder de la empatía*, Editorial Sal Térrea, Santander 2011

⁴ Carl Rogers, Conferencia pronunciada en la Universidad autónoma de Madrid 3/IV/1978

⁵ Rey Viviana. Apuntes de trabajo: La malcriada. 2001

modo de nombrar la experiencia de constituirnos personas en relación con todo lo que ocurre: una sinfonía de palabras, gestos y silencios. Los contornos de lo que llamo yo, o mi mismo, son múltiples, cambiantes y en constante relación móvil con el entorno que comparte esta misma característica móvil. Es importante para nosotros transmitir que estamos hablando de una experiencia íntegra donde cuerpo y alma son expresión de un mismo acontecimiento.

Como se puede observar, esta manera de entender la comprensión empática se aleja del habitual "ponerse en el lugar del otro": creemos que esa experiencia no es posible, pero aún en el supuesto de que lo fuera, se perdería el efecto profundamente ayudador de la empatía, que es la certeza de sentirse escuchado **por otro** que capta, experiencialmente, el mundo experiencial de uno.

La relación y "el otro"

Cuando nos preguntamos acerca del otro, seguimos dentro de la lógica de la identidad fija, vemos al otro como un afuera de mí, dividiendo el territorio del encuentro en un afuera y un adentro, un sí mismo aparte e independiente de otro sí mismo. Cuando digo otro, estoy delimitando ya un contorno de relación a priori del encuentro.

A diferencia de esa mirada, nosotros pensamos, junto con Deleuze, que es la relación la que funda los términos, como en el genuino encuentro al que se refiere cuando cita la relación entre la abeja y la orquídea "nada que esté ni en una ni en otra, aunque puedan llegar a intercambiarse, a mezclarse, sino algo que está entre las dos, fuera de las dos, y que corre en otra dirección."

En el encuentro profundo e íntimo entre dos personas, es la relación la que constituye quienes somos en ese momento, esto implica

que la identidad⁶ de cada uno es reconfigurada por la relación que se constituye ahí. En ese nivel de relación, estamos creando un cuerpo nuevo, y en rigor de verdad estamos siendo nuevos, estamos siendo otro. El encuentro nos pone entonces, frente a la experiencia de la alteridad, radical, fundante. En ese "entre" absoluto, se expresa la tendencia transformativa, la dirección de toda transformación, el devenir libres.

"Para llegar a la intuición sobre la que montar el concepto del "entre", tendremos que localizar la relación entre personas humanas no como se acostumbra en el interior de los individuos o en un mundo general que los abarque y determine sino, precisamente y de hecho, en el "entre". No se trata de una construcción auxiliar *ad hoc* sino del lugar y soporte reales de las ocurrencias interhumanas"⁷

La empatía es definida habitualmente en nuestro medio como entrar al mundo del otro sin juicios ni prejuicios, haciendo una especie de vaciamiento del propio marco referencial; nosotros observamos en la experiencia, que desde esta intensidad relacional, de mutua constitución, la suspensión de los juicios de valor sobre lo que ocurre, se sucede necesariamente, sin intención ni pretensión. No hay lugar para el juicio, no porque me propongo no juzgar, sino porque en esa calidad de presencia, de contacto humano, nos encontramos siendo la experiencia íntegra.

"Yo puedo entrar en tu casa sin tener que vestir un uniforme, sin verme obligado a recitar un Corán, sin tener que renunciar a nada de mi patria interior. A tu vera no tengo que disculparme, no tengo que defenderme,

⁶ Rud Claudio. conferencia "Revisión de la noción de identidad" Universidad de Norwich 2008

⁷ Martin Buber. "Que es el hombre". Fondo de Cultura Económica, México, 1949

no tengo que probar nada.”⁸

Cada vez que nos encontramos con alguien, nos abrimos a la novedad de esa experiencia, que va más allá de los datos y el conocimiento que tengamos acerca del otro; la realidad de cada encuentro siempre es única y nueva. Todo encuentro es novedad y creación, todo encuentro nos crea.

La empatía como acontecimiento

La potencia transformadora sólo puede ser expresada en una relación (al menos entre dos). El terapeuta no aporta la empatía como una habilidad o capacidad propia, sino que se dispone, se abre al acontecimiento y la empatía que es una cualidad del encuentro entre dos, sucede por añadidura. Es por eso que preferimos referirnos a la empatía en términos de **acontecimiento empático**.

Estamos hablando de relaciones creativas e intensas, que transcurren en y a la vez crean una *atmosfera* constante, a la que definimos como **clima empático**. A lo largo del encuentro, podemos distinguir de modo didáctico, diferentes intensidades o momentos, que hacen a la empatía, tal como la entendemos:

El **reconocimiento** de la presencia del otro, que nos muestra su mundo tal cual lo percibe. Es un momento en donde estamos “reconociéndonos”: preguntamos acerca de lo que escuchamos, chequeamos nuestra percepción tratando genuinamente de entrar en esa manera de ver el mundo, única y nueva. Nuestro compañero en esta experiencia, (paciente, cliente, consultante) también está “reconociéndonos”, escuchándonos, tratando de comprender el mundo desde donde lo estamos mirando.

La **comunicación** de lo que percibo,

⁸ Aantoin de Saint Exupery, Carta a un Rehen, Ed. Nortedur, 1943

invitando a comunicar también lo que el otro percibe. Es un momento donde naturalmente se va creando un lenguaje común de expresión compartida, como invitando a dejar atrás “el disparate bíblico de la torre de Babel”⁹. Expresión pura, íntegra y total.

El **momento empático**: es la expresión de una mayor intensidad en ese fluir. Referirnos a esos momentos es compartir inevitablemente la experiencia de haberlos vivido a lo largo de nuestra práctica y nuestra vida. Son instantes casi sagrados, en los que existe una comunicación más allá de las palabras; momentos de una muy profunda conmoción que se traduce a través de la mirada, como si fuéramos uno.

Son momentos donde experimentamos haber atravesado una frontera, como un salto cualitativo en el estar; las palabras que se nombran no tienen un dueño, da igual quien las diga, porque está la certeza de que lo que nombran está siendo vivido allí. Expresan una verdad creada en comunión. Son momentos que tienen el sabor de la eternidad, y que podemos describir como “aquello que Deleuze define como plano de inmanencia, un ámbito de vida que coincide por entero consigo mismo”.¹⁰

Rogers los describe así: “...pienso que los momentos más profundos en terapia son aquellos en los cuales casi se puede sentir un vínculo ectoplasmático entre el terapeuta y el cliente. El vínculo es tan estrecho que cada persona puede hablar por la otra o saber lo que la otra está pensando. Yo realmente siento esos óptimos o más altos o más valiosos momentos de la terapia. No estoy de acuerdo con la palabra “meta”, pero estar tan cerca de una persona es una de las circunstancias más satisfactorias de la

⁹ Gabriel García Márquez, Introducción al CD, Pablo Querido, 2000

¹⁰ Esposito Roberto, Tercera Persona, Amorrortu Editores, 2009

vida...¹¹

Empatía y poder

Los seres humanos vivimos peleando por saber quién es el dueño de la verdad, si el hombre es el dueño del mundo o el mundo dueño del hombre, quien es el dueño de la tierra, quien es el dueño del planeta, quien es el “dueño de casa”, quien es el dueño de la empatía. Lo que esta fuera de cuestión y justamente creo que esa es la cuestión: **la noción misma de dueño**¹². Esto no implica desconocer la construcción humana de jerarquías, de leyes que se adueñan del ocurrir; hasta las palabras, pretenden y muchas veces consiguen organizar el acontecer.

En lo que hace a nuestra práctica como terapeutas, pensar ese encuentro donde ocurre la potencia de la empatía sin el imperativo de encontrar un dueño, nos invita asomarnos a una organización anárquica, es decir de pura creación compartida.

Para que ocurra este nivel de profundidad en la relación, es necesario un movimiento que el terapeuta debe hacer, y es abandonar todo tipo de poder sobre el otro. Esta calidad de empatía requiere experimentar el universo del otro con el mismo respeto que el mundo propio, sin pretender moldearlo de acuerdo a algún criterio preestablecido (normal/anormal, moral/inmoral, etc) Y requiere también la comprensión profunda de que el poder tomado como potencia transformadora, sólo ocurre desde la mutua implicación. Cuando estamos involucrados, de esta forma, componemos un cuerpo

¹¹ Rogers Carl, Entrevista en la revista The Laughing Man (El Hombre que Ríe), 1984

¹² Definición de la Real Academia Española: Dueño: *Hombre que tiene dominio o señorío sobre alguien o algo.*

común donde el poder del encuentro, como potencia, es lo que podemos juntos, y no lo que puede uno sobre el otro.

En este sentido, la práctica del ACP, requiere de un compromiso profundo con la realidad, y con la percepción de las estructuras de poder en las que estamos inmersos: desde los marcos teóricos, hasta las nociones de salud y enfermedad, y de lo que debe o no debe ser importante en un encuentro terapéutico, que nos imponen una finalidad que trasciende al encuentro mismo.

Esta manera de comprender la empatía, requiere que desaprendamos algunas categorías del saber, que podamos cuestionarnos los modos que tenemos de conocer el mundo, basado en el pensamiento dicotómico, que coloniza lo que conoce y que nos deja ajenos los unos a los otros. Creemos que *empatizar*, habitar el acontecimiento empático es, en sí mismo, transformador, sanador, liberador. No responde a ninguna finalidad por fuera de sí mismo.

Rogers nos decía -cuanto más me conozco a mí mismo y más conozco a las personas, menos deseo “arreglar las cosas” – es por esto que nosotros no convalidamos el uso de la empatía como un instrumento que nos permita acercarnos técnicamente para luego “arreglar las cosas”. Consideramos que el uso de la empatía como herramienta diagnóstica, implica una cierta manipulación que la vuelve un instrumento delicado que involucra el riesgo de transformarse en un dispositivo de poder dominante y colonizador.

Todo conduce hacia la llamada de un cierto no-saber, a animarnos a ingresar al territorio del encuentro sin un “mapa” previo, el cual nos anticipa y predispone al hallazgo de los indicadores de lo que vamos a encontrar, clausurando la posibilidad del asombro, de conmovernos y crear juntos. Como dice Jacques Derrida: “De verdad que no lo sé,

pero este "no lo sé", no es resultado de la ignorancia o del escepticismo, ni de nihilismo ni de oscurantismo alguno. Este no-conocimiento es la condición necesaria para que algo ocurra, para que sea asumida una responsabilidad, para que una decisión sea tomada."¹³

*"En general observo, que quien asiste a la consulta ha sufrido, o sufre alguna forma de desamor. Ya sea bajo la forma del descuido, del desinterés, de la violencia, de la desvalorización, de la exigencia, del abuso del poder o autoridad. Sea esto en forma brutal y manifiestamente grosera o de modo más sutil o incisivo aunque no por ello menos hiriente. Por esta razón, creo que hay un requerimiento implícito y frecuentemente explícito en la consulta por parte de nuestros consultantes, es el de ser **respetuosa y sinceramente escuchados**, que tal vez sea más importante que cuál es el contenido intelectual de nuestras respuestas o la eficiencia de los procedimientos técnicos. Por lo tanto, no podría entender ninguna práctica asistencial que implicara alguna de esas formas de desamor, simplemente porque esta sería inevitablemente iatrogénica."*¹⁴

Empatía y Escucha

Escuchar es hacer lugar al aparecer, hacer lugar a todo lo que se manifieste, con un genuino interés por estar presente. Estamos allí disponibles para la escucha atenta y respetuosa. El encuentro transcurre como una espiral entre la expresión, la escucha y las resonancias. Creemos que la escucha profunda, aquella que conmueve y conforta a quien la recibe y a quien la da, es solo posible bajo la forma de la resonancia.

El acontecimiento empático es para nosotros

¹³ Derrida J. La hospitalidad, Ediciones de la Flor, 2000

¹⁴ Rud Claudio, El poder de y en la psicoterapia, 1999

una conexión inter-experiencial que habilita la transparencia del mundo íntimo de los participantes de ese encuentro y que facilita el reconocimiento y la aceptación de los contenidos afectivos de uno y de otro. Al involucrarnos desde esa calidad de presencia, ofreciendo nuestras resonancias, van apareciendo nuevas alternativas a las cuestiones planteadas, mayor claridad y potencia expresiva, y el fluir natural de la experiencia va siendo recuperado.

Esta forma de concebir la psicoterapia durante los muchos años de práctica en el Acercamiento Centrado en la Persona, nos ha conducido a repensar la noción de empatía a la luz de la presencia plena, como la forma más precisa de darse mutuamente a conocer en relación, como implicación empática en su plena manifestación.

Tal vez éste sea ese lenguaje primitivo del que nos habla la historia de la Torre de Babel en el cual todos nos comprendíamos; lenguaje creado en cada relación, que no anula las diferencias, la diversidad, la multiplicidad, sino que junto con ellas, nos permite crear mundos nuevos, planos de experiencia compartida. Si nos animamos a inventarlo cada vez, quizás podremos "volver a construir ciudades y torres para llegar al cielo".

¿Final? ¿Conclusiones?

Llegamos al final de esta comunicación después haber repasado varias veces el texto, con alegría de poder compartir y con la sensación de haber abierto muchas cuestiones que no hemos podido desarrollar por la limitación del espacio. Cuestiones que nos apasionan, de las que vamos aprendiendo en el andar cotidiano, que son un estímulo para seguir investigando. Nos quedan preguntas, sensaciones y comentarios que deseáramos compartir "empáticamente" con nuestros lectores. Quisiéramos poder escucharlos...

Si llegaron hasta aquí en la lectura, nos gustaría recibir sus ecos, sus resonancias sus acuerdos y sus desacuerdos, alguna noticia

de cómo fue el recorrido del texto para ustedes, como un modo de seguir explorando en este maravilloso y complejo mundo de las relaciones entre personas.

Una revisión bibliográfica de LA EXPERIENCIA DE SUFRIMIENTO

Msc. MAyra Velástegui V.
Psicoterapeuta integrativa
Presidenta ALAPSI

Resumen

La experiencia del sufrimiento marca el inicio de nuevas construcciones cognitivas y sociales, es parte de un proceso de crecimiento y desarrollo del ser humano, para algunas personas inmediatamente se convierte en una forma de aprendizaje lo cual facilita su reelaboración y obviamente el encuentro de soluciones, para otras personas su asimilación no resulta fácil, y son varios los aspectos que pueden involucrarse en este acontecimiento, y finalmente existen otras personas que no consiguen soportarlo y su expresión se aprecia en una patología que muchas veces conduce al suicidio.

Palabras clave: sufrimiento, personas, reelaboración

Abstract

The experience of suffering brand onset of new cognitive and social constructions, is part of a process of growth and development of the human being, for some people immediately becomes a form of learning which facilitates its reprocessing and obviously the find solutions, for others their assimilation was not easy, and are several aspects that may be involved in this event, and finally there are other people who are unable to support it and its expression can be seen in a condition that often leads to suicide.

Key words: suffering, people, reprocessing

Introducción

El significado del sufrimiento ha sido conceptualizado de diversas maneras. Para Lieche es un “regalo siniestro” que empequeñece al hombre. López Ibor individualiza y personaliza al dolor. Kant afirmó que el dolor es aguijón de la acción y base del sentimiento real de la vida. Fichte, Jünger y Schopenhauer le dieron interpretaciones positivas para el desarrollo espiritual.

Según Polaino-Llorente el sufrimiento es una cuestión que interpela a cada persona, resulta inevitable. Ningún hombre puede

zafarse de la esta experiencia. De una u otra forma, todos acabamos por ser *hombres dolientes* (Victor Frankl). Eckhart decía que: “la cabalgadura que con más rapidez conduce a la perfección es el sufrimiento”.

El diccionario nos provee de varias definiciones una de ellas, “resonancia cualitativa específica que, afectando en mayor o menor amplitud a toda la persona, provoca que el sujeto se sienta amenazado en la integridad de su yo”.

Desde la perspectiva filosófica se estima como algo malo en sí pero que puede ser útil y provechoso, ya que el sufrimiento no es un

mal absoluto. La actitud terapéutica ante él ha de ser la de alivio o supresión. El hecho de que pueda convertirse en algo positivo no hace pensar que no haya que curarlo.

Para el sufrimiento se requieren dos cosas: la presencia de un malestar y el conocimiento de tal presencia. En esta reseña utilizaremos dolor y sufrimiento como sinónimos.

Interpretaciones del dolor

Son muchas las interpretaciones que se han dado del dolor y del sufrimiento. Recordemos sólo algunas:

El **budismo** considera que para anular el sufrimiento tengo que anular la voluntad. A través de la praxis meditativa debe desaparecer el Yo; de este modo, se desvanece el sufrimiento. Se trata de evitar el sufrimiento y no de plantear la pregunta sobre el sentido, porque el sufrimiento es en sí mismo lo sinsentido.

Schopenhauer tiene una interpretación pesimista: “Toda vida es dolor”. Considera la apatencia al placer como carentes de satisfacción. El placer y la felicidad son vistos como ausencia del dolor. La felicidad existe cuando impedimos el deseo, evitamos enfrentamientos. Hacerse uno con la naturaleza; se trata de un cosmos estático y determinado. La felicidad consiste en disolver la subjetividad. Eliminamos el dolor aniquilando al hombre.

Nietzsche manifiesta que el dolor no tiene la última palabra: “el placer es más profundo aún que el sufrimiento” También señala que la causa del dolor es la subjetividad sin correlación real. Pero proclama la superioridad energética de la subjetividad sobre las fuerzas cósmicas. Si el dolor supera ciertos límites se rompe la unidad del yo, produciendo la disolución del ser humano y conduciéndolo a la misantropía y al pesimismo. Afirmando el carácter omnipotente y absoluto del propio querer.

La **interpretación dialéctica** considera que

el dolor es un mal y que se debe evitar a toda costa pero a su vez es un mal que resulta necesario para el incremento y la constitución del bien y por ello es en último término un bien.

El sufrimiento desde la perspectiva del consultante

Es una experiencia subjetiva personal desagradable, en relación a un daño real o potencial. El componente psicológico varía de sujeto a sujeto, desde el estado de aceptación, indiferencia o resignación, hasta reacciones de ansiedad, temor, desesperación y probablemente en muchos casos el suicidio.

La experiencia del sufrimiento depende de algunos factores entre ellos: cultura, experiencias anteriores, comprensión y conocimiento de las causas, el dolor humano tiene muchos y complejos componentes subjetivos y sentimentales.

Parafraseando a Victor Frankl, en fragmentos de su libro el Hombre doliente, podemos mencionar que él tuvo que soportar toda la infrahumana brutalidad, paradójicamente, fue en estas situaciones límites donde adquirió plena conciencia del sentido y dignidad de la vida humana y del valor del sufrimiento, aportándonos, con ello, una gran dosis de optimismo y esperanza respecto a que la vida humana vale la pena ser vivida.

No obstante, en la mentalidad de amplios sectores de la sociedad occidental se concibe como un hecho absolutamente incomprensible, motivo por el cual se pretende rechazarlo por todos los medios al desconocer e ignorar su enriquecedor significado y la fecundidad de su sentido. Frankl considera que cualquier tipo de sufrimiento y de sacrificio que la vida nos depara, será aceptado con fortaleza por el ser humano, si sabe que detrás de él hay un sentido que puede iluminar su significado.

Tipos de dolor

Freud distingue tres fuentes principales del

dolor: 1. la enfermedad que nos hace descubrir nuestra finitud; 2. las agresiones del mundo exterior que nos hacen descubrir nuestra pequeñez e indefensión; 3. las relaciones con el prójimo que nos descubre la injusticia.

Por su parte, Scheler señala cuatro estratos en la persona: 1. somático, 2. vital, 3. psíquico, 4. espiritual. De acuerdo con estas dimensiones existen cuatro sentimientos fundamentales: sensoriales, corporales y vitales, del Yo y de la persona. El dolor es un sentimiento del primer estrato, sensorial, referido al yo, pero no a la persona. Esa sería la diferencia entre dolor y sufrimiento (cuarto estrato). Y no solo por su intensidad, sino por su duración. El sufrimiento devora todas las perspectivas de futuro, la indeterminación de un horizonte sin dolor, afectando a ese estrato espiritual y produciendo tristeza.

Santo Tomás señala que la apetencia de placer y el anhelo de unidad o amor es causa del dolor, ya que este es un sentimiento que resiste a la división de resistencia de la voluntad y de la sensibilidad a una fuerza de potencia superior, la misma causa dolor, porque si tal fuerza tuviera la potencia suficiente para transformar el impulso de resistencia volitiva o sensitiva.

El sentido del sufrimiento en Victor Frankl

Luís Pifarré, (2009), elabora una reseña de El hombre doliente y analiza la aceptación del sufrimiento como el valor y el mérito que está en relación proporcional con la capacidad de saber aceptarlo, no con disposiciones tristes y exasperadas, sino con actitud positiva y de sentido, hecho que sucede cuando somos conscientes de que es un factor que incrementa y desarrolla la personalidad, la hace más fuerte y equilibrada, y también más comprensiva del dolor ajeno. El mérito de aceptar libremente

el sufrimiento no se debe interpretar el asumir voluntariamente un dolor o sufrimiento que se podría evitar.

EL psicoterapeuta y el “ser sufriente”

A decir de Frankl son los profesionales de la salud, desde nuestro contexto serían los psicoterapeutas quienes tratan a personas que sufren, y es precisamente a ellos a quienes corresponde transmitirles la dimensión positiva del sufrimiento, ayudarles a descubrir su metasentido, en el que el sentido se hace razonable, para saber incorporar en sus vidas los más preciados y genuinos valores. Llegar a cumplir este propósito supone que un psicoterapeuta consiga promover adecuadamente los fenómenos afectivos y disponga de una considerable comprensión de la naturaleza humana para admitir el sufrimiento no como un factor discordante de la persona, sino como una realidad plena de sentido, y como una oportunidad en la que el dolor pueda recobrar la autoidentidad y estima personal.

Cabe preguntarse en este punto cuál debe ser el papel del psicólogo. El psicólogo debe ser capaz de descubrir y percibir en cada persona los distintos signos del despertar de este crecimiento para encauzarlos y ayudar en su desarrollo (Calhoun y Tedeschi, 1999). No todas las personas serán capaces de aprender de su experiencia traumática, pero algunas sí lo harán y admitir esta posibilidad ya es un avance. En la práctica clínica, sin embargo, hay que ser sumamente cauteloso, pues la presión hacia la percepción de beneficio puede conllevar sentimientos de frustración en personas que son incapaces de encontrar dicho beneficio (McMillen, Zuravin y Rideout, 1995).

Y frente al sufrimiento qué?

Todos los seres humanos ante la experiencia del dolor buscan soluciones y alternativas para superarlo, sin embargo, para muchos no es una cuestión fácil de asumirla y asimilarla, por eso sus diversos efectos y consecuencias

en cada personaje, que van desde una negación o represión hasta el desarrollo de una patología. En toda esta revisión hemos podido identificar conceptos psicológicos, que dan cuenta de modelos de intervención más optimistas, que identifican a una persona activa y fuerte, con una capacidad natural de resistir y rehacerse a pesar de las adversidades. Esta concepción se enmarca dentro de la Psicología Positiva que busca comprender los procesos y mecanismos que subyacen a las fortalezas y virtudes del ser humano.

La Psicología Positiva recuerda que el ser humano tiene una gran capacidad para adaptarse y encontrar sentido a las experiencias traumáticas más terribles, capacidad que ha sido ignorada por la Psicología durante muchos años (Park, 1998; Gillham y Seligman, 1999; Davidson, 2002). Numerosos autores proponen reconceptualizar la experiencia traumática desde un modelo más saludable que, basado en métodos positivos de prevención, tenga en consideración la habilidad natural de los individuos de afrontar, resistir e incluso aprender y crecer en las situaciones más adversas (Calhoun y Tedeschi, 1999; Paton, Smith, Violanti y Eräen, 2000; Stuhlmiller y Dunning, 2000; Gist y Woodall, 2000; Bartone, 2000; Pérez-Sales y Vázquez, 2003).

En el campo de la salud mental, es habitual la presencia de ideas esquemáticas sobre la respuesta del ser humano ante la adversidad (Avia y Vázquez, 1999), ideas preconcebidas acerca de cómo reaccionan las personas ante determinadas situaciones, basadas generalmente en prejuicios y estereotipos, ejemplo de ello es la creencia ampliamente arraigada en la cultura occidental de que la depresión y la desesperación intensa son inevitables ante la muerte de seres queridos, o que la ausencia de sufrimiento ante una pérdida indica negación, evitación y patología.

Resiliencia

Es importante diferenciar el concepto de resiliencia del concepto de recuperación (Bonanno, 2004), ya que representan trayectorias temporales distintas. En este sentido, la recuperación implica un retorno gradual hacia la normalidad funcional, mientras que la resiliencia refleja la habilidad de mantener un equilibrio estable durante todo el proceso.

La resiliencia (del inglés *resilience*) es un fenómeno ampliamente observado al que tradicionalmente se ha prestado poca atención, y que incluye dos aspectos relevantes: resistir el suceso y rehacerse del mismo (Bonanno, Wortman et al, 2002; Bonanno y Kaltman, 2001). Ante un suceso traumático, las personas resilientes consiguen mantener un equilibrio estable sin que afecte a su rendimiento y a su vida cotidiana. A diferencia de aquellos que se recuperan de forma natural tras un período de disfuncionalidad, los individuos resilientes no pasan por este período, sino que permanecen en niveles funcionales a pesar de la experiencia traumática.

El concepto que manejan los autores franceses relaciona la resiliencia con el concepto de crecimiento postraumático, al entender la resiliencia simultáneamente como la capacidad de salir indemne de una experiencia adversa, aprender de ella y mejorar. Mientras que el concepto de resiliencia manejado por los norteamericanos, más restringido, hace referencia al proceso de afrontamiento que ayuda a la persona a mantenerse intacta. Desde la corriente norteamericana se sugiere que el término resiliencia sea reservado para denotar el retorno homeostático del sujeto a su condición anterior, mientras que se utilicen términos como florecimiento (*thriving*) o crecimiento postraumático para hacer referencia a la obtención de beneficios o al cambio a mejor tras la experiencia traumática (Carver, 1998, O'Leary, 1998).

Bonanno, 2004, ha propuesto algunas

características de personalidad y del entorno que favorecerían las respuestas resilientes, como la seguridad en uno mismo y en la propia capacidad de afrontamiento, el apoyo social, tener un propósito significativo en la vida, creer que uno puede influir en lo que sucede a su alrededor y creer que se puede aprender de las experiencias positivas y negativas, percepción positiva de uno mismo (self-enhancement) puede ser adaptativo y promover un mejor ajuste ante la adversidad (Werner y Smith, 1992; Masten, Hubbard, Gest, Tellegen, Garmezy y Ramírez, 1999; Bonanno, 2004).

Crecimiento postraumático

Hace referencia al cambio positivo que un individuo experimenta como resultado del proceso de lucha que emprende a partir de la vivencia de un suceso traumático (Calhoun y Tedeschi, 1999). Para la corriente americana, este concepto, aunque está estrechamente relacionado con otros como hardiness o resiliencia no es sinónimo de ellos, ya que, al hablar de crecimiento postraumático no sólo se hace referencia a que el individuo enfrentado a una situación traumática consigue sobrevivir y resistir sin sufrir trastorno alguno, sino que además la experiencia opera en él un cambio positivo que le lleva a una situación mejor respecto a aquella en la que se encontraba antes de ocurrir el suceso (Calhoun y Tedeschi, 2000). Desde la perspectiva francesa, sin embargo, sí serían equiparables crecimiento postraumático y resiliencia.

Las características de personalidad que facilitan o impiden un desarrollo o un cambio positivo a raíz de experiencias traumáticas pueden ser: Optimismo, esperanza, creencias religiosas y extraversión. Calhoun y Tedeschi (1999; 2000), dos de los autores que más han aportado a este concepto, dividen en tres categorías el crecimiento postraumático que pueden experimentar las personas: cambios en uno mismo, cambios en las relaciones interpersonales y cambios en la

espiritualidad y en la filosofía de vida.

Cambios en uno mismo: es un sentimiento común en muchas de las personas que afrontan una situación traumática el aumento de la confianza en las propias capacidades para afrontar cualquier adversidad que pueda ocurrir en el futuro. Al lograr hacer frente a un suceso traumático, el individuo se siente capaz de enfrentarse a cualquier otra cosa (Pérez-Sales y Vázquez, 2003).

Cambios en las relaciones interpersonales: muchas personas ven fortalecidas sus relaciones con otras a raíz de la vivencia de una experiencia traumática. Suele ser común la aparición de pensamientos del tipo "ahora sé quiénes son mis verdaderos amigos y me siento mucho más cerca de ellos que antes". Muchas familias y parejas enfrentadas a situaciones adversas dicen sentirse más unidas que antes del suceso, (Affleck, Tennen y Gershman, 1985)

Cambios en la espiritualidad y en la filosofía de vida: las experiencias traumáticas tienden a sacudir de forma radical las concepciones e ideas sobre las que se construye la forma de ver el mundo (Janoff-Bulman, 1992). Es el tipo de cambio más frecuente. Cuando un individuo pasa por una experiencia traumática cambia su escala de valores y suele apreciar el valor de cosas que antes obviaba o daba por supuestas.

CONCLUSIONES

Después de revisar varios escritos e investigaciones podemos concluir que en su mayoría los autores hacen un acercamiento muy evidente a la experiencia de Victor Frankl, toman sus conceptos e intentan otorgarle un plus a través de un análisis basado en la Psicología Positiva.

"El atreverse a sufrir" concepto de Víctor Frankl, tiene como virtud el convertir el sufrimiento en acción trascendente, puesto que el sufrimiento aceptado con sentido positivo, nos lleva más allá de nosotros

mismos.

Frankl sostiene que el sufrimiento alberga muchas posibilidades de sentido, y una de ellas, es que comprendemos mejor el sentido de nuestra dignidad y en consecuencia de nuestra trayectoria humana para conducirnos a una sólida y verdadera felicidad. Es indudable que el sufrimiento, cuando adquiere un sentido superior y se acepta como un hecho normal y positivo de nuestras existencias, se constituye en una fuente inagotable de enriquecimiento y progreso en todos los órdenes.

Frankl, recordando sus años de prisionero en los campos de concentración nazis, afirmó que si el sufrimiento, la muerte, la enfermedad, no tuvieran un sentido más allá de nosotros mismos, la vida no merecería ser vivida.

La labor del psicólogo se encamina a reorientar a las personas a encontrar la manera de aprender de la experiencia traumática y progresar a partir de ella, teniendo en cuenta la fuerza, la virtud y la capacidad de crecimiento de las personas.

El sufrimiento para tener sentido, no puede ser un fin en sí mismo. Para poder afrontarlo, debo trascenderlo: "El sufrimiento dotado de sentido apunta siempre más allá de sí mismo, remite a una causa por la que padecemos. En suma, el sufrimiento con plenitud de sentido es el sacrificio." Lo que da sentido al dolor es el amor; se aguanta el sufrir cuando se ama. La fuerza para sufrir brota de los motivos que se tiene para seguir viviendo.

Frankl, V.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Avia, M.D. y Vázquez, C. (1999). Optimismo Inteligente. Madrid: Alianza.

Bartone, P.T. (2000). Hardiness as a resiliency factor for United States Forces in

the Gulf War. En J.M. Violanti, D. Patton, y D. Dunning (Eds.), Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues and Perspectives. Springfield, IL: C. C. Thomas.

Bonanno, G.A., Field, N.P., Kovacevic, A. y Kaltman, S. (2002). Self-enhancement as a buffer against extreme adversity: Civil war in Bosnia and traumatic loss in the United States. *Personality and Social Psychology Bulletin*

Frankl, V. (1979). *El Hombre en busca de Sentido: Conceptos básicos de Logoterapia*, Ed Herder, Barcelona

Frankl, V. (1979). *Logoterapia y Análisis Existencial*, Ed Herder, Barcelona

Folkman, S. y Moskowitz, J.T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55, 647-654

LEWIS, C.S., (1994). *El problema del dolor*, Rialp, Madrid

LUCERO, Ignacio T., EL DOLOR Y EL SUFRIMIENTO HUMANO, en García, José Juan (director): *Enciclopedia de Bioética*, URL: <http://enciclopedia-de-bioetica.com/index.php/todas-las-vozes/168-el-dolor-y-el-sufrimiento-humano>

Peñacoba, C. y Moreno, B. (1998). El concepto de personalidad resistente: consideraciones teóricas y repercusiones prácticas. *Boletín de Psicología*

Pérez-Sales, P. y Vázquez, C. (2003). Emociones positivas, trauma y resistencia. *Ansiedad y Estrés*

POLAINO, A., (1993). *Más allá del sufrimiento*, en Atlántida,

<http://www.arvo.net/>

GRUPOS DE ASESORÍA Y CONSEJERÍA PARA DOLIENTES

Adrián Felipe Vásquez
Psicoterapeuta Integrativo
Docente e investigador

El presente artículo hace referencia a los grupos de asesoría y consejería para dolientes, con el objeto de que el abordaje del duelo trascienda al propósito de psicoeducar a la población, sin negar la intervención psicoterapéutica individual sobre aquellos casos que así lo ameriten.

Duelo, Aniversario, Psicoterapia, Estrategias, Red

The present article describes the counseling groups for bereaved, with the order of that the approach of grief transcends the purpose of psychoeducating to the population without negating the individual psychotherapeutic intervention on those cases that merit it.

Grief, Anniversary, Psychotherapy, Strategies, Network

Hace poco me encontré con una paciente, mientras realizaba compras en el centro comercial, quien participó del grupo focal, sustento de la Propuesta de Intervención Psicoterapéutica para Trabajar el Duelo Complicado según el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad, solicitándome una cita. Abrí mi agenda, escribí en el día acordado la hora y me despedí... Unos días después, ella acudió a consulta y me narró una serie de acontecimientos resaltando que las estrategias, técnicas y herramientas trabajadas le habían sido útiles para vivir las fechas aniversario de la muerte de su hijo, superar otras pérdidas similares y mirar la situación desde otra perspectiva: la asunción de los hechos, la expresión natural del dolor y la superación de estos episodios contrastantes; al final del conversatorio me presentó a su hija, una bella y vivaz niña, motivo de sus actuales empresas.

Cuando se marchó me quedó la duda de si el resultado en los otros casos tratados era similar o muy distinto, entonces previo a escribir estas líneas, traté de establecer contacto con los(as) consultantes de los últimos seis años, la mayoría contestó a

propósito de las festividades decembrinas: *¿es útil el proceso de intervención psicoterapéutica?, ¿qué es necesario tratar después de las sesiones de control? y ¿cuál sería el hilo conductor del acompañamiento más allá de la psicoterapia?*

Las respuestas, dichas de una u otra manera, fueron: que sí es útil el proceso de intervención psicoterapéutica, especialmente cuando el duelo no es superado; que se hace necesario trabajar después de las sesiones de control no solo en romper el anclaje sino fundamentalmente en entender la muerte o la separación como parte de la vida; y, que el hilo conductor del acompañamiento más allá de la psicoterapia podrían ser espacios donde compartir vivencias, aprender de los otros, fortalecerse en la adversidad. De ahí la necesidad de que se cuente en todas las ciudades con agrupaciones que den continuidad a lo logrado en la clínica.

Lo que se busca con esto no difiere mucho de aquello que se persigue en el consultorio, tal y como señala Montoya Carrasquillas: *"brindar información para contrastar lo que actualmente siente el consultante, 2) ventilar*

al hablar de lo sucedido lo más detalladamente posible, 3) 'curar' al abordar por separado cada uno de los componentes del sufrimiento y, 4) reconstruir el significado asignado al examinar cada una de las dimensiones del mundo personal (realidad, sentido y estilo de vida)" (1998: 1).

La idea nuclear es romper el supuesto, instaurado en nuestra idiosincrasia ecuatoriana y que posiblemente aún persista en otras latitudes, de que acudir al profesional es sinónimo de "trastorno" aun cuando el colectivo reconoce la necesidad de cuidar la salud mental, especialmente cuando las reacciones frente a la separación del objeto y/o sujeto amado son inadecuadas así como perjudican las actividades cotidianas superando la capacidad de confrontación y propiciando estados de agudización, complejización o patologización.

En este punto se hace necesario clarificar que no es violentar el debido proceso de resolución, sino ofrecer pautas para evitar estancos o involuciones; y, tampoco es cierto que hablar del dolor sea irrespetarlo más bien se trata de legitimarlo para evitar represamientos que luego quiebren dichas contenciones y se manifiesten en forma disfuncional como un "torrente caótico de pensamientos, sentimientos, actitudes". Por lo tanto, no son bajo ningún concepto intentos carentes de fundamento y rigurosidad sino que buscan convertirse en modalidades de tratamiento eficaces dirigidos al(los) deudo(s), sus familiares y allegados.

Así, un grupo de asesoría y consejería psicológica para dolientes está conformado por personas con situaciones comunes, que se reúnen en forma libre y voluntaria, bajo algún tipo de denominación determinada, para intercambiar sus experiencias personales, en lo singular de la horizontalidad. La experiencia se centra en tópicos afines, permitiéndoles reunirse en

forma periódica, conocerse con otros iguales y aprender nuevas estrategias de afrontamiento; lo que se logra a través de la escucha activa, el discernimiento profundo y el apoyo de todos(as) al exponer testimonios que permitan sobrellevar mejor la congoja, obteniendo alivio sintomatológico.

Todo cuanto se dice, se hace con libertad y respeto teniendo como consignas: no interpretar, no juzgar, no interrumpir, no dar consejos y no hacer controversia; pues se trata de hallar respuestas, en forma conjunta, para aliviar la pena y sus cargas, recibiendo ayuda y ayudando a los demás. Este compromiso compartido se posibilita porque se maneja un lenguaje común que permite la clara comprensión de ese problema en común.

La dirección está a cargo de un facilitador y se espera que la ejerza un profesional (psicólogo, psicoterapeuta, psiquiatra), quien reúna las siguientes características:

- a) a nivel técnico de profunda formación en tanatología, manejo del dispositivo grupal, familiarización con la psicoterapia;
- b) a nivel profesional de liderazgo transformacional, entrenamiento supervisado en el campo, lectura asidua del tema;
- c) a nivel individual de personalidad definida y lo suficientemente maduro, estable, genuino.

A lo que debe sumarse la elaboración de sus propias pérdidas, la búsqueda de equilibrio emocional y la infaltable ética profesional, lo que sin duda le permitirá: empatizar sin sobreidentificarse; hacer progresiones o regresiones; sin dejar de ser objetivo; soportar el trabajo bajo presión, sin perder el control; llevar la transferencia o contratransferencia, sin ceder a tales; soportar el surgimiento de remembranzas,

sin mayor conflicto. Logrando, con todo, observar, explicar e interpretar la conducta desde la entrega, la responsabilidad y el compromiso en pos del desarrollo, bienestar y cualificación de la vida psíquica saludable.

Las reuniones pueden ser gratuitas, co-financiadas o financiadas por los participantes, la institución promotora u otras personas y entidades. Cada agrupación conserva la necesaria autonomía e independencia, por lo que no adquiere compromiso de pertenencia a alguna organización (política, religiosa, cultural u otra) gubernamental o no gubernamental. Respecto a los partícipes ninguno es excluido por profesar algún tipo de ideología personal, siempre y cuando no violente las normas de filiación.

El propósito básico de congregarse es la psicoeducación y con ello la oportunidad de hallar respuestas, obtener opciones, hacer elecciones de cambio acerca del duelo, la aflicción y el luto. Es salir de la actitud de negación que conduce al aislamiento y ampliar la red de contención relacional para saber que no estamos solos, que podemos contar incondicionalmente con el otro: no debemos descuidarnos de nosotros mismos, que hay que salvaguardar nuestra salud integral.

Dice la sabiduría popular: *“que las penas contadas son menos”* y lo que he observado en la práctica diaria es que escuchar permite capturar enseñanzas que otorgan una connotación distinta a la postura inicial de shock emocional, que adquiere una dimensión de alivio, es decir, se torna más llevadera y hace menos intensa la aparición sintomatológica.

Con lo señalado no queremos dar entender, por una parte, se trate de una panacea más bien es otro punto de partida para aquellos cuya problemática no requiere psicoterapia individual; y, por otra parte, tenga que ver

con *“quitar”* el dolor pues la tarea consiste en *“aprender a vivir”* con este.

Como todo, la oferta no es para todos(as) pues algunos tienden a incomodarse al exponer su tristeza e incluso consideran que esta se torna mayor, razón por la cual se deja abierta la opción del retorno cuando se vean preparados para su efecto y se sugiere que por lo menos lo intenten asistiendo a dos o tres encuentros antes de decidir su temporal separación.

Además, puede diversificarse, en su estructura, utilizando la modalidad focal para niños, adolescentes, parejas, familias, viudos, etc. Conservando la particularidad de ser organismos abiertos (donde se puede asistir quien desee cuantas veces quiera), heterogéneos (diferentes niveles de evolución) e íntimos (*“todo se queda nada se lleva fuera”*).

En algunos lugares han adquirido, desde la pertenencia, el seguimiento a las deserciones del proceso que no hayan sido justificadas, estableciendo contacto telefónico o haciendo una visita para analizar la posibilidad de retorno.

Durante la primera reunión debemos centrarnos en conocer a los postulantes, explicar la dinámica del conjunto y establecer consensos de reglas, roles, límites, con la plasticidad respectiva. Lo dicho permitirá tanto disfrutar como fluir en cada momento planificado, desde la necesaria confianza adquirida, que a la vez genera la sinergia, el crecimiento y la consolidación grupal. Las actividades siguientes se resumen en asegurar los criterios de confidencialidad y homogeneidad.

Semana a semana se adiestra la competencia de sostener, consolar, levantar al *“prestar oído”*, *“extender la mano”*, *“poner el hombro”*.

Participar no es obligatorio, pero para hacerlo habrá que pedir la palabra llevando la mano y orientar el discurso procurando no

salirse del tema previamente puesto sobre la palestra.

Cada situación particular es importante, merece toda la atención que pueda dispensarse, recordando que fue precisamente eso lo que esperamos cuando acudimos por primera vez.

Todo aporte prodigado puede ser lo que hacía falta, lo justo, lo necesario, lo específico, lo edificante; lo que significa, que no es “grande o pequeño”, “mejor o peor”, “adecuado o inadecuado”.

En cada sesión se tiene que establecer previamente una guía, el orden lo señala el director, y la dedicación de tiempo dependerá de las circunstancias, que incluya: el encuadre, el saludo, la bienvenida, la recapitulación de lo precedente, la consideración del tema a discutir, la forma de moderación, las conclusiones, las recomendaciones y el compromiso (que puede enganchar una tarea, por ejemplo: leer un artículo referente).

Otros periodos pueden ser la consulta privada; el recibo, la inscripción, la inclusión, la presentación, la participación de gente nueva o invitados especiales; la charla social de camaradería; y, el compartir de un refrigerio, una proyección, un material impreso u otra acción complementaria.

La duración total, ordinariamente, abarca unas dos horas; y, si las cosas así se van dando, estando los integrantes en unanimidad de acuerdo, pueden girar en torno a algo (“el desenlace”) o alguien (“el protagonista”).

Los temas a tratar pueden ser “infinitos” pero estos se ajustan a las necesidades, motivaciones e intereses de los miembros, citamos: forma, impacto, historicidad, síntomas, respuestas, recursos, desapego, evolución, recuperación, conmemoración...

después de la muerte.

Antes de concluir, es meritorio aclarar que si usted como tratante desea emprender la compleja tarea arriba descrita debe considerar algunos aspectos importantes, los cuales resaltamos a continuación: presupuesto, lugar, tiempo suficiente, energía positiva, apoyo de la comunidad, convocatoria, atención de demandas adicionales, disposición a soportar fuertes cargas emotivas (matizadas por la tragedia), contacto con otros expertos u organizaciones, colega psicoterapeuta de control (limpieza mental), entre otras.

Mucho de lo que en esta ocasión se ha enunciado se desglosará en artículos subsiguientes.

Bibliografía:

- Alfons, G. (2007). *Acompañando en la Pérdida*. Ediciones San Pablo, Madrid – España.
- Anji, C. (2007a). *Déjame Llorar*. Editorial Taranná Edicions, Madrid – España.
- Anji, C. (2009b). *Camino de Héroe*s. Editorial Taranná Edicions, Madrid – España.
- Bermejo, J. C. (2003). *La Muerte Enseña a Vivir: Vivir Sanamente el Duelo*. Editorial San Pablo, Madrid – España.
- Bucay, J. (2001). *El Camino de las Lágrimas*. Editorial Grijalbo, Buenos Aires – Argentina.
- Fernández Moya, J. (2006). *Después de la Pérdida*. Universidad del Aconcagua, Catamarca129 (5500) Mza. Rca. Argentina.
- Fitzpatrick, D. (2010). *Ante la Pérdida de Nuestros Padres*. Editorial San Pablo, Madrid – España.
- James, J. W. & Friedman, R. (2003). *Manual Para Superar Pérdidas Emocionales*. Editorial Los Libros del Comienzo, Madrid – España.

- Montoya, Carrasquillas J. (1998a). *Sobre el Cómo Ayudarnos y Ayudar a Otros a Enfrentar la Muerte de un Ser Querido*. Unidad del Duelo Funeraria San Vicente, Medellín – Colombia (www.homestead.com.co).
- Montoya, Carrasquillas J. (2010b). *Manual de Procesos y Procedimientos en Tanatología Clínica*. Unidad del Duelo Funeraria San Vicente, Medellín – Colombia (www.homestead.com.co).
- Niemeyer, R. A. (2002). *Aprender de la Pérdida: Una Guía para Afrontar el Duelo*. Ediciones Paidós, Barcelona – España.
- Pangrazzi, A. (1993). *La Pérdida de un Ser Querido: Un Viaje Dentro de la Vida*. Ediciones Paulinas, Madrid – España.
- Roselló, T. E. (2003). *Pena, Penita, Pena*. Editorial Los Libros del Comienzo, Madrid – España.
- Soler, Saiz Ma. & Barreto, M. P. (2007). *Duelo y Muerte*. Ediciones Síntesis.
- Tizón, J. (2004). *Pérdida, Pena, Duelo: Vivencias, Investigación y Asistencia*. Ediciones Paidós, Barcelona – España.
- Worden, J. W. (2001). *El tratamiento del Duelo: Asesoramiento Psicológico y Terapia*. Ediciones Paidós, Barcelona – España.

LA DEPRESIÓN: UN PADECIMIENTO OMNIPRESENTE

Cesibel Ochoa Pineda

Miembro de SEAPSI

Docente de la Universidad del Azuay

Resumen:

Este artículo tiene como objetivo crear conciencia sobre las repercusiones de la depresión en la adolescencia, problema omnipresente en la sociedad actual. Su elevada prevalencia gana terreno por las dificultades que ofrece su diagnóstico y tratamiento tempranos, situación que en el peor de los casos genera una visión positiva del suicidio como forma de evadir la realidad.

Palabras clave: Depresión, suicidio, adolescencia

Abstract:

This article aims to raise awareness about the impact of depression in adolescence, which is a widespread problem in today's society. Its high prevalence is gaining ground because of the difficulties in diagnosis and early treatment, a circumstance that in the worst case scenario generates a positive view of suicide as a way of evading reality.

Keywords: Depression, suicide, adolescence

Es imprescindible reconocer que la adolescencia no es un periodo de crisis y turbulencia como clásicamente lo mencionó Stanley Hall; es una transición, sí, como lo afirma Mead. Sin embargo, en una sociedad vacua, impersonal, poco empática, que valora los esfuerzos individuales, se hace presente con más frecuencia la depresión, muchas de las veces callada, ocultada, no diagnosticada.

Las cifras son bastante claras para reafirmar que es un problema de atención urgente:

“Aproximadamente 4 millones de adolescentes intentan suicidarse (...) cada año; de ellos, al menos 100.000 lo consiguen. Las mujeres intentan el suicidio tres veces más que los hombres, pero el triple de hombres que de mujeres lo consuman”. (Unicef, 2002, pág. 35).

Salud Mental que se celebró en Atenas se proyectó a esta enfermedad mental como la más **común en los seres humanos para el 2030**, superando al cáncer y a las enfermedades cardiovasculares. (BBC, 2009). Y a la par en una de las primeras causas de mortalidad en población adulta y adolescente.

En Ecuador, el suicidio es la segunda causa de muerte en adolescentes de 12 y 17 años; según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) entre 1997 y 2009 más de 1400 adolescentes se suicidaron. (Observatorio de la Niñez y de la Adolescencia, 2010). No obstante, en provincias en población mayoritariamente indígena ocupa el primer lugar. (Unicef, 2002; Unicef, 2011).

Las citadas cifras nunca representarán al

Es así que en la primera Cumbre Global en

verdadero número de víctimas; tenemos que evidenciar los intentos previos: por cada suicidio consumado se estima que existen de entre 8 y 20 intentos previos, no identificados, ocultados (Galindo, Martínez, García y Ral, 2013).

Algunos adolescentes ven al suicidio como un acto de heroísmo. Lo que dificulta su abordaje, aún más en el caso de aquellos que poseen actitudes favorables hacia este. (Greydanus, Calles, 2007). Es así que varias investigaciones concluyen categóricamente que son estos jóvenes los más proclives al suicidio, tanto por problemas de personalidad, como depresivos (Muñoz, 2009). Por otro lado, la tendencia de los jóvenes a no expresar sus problemas, y la de los médicos a centrar su atención en la queja contribuyen a que esta patología no se diagnostique con claridad (OMS, 2012)

Aunque es un problema común, poco se habla de las verdaderas manifestaciones de la depresión en la adolescencia y su modo de hacerle frente. Estudios afirman que por cada cuatro adolescentes que consultan a tres experimentan síntomas depresivos (Greydanus, 2007). Expertos de la OMS (2012) sugieren disponer de servicios de salud mental durante la infancia y adolescencia para prevenir situaciones graves en el futuro. Aseguran que los adolescentes que sufren depresiones leves, manifestadas por decaimiento, pérdida de interés, alteraciones de sueño y mala concentración durante al menos dos semanas, registran un alto riesgo de desarrollar trastornos mentales severos en la edad adulta, como ansiedad, trastornos alimentarios y depresiones graves (Galindo *et al*, 2013).

El bajo desempeño escolar, problemas de aprendizaje, violencia en el entorno, bajo

autoconcepto, abuso de sustancias, las alteraciones hormonales aumentan las posibilidades de generar procesos depresivos en los y las adolescentes. Manifestaciones como tristeza, agresividad, poca concentración aumento o disminución de peso y sueño, falta de energía y motivación, etc, nos guían a un diagnóstico más certero (Beck, 2003). Como vemos, la depresión es algo más que sentirse triste y desvalido. Afecta a los pensamientos, la visión de sí mismo, del mundo y del futuro, como decía Beck. La persona se ve abrumada de ideas irracionales como proponía Ellis. No encuentra un sentido a su vida, como lo confirmaba Víctor Frankl.

Muchas personas niegan padecerla y se concentran en actividades banales, poco productivas. Esta situación socava las esperanzas de su recuperación. Es importante encontrar un sentido a nuestra vida; porque como lo afirmaba Nietzsche: *“Quien tiene algo por qué vivir, es capaz de soportar cualquier cómo”*.

Es invaluable, entonces, analizar ciertos elementos que forman parte de nuestra vida y replantear determinadas actitudes que a corto o largo plazo afectan nuestro desarrollo personal. Es imprescindible reconciliarnos con nuestro pasado, adaptarnos a nuestro yo; tomar decisiones para fortalecer elementos de nuestra forma de ser, de nuestra personalidad que boicotean nuestros objetivos personales. Es imperativo identificar nuestras metas a futuro. Muchas de las veces, la depresión se genera por la indecisión, la poca adaptación a la sociedad, a la falta de estrategias de afrontamiento, a la acumulación de emociones tóxicas, a las indefiniciones: en pocas palabras a la no aceptación y a la evasión de las circunstancias tal cual como se nos presentan, a la discriminación de género, raza, orientación sexual (Ochoa, 2013).

Para abordar este problema, es necesario partir de modelos que congreguen factores bio-psico-sociales, que no nieguen perspectivas: los resultados serán favorecedores, por la amplia evidencia empírica que lo apoya. Apoyarse del estudio pormenorizado de la personalidad y su influencia, es de suma relevancia, tal como lo afirmaba Millon (1998) en sus diversos aportes.

El modelo integrativo focalizado en la personalidad, desarrollado en el Ecuador, la define como “una estructura dinámicamente integrada de factores biológicos, psicológicos y socioculturales que establece un modo de percibir, pensar, sentir y actuar, otorgándole singularidad e individualidad al sujeto” (Balarezo, 2010). Sugiere trascender visiones sesgadas y carentes de sustratos teóricos.

La adolescencia como cualquier etapa de la vida también conlleva retos y exige decisiones. Erik Erikson (1976) ya había afirmado que la consolidación de la identidad podría generar un fuerte desafío –más que todo por las diversas presiones del medio– porque algunos son proclives a experimentar una difusión de su identidad; si lo complementamos con la audiencia imaginaria y fábula personal (Elkind 1979) se comprende por qué los adolescentes se arriesgan innecesariamente y generan mayores dificultades en su desarrollo armónico.

La elaboración de un proyecto de vida es fundamental en esta etapa; este debe ser apoyado y guiado. El adolescente debe llegar a la autonomía (Fernández-Álvarez, 1992). Pero ¿qué ocurre si en esta transición aparece una depresión o reaparece?

Conclusión:

La depresión se ha convertido en el padecimiento del siglo. Por esa razón, la sociedad debe tomar urgentes acciones preventivas para enfrentarse a este problema que, en el peor de los casos, acarrea consecuencias nefastas.

Identificar el rol que juegan los rasgos de personalidad es de vital importancia, porque de ellos depende el afrontamiento asertivo o no de las situaciones estresantes que se presenten. El énfasis en este tema permite tener una visión a futuro de cómo podemos ser agentes de prevención.

Es imperativo que la sociedad cambie su actitud respecto a las enfermedades mentales, para promover iniciativas propicias y efectivas para combatir este mal que nos azota. Es necesario tener políticas claras de salud mental como agentes protectores de la población. Sin embargo, aún no existe una cultura en ese sentido. Todavía los tratamientos psicológicos y psiquiátricos son vistos como un tema tabú que a corto plazo empeora el panorama.

Es por ello que el trabajo terapéutico no solo depende del psicólogo o del psiquiatra: depende fundamentalmente de la responsabilidad del paciente y del apoyo de la familia y su entorno. Es imperativo evitar creencias equivocadas acerca del tema. No se trata de fallas de la personalidad o del carácter, mucho menos de debilidad. Este mito ha hecho que muchas personas oculten su problema por vergüenza, agudizando la situación. Realmente, no es un tema sencillo, pero si se lo trata a tiempo podemos tener la convicción que estamos caminando hacia la dirección correcta. En Memorias de Adriano, Yourcenar mencionaba: “Nuestro gran error es intentar obtener de cada uno en particular las virtudes que no tiene, y desdeñar el

cultivo de las que posee". Realidad tangible que se vive en la actualidad.

Referencias bibliográficas

Balarezo, L. (2010). *Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad*. Quito-Ecuador: Unigraf

Beck, A, Rush, J. et al (2003). *Terapia Cognitiva de la Depresión*, 15º Ed, Editorial Desclée De Brower S.A., Bilbao - España.

Elkind, D. & Bowen, R. (1979). Imaginary audience behavior in children and adolescents. *Developmental Psychology*, 15, 38-44

Erickson, E. (1976). *Infancia y sociedad*. Buenos Aires: Paidós

Fernández-Álvarez, H. (1992) *Evolución de las construcciones*, en H. Fernández-Álvarez, *Fundamentos de un modelo de integración en psicoterapia*, (pp. 177-198). Buenos Aires: Paidós.

Galindo, J., Martínez, R, García, M, & Ral, J. (2013). Teoría de la personalidad implícita y explícita de los pacientes con depresión. *Anales de psicología*, 29(2), 378-384.

Greydanus D., Calles, Jr. (2007). Suicide in Children and Adolescents. *Prim Care*, vol. 2, nº 34, pp. 259-73.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2011) *Ecuador en cifras*. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.com/cifras-inec/main.html?TB_iframe=true&height=530&width=1100

Millon, T. y Davis, R. (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*.

Barcelona: Masson.

Muñoz, C. (2009). *Suicidio en adolescentes*; En Martínez, J., Saad, E., Forero, J. *Suicidio una realidad en Latinoamérica*, Ecuador: Glaxo Smith Kline.

Observatorio de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia (2012). *Datos sobre el Ecuador*. Estadísticas de defunción 1998-2008. Disponible en: <http://www.odna.org.ec/investiga.html>

Ochoa C. (2013). *Depresión Grave en Adolescentes. Una terapia desde el modelo integrativo*. Cuenca-Ecuador

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Temas de adolescencia*. Disponible en: www.who.int.ar/images/.../adolescencia/2012-.pdf

Unicef (2002). *Adolescencia. Una etapa fundamental*. Nueva York

Unicef (2011). *Estado de los derechos de la niñez y la adolescencia en Ecuador 1990-2011*. Disponible en: http://www.unicef.org/ecuador/medica_23400.htm.

Walters, A. & Sutton, J. (2010). Neuroticism as a common dimension in the internalizing disorders. *Psychological Medicine*, 0, 1125- 1136.

BBC (2009/09/2). *La depresión, una crisis global*. Disponible en: http://www.bbc.co.uk/mundo/ciencia_tecnologia/2009/09/090902_depresion_oms_men.shtml

Medina, A. (2012/09/17). *Chunchi prefiere el silencio ante suicidios de niños y jóvenes*. Disponible

EL SUICIDIO COMO DESENCADENANTE MORTAL DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

Gabriela Acurio
Miembro de SEAPSI

*Defender la alegría como un estandarte
Defender del rayo y la melodía
De los males endémicos y de los académicos
Del rufián caballero y del oportunista...*
(Benedetti, 2000)

RESUMEN

El presente artículo tiene como objetivo hacer un análisis sobre la problemática de la violencia contra la mujer, como una de las causas de mayor aficción emocional la salud mental, siendo el suicidio una de las respuestas emocionales más comunes, con el fin de escapar de una realidad que la sumerge en la desesperanza, minando su autoestima y destruyendo su identidad, manteniendo a las mujeres en estados de sumisión y aislamiento social que hacen que pierda todo el deseo de vivir.

Palabras clave: Violencia contra las mujeres, impacto de la violencia, suicidio, femicidio

The article below shows an analysis about the problem in violence against women, as one of the causes of greater emotional conditions in their mental health, being the suicide one of the most common responses to this problem, trying to escape from a reality that makes them dip into hopelessness, lowering their self-esteem and destroying their identity, keeping women in submission states and social isolation, that makes them lose any desire to live.

Keywords: women violence, violence impact, suicide, femicide.

INTRODUCCIÓN:

El propósito de este artículo es hacer una reflexión sobre la realidad de la violencia contra la mujer en el país, destacando los efectos de la misma como una causa de mortalidad en las mujeres.

La violencia contra la mujer no es un problema actual. Sabemos que prevalece desde siempre, pero ha cambiado sus condiciones, teniendo en cuenta que la ha sido uno de los problemas de salud pública más invisibilizados por la sociedad, el cual cobra vidas de las mujeres a diario, ya sea por el impacto en la psique de las mujeres o

de forma directa como lo es el Femicidio.

Es importante tener en cuenta los efectos de la violencia desde la mirada coyuntural actual, en donde se ha planteado el femicidio como nuevo tipo penal autónomo, que no es más que el resultado mortal de la violencia contra las mujeres, pudiendo verse al suicidio del mismo modo o como la respuesta de la desesperanza que causa las constantes desvalorizaciones y humillaciones a las cuales se exponen dentro de una relación de poder, generando incluso cambios a nivel de personalidad.

El riesgo suicida en las mujeres víctimas de

violencia es una de característica común en los procesos de evaluación ya sea en casos de violencia intrafamiliar y sexual, identificado el mismo como mecanismo de afrontamiento ante el elevado nivel de estrés y angustia que las agresiones pueden generar en la vida de la víctima de violencia.

El análisis actual pretende tener una mirada desde el modelo integrativo encuadrado en un enfoque que pone en evidencia la influencia biológica, psicológica y social en el individuo, abordando parámetros importantes que permiten comprender mejor el impacto de la violencia en las mujeres.

1. Estado de la situación

Seis de cada diez mujeres en el Ecuador son víctimas de algún tipo de violencia, en la ciudad de Cuenca 7 de cada 10; así 1 de cada 4 mujeres en el Ecuador han sido agredidas sexualmente, según lo plantea la última encuesta nacional realizada por el INEC y publicada en marzo del 2013. Esto permite mostrarnos la realidad que aún vivimos las mujeres en relación al desequilibrio de poder en una sociedad que valida y justifica la violencia en todas sus estructuras.

Aunque a los ojos de muchos la problemática de la violencia no existe o ha disminuido, por los nuevos roles que ejerce la mujer dentro de la sociedad, podemos ver que únicamente las formas de ejercicio de poder han cambiado y en muchos casos se han convertido en perversas, es así que en la Unidad Especializada de Violencia en contra de la Mujer y la Familia en la ciudad de Cuenca, desde el 26 de julio del 2013 al 28 de febrero del 2014, ingresan 2279 causas de las cuales el 92% son realizadas por mujeres y el 8% por hombres, evidenciando la alta prevalencia.

Del estudio realizado sobre Femicidio realizado en Cuenca entre los años 2005 y 2007 y publicado en el año 2010 por la

Comisión de Transición por la Igualdad de Género, no visualiza un panorama de la realidad que viven las mujeres, de los 18 casos identificados estudiados 11 fueron femicidios, siendo el factor de riesgo el hecho de ser mujer, reportándose aproximadamente 235 Femicidios, en lo que lleva del 2014 en el Ecuador (Acurio Paez, 2014)

En el mismo estudio se identificó de los 75 casos levantados en donde el resultado era el deceso de mujeres, 19 de ellos eran suicidios, pero existía de trasfondo situaciones de violencia intrafamiliar o abuso sexual.

El Dr. David Acurio, Viceministro de Gobernanza del Ministerio de Salud Pública expresa que "...la exclusión y el abuso sistemático de las mujeres son dos de los mayores obstáculos para el desarrollo del país, ya que implican costos económicos y sociales para salud, inclusión social y justicia quienes son los encargados de restituir derechos..."; además que las mujeres que viven violencia se encuentran en edad productiva y reproductiva, lo cual confirma las estadísticas de la Unidad Especializada de Violencia en contra de la Mujer y la Familia en donde se destaca que de los 2279 procesos las mujeres que denuncian están mayoritariamente entre los 18 y 45 años de edad, sin importar nivel social, cultural y/o educacional.

2. La violencia contra la mujer como factor de riesgo suicida

La violencia, genera secuelas que se presentarán a corto, mediano y largo plazo, teniendo en cuenta la forma en que la misma se presenta y el significado que la mujer puede dar al mismo, es así que el impacto emocional dependerá de factores tales como el tipo de violencia, la intensidad de la misma, la frecuencia con que se presenta, la cercanía con el agresor, los niveles de culpa instaurados en la víctima, las historias

previas de violencia, el temor a las represalias y la victimización secundaria al entrar la víctima en contacto con el sistema judicial. (Fernández & Ballesteros González, 2005).

Es importante destacar, desde una visión integral, que no solo el hecho de vivir una situación de violencia, como se ha planteado anteriormente, en base a la interpretación de la persona se verán las secuelas ligadas también a estados emocionales previos, su capacidad adaptativa y readaptativa al entorno, teniendo en cuenta que las dificultades adaptativas previas se visualizan potencializadas por la situación sociales, como falta de trabajo, o la normalización de la violencia en su familia de origen como medio de control y educación.

En el caso donde las condiciones de vida y emocionales se encuentren limitadas existirá una mayor tendencia de provocar síntomas, que en los casos en que la mujer cuente con redes de apoyo fortalecidas que constituyan factores protectores del trauma. (Fernández & Ballesteros González, 2005).

Si nos sujetamos al modelo integrativo desde el encuadre bio-psico-social, podemos analizar a la violencia contra las mujeres destacando que esta forma de comportamiento humano desestructura todos los constructos de valores de las mujeres (socio cultural), disminuye sus estrategias de afrontamiento en relación a los significados (psicológico) y además fragmenta o destruye sus redes de apoyo (social y biológico) con un valor agregado cuando su agresor se encuentra dentro de casa y la violencia es sistemática. (Millon & Roger, 2003).

Del análisis realizado por Golding en el año 1999, (citados en Labrador, Rincón & Fernández Velazco, 2008), expresa que luego de haber revisado 18 estudios que relacionan la depresión con la violencia contra las

mujeres ha encontrado una prevalencia en la sintomatología depresiva y destacando que la gravedad y duración de la violencia se asocia con la gravedad de la depresión, así mismo Echeburrúa destaca que el desarrollo del cuadro depresivo en mujeres víctimas de violencia, se puede explicar desde la teoría de estrés como desde la teoría cognitiva de la depresión.

La teoría del estrés plantea: "...los trastornos del estado de ánimo son una de las formas posibles de respuesta de las personas a los eventos vitales estresantes, siendo la violencia doméstica uno de estos eventos, dependiendo la interpretación de la víctima a la situación que vive y la evaluación que la misma hace de su recursos..." (Labrador, Rincón, Fernández Velazco, & Fernández Velazco, 2008).

Por otro lado, toman lo planteado por la teoría cognitiva de la depresión en la que confirman que "es análoga a la desesperanza aprendida y que en la medida que la persona aprende que no tiene control sobre los acontecimientos y que los eventos negativos se repetirán sin que pueda evitarlos, desarrollará depresión, baja autoestima, apatía y déficit en la solución de problemas, tendiendo verse a sí misma como perdedora..." situación que se presenta en las víctimas de violencia quienes se mantienen sometidas a las críticas, humillaciones y desvalorizaciones constantes de su agresor. (Labrador, Rincón & Fernández Velazco, 2008).

Además, es importante tener en cuenta que ante la disminución del control que las mujeres pueden tener sobre los hechos de violencia, perdiendo la capacidad para regular sus emociones, que son provocadas por estados de inseguridad afectiva, que se expresa con síntomas compatibles con los trastorno de estrés agudo, estrés post traumático, síndromes de ansiedad generalizada o trastornos adaptativos con

síntomas ansiosos, constituyen estados de ánimo, que se desarrollan ante la percepción de un yo negativo, que llevan al aislamiento y a la pérdida parcial o total del deseo de vivir, siendo el estado ansioso la etapa en donde las víctimas buscan bloquear y evitar recuerdos y las ideas e intentos suicidas son alimentados por el intenso dolor emocional.

Para Stark y Flitcraft (citados por Labrador, Rincón, Fernández Velazco & Fernández Velazco, 2008) los malos tratos son la causa del 25% de los intentos de suicidio en mujeres. Como se ha planteado anteriormente, el suicidio y las ideas suicidas constituyen para las mujeres una única alternativa para romper los círculos de violencia, ya que muchas de ellas a pesar de haber interpuesto denuncias en más de una ocasión vuelven a mantener relaciones de violencia ante las presiones sociales, afectivas y en la mayoría de los casos económicas.

Carlos Martínez (2011), plantea dos variables fundamentales que potencializan riesgo, el primero lo reconoce como la amenaza, que es un evento natural o de origen humano que ubica en inseguridad a la vida de la persona; por otro lado identifica a la vulnerabilidad, es decir, el nivel de fragilidad o dificultad que el sujeto tiene para confrontar el problema. Es así que en los casos de violencia contra las mujeres ya sea física, psicológica o sexual mantendrán dichas variables, mujeres que se encuentran expuestas a eventos en donde su vida y la de sus hijos e hijas se encuentra en peligro al igual que su integridad emocional, destacando que la pérdida parcial o total de sus redes de apoyo, sumado al aislamiento social que la mantiene en mayor vulnerabilidad la predispone a un mayor riesgo suicida.

El tiempo de sometimiento de las mujeres es un factor relevante, puesto que nos permite evidenciar el nivel de aficción presente. Las secuelas de la violencia posiblemente, a primera vista, no se puede identificar; pues

muchas de ellas deben mantener una vida aislada a sus reales afectos por temor a ser juzgadas o incluso a ser descubiertas luego que por años han encubierto a sus agresores.

Las mujeres que han sido víctimas de algún tipo de violencia durante alguna etapa de su ciclo de vida y en relación a los factores antes descritos de intensidad, frecuencia y relación con el agresor, entre otros, tienden a mostrar apatía, sentimientos de vacío, disminución constante del placer en las actividades que antes sí le causaban alegría, pérdida importante de peso, insomnio, fatiga, disminución en su capacidad de pensar y decidir, ideas suicidas o intentos suicidas, estados de ánimo que nos muestra el elevado impacto en la salud mental de las mujeres.

Alan Bolt, físico cuántico, en la ponencia sobre violencia que presentó para el Consejo de la Judicatura el 9 de Mayo del 2014 afirma, "...la violencia es una de las formas más sutiles de eliminar a las personas por medio de desvalorizaciones imperceptibles y perversas que pueden llegar a promover cambios estructurales en la vida de las mujeres, presentándose como un disparo de una bala en el frontal, evidenciando impacto emocional, la cual se visualiza en pérdida de las capacidades de proyección, planificación, visión a futuro, desorganización personal, además de destruir componentes motivacionales, potenciando estados de desesperanza que conllevan el deseo de muerte.

En ningún momento podemos dejar de mirar que las estructuras sociales que sustentan la violencia serán mantenedoras de estos síntomas, convirtiéndose en un factor de riesgo el ser mujer, en donde el sistema considera a lo femenino como ciudadanas de segunda categoría (Batres Méndez, 1997).

CONCLUSIÓN:

La violencia contra las mujeres es una

condición devastadora para el estado mental de quienes la viven, mostrándonos impactos de alta intensidad a nivel biológico, psicológico y social. Promover medios eficaces de evaluación, intervención y acompañamiento debe ser una de las estrategias prioritarias con el fin de mejorar la calidad de vida e, incluso, proteger su vida.

El acompañamiento de los casos de violencia, en la última década, ha mostrado la necesidad de contar con recursos y personal especializado en la temática, que pueda promover procesos de cambio, los cuales no pueden darse de no tener los recursos estatales necesarios que permitan disminuir la brecha social que se ha construido desde los imaginarios colectivos.

La desesperanza y soledad que viven las mujeres que optan por el suicidio como medio de escape o única solución a su problema demuestra las pocas estrategias de afrontamiento con las que cuentan frente al alto nivel del estrés al que se exponen, dejando al descubierto una limitada disponibilidad de recursos encaminados a un problema de salud pública en donde 6 de cada 10 mujeres podrían estar experimentando a estados de intensa desesperanza que vean como única solución ante una vida de inseguridad emocional que puede resultar en la muerte.

Bibliografía

Batres Méndez, G. (1997). Del Ultraje a la Esperanza, Tratamiento de las secuelas del incesto. En G. Batres Méndez, *del Ultraje a la Esperanza. Tratamiento de las secuelas del incesto*. San José, Costa Rica: ILANUD.

Benedetti, M. (2000). Acordes Cotidianos. En M. Benedetti, *Acordes Cotidianos* (pág. 83). Buenos Aires, Argentina: Vergara y Riva Editora.

Fernández, E. C., & Ballesteros González. (2005). La psicología criminal en la práctica pericial forense. En M. Soria, & D. Saiz,

Psicología Criminal. Madrid: PEARSON S.A.

Labrador, J. F., Rincón, P. P., Fernández Velazco, R. & Fernández Velazco, P. (2008). *Manual práctico, Mujeres víctimas de violencia doméstica*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Marie, F. H. (2006). *Mujeres Maltratadas*. Buenos Aires: Paidós.

Martín, F. F (Enero - julio de 2004). *Una mirada antropológica sobre la violencia*. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/747/74702710.pdf>

Millon, T., & Roger, D. D. (2003). *Trastornos de la personalidad*. Barcelona España: Masson.

Morrison, R. A.-B. (1999). *El Costo del Silencio, Violencia Doméstica en Latino América*. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.

Martínez, Carlos (2011) Curso de Suicidología, Buenos Aires, Argentina.

IMPORTANCIA DEL MODELO INTEGRATIVO EN EL ABORDAJE DE TRASTORNOS ADICTIVOS

Nadia Gavilanes
Alejandro Valencia
Miembros de SEAPSI

RESUMEN

El término adicción hace referencia a la enfermedad mental que se caracteriza por la necesidad extrema de una sustancia, objeto o situación, debido, en gran medida, al grado de satisfacción que esta causa en el sujeto. De cierta forma, Intenta definir a la pérdida de la voluntad, aquella situación en donde el ser humano preso de sí mismo, pierde todo recurso de afrontamiento posible y se rinde frente a un amo. Su vida se reduce a encontrar por unos segundos la fuente de placer momentáneo que calma la ansiedad y la sed interna.

El siguiente artículo intenta resaltar la importancia de la intervención integral en materia de adicciones, así como proporcionar información práctica a nuestros colegas a fin de ampliar nuestro norte psicoterapéutico.

Palabras Claves: adicción, psicoterapia integrativa, drogas, personalidad.

ABSTRACT

The term addiction refers to mental illness characterized by extreme need of a substance, object or situation, largely due to the degree of satisfaction that the cause in the subject. Try setting some form of loss of will, a situation in which the prisoner himself, man loses all possible coping resource and surrenders before a master. His life is reduced to a few seconds to find the source of momentary pleasure calming anxiety and inner thirst.

The following attempts to highlight the importance of comprehensive intervention in the field of addiction, as well as providing practical information to our partners to expand our psychotherapeutic north.

Keywords: addiction, integrative psychotherapy, drugs, personality.

En la realidad:

Héctor es un joven de 32 años con problemas de adicción a la base de cocaína. Su consumo inicia a los 15 años de edad, por causa de la presión social -a la cual fue vulnerable- y de varios problemas familiares determinantes.

Aunque al principio refería consumir de forma esporádica, este se agravó a la edad de 20 años; desde entonces, Héctor recurría a la droga de forma diaria; tuvo que robar en varias ocasiones para conseguir sustancia e, incluso, llegó a mendigar por ella; sin mencionar la grave conflictiva familiar en donde estaba inmerso. Sus padres decidieron someterlo a un internamiento en un centro de tratamiento de adicciones. Héctor comenta que a más de no haber ingresado de forma voluntaria, fue víctima de maltrato físico y psicológico. Fue el protagonista de varias situaciones humillantes que en nombre de la salud mental: se aprovechaban de él y de su familia, entre otras. Esto nos demuestra que la aplicación de estímulos aversivos sin un adecuado control y

contaminados por la crueldad, lejos de ayudar a resolver la problemática, solo consiguen empeorarla.

Héctor escapó, pero al poco tiempo su familia decide internarlo de nuevo en una clínica de tratamiento cristiano, esta vez con un enfoque diferente. Aquí el paciente trabajó psicoterapéuticamente su inconsciente, generó un buen conocimiento sobre sí mismo participando en tratamientos psicoterapéuticos grupales, programas de N.A y ciertas técnicas conductuales que ayudaron a generar gran mejoría en él; sin embargo, al cabo de 4 meses de internamiento, recae.

Héctor decide buscar ayuda nuevamente, aunque reconoce que lo hizo sin mucha esperanza pues según sus palabras: "He conocido a tantos psicólogos, sé de memoria la historia de mi vida, sé que tuve y tengo problemas con mis padres, y que tengo ideas raras....sé que depende de mí salir de esto... pero aun así no puedo dejarla...".

Se motivó al paciente ante nuevo el tratamiento a iniciarse proporcionándole información clara de la perspectiva terapéutica Integrativa y, al final, accedió.

Hace 5 meses que el paciente se mantiene "limpio"; ha logrado estabilizarse psicológicamente, sobre todo, a través de la intervención en los rasgos de su personalidad. Actualmente, se continúa con la

intervención.

A continuación, describimos brevemente la planificación del proceso terapéutico desde la perspectiva Integrativa focalizada en la personalidad utilizada en este caso.

Componentes del Plan:

Formulación del Trastorno/Problema:

- F14. Trastorno mental y del comportamiento por consumo de base de cocaína.
- Problemas familiares derivados del consumo.

Como factores predisponentes para el trastorno se encuentra la divergencia y conflictiva con su madre desde niño y adolescente; además, celos fraternos no resueltos. Dentro de los agentes disparadores podemos citar la presión social y la decepción amorosa sufrida por Héctor. Los factores que propician a mantener la patología son los rasgos desadaptativos de su personalidad y el desfavorable clima familiar en donde se desenvuelve.

Descripción de la Personalidad:

Características como la tendencia a estar a la defensiva, guardar rencores, sobreestimar su capacidad intelectual, inclinación a los celos, tendencia a sobreestimarse, suspicacia y

desconfianza elevada, rasgos egocéntricos y autosuficientes configuran una personalidad de estilo cognitivo con predominio paranoide.

Adicionalmente, en su infancia denota sobrevaloración de sus capacidades, grandes demandas acerca del cumplimiento de las tareas.

Héctor presenta, en menor proporción, rasgos de tipo histriónico e inestable.

Señalamiento Objetivos	de	Señalamientos Técnicas	de
---------------------------	----	---------------------------	----

<p>De asesoramiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brindar estrategias para la resolución de la emergente problemática familiar. • Promover el desarrollo de habilidades sociales (asertividad, autoestima). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Resolución de Conflictos 2. Orientación Familiar
<p>Sintomáticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución de los niveles ansioso-depresivos asociados al consumo. • Favorecer la deshabitación psicológica a la sustancia psicoactiva. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ejercicios de Respiración 2. Entrenamiento en control emocional 3. Reestructuración cognitiva 4. Contención emocional 5. Psicoeducación 6. Control de estímulos de riesgo 7. Debate cognitivo 8. Tareas conductuales 9. Prevención de recaídas
<p>Con relación a la personalidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flexibilizar ciertos rasgos paranoides. • Mejorar la capacidad de insight del paciente (alexitimia y empatía alteradas producto del trastorno). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reestructuración cognitiva 2. Debate pragmático, empírico 3. Diálogo metafórico 4. Interpretación.

Hacia un enfoque integrativo en las drogodependencias:

El fenómeno adictivo ha demostrado ser de gran complejidad tanto en su comprensión como en su

abordaje terapéutico. En la práctica clínica se evidencian varios aspectos a tomar en cuenta: su multicausalidad, diversidad de agentes determinantes, desencadenantes y mantenedores de este tipo de trastorno, además de sus variadas formas de expresión vinculadas con la personalidad del individuo.

Este reto en psicoterapia exige todo un bagaje de conocimiento teórico-práctico para efectivizar la acción terapéutica, o en palabras de Fernández Álvarez y Opazo Castro (2004) "Los trastornos adictivos exigen una máxima potencia en la intervención, debido a que las técnicas generalmente utilizadas dan respuestas parciales, al menos que se aborde el trastorno de este tipo de pacientes desde un enfoque integrativo y multidimensional" pág. 16.

Aportes de las diferentes corrientes psicológicas en el tratamiento de los trastornos adictivos:

"Los especialistas en el campo de tratamiento de las drogodependencias encuentran innumerables ventajas al intentar una integración entre las diversas propuestas terapéuticas"ⁱ.

En las drogodependencias podemos observar como los diferentes enfoques aportan información valiosa para el trabajo en psicoterapia; por ejemplo, la orientación cognitiva ha hecho aportes a la comprensión del problema adictivo, mencionando alteraciones cognitivas tales como: ideas irracionales, alteraciones en la percepción de su autoimagen, fallas en la capacidad de resolución de conflictos, etc.

Las corrientes conductuales señalan la importancia del ambiente donde actúan los estímulos modelando en la personalidad, así la influencia de medios de comunicación, la presión del grupo, la disponibilidad de drogas en el entorno son, entre tantos elementos, impactantes en la persona direccionándola hacia el consumo de drogas; además, la importancia del reforzamiento positivo que consiguen las personas con el efecto directo de la sustancia psicotrópica.

Las orientaciones terapéuticas que privilegian la afectividad aportan estudios sobre la dificultad en la percepción y expresión de los afectos, así las investigaciones indicanⁱⁱ: "que las personas que inician tratamiento presentan alexitimia alta, además de una baja capacidad empática, lo que implica que no tengan buen entendimiento frente a los problemas y sufrimiento que provocan a quienes los rodean".

En el enfoque psicodinámico es preciso señalar que la mayoría de personas con trastornos adictivos poseen una historia de conflictos o situaciones traumáticas en su pasado, que se mantienen reprimidos pero que diferentes estímulos subliminales pueden hacerlos revivir en el presente, generando angustia, odio y otras emociones negativas, que los puede llevar al consumo o recaer.

Desde los enfoques sistémico-familiares surgen varias explicaciones del fenómeno adictivo, que pueden ser causa o coadyuvantes de la adicción; así, por ejemplo, en la mayoría de casos se evidencia el mecanismo de coadicción y codependencia, en los cuales las personas del grupo familiar a través de sobreprotección, facilitan, involuntariamente, el proceso adictivo.

Respecto a lo anterior, la evidencia científica demuestra que “la combinación de la terapia cognitivo-conductual con otras modalidades terapéuticas psicológicas es más eficaz que la aplicación de cada uno de los componentes de forma aislada. Esto tiene la más alta escala en evidencia siendo el nivel de evidencia 1”ⁱⁱⁱⁱ.

Conclusiones:

La ayuda psicoterapéutica dirigida a una persona con problemas adictivos debe ser integral. Abordar al paciente utilizando un enfoque técnico y teórico único es parcializar los resultados; ello fomenta la posibilidad de futuras recaídas. Al ser este un terreno difícil de tratamiento, el terapeuta debe ser capaz de operar con todas las herramientas psicológicas posibles.

Trabajar desde la personalidad del individuo, que por ser la estructura mental clave, asegura cambios sostenidos y profundos en el mismo, permite el objetivo primordial: romper con la dependencia a la sustancia psicotrópica, además de generar muchos otros beneficios terapéuticos como un mayor nivel de autoconocimiento y desarrollo personal; dos factores fundamentales para vivir a plenitud.

Referencias bibliográficas

Lima Castro S. ¿Alfabetización emocional para los pacientes drogodependientes?. Pser Integrativo. 2012; 5: p 88.

Guajardo H, Kushner D. Manual terapéutico para la rehabilitación de los trastornos adictivos. Buenos Aires: AKADIA; 2006.