

REVISTA DE LA SOCIEDAD
ECUATORIANA DE
ASESORAMIENTO Y
PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

8

2015

COMITÉ DE PUBLICACIÓN

Dr. Lucio Balarezo Ch.

Director

Msc. Mayra Velástegui V.

Editora

Msc. Cesibel Ochoa

Revisora técnica

TABLA DE CONTENIDOS

Autobiografía Beatriz Gómez	3
Adiestramiento en inoculación del estrés aplicado a servidores públicos mexicanos con síndrome de desgaste ocupacional (burnout) y estrés. Becerra rebelo, Carlos Sánchez Reyes, Mariana** y Heman Contreras Arturo **	9
Terapia de resolución de problemas en un paciente con Trastorno Negativista Desafiante Gabriel Genise	24
Alianza terapéutica en la psicoterapia infanto juvenil María Paula Preve	37
El Vínculo Terapeuta Paciente como Experiencia Bioemocional Correctiva. Técnicas Interpersonales. Margarita Dubourdieu	49
La empatía como acontecimiento: El lenguaje de la mutua implicación Acercamiento centrado en la persona Claudio Rud y Viviana Rey	62
Dispositivo Grupal de Intervención del Duelo según el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad Adrián Felipe Vásquez	73
Relación de rasgos de personalidad y conductas negligentes: diseño de un plan de psicoterapia según el modelo integrativo focalizado en la personalidad Priscila Elizabeth Bautista Parra	81
¿Cómo afecta el síndrome de burnout a voluntarios que se relacionan con pacientes oncológicos? Y ¿cuáles son algunas de las alternativas personales de intervención? Gabriela López Proaño	91
Cómo seleccionar el tratamiento más adecuado para cada paciente-Entrevista a Larry Beutler, VIII Congreso Internacional de Psicología Clínica, 19-22 de noviembre/2015 Gualberto Buela-Casal	105
LEXINTEGRATIVO Mayra Velástegui Villamarín	128

PRESENTACIÓN

ESTIMADOS AMIGOS DE LA SEAPSI

Reciban ustedes un saludo afectuoso e integrativo de todos quienes conformamos la Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia Integrativa, SEAPSI. Estamos iniciando nuestra segunda década de existencia con personería jurídica, y superados los primeros diez años de presencia, nos sentimos comprometidos a realizar un balance de los logros obtenidos por nuestra organización. Nos reafirmamos en la aseveración de que, sin lugar a dudas, es motivo de orgullo dirigir el gremio académico más transcendental del Ecuador, tanto por su nivel de ascendencia como por el grado de aceptación que marcamos en la comunidad científica.

En estos años de vida institucional nuestra organización es una de las de mayor crecimiento en el Ecuador y Latinoamérica, ello se puede testificar, sin equívocos ni falsas modestias. Aquellas metas y sueños del año 2004 se han tornado en realidades concretas y visibles que han prestigiado la SEAPSI a nivel nacional e internacional. Un resumen de lo antedicho constituyen los 25 eventos internacionales, los ocho nacionales, la asesoría académica solicitada por universidades para la elaboración de su pensum con una orientación integrativa, la inclusión de la cátedra de psicoterapia integrativa en los diseños curriculares de algunas universidades, la capacitación en psicoterapia integrativa en algunas instituciones particulares y estatales, el aval académico solicitado por instituciones nacionales a la SEAPSI para la realización de actividades académicas, la ejecución de cinco maestrías en dos universidades del país; la conformación de Grupos de Formación como Psicoterapeutas Integrativos en tres ciudades del país, la alta credibilidad y respeto nacional e internacional hacia el modelo.

Como parte de este desarrollo mantenemos vigente la publicación de la Revista Pser-Integrativo que pretende difundir artículos relacionados con psicoterapia. Hoy llegamos al Número 8 con una modificación en su edición que fue marcada desde la séptima publicación. Hemos superado la publicación impresa para embarcarnos en la digital con el propósito de llegar a un número mayor de lectores con menor dificultad.

En todas las ediciones remarcamos el gran apoyo que tenemos de los amigos del continente que más allá de ser excelentes psicoterapeutas, son investigadores que escriben y nos generan nuevas perspectivas en el campo psicoterapéutico. Para ellos y para los miembros de la SEAPSI que colaboran con artículos nacionales el reconocimiento sentido por apoyarnos en este esfuerzo académico.

Los temas que se abordan en este número son: El vínculo terapeuta paciente como experiencia bioemocional correctiva, Adiestramiento en inoculación del estrés aplicado a servidores públicos mexicanos con síndrome de desgaste ocupacional (burnout) y estrés, La empatía como acontecimiento: el lenguaje de la mutua implicación-acercamiento centrado en la persona, Alianza terapéutica en psicoterapia infanto-juvenil, Terapia de resolución de problemas en un paciente con trastorno negativista desafiante, Entrevista del profesor Buela a Larry Beutler

Además tenemos la participación de miembros de SEAPsI que nos comparten las siguientes temáticas: Dispositivo Grupal de Intervención del Duelo según el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad, Relación de rasgos de personalidad y conductas negligentes: diseño de un plan de psicoterapia según el modelo integrativo focalizado en la personalidad, ¿Cómo afecta el síndrome de burnout a voluntarios que se relacionan con pacientes oncológicos? Y ¿cuáles son algunas de las alternativas personales de intervención? Para finalizar con el LEXINTEGRATIVO.

Ponemos a su consideración la publicación número 8 de nuestra revista.

Lucio Balarezo

PRESIDENTE SEAPsI

AUTOBIOGRAFÍA

BEATRIZ GÓMEZ

ARGENTINA



Nací en Buenos Aires el 6 de enero de 1957. Cuando llegué a este mundo, ya estaba mi única hermana 4 años mayor, Viviana. Cuenta la historia familiar que ella deseaba tanto tener una hermana que en el colegio pre-escolar todos creían que ya la tenía. Siempre sentí que ella me recibió con gran alegría al ver cumplido su sueño y, desde ese momento hasta la actualidad, ha sido una compañera extraordinaria. No creo equivocarme en decir que este es un sentimiento recíproco y solemos agradecerle a la vida nuestra filiación.

Mis padres constituyeron un matrimonio intercultural. Aunque compartían su origen europeo, eran muy diferentes entre sí. Mi madre era austríaca, hija única de un ingeniero químico, que supo huir a tiempo con su esposa y su hija de la segunda guerra mundial. Mi padre era “muy argentino” en su sentir y accionar, aunque mi abuelo era español y mi abuela italiana, ambos provenientes de la ola de inmigrantes europea de fin de siglo XIX en busca de mejores oportunidades. Los estilos de mis padres parecían tan distintos que cuando decidieron casarse en 1949, sus amigos les recomendaron que lo hicieran en Uruguay para poder separarse eventualmente. Sin embargo, ellos apostaron a su relación y llegaron a celebrar 56 años de casados, nueve días antes que mi madre falleciera. Lo que tenían en común era una infancia muy difícil. La familia de mi madre tuvo que abandonar su país, su familia, trabajo, entorno social y

bienestar económico al emigrar. Perdió todos sus bienes en el viaje a Argentina por obra del nazismo y como referencia emblemática de todo el dolor sufrido, mi bisabuela murió en un campo de concentración sin que mi abuela, su hija, llegara nunca a conocer esta horrorosa verdad. Mi madre tenía 14 años cuando llegó a Argentina. Sus pérdidas y los sentimientos por esta forzada migración la acompañaron toda su vida. Sin embargo, siempre valoré enormemente su gratitud para nuestro país. Solía decir que la gente la recibió cálida y generosamente y su padre pronto consiguió un trabajo de su profesión. Aunque mi madre conservó su nacionalidad y muchas de sus costumbres austríacas (que yo disfrutaba mucho), hablaba español sin acento y mantuvo, hasta en los momentos difíciles de nuestro país, su actitud de agradecimiento. Fue una persona de gran nobleza, aguda conocedora de la gente y muy intuitiva. Pero fue también una persona sufrida y con altibajos emocionales importantes que marcaron su existencia.

Mi padre fue para mí un héroe. A los 13 años perdió en el curso de dos meses a su padre y hermano menor. Su madre quedó a cargo de 4 hijos de los cuales él era el mayor y se constituyó sin duda, en una pieza clave para que su familia saliera adelante con mucho esfuerzo y pasando algunas penurias. En sus memorias, que escribió a los 90 años, comienza diciendo que cuando terminó la escuela primaria le dijo a su padre que tenía ganas de trabajar y agrega: "...desde entonces he tenido la fortuna de que ese deseo me acompañara toda la vida". Y así fue. El valor que le dio al trabajo ha sido un modelo para mi propio desarrollo personal. Mi padre fue un autodidacta. Era un hombre culto e instruido, cuyos estudios formales solo llegaron hasta el fin de la escuela primaria. En 1936 comenzó a trabajar en un banco, finalizando su carrera bancaria 70 años después. En su destacada actuación figura haber sido presidente de entidades bancarias así como de múltiples organismos del campo empresarial. Luchando hasta el final por aprovechar la vida, falleció el 30 de Diciembre de 2011.

Mi familia fue una base sólida para mi crecimiento personal. Mis padres, muy influidos por su historia de pérdidas se ocuparon firmemente de asegurarnos sustento, educación y previsibilidad. En mi casa la vida era muy ordenada y predecible. Adjudico a estas constantes, la sensación de seguridad que acompañó mi infancia. Otras características que aprecié con el tiempo fueron la disciplina y el sentido de responsabilidad. Sin embargo, algo que sentía que faltaba me impulsó a la búsqueda en mi vida posterior: hablar de sentimientos dolorosos. Básicamente reinaba una modalidad de comunicación que entendí como auto-protectora para ellos, que consistía en evitar hablar de todo aquello que implicara lo contrario a un modelo de vida en apariencia sin problemas. Tal vez en su interés por no preocuparnos evitaban mostrarnos y compartir un costado de la vida que yo veía y sentía, pero no encontraba el espacio para manifestar. Sin duda mi interés por la Psicología estuvo teñido por esta necesidad de permitir que el crisol de experiencias humanas pueda

encontrar un canal de expresión liberador.

Mi vocación se nutrió además de otras fuentes, desde las historias de amistad de mi abuela materna con Alfred Adler en los cafés de Viena hasta la necesidad de entender el sufrimiento de mi madre y su familia que se mantuvo vivo en la sangre, en los recuerdos, en la nostalgia, la ausencia de lo perdido siempre presente. Desde pequeña deseaba poder hablar con palabras que ayudaran, que aliviaran, que descomprimieran el dolor guardado. Encontré la respuesta cuando empecé a estudiar Psicología. La circunstancia determinante no fue el estudio en sí mismo. Fue por un encuentro que marcaría mi vida hasta el día de hoy. Un profesor que tuve en el año 1977 y se convirtió en mi Maestro, Héctor Fernández-Álvarez. Era un hombre joven que consideré brillante desde el primer momento y que para decirlo de manera muy sintética “decía las cosas como son”. Me confirmó la confianza en el valor de la palabra: hablar alivia, hablar cambia la realidad. Para ilustrar este punto y cerrar una primera etapa de mi vida,

citaré una vez más el libro de mi padre en su Introducción: “...en una conversación con el doctor Héctor Fernández-Álvarez, eminente psicólogo, excelente persona y amigo, él me manifestó- después de oírme una vez más hablar de mis experiencias-que tenía que reflejarlas en un libro, cosa que he decidido hacer”.

En 1981 después de 5 años de noviazgo, me casé con Javier González, un compañero de colegio, un año mayor. Una persona extraordinaria con quien atravesamos caminos y obstáculos propios de las distintas etapas de una larga y fructífera relación. Es un hombre de grandes valores al que tengo una gran admiración y con quien cada día me une el amor. Javier se dedica a la consultoría y capacitación de empresas, lo que incluye ser asesor de pequeños emprendedores rurales en todo el país, como parte de una vocación de servicio comunitaria. Tuvimos dos hijos: Marina de 32 años y Alejandro de 31 años. Ambos casados con excelentes personas y padres cada uno de ellos de maravillosos hijos:

Felipe y Bruno. Marina es psicóloga y trabaja con pacientes severamente perturbados. Alejandro estudió abogacía pero antes de terminar sus estudios, sabía que su vocación era la de ser locutor y está terminando esta segunda carrera, mientras trabaja como actor de doblaje. Podría describir de ellos muchas virtudes pero sería difícil elegir cuales nombrar. Solo diré que mi amor y mi admiración por ellos son el motor de mi vida.

Mi carrera profesional comenzó antes de recibirme en 1980. Ya en 1978 empecé a participar de un naciente proyecto, el Centro de Investigaciones Psicopatológicas (C.I.P) que luego pasaría a denominarse Centro de Estudios Humanos y se convertiría en 1994 en la Fundación Aiglé. Había conocido a Héctor y junto con algunos compañeros que buscábamos ampliar nuestro horizonte universitario nos reuníamos los sábados para debatir, estudiar y bucear en temas de la Psicología que me parecían apasionantes y que no figuraban en el programa curricular universitario. En estas circunstancias nos invitó a formar parte de la aventura que era

una institución naciente en plena dictadura militar que estábamos viviendo en nuestro país. Un espacio de creación y libertad. En aquel momento aún no dimensionaba el alcance de ese período negro de nuestra historia. Estaba todo por hacerse y me encontré con personas dedicadas con entusiasmo al proyecto. Cuando salía de la facultad participaba de las actividades, escribía cartas para contactarnos con el mundo profesional en el exterior y me ocupaba de la biblioteca apenas se creó, cuando Héctor puso sus libros a disposición de la institución para crear la base física de nuestro conocimiento compartido. A mí siempre me gustó estudiar y el tema de la mente humana me apasionaba. En ese entonces tenía apenas 20 años y disfrutaba mucho de esta inmersión en el mundo de la psicología.

Desde que me recibí, el grupo que luego sería Aiglé, me facilitó generosamente empezar a atender pacientes con su supervisión mientras seguía haciendo cursos para especializarme como terapeuta. Desde el inicio me dediqué a la asistencia de pacientes adultos.

Héctor continuó guiándome en mi desarrollo y en la formación de posgrado hasta constituirse en el director de mi tesis doctoral. En esos primeros años de profesión seguía participando activamente en tareas administrativas, de desarrollo científico, en la convocatoria y participación de nuevos integrantes. En 1983 comencé a desarrollar tareas docentes y a formar parte de la Comisión Directiva. Ese año dije unas palabras inaugurales en nuestra nueva sede en el barrio de Belgrano. Me sentía feliz de estar involucrada en un proyecto con personas tan valiosas y para el que todos avizorábamos un gran futuro.

En 1986 comencé a hacer una práctica de concurrencia en el Sanatorio Municipal Julio A. Méndez que se extendió hasta 1994 y donde empecé a especializarme en pacientes con enfermedades físicas. Ese mismo año ingresé como ayudante en la Cátedra de Métodos y Técnicas Psicoterapéuticas de la Universidad de Belgrano que estaba a cargo de Fernández- Alvarez y que él dejaría a mi cargo en 2014. De la misma manera ingresé a la Cátedra de

Psicología Cognitiva en la Universidad Maimónides en 2007 y quedé a cargo a partir de 2010.

En el área docente de la Fundación Aiglé, comencé participando de los cursos de actualización que pronto se transformarían en una carrera de posgrado que desde hace 20 años tomó la forma de Carreras de Especialización en Psicoterapia a través de convenios con la Universidad Nacional de Mar del Plata y la Universidad Maimónides. Actualmente impartimos clase regularmente tanto en Buenos Aires como en otras ciudades de Argentina y en Paraguay, lo que nos permite entrenar en nuestro modelo integrativo de psicoterapia a 500 terapeutas por año. Desde 2001, coordino la Maestría en Clínica Psicológica Cognitiva dirigida por Héctor en la Universidad de Belgrano. En esa misma universidad, fui Directora de la Carrera de Psicología entre 2002 y 2004.

En 2009 comencé a dar clase en maestrías en psicoterapia integrativa en las ciudades de Quito y Cuenca en Ecuador, donde al gusto por esa tarea se unió el cálido recibimiento de los

profesionales de ese bello país. Desde 2011 integro el plantel docente de la maestría que la Fundación Aiglé dicta con la Universidad de Valencia en España. Sin duda, la docencia es hasta el día de hoy una de las actividades que más disfruto en mi trabajo. Formo parte también del plantel de supervisores en el marco del programa desarrollado en Aiglé.

En el campo de la investigación coordino el departamento correspondiente en la institución, donde llevamos adelante diversos proyectos multicéntricos con el esfuerzo de la fundación, que provee los medios en un campo y en una región en el que los subsidios resultan difícilmente accesibles. El programa central de investigación sobre el Estilo Personal del Terapeuta lo llevamos adelante con el equipo liderado por Sergi Corbella Santomá en la Universidad Ramón Llull de Barcelona, España. Entre otros proyectos, está en curso una investigación para evaluar la satisfacción de los estudiantes con nuestro programa de entrenamiento. Desde 2003 participo activamente de la *Society for Psychotherapy Research*

(SPR). Integro desde 2012 el Comité de Finanzas de esa organización y el Comité de Evaluación de trabajos para el premio *Student Award* que otorga el Capitulo Latinoamericano de SPR. Integro también de la Sección Especial de SPR dedicada a la investigación de programas de entrenamiento y desarrollo de terapeutas. En 2015 se ha publicado en la revista de esa sociedad un artículo cuyo primer autor es Fernández-Alvarez y del que soy una de los co-autores junto con Fernando García, que describe la historia y el presente de nuestro programa de investigación. Asimismo, desde 2012 formo parte del *Obsessive Compulsive Working Group*, liderado por David Clark en Canadá, actividad que se asocia a una especialidad que incorporé en el área asistencial, la de los trastornos obsesivo-compulsivos. En el campo de la integración en psicoterapia, tempranamente en mi carrera comencé a tomar contacto con las organizaciones internacionales dedicadas a este tema. En 1991 realicé mi primer viaje profesional internacional a Londres para participar del VII Congreso de la

Society for the Exploration of Psychotherapy Integration (SEPI). En 1992 pasé a coordinar la Red Regional de SEPI en Argentina y en 1994 estuve a cargo del Comité Organizador del X Congreso de SEPI en Buenos Aires. En 2012 integré el Comité de Redes Regionales de SEPI y en 2014 fui elegida Vice-presidente en las primeras elecciones de SEPI desde su fundación en 1983. Actualmente soy la Presidente electa para 2016, siendo John Norcross el Presidente en ejercicio. Mi función actual es también la de coordinar del Comité Científico del programa del 32º Congreso que tendrá lugar en Dublin, Irlanda, en 2016. ¡Bienvenidos todos!

En Latinoamérica formo parte de la *Asociación Latinoamericana de Psicoterapias Integrativas* (ALAPSI) desde su nacimiento en 2006 y participo anualmente con la red de terapeutas argentinos y uruguayos de las *Jornadas Rioplatenses de Psicoterapia Integrativa* que se organizan en el marco del *Congreso de la Asociación Argentina de Salud Mental*.

Desde 2014 tengo el gran orgullo y la responsabilidad de ser Presidente de la Fundación Aiglé. Mi carrera comenzó en esta institución y desde allí se desarrolló. La labor, el amor por el conocimiento, el deseo de ayudar, la creatividad para atravesar los momentos difíciles han sido para mí las notas distintivas de este proyecto. Es una alegría trabajar con este extraordinario grupo humano y con nuestros colegas del exterior, mucho de ellos queridos amigos con los que compartimos los propósitos que alimentan nuestra profesión. Siento un gran agradecimiento.

Veó el futuro con mucho optimismo por lo que queda por recorrer de esta travesía y por lo que las nuevas generaciones puedan construir a partir de lo logrado. La historia continúa, eso es lo mejor.

ADiestRAMIENTO EN INOCULACIÓN DEL ESTRÉS APLICADO A SERVIDORES PÚBLICOS MEXICANOS CON SÍNDROME DE DESGASTE OCUPACIONAL (BURNOUT) Y ESTRÉS.

Becerra Rebelo, Carlos* Sánchez Reyes, Mariana y Heman
Contreras Arturo ****

*Universidad Anáhuac, **Instituto de Terapia
Cognitivo Conductual en México (I.T.C.C.)

RESÚMEN: Esta investigación tuvo el objetivo de evaluar la efectividad del Adiestramiento en Inoculación del Estrés en Servidores Públicos mexicanos. Fueron 12 participantes, que reportaron síntomas del Síndrome de Desgaste Ocupacional y elevada percepción de estrés. Seis del grupo experimental, 3 mujeres y 3 hombres, con media de 45 años de edad. Y seis para el grupo control, 4 mujeres y 2 hombres, con media de 39.83 años de edad. Se utilizaron la Escala de Desgaste Ocupacional y la Escala de Estrés Percibido. Se impartió el Taller de 6 sesiones de dos horas cada una. Se aplicó una Escala Visual Analógica (EVA) para monitorear los síntomas. Se realizaron análisis con la prueba *t de student* con el promedio de puntajes pre y post en cada variable, en todas hubo disminución después del tratamiento, la significancia estadística fue para la Insatisfacción del logro, con esa misma prueba al analizar los puntajes de las EVA antes y después de cada sesión, hubo mejoría significativa para el agotamiento, ansiedad, impaciencia, sentimientos de culpa y dolores en el pecho/taquicardia. Se realizaron dos ANOVA, uno para las EVA, en el que la diferencia estadísticamente significativa de disminución a lo largo de las sesiones fue para la ansiedad, tristeza, impaciencia, desilusión, insomnio y padecimientos respiratorios. El otro se usó para observar las diferencias por grupo, se encontró significancia en el agotamiento para el grupo experimental, que puntuó menos que el control.

PALABRAS CLAVE: Síndrome de Desgaste Ocupacional, Burnout, Estrés, Adiestramiento en Inoculación del Estrés, Servidores Públicos Mexicanos, Terapia cognitivo-conductual, diseño pretest-postest, grupo control, grupo experimental.

ABSTRACT: This research has the objective of assessing the effectiveness of a Stress Inoculation Training intervention in Mexican public servers. There were 12 participants, who reported symptoms of Burnout Syndrome and high perception of stress. Six for the experimental group, 3 women and 3 men, with mean age of 45. Six for control group, 4 women and 2 men, with a mean age of 39.83. The measurement instruments were the Burnout Scale, and the stress perceived scale for both groups. There were 6 sessions, two hour each. Before and after sessions, it was used a Visual Analogic Scale (VSA) for monitoring the symptoms. It was used a *t student* test to get the variable's mean before and after treatment. The statistical significance is shown for the achieving dissatisfaction. It was analyzed the VSA, the statistical significance of improvement was for the exhaustion, anxiety, impatience, guilt feelings, and chest pains/tachycardia. It was used an ANOVA for the VSA, the statistical significance of gradual decreasing was for the anxiety, sadness, disillusion, insomnia, and respiratory ailments. An other ANOVA for the differences per group, showed statistical significance for the exhaustion in which the experimental group scored lower than the control one.

KEY WORDS: Burnout Syndrome, Stress, Stress Inoculation Training, Cognitive behavioral intervention, pretest – posttest design, control group, experimental group.

INTRODUCCIÓN

Existen datos emitidos por la Organización Mundial de la Salud [OMS] y la Organización Internacional del Trabajo [OIT] en donde se muestra que los accidentes y enfermedades laborales están aumentando. De tal forma que a diferencia de 1.1 millones de accidentes y enfermedades laborales que produjeron la muerte a trabajadores en el año 2001, para el año 2002 fueron 1.2 millones. Y en esas cifras el estrés fue uno de los principales padecimientos. Sin embargo mientras en otros países el síndrome de burnout ya era considerado como patología laboral, hasta hace siete años en México aún no lo era. En 2010, la OMS realizó un estudio sobre estrés laboral y para sorpresa de todos, México ocupó el segundo lugar de esta amplia lista, sólo un lugar después de China (Gutiérrez, 2012).

El Síndrome de Desgaste Ocupacional o “Burnout” se puede presentar en cualquier persona que se desempeñe principalmente como prestadora de

algún servicio humano, entre ellos los Servidores Públicos, ya sea que presten servicio al exterior o interior de la Dependencia. El término con el que se denomina a este padecimiento surgió en E.U.A., sin embargo fue por primera vez definido por Freudenberger en 1974 e investigado posteriormente por Maslach y Jackson (a partir de 1976), quienes han hecho grandes aportaciones a la línea de investigación sobre este tema. Pines y Aronson (1988, en Buendía, J. y Ramos, F. 2001), definieron a este síndrome como el estado en el que se amalgaman tanto el cansancio emocional, como también el físico y mental, así también se encuentran entremezclados los sentimientos de impotencia, inutilidad y aprisionamiento, derivado de lo anterior demuestran una disminución de entusiasmo por los aspectos más importantes de su vida, siendo uno de los primordialmente afectados el trabajo y su autoestima.

El estrés ha sido de igual forma un tema ampliamente estudiado durante los últimos siglos, particularmente en el ámbito del desarrollo organizacional, surge la necesidad de verificar métodos que permitan su reducción y adecuado

manejo. Lazarus y Folkman, autores que han destacado en el estudio de este tema, lo definen de la siguiente manera: *“El estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”*, ofreciendo así una visión transaccional entre la persona y la situación estresante. (Lazarus y Folkman, 1991).

El enfoque terapéutico que ha mostrado mayor efectividad en este tipo de población es el Cognitivo Conductual, utilizando estrategias individuales, sociales y organizacionales, así como técnicas psicopedagógicas. Este modelo tiene una estructura definida y se maneja de forma dinámica ante el paciente, permitiendo ver resultados a corto plazo, en comparación con otras terapias. Está centrado en el presente (aquí y ahora) de la problemática del cliente para observar mejoría en situaciones psicológicas y un cambio filosófico de vida que se busca sea perdurable. Heman y Oblitas (2003).

Es por lo anterior que surge la necesidad de comprobar la eficacia de

un modelo de intervención, para sentar las bases y que posteriormente éste pueda ser probado a nivel preventivo, para así disminuir la aparición del Síndrome de Desgaste ocupacional y estrés, que puedan afectar a diversos Servidores Públicos de México.

MÉTODO

Participantes

La selección de la muestra fue no probabilística e intencional y constó de doce servidores públicos mexicanos, seis para el grupo experimental, de los cuales el 50% fueron mujeres y 50% hombres, con una media de 45 años de edad (35 a 53 años), el 66.7% reportó tener pareja y el 33.3% no tenerla, un 100% con hijos, ese mismo porcentaje con estudios universitarios con una media de sueldo mensual de \$23,666 (de \$10,000 a \$37,000), una jornada laboral promedio de 8.83 hrs. (de 7 a 11 horas), indicaron realizar una media de ejercicio semanal de 1.33 hrs. (de 0 a 5 hrs.), el 33.3% sí fuma y 66.7% no fuma, el 33.33% asistió a 4 sesiones, 16.7% a 5 sesiones y 50% a 6 sesiones. Y seis para el grupo control, de los cuales el 66.7% fueron mujeres y 33.3% hombres, con una media de 39.83 años de edad (27 a 49 años), el 50% reportó tener pareja y el otro 50% no tenerla, esos mismo porcentajes para los hijos, un 50% con

estudios de bachillerato, 33.33% estudios universitarios y 16.6% de posgrado, con una media de sueldo mensual de \$21,333 (de \$17,000 a \$30,000), una media de jornada laboral de 8.17 horas (de 8 a 9 horas), indicaron realizar una media de ejercicio semanal de 3 horas (0 a 6 horas) y el 16.7% dijo que sí fuma, mientras el 83.3% no lo hace.

Instrumentos

1. La Escala de Desgaste Ocupacional (EDO), es la versión final, validada y confiable de la EMEDO (Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional) que tomó como base el MBI (Maslach Burnout Inventory), para estandarizarlo a población mexicana, Uribe, P. F. (2010). Se compone de 105 reactivos 30 de Burnout, 40 psicosomáticos y 35 socio demográficos.

Los factores que evalúa la EDO son (Uribe, 2010): Cansancio Emocional (agotamiento); Despersonalización; Baja realización personal y Factores psicosomáticos.

2. La Escala de Estrés Percibido se aplicó pre y post tratamiento, en su versión adaptada y validada al español por González y Landero (2007), extraída de la original construida por

Cohen, Kamarak y Mermelstein en 1983. Consta de 14 reactivos y se realiza en un tiempo aproximado de ocho a diez minutos. Va dirigida a población con edad a partir de los 18 años, aunque también puede utilizarse en edades inferiores siempre y cuando haya garantías de su comprensión. En la versión utilizada la puntuación va de nunca -0- a muy a menudo -4-. Invirtiéndose la puntuación en los ítems: 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13. La mayor puntuación corresponde a mayor estrés percibido. González y Landero (2007), encontraron sobre su confiabilidad una adecuada consistencia interna ($\alpha=.83$).

3. Se otorgó a cada participante tanto al inicio, como al final de cada sesión una Escala Visual Analógica que consta de una lista con 14 síntomas, en los que cada persona marcó la intensidad percibida del 0 al 10, siendo el cero la más baja intensidad y diez la mayor. De esa manera se pudo valorar si durante el proceso de intervención existían o no cambios en ese sentido para cada uno de los sujetos. Fue elaborada con base en la variada literatura que señala los síntomas característicos derivados del estrés.

Procedimiento

Se visitó la institución pública elegida para solicitar a las áreas sindical y gerencial, que se permitiera la realización del proyecto. Éstas autorizaron una plática inicial en la que se exhortó a participar del taller, ahí mismo se les informó que éste era con fines de investigación y se les explicó que toda la información de datos personales otorgada sería tratada con absoluta confidencialidad. Se aplicó el instrumento diagnóstico (EDO), después de valorarlo y detectar si existía el padecimiento en cualquiera de sus fases, de los que resultaron con indicadores del Síndrome, se escogieron al azar a nueve personas para participar en el taller y se dejó una lista de espera de ocho. Cabe señalar que antes de comenzar con el proceso, se dio a firmar a cada participante una carta de consentimiento informado, donde se reitera el fin académico y de investigación del proyecto, acepta su libre y voluntaria participación y se le dio a conocer que puede retirarse en el momento que desee, así como también se subraya la confidencialidad sobre sus datos personales.

Se impartió el Taller de Adiestramiento en Inoculación del Estrés a los

participantes seleccionados que constó de 6 sesiones de dos horas cada una, divididas de la siguiente manera: una en la que se trató la conceptualización del estrés, dos en las que se llevó a cabo el adiestramiento en relajación y estrategias cognitivas, dos para entrenamiento en solución de problemas y auto instrucciones, por último una para tratar la consolidación y puesta en práctica de lo aprendido. A continuación se explica

brevemente en qué consistió cada una de las sesiones.

El grupo control permaneció en lista de espera, posteriormente se le aplicaron nuevamente los instrumentos de evaluación, sin embargo no se le impartió el taller.

Variables (EDO)	Media antes	Media después	t	gl	p
Agotamiento	55.83	44.67	2.220	1	.077
Despersonalización	45.33	44.17	0.323	1	.760
Insatisfacción de logro	55.50	43.67	3.032	1	.029*
Trastornos del sueño	58.33	48.00	1.528	1	.187
Trastornos psicosexuales	76.33	61.00	1.681	1	.154
Trastornos gastrointestinales	52.00	47.67	1.316	1	.245
Trastornos psiconeuróticos	58.17	49.17	1.075	1	.331
Dolor	65.00	51.50	1.464	1	.203
Indicador ansiedad	59.00	52.00	0.934	1	.393
Indicador depresión	48.50	40.00	0.898	1	.410
Variable (EEP)	Media antes	Media después	t	gl	p
Estrés percibido	29.17	19.50	-0.672	1	.531

Resultados

Con la intención de obtener resultados del pre y post test para el grupo experimental (N=6), se realizó una prueba *t de student* utilizando el programa estadístico SPSS versión 21, en donde se adquirió la media de puntajes antes y después del tratamiento para cada variable (Agotamiento, Despersonalización, Insatisfacción del logro, trastornos del sueño, trastornos psicosexuales, trastornos gastrointestinales, trastornos psico neuróticos, dolor, indicador

de ansiedad, indicador de depresión y estrés percibido). Dichos resultados se encuentran expuestos en la tabla

Tabla 1.

Prueba t de Student para muestras relacionadas: Resultados del Grupo Experimental (N=6), pre y post test de la Escala de Desgaste Ocupacional (EDO) y Escala de Estrés Percibido (EEP)

Nota: *Diferencias estadísticamente significativas ($\alpha \leq .05$).

Con el objetivo de verificar si existió disminución sintomatológica estadísticamente significativa en el grupo experimental, se corrió otra prueba *t de Student* para muestras relacionadas, utilizando los datos proporcionados por parte de los pacientes con respecto a la intensidad en que sentían catorce síntomas característicos de estrés y del Burnout, en las Escalas Visuales Analógicas al inicio y final de cada sesión, cabe señalar que fueron respondidas 62 de 72 que debieron ser, ya que en las sesiones 1 y 2 los seis sujetos la contestaron, pero en las sesiones 3,4 y 5 solo cinco de ellos lo hicieron y en la sexta sesión, cuatro. Tabla 2.

Tabla 2. Resultados 't de student', de la aplicación de la Escala Visual Analógica antes y después de cada

Variable	Media general	F	gl	p
Estrés	3.95	1.008	5/56	.421
Agotamiento	3.69	.860	5/56	.514
Ansiedad	3.19	2.393	5/56	.049*
Tristeza	2.45	2.529	5/56	.039*
Impaciencia	2.63	2.765	5/56	.027*
Desilusión	2.27	3.680	5/56	.006*
Sentimientos de culpa	1.73	1.390	5/56	.242
Desmotivación	2.21	1.720	5/56	.145
Dolores de espalda	3.95	2.222	5/56	.065
Dolores en el pecho/taquicardia	1.34	.998	5/56	.428
Padecimientos estomacales	3.19	.587	5/56	.710
Dolores de cabeza	3.08	1.834	5/56	.121
Insomnio	2.85	3.366	5/56	.010*
Padecimientos respiratorios	2.48	3.654	5/56	.006*

sesión

Nota: **Diferencias estadísticamente significativas ($\alpha \leq .05$ y $\alpha \leq .001$).

*Puntajes marginales.

En apoyo a lo anterior, pero con la meta de analizar los resultados (reporte de la intensidad de los síntomas de estrés) de la Escala Visual Analógica, en cada una de las sesiones se realizó un Análisis de Varianza simple (One way ANOVA), los datos se muestran en la tabla 3.

Tabla 3. Resultados ANOVA del reporte por sesión de disminución paulatina de cada uno de los síntomas de la Escala Visual Analógica.

Nota: *Diferencias estadísticamente significativas ($*\alpha \leq .05$; $**\alpha \leq .001$).

Para obtener los resultados del pre y post test del grupo control, se realizó una prueba *t de student*, a través de la cual se adquirió el promedio de puntajes antes y después del tratamiento para cada variable (Agotamiento, Despersonalización, Insatisfacción del logro, trastornos del sueño, trastornos psicosexuales, trastornos gastrointestinales, trastornos pisco neuróticos, Dolor, indicador de ansiedad, indicador de depresión y estrés percibido). Tales datos se encuentran expuestos en la tabla 4.

Tabla 4. Prueba t de Student para muestras relacionadas: Resultados del Grupo Control (N=6), pre y post test de la Escala de Desgaste Ocupacional (EDO) y Escala de Estrés Percibido (EEP).

Variable	\bar{X} gral.	media pre	media post	t	gl	p
Estrés	3.95	4.74	3.16	3.036	51	-.004
Agotamiento	3.69	4.35	3.03	2.126	60	.038**
Ansiedad	3.19	4.06	2.32	3.084	50	.003**
Tristeza	2.45	3.03	1.87	1.948	54	.057*
Impaciencia	2.63	3.39	1.87	2.598	49	.012**
Desilusión	2.27	2.77	1.77	1.682	60	.098
Sentimientos de culpa	1.73	2.23	1.23	2.007	49	.050**
Desmotivación	2.21	2.58	1.84	1.250	60	.216
Dolores de espalda	3.95	4.61	3.29	1.959	60	.055*
Dolores en el pecho/taquicardia	1.34	1.74	0.94	2.126	48	.039**
Padecimientos estomacales	3.19	3.65	2.74	1.253	60	.215
Dolores de cabeza	3.08	3.61	2.55	1.542	56	.129
Insomnio	2.85	3.29	2.42	1.345	60	.184
Padecimientos respiratorios	2.48	2.97	2.00	1.696	49	.096

Variable (EDO)	Media antes	Media después	t	p
Agotamiento	60.33	59.83	.108	.918
Despersonalización	48.50	57.00	-1.173	.294
Insatisfacción de logro	57.17	61.00	-.665	.535
Trastornos del sueño	69.17	70.67	-.130	.901
Trastornos psicosexuales	63.50	77.17	-.989	.368
Trastornos gastrointestinales	60.83	62.83	-.384	.717
Trastornos psiconeuróticos	63.83	65.83	-.219	.835
Dolor	72.33	62.00	1.548	.182
Indicador ansiedad	62.00	55.00	1.244	.269
Indicador depresión	55.67	56.50	-.177	.866
Variable (EEP)	Media antes	Media después	t	p
Estrés percibido	28.33	29.17	-.528	.620

Si bien no se observan cambios estadísticamente significativos en ningún factor, lo que sí se obtuvo para la despersonalización, insatisfacción al logro, trastornos del sueño, trastornos psicosexuales, trastornos gastrointestinales, trastornos psiconeuróticos, indicador de depresión y estrés percibido, es que el promedio en los puntajes se incrementó en el post test.

Para conocer las diferencias entre los dos grupos, así como las diferencias del pre y

post tratamiento, se realizó un Análisis de varianza (ANOVA) factorial de dos por dos: grupo (control y experimental), por momento (antes y después).

En cuanto a las diferencias por grupo únicamente se encontró significancia estadística en la variable de agotamiento (F. 4.818, $p < .040$), ya que el grupo experimental mostró menos agotamiento que el control, después de la intervención (media 50.25 contra media 60.08, respectivamente). A pesar de que no se

observó significancia estadística en los demás factores, cabe señalar que el grupo experimental en general puntúa más bajo en todos, en comparación con el grupo control.

Para las variables analizadas, respecto al momento de la evaluación (pre y post test) en ambos grupos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, sin embargo se observa una tendencia decreciente, es decir la mayoría de los puntajes (excepto despersonalización), bajan.

CONCLUSIÓN

Se cumplió con el objetivo de este trabajo, debido a que como se mostró en los resultados, la recuperación estadísticamente significativa se alcanzó para el grupo experimental en una de las dimensiones del Síndrome de Desgaste Ocupacional, que es la insatisfacción al logro ($t. 3.032, p < .029$) y en seis síntomas característicos del estrés, al medirlos antes y después de cada sesión: agotamiento ($t. 2.126, p < .038$); ansiedad ($t. 3.084, p < .003$); Impaciencia ($t. 2.598, p < .012$); Sentimientos de culpa ($t. 2.007, p < .050$) y Dolores en el pecho/taquicardia ($t. 2.126, p < .039$). Inclusive otros seis síntomas que mostraron significancia estadística al reducir sus medias

paulatinamente durante las seis sesiones, fueron: ansiedad ($F. 2.393, p < .049$); tristeza ($F. 2.529, p < .039$); impaciencia ($F. 2.765, p < .027$); Desilusión ($F. 3.680, p < .006$); insomnio ($F. 3.366, p < .010$) y padecimientos Respiratorios ($F. 3.654, p < .006$).

De igual manera disminución de puntajes después del tratamiento se mostró en todas las dimensiones del síndrome, así como para los factores psicossomáticos, el estrés y los síntomas de éste en el grupo experimental, ya que Agotamiento Emocional redujo su *media* inicial de puntuación en la prueba de 55.83 a 44.67; Despersonalización de una media de 45.33 a 44.17; Trastornos del sueño de una media 58.33 a 48.00; Trastornos psicosexuales de una media de 76.33 a 61; Trastornos gastrointestinales de una media de 52 a 47.67; Trastornos psiconeuróticos de una media de 58.17 a 49.17; Dolor de una media de 65 a 51.50; Indicador de ansiedad de una media de 59 a 52; Indicador de Depresión de 48.50 a 40 y estrés percibido de una media de 29.17 a 19.5. Así mismo, hubieron síntomas característicos de estrés y desgaste ocupacional evaluados en la EVA, que

no tuvieron diferencias estadísticamente significativas, pero si redujeron sus medias de intensidad, estos fueron: Estrés de 4.74 a 3.16; Tristeza de 3.03 a 1.87; Desilusión de 2.77 a 1.77; Desmotivación de 2.58 a 1.84; Dolores de espalda de 4.61 a 3.29; Padecimientos estomacales de 3.65 a 2.74; Dolores de cabeza de 3.61 a 2.55; Insomnio de 3.29 a 2.42 y padecimientos respiratorios de 2.97 a 2, presumiblemente lo anterior se debió a que la intervención y la práctica cotidiana de las técnicas aprendidas a lo largo del taller permitieron a los pacientes generar mayor bienestar a través de una percepción más flexible y adaptativa, así como mejor resolución de sus problemas cotidianos.

En contraste con lo anterior, para el grupo control, se observó un incremento del pretest al postest en los puntajes de ocho de los factores evaluados, que si bien no fue estadísticamente significativo, vale la pena mencionarse: Despersonalización tuvo una media de puntaje inicial de 48.50 que subió a 57; Insatisfacción al logro de 57.17 a 61; Trastornos del sueño de 69.17 a 70.67; Trastornos piscosexuales de 63.5 a 77.17; Trastornos gastrointestinales de

60.83 a 62.83; Trastornos psiconeuróticos de 63.83 a 65.83; Indicador de depresión de 55.67 a 56.50; Estrés percibido de 28.33 a 29.17. Lo anterior puede deberse a que este grupo no adquirió las habilidades de afrontamiento a diferencia del grupo bajo tratamiento, que sí lo hizo.

Como producto del análisis estadístico, se encontró que los cambios significativos se observaron en lo reportado por los pacientes para la Escala Visual Analógica y al intentar responder la pregunta: *¿por qué existió mayor diferencia estadísticamente significativa en esa Escala, que en la demás?*, podríamos presumir que fue debido a que dicha escala se compone de sintomatología emocional la cual es más fácil y rápida de monitorear por parte de los seres humanos, a diferencia de un síntoma o signo físico en el que podría requerirse que transcurra mayor tiempo para notarlo y por lo tanto referirlo. Aunado a lo anterior, es importante resaltar que esta escala fue respondida de manera frecuente conforme al avance del proceso, lo que proporcionó inmediatez respecto al reporte de las sensaciones de los pacientes. En apoyo a lo anterior, se

puede añadir que como resultado del Análisis de Varianza Factorial también se observó para el grupo experimental en contraste con el Control, un cambio con significancia estadística para el agotamiento emocional, y en la prueba t de student para el grupo experimental se obtuvo una mejoría significativa en el factor de insatisfacción de logro, que son igualmente de naturaleza emocional.

DISCUSIÓN

Si bien es cierto que los cambios en la Escala de Estrés Percibido no fueron significativos a nivel estadístico, sin embargo, catorce de los síntomas característicos de ese factor, verificados en cada sesión con la EVA sí lo fueron, por lo tanto se podría decir que es posible que la sensibilidad del instrumento de medición (EEP) no haya sido la más adecuada en la medición de las variables estudiadas, así también se resalta que el monitoreo inmediato de mejoría sintomatológica a través de la EVA pudo ser más revelador en esta muestra. En sustento a esto Ramírez y González (2013), como producto de un estudio comparativo entre grupos control y experimental, en el que utilizaron estrategias Cognitivo-Conductuales para el manejo del estrés en alumnos mexicanos de bachillerato, también basadas en el modelo

de Entrenamiento en Inoculación del Estrés, encontraron disminución en síntomas de estrés y pensamientos automáticos al finalizar el programa. Así como también, Pérez y Rodríguez (2011), posterior a su investigación basada en la valoración de las estrategias de afrontamiento usadas por un grupo de once elementos de la unidad técnica de emergencias médicas de la Cruz Roja Costarricense, en donde realizaron una sesión de intervención basada en el Entrenamiento en Inoculación del Estrés, obtuvieron reducción en síntomas característicos de estrés en los participantes. De igual forma, para valorar la eficacia de la Terapia de Afrontamiento, basada en técnicas Cognitivo Conductuales en el manejo de estrés y comprobar si disminuye la percepción de los síntomas somáticos auto informados, Peralta, Robles, Navarrete y Jiménez (2009), realizaron un estudio de 13 sesiones de hora y media cada una, en el que participaron 22 pacientes con Lupus y 30 con alto nivel de estrés aunque “sanos”. Concluyeron que los dos grupos presentaron disminución estadísticamente significativa en experiencias vitales estresantes, vulnerabilidad al estrés y ansiedad, siendo el grupo de las personas sanas el que mostró mayor efecto en las variables mencionadas. Ambos presentaron mejora de la función física y se produjo una disminución de los síntomas somáticos percibidos, después del tratamiento. A su

vez, Vera-Villaroel, Valenzuela y Abarca (2005), después de una intervención cognitivo conductual con Profesores, de cinco sesiones de cuatro horas en las que usaron *herramientas del Entrenamiento en Inoculación del Estrés*, notaron decremento en la ansiedad- estado, la depresión y observó mejora en la asertividad. Finalmente Forman (1982, en Meichenbaum, 1988) después de aplicar el EIE a maestros de institutos de enseñanza media, compuesto de seis sesiones semanales de dos a tres horas, observó un descenso de la ansiedad y estrés autoinformado, después de la prueba y en un control de seguimiento a seis semanas, así como un decremento de las manifestaciones motoras de ansiedad en clase.

Es importante enfatizar que considerando los cambios reportados en la Escala Visual Analógica, según el número de sesión, la menor intensidad se reportó en la sesión cuatro, en la que el contenido fue el entrenamiento en solución de problemas de D'Zurilla y Nezu (citados en Meichenbaum, 1988). Lo anterior puede obedecer a que en esa sesión los pacientes vieron los estresores como un problema (reto) a resolver y no como amenaza, lo que los motivó a elegir estrategias más activas de solución ante la situación, a tomar el

control del evento y mayor responsabilidad sobre los resultados (locus de control interno), incrementando la capacidad de generar opciones ante determinada situación complicada. Cabe señalar que al final de esa sesión se tomó tiempo para resolver problemas reales de cada paciente, así pudieron practicar en el aula (in vitro) la efectividad de la técnica, tanto en equipo como a nivel individual, lo que permitió una consolidación de lo aprendido ese mismo día. Como sustento a eso, en el programa de seis sesiones de Adiestramiento en Inoculación del Estrés, de dos horas cada una con Servidores Públicos de la Policía en Estados Unidos, por parte de Saranson, Jonson, Berberich y Siegel (1979, en Meichenbaum, 1988), se concluyó que el entrenamiento fue eficaz para reforzar las habilidades de afrontamiento de los participantes, sobre todo cuando se realizaron ensayos con escenas específicas de representación de situaciones reales con respecto a su trabajo.

Se puede resaltar que las estrategias de solución de problemas fortalecen las habilidades intelectivas, ya que permite trabajar las situaciones estresantes en

pasos sistematizados, tanto a nivel de definición, establecimiento de objetivos realistas, evaluación de pros y contras de cada solución, ente otros. Todo lo anterior permite deslindarse de la emoción, para realizar un análisis y concluir de manera lógica y racional. Y tomando en cuenta que el 100% de la población tiene estudios universitarios, se puede inferir que una técnica que sistematice y brinde soluciones lógicas, puede incrementar el reporte de bienestar, ya que en un momento dado proporciona mayor sensación de certeza y efectividad.

Se sugiere para posteriores estudios con poblaciones iguales o parecidas, que el número de la muestra sea más grande, para así incrementar la probabilidad de que exista mayor significancia estadística con respecto a las variables medidas. Así también podría alargarse el tiempo de duración de la intervención, para brindar mayor atención a la técnica de solución de problemas, que como se encontró fue la que mayor impacto tuvo en cuanto a disminución en la intensidad de los síntomas reportada por cada uno de los pacientes. Se propone de igual manera replicar el taller con el grupo control

(grupo en espera), para dar mayor fuerza y validez a la efectividad del programa (en caso de que ésta se compruebe nuevamente). Así como también correlacionar esos cambios significativos con variables como edad, género, escolaridad, cantidad de hijos, condiciones físicas y de ejercicio, entre muchas otras, para así incluso contemplar la posibilidad de que se realice un estudio longitudinal con las muestras para verificar la efectividad a largo plazo de la intervención terapéutica en todos los grupos sometidos a tratamiento, de acuerdo a diversos factores psicosociodemográficos.

REFERENCIAS

- Buendía, J. y Ramos, F. (2001). Empleo, Estrés y Salud. Madrid: Pirámide.
- González, M.T. y Landero, R. (2007). *Factor Structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a Sample from Mexico*. The Spanish Journal of Psychology, 10 (1), 199-206.
- Gutiérrez, T. (2012), ¿Eres víctima del burnout por el estrés laboral?, consultado el 01 de julio de 2014, en <http://www.altonivel.com.mx/>

[24293-eres-victima-del-sindrome-del-burnout-por-estres-cronico.html](http://www.librosdepsicologia.com/product_details.php?item_id=31).

Heman y Oblitas (2003) “Terapia Cognitivo Conductual”, libro electrónico disponible en: http://www.librosdepsicologia.com/product_details.php?item_id=31. Revisado en agosto de 2013.

Lazarus y Folkman (1991). Estrés y procesos cognitivos. España: Martínez Roca.

Meichenbaum, D. (1988). Manual de inoculación de estrés. México: Martínez Roca.

Peralta, M., Robles, H., Navarrete N. y Jiménez, J. (2009). Aplicación de la terapia de afrontamiento del estrés en dos poblaciones con alto estrés: pacientes crónicos y personas sanas. *Revista Salud Mental*. ISSN 0185-3325. Vol. 32. No. 3. México. Revisado el 6 de enero del 2014 en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000300009

Pérez, MJ. y Rodríguez, N. (2011). Estrategias de afrontamiento: un programa de entrenamiento para paramédicos de la Cruz Roja. Universidad Católica de Costa Rica. Costa Rica. *Revista Costarricense de Psicología* ISSN 0257-1439.

Vol. 30. No. 45 – 46. Pp. 17-33.

Ramírez, J., y González M., (2013). Estrategias Cognitivo-Conductuales para el manejo del estrés en alumnos mexicanos del bachillerato internacional. *Revista Alternativas en Psicología*, Vol. 17, No. 29. Universidad Autónoma de Nuevo León.

Uribe, P. F. (2010) Manual de Aplicación e Interpretación de la Escala de Desgaste Ocupacional. México: Manual Moderno.

Vera-Villaroel, Valenzuela y Abarca (2005) Evaluación de una intervención conductual intensa y breve para el manejo de estados emocionales: un estudio piloto. Universidad de Santiago de Chile. Chile. *Acta Colombiana de Psicología* 13, 121-131. 05.

Terapia de resolución de problemas en un paciente con Trastorno Negativista Desafiante **Problem Solving Therapy in a patient with Oppositional Defiant Disorder**

Autor: Gabriel Genise

Institución a la que pertenece: Fundación Aiglé, Buenos Aires, Argentina
Correo Electrónico: genisegp@gmail.com

Resumen: El presente trabajo describe el estudio de un caso de un niño de 9 años diagnosticado con Trastorno negativista desafiante. El tratamiento se basó en un programa de resolución de problemas, psicoeducación y prevención de recaídas. La duración del tratamiento fue de 5 meses a través de 20 sesiones y una entrevista de seguimiento al mes y a los 6 meses de finalizado el tratamiento. La sintomatología remitió parcialmente al concluir el tratamiento.

Palabras Claves: Trastorno negativista desafiante, tratamiento cognitivo conductual, estudio de caso

Abstract: The aim of this paper is to describe a case study of a 9 years old

child diagnosed with Oppositional Defiant Disorder. The treatment was based on a problem solving program, psychoeducation and relapse prevention. The duration of the treatment was 5 months through 20 sessions and a follow-up interview 1 month and 6 month once the treatment was finished. The symptoms partially remitted after treatment ends.

Key words: Oppositional defiant disorder, cognitive behavioral treatment, case study.

Introducción

El trastorno negativista desafiante (TND) presenta un patrón de enfado/ irritabilidad, discusiones, actitud desafiante o vengativa que dura al menos seis meses. Presentan al menos algunas de las siguientes características: perder la calma, estar

susceptible o molestarse con facilidad, estar enfadado o resentido, discutir con la autoridad o con adultos. A menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de la autoridad o normas, molesta a los demás deliberadamente o presenta un comportamiento rencoroso o vengativo. Así también, este trastorno va acompañado de un malestar en el individuo o en otras personas de su entorno social inmediato. Los trastornos no aparecen exclusivamente en el trascurso de un trastorno psicótico, un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno bipolar (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

El TND incluye los aspectos anteriormente mencionados e incluso puede verse acompañado de situaciones más severas en las que se ven involucrados comportamientos complejos tales como bullying, peleas, uso de armas, robos, entre otros (Kazdin, 2010). Así mismo, el TND es un cuadro complejo dado que si bien puede ser distinguido del comportamiento normal, las conductas que caracterizan al

trastorno son esperadas en ciertas etapas del ciclo evolutivo del niño. Es por esto que se sugiere en la literatura que el diagnóstico debe darse si: a) los comportamientos no pueden ser identificados con alguna etapa del desarrollo y b) cuando son severos comparados con lo esperable para su estadio evolutivo (Genise, 2014).

De acuerdo a datos epidemiológicos, el trastorno negativista desafiante presenta una prevalencia del 3%. La diferencia se nota en la presencia del trastorno en niños y niñas. La proporción encontrada es de 4:1. En la adolescencia la diferencia no es tan significativa 2:1 (Genise, 2014). Un estudio realizado en el año 2001 (Moffitt, et al.) observaron que si bien los niños presentan niveles más elevados de TND que las niñas, la diferencia de género se angosta en la adolescencia, sugiriendo que el período peri pubertad es uno particularmente riesgoso para los trastornos de conducta en la mujeres (Maughan, Rowe, Messer, Goodman y Metzger, 2004)

Las causas del trastorno son variadas. Kazdin (1985) resume los factores de riesgo para el desarrollo de un trastorno de conducta. En ese resumen, lista 6 categorías de factores familiares: 1) carga genética, 2) psicopatología parental, 3) interacción padre - hijo, 4) separación, divorcio y peleas maritales, 5) orden de nacimiento y tamaño familiar y 6) desventajas socioeconómicas (Essau, 2003).

Generalmente en edad escolar, el diagnóstico de TND se realiza mediante la obtención de información no solamente del niño, sino también, con información obtenida por los padres y la escuela a la que asiste, ya que ellos son los adultos más cercanos al niño y quienes interactúan con mayor frecuencia con él (Angulo Rincón, et al, 2010). Es importante poder tener en cuenta que los niños en muchas oportunidades experimentan problemas y conflictos con otros a lo largo de su ciclo evolutivo. De acuerdo a Piaget (1983) el hecho que un niño experimente conflictos, juega un rol importante en su desarrollo. Los conflictos, debates y disputas

ayudan a los niños a alejarse del etnocentrismo permitiéndoles entender que los otros tienen diferentes puntos de vista, pensamientos, emociones, motivos y necesidades. Es importante destacar que las estrategias utilizadas para resolver problemas pueden ser tanto pro sociales como anti sociales. Las conductas pro sociales son definidas como conductas intencionadas y voluntarias que abogan ser útiles y ayudar a una persona o un grupo (Dereli- Iman, 2013). Aquellos niños que carecen de competencias sociales se encuentran en riesgo de poseer muchas dificultades tales como: ser agresivos, ser dejado de lado por sus compañeros, fracasos escolares, insatisfacción social, ya en la juventud dificultades para conseguir trabajo o relacionarse con otros. Es por este motivo que han aparecido en los últimos años numerosos estudios sobre entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas (Maag, 2006)

El presente trabajo relata un tratamiento psicoterapéutico completo de un caso de Trastorno negativista desafiante en un niño. Se

utilizó como base del tratamiento la terapia de habilidades en solución de problemas (en inglés Problem - Solving Skills Therapy) propuesta por Kazdin (1995) con modificaciones propuestas por el autor. El presente trabajo se podría enmarcar dentro de los denominados diseño de caso único (Roussos, 2007)

Descripción del caso

El consultante es un niño de 9 años de edad, de clase media al que llamaremos con el nombre ficticio de Julián. Su familia está compuesta por su madre, padre y un hermano menor de 5 años de edad. Al momento de la consulta se encontraba cursando el 4to. Grado de escuela primaria en una institución de la ciudad autónoma de Buenos Aires. Acuden a la consulta los padres del menor y en ella relatan que Julián posee problemas de conducta, lo describen como un niño rencoroso, vengativo y con dificultades en poder controlar sus impulsos y razonar sobre sus actos. Esto le trajo problemas sistemáticamente desde los 5 años de edad. Recientemente debido a la dificultad que presenta en controlar sus impulsos tuvo un accidente

jugando con amigos en donde como resultante se provocó una fractura de craneo siendo necesaria una cirugía para solucionar el problema. Ambos padres refieren no saber qué hacer para que el niño pueda pensar sobre las consecuencias de sus acciones. En la escuela refieren un relato muy similar al de los padres con un historial de impulsividad y desafíos constante. Julián ha realizado tratamientos psicoterapéuticos anteriores por la misma problemática con resultados negativos. Se diagnostica un trastorno negativista desafiante, F93.1 según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). El presente diagnóstico se sustenta a partir de los siguientes indicadores: 1) a menudo se molesta con facilidad, 2) a menudo se siente enfadado, 3) discute con frecuencia con la autoridad, 4) frecuentemente rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad, 5) molesta a los demás deliberadamente, 6) frecuentemente culpa a los demás por sus errores o comportamiento, 7) es rencoroso, 8) se encuentra presente

un malestar en otras personas de su entorno social inmediato (padres y escuela) y 9) los comportamientos no aparecen en el transcurso de un trastorno psicótico, un trastorno por consumo de sustancias o uno bipolar. La intensidad del trastorno es moderada. La información para la confección del diagnóstico fue obtenida a partir de entrevistas con los padres, con el niño y con la escuela. Así también, se administraron las siguientes pruebas: el dibujo de la figura humana (Munsterberg Koppitz, 2007), el test giestáltico viso motor para niños (Munsterberg Koppitz, 1989), test de la persona bajo la lluvia (Querol, 2005). En todas las evaluaciones se vislumbran indicadores contundentes de impulsividad, agresividad y transgresión a las normas.

Tratamiento

Se diseñó un tratamiento de 20 sesiones y una entrevista de seguimiento al mes y a los seis meses de concluido el tratamiento utilizando como base orientativa la terapia de habilidades en solución de problemas (Kazdin, 2010) a la cual se han realizado modificaciones en su

formato original. Se presentan las intervenciones realizadas sesión por sesión y sus efectos. Se contó con la colaboración de los padres quienes participaron en forma separada en determinadas sesiones. El tratamiento comenzó en Febrero de 2014 y finalizó en junio del mismo año, las sesiones tenían una duración de 50 minutos con una frecuencia semanal.

Sesión 1

Una vez finalizado el proceso de admisión y evaluación en donde se planteó a los padres el diagnóstico, diseño de tratamiento, se acordaron en forma conjunta los objetivos del tratamiento y las metas, se lleva a cabo el primer encuentro dentro del encuadre de tratamiento con Julián. La presente sesión se destina a explicarle las características del tratamiento. Se explica al niño las reglas de trabajo en sesión. En cada sesión se mostrará una serie de 4 problemas acompañados de la "grilla de resolución de problemas" (Kazdin, 2010) la cual explica cuáles son los pasos que se deben realizar para tomar una decisión. Los mismos son: 1) definición del problema ¿Qué se

supone que debo hacer?, 2) Aproximación al problema ¿Qué posibilidades tengo?, 3) Focalizar la atención ¡Mejor me concentro!, 4) elección de respuesta ¿Qué opción tengo? Y 5) Evaluación ¿Elegí bien, mal o más o menos? (Kazdin, 1995). Se le explica al niño que dicha grilla lo irá acompañando a lo largo de las sesiones y servirá de ayuda para encontrar las respuestas a los problemas. También se explica que más adelante se irá retirando paulatinamente la grilla hasta que tenga que resolver los problemas sin ayuda. Se utilizará un sistema de economía de fichas (Ayllon y Azrin, 1976) en donde se otorgará una ficha por cada respuesta correcta y se quitará una por cada respuesta incorrecta (sistema de coste de respuesta) (Kazdin y Buela - Casal, 1994). Todos los niños comienzan el tratamiento con una ficha. Así también se pautan reglas de convivencia dentro del espacio terapéutico las cuales deben ser respetadas o en caso contrario se quitaría una ficha. Se explica al niño que al finalizar la sesión se otorgará una pizarra de “¿Cómo lo hice hoy?”

(con el fin de lograr la autoevaluación del proceso) en donde deberá marcar con una fibra si su desempeño fue muy bueno, bueno o no tan bueno. El terapeuta tendrá la misma pizarra y completará a su parecer cómo trabajo el niño en sesión. En caso de haber una coincidencia se otorgará otra ficha denominada “bonus track” haciendo un total de 5 fichas por sesión. Si no hay coincidencia en la elección del rendimiento del trabajo, el niño perderá una ficha acumulada. Se explica que al finalizar la sesión se dará la oportunidad de realizar un canje de fichas pero que también tiene la oportunidad de acumularlas y canjearlas más tarde. Por último, se comenta a Julián que hay otros niños que se encuentran realizando el mismo programa que él y que a partir de la sesión entrante él participará del “Ranking solución de problemas” el cual es una tabla de posiciones de acuerdo a las fichas acumuladas. Finalmente se redactan las reglas por escrito y ambos (niño y terapeuta) firman el reglamento. Julián se muestra muy entusiasmado por la propuesta planteada.

Sesión 2

En esta sesión se presentan problemas relativamente sencillos. Se utilizan problemas gráficos de secuenciación de imágenes y se le solicita al niño que complete la figura que falta. Durante la sesión, el terapeuta modela cómo utilizar la grilla para la resolución de problemas, utiliza refuerzos sociales ante cada conducta pro social que genera el niño. En esta oportunidad Julián obtiene 3 fichas y decide acumularlas.

Sesión 3

Julián comenta al inicio del encuentro que estuvo explicando a su hermano menor y a su madre cómo funciona el sistema de resolución de problemas utilizando ejemplos de la vida cotidiana. El terapeuta refuerza socialmente dicha iniciativa. En este encuentro se utilizan nuevamente ejercicios de secuenciación de imágenes un poco más complejas que las utilizadas en la sesión anterior. Se acompaña al proceso de toma de decisión con la grilla de resolución de problemas. Julián refiere que las imágenes son más complejas luego de perder dos fichas. Finaliza la sesión

con un total de 4 fichas. Nuevamente decide no canjearlas.

Sesión 4

En esta sesión se respeta lo propuesto por Kazdin (1995) en el programa de resolución de problemas. Se utiliza el juego "4 en línea" y junto con la grilla de resolución de problemas se juegan 4 partidas. Julián se muestra muy pensativo en cada movimiento que realiza y utiliza la grilla. El terapeuta refuerza socialmente cada vez que el niño utiliza la grilla y se detiene a pensar sobre la acción a realizar. En esta oportunidad acumula un total de 7 fichas. Se comenten errores intencionados por parte del terapeuta por no utilizar la grilla de resolución de problemas

Sesión 5

En esta sesión se comienzan a utilizar problemáticas de la vida cotidiana. Se presentan 4 problemas y se le solicita que utilice la grilla de resolución de problemas para contestar. Es la primera vez que se utiliza la grilla con problemas de carácter interpersonal. En este encuentro obtiene un total de 9 fichas el cual decide canjear por primera vez por golosinas.

Sesión 6

El objetivo de esta sesión es presentar problemas de la vida cotidiana denominados “utilizando el contexto”. Existe suficiente evidencia que demuestra que los niños diagnosticados con TND presentan dificultades en leer el contexto (Kazdin, 1995).

Sesión 7

Se utilizan problemas de las mismas características que en la sesión anterior. Al finalizar la sesión se le entrega a Julián la primer “súper tarea” que deberá realizar en su casa entre sesiones. La misma consiste en realizar una “buena acción en su escuela” lo cual implica ayudar a un compañero, colaborar con la maestra, o intentar acercarse a ese compañero que lo molesta. Acepta el desafío, se le explica que deberá registrar la actividad que realizó y que ganará una ficha por realizar la misma.

Sesión 8

Al ingresar al consultorio, Julián entrega rápidamente la tarea comentando que durante la semana había ayudado a la maestra a llevar sus útiles a la sala de maestros y que le explicó que estaba haciendo algunas actividades con su psicólogo

para ayudarlo a “portarse mejor”. Se hace entrega de una ficha. En esta sesión las actividades se vinculan a problemáticas utilizando el contexto vinculando a las figuras parentales. A partir de esta sesión solamente el paso 2 y 3 se dirá de manera manifiesta, el resto de los pasos deberá decirlos para sí mismo con el objetivo de favorecer la internalización del proceso.

Sesiones 9 y 10

En ambas sesiones se utilizan problemas vinculados a situaciones conflictivas con el hermano y con los padres respectivamente. En ambas oportunidades Julián logra acumular fichas que decide no canjear.

Sesión 11

En este encuentro se invita al padre del niño a la sesión y se proponen problemas vinculares que deberán resolver de manera conjunta. Se aprovecha esta sesión para favorecer las interacción positivas entre ambos reforzándolas y modelando cuando aparecen alocuciones negativas. En esta oportunidad Julián trabaja en equipo con su padre y gana una ficha por cada respuesta correcta. Pierde una ficha por respuesta incorrecta al

igual que las sesiones anteriores. Ambos refieren haber disfrutado el encuentro. Al retirarse el padre comenta que no se había dado cuenta que en muchas oportunidades se refiere a Julián de manera negativa resaltando las cosas que no hace bien.

Sesiones 12, 13 y 14

Nuevamente acude solamente Julián a la sesión. Se vuelven a presentar problemas en esta oportunidad vinculados al contexto en relación a situaciones conflictivas con sus padres, hermano, compañeros de escuela y profesores/directivos. A partir del encuentro 12 debe seguir los pasos de resolución de problemas en silencio sin mencionarlos en voz alta. El objetivo de la intervención radica en favorecer la internalización y naturalización del proceso.

Sesión 15

En esta oportunidad al finalizar la sesión se hace entrega de la segunda "súper tarea" en esta oportunidad se explican las mismas consignas que en la primer súper tarea. Deberá destinar al menos 1 hora en toda la semana a jugar con su hermano y no deberá de pelearse con él. También tendrá que registrar y entregar al

terapeuta una breve descripción de lo realizado.

Sesión 16

Julián entrega la ficha y comenta que estuvieron jugando junto a su hermano a la playstation sin problemas. Refiere que era una actividad que a menudo le traía problemas y discutían por los juegos. Se otorga una ficha por la realización de la "Súper tarea". Se utilizan problemas vinculado a situaciones con sus padres. En esta oportunidad se quita la grilla de resolución de problemas y en adelante solamente deberá de recordar los pasos sin el apoyo visual.

Sesiones 17 y 18

En esta oportunidad se plantean situaciones vinculadas a problemáticas con su hermano y con sus compañeros de escuela. Julián logra canjear una tableta de chocolates que deseaba desde la primera sesión. Se refuerza el logro alcanzado producto de su buen desempeño tanto en la consulta como en su casa.

Sesión 19

Ante última sesión. En este encuentro se invita a la madre. Se realizan

actividades vinculares similares a las realizadas en el encuentro vincular con el padre. Se destina el encuentro a modelar la relación con la madre y nuevamente se refuerzan las conductas pro sociales. Se resaltan las alocuciones negativas de la madre ayudándola a encontrar respuestas alternativas. Ambos refieren haber disfrutado el encuentro.

Sesión 20

Última sesión. Se destina el encuentro a realizar un balance sobre los logros alcanzados. Julián refiere darse cuenta que se comportamiento cambió y que lo ayudó mucho la grilla de pasos para la resolución de problemas. Se destina el encuentro a realizar prevención de recaídas y se le explica que me reuniré con sus padres en 30 días para ver cómo iban las cosas y dentro de seis meses me comunicaría con ellos para saber de él.

Sesión de seguimiento

Previo al encuentro con los padres, me comunico telefónicamente con la directora del establecimiento educativo al cual asiste. Ella refiere que las conductas remitieron significativamente.

En el encuentro los padres refieren lo mismo que la directora de la escuela. Ambos se muestran conformes con los resultados obtenidos y comentan que disminuyeron los episodios de discusión con ellos y su hermano. Al cabo de seis meses me comunico telefónicamente con los padres con el objetivo de conocer el estado actual del niño en relación al motivo de consulta. Ellos refieren que los resultados se mantienen y que no ha tenido en el segundo semestre del año dificultades relacionadas. Se da por finalizado el tratamiento.

Discusión

Como se ha descrito anteriormente el tratamiento es una intervención de características cognitivo conductual. Es de características cognitiva porque permite al niño desarrollar aspectos ligados a la cognición social, y es también conductual ya que pone de relevancia el modelado, el reforzamiento de conductas positivas, la instigación. En este caso particularmente ha demostrado ser efectivo para que Julián logre inhibir una primera respuesta y analizar distintas alternativas a una misma

situación. De acuerdo a lo referido tanto por los padres como por la escuela, la conducta remitió parcialmente permitiendo al niño mejor relaciones interpersonales, favoreció la inclusión de Julián a nuevos espacios de interacciones interpersonales. Los resultados obtenidos son esperanzadores ya que la sintomatología del niño disminuyó notablemente, aunque sólo tienen valor a los efectos de ilustrar una modalidad de trabajo clínico con un niño apoyándose en estudios sobre eficacia en los que enmarca dentro de la práctica basada en la evidencia (Genise, 2014)

Bibliografía

- Angulo Rincón, R., Claustre Jané Ballabriga, M., Bonillo Martín, A., Viñas Poch, F., Corcoll - Champredonde, A., González Rodríguez, G., Zepeda Burgos, R., Dos Santos Perez, N. y Carbonés, J. (2010). Evaluación de la sintomatología negativista desafiante en niños de 6 a 8 años: concordancia entre padres y maestros. *Psicothema*, 22(3), 455-459.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Ayllon, T. y Azrin, N. H. (1976). *La economía de fichas: un sistema motivacional para la terapia y la rehabilitación*. México: Trillas.
- Dereli- Iman, E. (2013). Adaptation of social problem solving for children questionnaire in 6 age groups and its relationships with preschool behavior problems. *Educational sciences: Theory & Practice*, 491-498.
- Essau, C. (2003). *Conduct and oppositional defiant disorders. Epidemiology, risk factors, and treatments*. New Jersey: LEA.
- Genise, G. (2014). Psicoterapia cognitivo conductual en un paciente con Trastorno Negativista Desafiante. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 22(2), 145-151.
- Kazdin, A. (1995). Conduct disorder. En F. y. Verhulst, *The epidemiology of child and adolscent psychopathology* (págs. 258-291). Oxford: Oxford University Press.
- Kazdin, A. (1995). Terapia de habilidades en solución de problemas para niños con trastornos de conducta. *Psicología conductual*, 3(2), 231-250.
- Kazdin, A. (2010). Problem solving skills training and parent management training for oppositional defiant disorder and conduct disorder. En J. A. Weisz, *Evidence based psychotherapies for children*

- and adolescents* (págs. 211-226). New York: The Guilford Press.
- Kazdin, A. y Buela - Casal, G. (1994). *Conducta antisocial. Evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Maag, J. (2006). Social Skills training for students with emotional and behavioral disorders: A review of reviews. *Behavioral disorders*, 32(1), 5-17.
- Maughan, B., Rowe, R., Messer, J., Goodman, R. y Metzer, H. (2004). Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology. *Journal of Child Psychology*, 609 - 621.
- Moffitt, T., Caspi, A., Rutter, M. y Silva, P. (2001). *sex differences in antisocial behaviour*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Munsterberg Koppitz, E. (1989). *El test gestáltico visomotor para niños*. Buenos Aires: Guadalupe.
- Munsterberg Koppitz, E. (2007). *El dibujo de la figura humana en los niños*. Buenos Aires: Guadalupe.
- Piaget, J. (1983). Piaget's Theory. En P. Mussen, *Handbook of child psychology*. New York: Wiley.
- Querol, S. (2005). *Test de la persona bajo la lluvia. Adaptación y aplicación*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Roussos, A. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(3), 261-270.

ALIANZA TERAPEUTICA EN LA PSICOTERAPIA INFANTO JUVENIL

Lic. María Paula Preve

Fundación Aiglé

Argentina

Introducción

Identificada como uno de los factores comunes a toda psicoterapia y como uno de los mejores predictores de los resultados de la terapia, la Alianza Terapéutica (AT) constituye un aspecto central del campo de la psicoterapia (Fernández-Álvarez, 2011). Definida como un componente nuclear del Modelo Genérico de la Psicoterapia, publicado originalmente por Orlinsky y Howard (1986), se trata de un constructo originalmente desarrollado con adultos que despierta creciente interés por ser traducido a los niños (Creed y Kendall, 2005). Teniendo en cuenta que, a diferencia de los adultos, la psicoterapia con niños involucra de alguna manera a sus padres o cuidadores principales, el

establecimiento de la AT, como en otros dispositivos interpersonales, constituye un desafío más complejo para el terapeuta.

Las investigaciones sobre la AT constituyen un cuerpo creciente de publicaciones, y tienden a centrarse en las relaciones existentes entre la AT, las distintas modalidades y orientaciones terapéuticas y la eficacia de los tratamientos.

El objetivo del presente trabajo es realizar una revisión del constructo de AT en la psicoterapia con niños, y de las investigaciones llevadas a cabo en este campo.

Desarrollos conceptuales

Los aspectos conceptuales acerca del constructo de la AT desarrollados tomarán en consideración tanto aspectos del desarrollo que

distinguen la alianza con niños de la de los adultos, como aspectos específicos de la clínica con población infanto-juvenil.

La AT presenta una larga historia en la literatura sobre psicoterapia de niños y adolescentes desde el trabajo de Anna Freud (1946). Dos visiones de la relación terapéutica fueron preeminentes en la temprana historia de la terapia de niños (*Shirk, Karver y Brown, 2011*). Anna Freud (1946) observaba que un “apego afectuoso” entre el niño y el terapeuta era un “pre-requisito para todo el trabajo posterior” en terapia con niños. En esta afirmación temprana, encontramos una diferenciación de los componentes de la alianza: la distinción entre relación y trabajo, entre relación emocional y relación colaborativa. La relación emocional posibilita el trabajo con el niño sobre las tareas de la terapia. El vínculo por sí mismo no es propuesto como curativo, sino que es un catalizador para promover el trabajo terapéutico. Esta perspectiva es luego retomada en las formulaciones cognitivo conductuales de la relación terapéutica. La alianza sirve para los

procedimientos técnicos específicos y puede facilitar la involucración del niño en el completamiento de las tareas de la terapia que van de exposición intra sesiones a tareas inter sesiones. (Kendall, Comer, Marker, Creed & Puliafico, 2009; Shirk & Karver, 2006)

En contraste con esta perspectiva, los terapeutas del juego enfatizaron por mucho tiempo la naturaleza curativa de la relación terapéutica. En esta tradición, la experiencia del niño acerca del terapeuta como una figura de apoyo, sintonizado, con una actitud de aceptación incondicional, es el eje del cambio terapéutico. Siguiendo el trabajo de Rogers (1957) la terapia no era conceptualizada como *tratamiento*, como algo que uno le hacía al niño, sino más bien como una *oportunidad* para su crecimiento. Las condiciones relacionales de empatía, autenticidad, aceptación positiva fueron planteadas como ingredientes activos de la terapia. Desde esta perspectiva, los resultados van asociados directamente al vínculo y no son mediatizados a través del trabajo terapéutico.

La conexión emocional entre el niño y el terapeuta constituye un aspecto común a estas perspectivas antes mencionadas. El vínculo emocional, entonces, parece ser un componente central de la alianza con los niños. Esta perspectiva prosperó hacia recientes enfoques de evaluación de alianza en terapia con niños y adolescentes. Algunos han criticado esta perspectiva por no dar cuenta de las características del contrato social de la AT. Desde esta perspectiva, un componente central de la alianza, especialmente con niños mayores y adolescentes, consiste en el *acuerdo* acerca de los objetivos del tratamiento y los métodos para alcanzarlos. El hecho de que los niños suelen ser derivados por otros, hace que el establecimiento de los acuerdos sea difícil a la vez que esencial para la colaboración con el tratamiento.

Tal como sugiere esta perspectiva clínica, hay importantes paralelismos entre los modelos de alianza adultos y los juveniles. Bordin (1979) define tres facetas de la alianza prominentes en la literatura juvenil: el vínculo emocional, la colaboración en las

tareas (trabajo) y el acuerdo (consenso acerca de objetivos).

Es importante considerar estas facetas teniendo en cuenta factores evolutivos. Considerando el aspecto vincular, Anna Freud (1946) planteó que la relación del niño con el terapeuta podía involucrar diversas cuestiones, no todas ellas ligadas a aspectos del desarrollo. Pero observa una importante diferencia a la hora de identificar al vínculo terapéutico como la relación con alguien en quien se puede contar para buscar ayuda ante problemas emocionales o de conducta. Considera que esta función del vínculo terapéutico no puede ser asumida con los niños por su inmadurez.

Un segundo aspecto del desarrollo se refiere a la dimensión de las tareas de la alianza. El acuerdo acerca de los contenidos y métodos de la terapia puede exceder las capacidades cognitivas de muchos pacientes niños o adolescente. Por ejemplo, el razonamiento causal infantil puede limitar su habilidad para comprender nexos entre una tarea específica

terapéutica y el consiguiente objetivo terapéutico.

Los aspectos evolutivos se complican en la dimensión de los objetivos de la alianza también. Hay una importante diferencia entre el compromiso en la terapia de otros miembros de la familia además del paciente identificado en el caso del tratamiento de niños y adolescentes. Padres o cuidadores están al menos involucrados en el transporte y el pago de la terapia. A menudo, los padres son involucrados más activamente como informantes acerca del funcionamiento de los pacientes, como participantes colaterales, o incluso colaboradores terapéuticos que ayudan con la implementación del tratamiento fuera de las sesiones. En consecuencia, el terapeuta afronta múltiples conjuntos de objetivos, y a menudo los objetivos de los padres y de los niños son divergentes. Los acuerdos de objetivos son complicados según la persona que los considere. Un estudio de niños derivados clínicamente (Haley & Weisz, 2003) examinó acuerdos entre padres, terapeutas y niños acerca de los problemas más importantes a

ocuparse en la terapia. Sorprendentemente, más del 75% de las triadas niño-terapeuta-padres comenzaban el tratamiento sin acordar en algún objetivo de tratamiento. Casi la mitad fallaron en acordar en un amplio dominio de la problemática a tratar, como agresión versus depresión. Es interesante notar que los terapeutas acordaban con los padres más seguido que con los niños. Esta evidencia sugiere que un acuerdo acerca de los objetivos puede significar algo bastante diferente en terapia de jóvenes que en terapia de adultos.

Aun cuando se focalice en el niño, el tratamiento con niños involucra la presencia de múltiples alianzas. A diferencia de los adultos, los terapeutas deben establecer y mantener una alianza con niños y sus padres. La mayoría de las investigaciones acerca de la relación entre resultados y alianza con niños y adolescentes se han focalizado en la relación niño terapeuta.

Teniendo en cuenta que todo proceso de psicoterapia infanto-juvenil involucra en mayor o menor medida

la participación de los padres o cuidadores, el terapeuta debe desarrollar una doble alianza terapéutica: con el niño y con los padres o principales cuidadores.

Tal como describen León, Gomez y Labourt (2011) las terceras partes afectan la alianza en el vínculo, y en el caso del trabajo con niños la familia como tercera parte está siempre de una u otra manera involucrada en el proceso terapéutico.

Creed y Kendall (2005) se plantean el interrogante de cómo traducir el constructo de AT a los niños teniendo en cuenta que se trata de un constructo originalmente desarrollado con adultos. Las investigaciones acerca de la relación terapéutica se centraban tradicionalmente en la cercanía o agrado entre terapeuta y paciente, mientras que la AT se ha focalizado tradicionalmente en el contexto más amplio entre paciente y terapeuta. La relación terapéutica es parte de la AT, que también incluye las facetas de acuerdo acerca de los objetivos de la terapia, los medios a través de los cuales se alcanzarán dichos objetivos

(tareas), y la relación entre paciente y terapeuta (Luborsky, 1994).

Los investigadores han enfatizado la importancia y el desafío de desarrollar una alianza con jóvenes (Creed y Diamond, 2001; Kendall, 2000; Shirk y Karver, 2003; Shirk y Saiz, 1992). Los niños pueden ser traídos por los padres o derivados por agentes externos por problemas que ellos piensan que no requieren tratamiento, o no existen, o no pueden ser controlados. Estos hechos contrastan con adultos que suelen acceder al tratamiento por propia elección. Además, desde el punto de vista evolutivo, la construcción y el mantenimiento de la AT es diferente a la de los adultos. Church (1994) encontró que los adolescentes cuyos terapeutas usaban técnicas que respetaban el desarrollo de su individuación (colaboración, énfasis en confidencialidad) reportaban mayores niveles de satisfacción en el tratamiento, apertura acerca de la alianza, y buscaban el consejo del terapeuta. Además, es importante no asumir que la relación entre un terapeuta y un cliente joven es el espejo de la relación entre un

terapeuta y un cliente adulto. Por ejemplo, Safran, Muran y Samstag (1994) encontraron que en adultos, técnicas dirigidas a rupturas en la alianza, como dirigirse a los sentimientos negativos del cliente hacia el terapeuta, iban asociados a mejorías en la alianza. En contraste, Di Giuseppe (1996) encontró que estas técnicas utilizadas con adolescentes correlacionaban negativamente con el fortalecimiento de la alianza.

Los dos primeros meta-análisis de la literatura sobre alianza (Horvath y Symonds, 1991, Martin y col. 2000) no consideraban la edad del cliente; perdiendo por lo tanto información acerca de cómo se puede diferenciar la alianza entre niños y adultos.

Desde la perspectiva infantil de la construcción de la AT, y entendiendo que toda psicoterapia utiliza como principal herramienta la comunicación, el terapeuta de niños debe ajustar su modo de comunicación a sus pacientes teniendo en cuenta su condición infantil. Facilitar una interacción fluida y adaptada a las necesidades

del paciente niño para lograr los objetivos terapéuticos puede ser un gran desafío. Bunge, Gomar y Mandil (2007) plantean que la utilización de un lenguaje adulto puede obstaculizar el establecimiento de una adecuada alianza y la asimilación de las intervenciones. Es fundamental adecuar el lenguaje al nivel evolutivo y a los intereses del paciente. Para ello los autores proponen la implementación del uso de metáforas como una de las principales herramientas.

Los autores sugieren que el desafío del terapeuta cognitivo comportamental infanto-juvenil consiste en encontrar la metáfora apropiada para el nivel evolutivo del paciente y construir una narrativa terapéutica alrededor de la misma, teniendo en cuenta sus intereses (Grave y Blisset, 2004). La implementación de metáforas en la etapa de evaluación del proceso terapéutico puede facilitar la co-construcción de la alianza terapéutica.

Cavell (2000) se focaliza en la construcción de la AT con padres,

específicamente con padres de niños agresivos. Los padres de niños agresivos, si bien no constituyen una población uniforme, son más propensos a compartir características comunes de sentirse sobrepasados y vencidos en sus esfuerzos por lidiar con la conducta de sus hijos. Sin embargo, tienden a interpretar las causas y las consecuencias de la problemática en la que están inmersos de distintas maneras. La tarea de forjar y sostener una AT es uno de los desafíos para el entrenamiento de terapeutas. Comprender, soportar y procesar los pensamientos y sentimientos de los padres: el uso efectivo e integrado de esas habilidades implica el trabajo de ayudar a los padres mucho más allá de la didáctica. Las demandas clínicas pueden ser intensas, y trabajar con los padres de niños agresivos no debe confundirse con educación a padres.

Cavell subraya que se trata de uno de los mayores desafíos para los terapeutas ya que pueden presentar dificultades para apreciar las habilidades y esfuerzos que deben desplegar los padres para acompañar

y favorecer el desarrollo de un niño agresivo.

Webster-Stratton y Herbert (1994) realizan una contribución a la literatura describiendo lo que llaman modelo colaborativo de trabajo con padres de niños con problemas de conducta. Estos autores reconocen la naturaleza multifacética del trabajo eficaz con padres de niños difíciles. El trabajo colaborativo con los padres puede involucrar una amplia cantidad de tareas terapéuticas: construir una relación de apoyo, potenciar sus fortalezas, enseñar, interpretar, liderar, desafiar, profetizar.

La tarea de construir una alianza fuerte con los padres involucra tres técnicas: entrenar, apoyar y procesar. Cada técnica juega una parte importante en el fortalecimiento de la alianza entre los padres y los terapeutas. Cavell plantea que una alianza fuerte no se basa solo en brindar apoyo por parte de un terapeuta. Hatcher y Barends (1996) propusieron una visión de dos factores de la AT, sugiriendo que es una función de a) la calidad del apoyo provisto por el terapeuta y b)

el grado en el cual los clientes y los terapeutas persiguen objetivos comunes en terapia. El término alianza de trabajo es usado para reflejar el hecho de que una alianza fuerte involucra dos partes que colaboran en una tarea. Para padres de niños agresivos, una AT que no involucra la persecución de objetivos comunes llevará rápidamente a una relación que no será terapéutica o productora de cambios. Padres que participan de psicoterapia parental focalizada pueden no siempre estar abiertos a cambiar algunas conductas, pero ciertamente esperan obtener algo de la experiencia. Algunos padres pueden preferir poco apoyo emocional y permiso para sentir cansancio y frustración. Sin embargo, la mayoría de los padres de niños agresivos quieren saber qué hacer para que la situación mejore en su problemática familia. De hecho, para algunos padres, la fuerza de la alianza dependerá más de las habilidades y de la información que reciban que del apoyo emocional que se les brinde.

Antecedentes de investigaciones empíricas en terapeutas de niños

Si bien aún hay mucha menos investigación en tratamientos de niños en relación a los tratamientos de adultos, se están haciendo avances en estudios que muestran que varias conductas del niño, de los padres y del terapeuta durante el tratamiento predicen resultados de la psicoterapia. Por ejemplo, mayor involucración del niño en la terapia y las afirmaciones facilitadoras del terapeuta con los padres predicen el cambio terapéutico. También los comentarios de apoyo del terapeuta pueden disminuir las resistencias parentales y mejorar la cooperación en el entrenamiento a padres, que además predice la permanencia en el tratamiento. (Kazdin, 2005).

Creed y Kendall (2005) desarrollan un estudio que identifica conductas específicas del terapeuta que predicen la percepción de los niños, de los terapeutas y de los observadores de la alianza terapéutica. El estudio presenta datos que indican una relación entre conductas terapéuticas específicas y subsiguientes puntuaciones en la AT

evaluada por múltiples informantes. Teniendo en cuenta que la literatura sugiere que una alianza puede estar relacionada con el compromiso en a) tareas terapéuticas, b) resultados terapéuticos, así como c) la permanencia en la psicoterapia, es importante la comprensión de cuales modos en que el terapeuta actúa pueden contribuir a la cualidad de la alianza. Conocer la relación entre las conductas del terapeuta y la alianza puede informar la práctica clínica.

La ocurrencia de conductas que promueven la “colaboración” predecía tempranamente las puntuaciones del niño de alianza más fuerte y favorecían que el niño hablara. La colaboración predijo la percepción infantil de una alianza más fuerte luego de 3 sesiones. Las puntuaciones del terapeuta de conductas colaborativas (por ej., la construcción del terapeuta de una sensación de unión con el niño) favorecen la involucración del niño (por ej., el niño hace sugerencias) confirmando investigaciones previas.

Conductas del terapeuta que “enfaticaban en aspectos comunes”

predecían puntuaciones de alianza temprana del niño más débil. Conductas dirigidas a “presionar para que el niño hable” acerca de su ansiedad cuando aún no está listo fue un significativo predictor negativo de alianza del niño (medida en la 7° sesión).

La AT tardía era predicha por conductas de “colaboración” (positivamente) y “ser muy formal” (negativamente). Otras conductas del terapeuta no predecían las puntuaciones infantiles de alianza, incluyendo “ser juguetón”, “proveer esperanza y aliento”, y “mantener conversaciones generales”.

Otra conducta del terapeuta que predice negativamente la alianza del niño tempranamente fueron sus intentos forzados por “encontrar puntos de contacto comunes” con el niño como modo de mejorar tempranamente la relación.

Esta investigación puntualiza la importancia de las conductas del terapeuta como predictores tempranos en la AT desde el punto de vista del niño, de un observador y del mismo terapeuta.

Kazdin, A. (2005) examinó la AT en tratamientos basados en la evidencia de niños entre 3 y 14 años derivados clínicamente por conductas oposicionistas, agresivas y antisociales. Las diferentes alianzas (niño-terapeuta, progenitor-terapeuta) fueron evaluadas desde la perspectiva de cada participante en dos momentos diferentes del curso del tratamiento. Tal como habían anticipado, los resultados resaltaron que tanto la alianza niño-terapeuta como la alianza progenitor-terapeuta se relacionaban con el cambio terapéutico, con la experiencia familiar de los obstáculos a la participación en el tratamiento, y con la aceptación del tratamiento. Una mejor alianza se asoció a mayor cambio terapéutico, menores obstáculos percibidos y mayor aceptación del tratamiento. Los datos no pudieron atribuirse a influencia de desventajas socioeconómicas, a estrés o psicopatología parental y a disfuncionalidad del niño.

El estudio de la AT en terapia de niños continúa presentando desafíos especiales. Primero, diferentes perspectivas (del niño, del terapeuta)

acerca de la alianza entre el niño y el terapeuta no son habitualmente relacionadas. Segundo, en la mayoría de las terapias de niños, los padres son vistos como parte del tratamiento. La alianza padres-terapeuta tanto como la alianza niño-terapeuta puede influir en los resultados.

Los principales datos fueron a mayor alianza positiva entre el niño y el terapeuta y entre el terapeuta y los padres durante el tratamiento, mayores los cambios terapéuticos para los niños, menos obstáculos percibidos para participar en el tratamiento, y mayor aceptación de los padres y de los niños de las técnicas terapéuticas.

Shirk, Karver y Brown (2011) llevan a cabo un estudio con el objetivo de proveer una evaluación de las relaciones entre alianza y resultados en psicoterapia individual de niños y adolescentes a través de un meta análisis de estudios existentes. Incluyen estudios que utilizaran distintas medidas de AT: Working Alliance Inventory (WAI Horvath & Greenberg 1989) y The Therapeutic

Alliance Scale for Children (TASC; Shirk & Saiz, 1992) y Therapy Process Observation Coding System-Alliance Scale (McLeod & Weisz, 2005). Los resultados de este meta análisis que incluye tratamientos con evaluaciones previas de la alianza, fortalecen la idea de que la alianza es un predictor importante del resultado del tratamiento en terapia de niños y adolescentes. Los autores concluyen que la alianza es un importante predictor tanto para terapias conductuales como para las no conductuales.

Langer, D., McLeod, B. y Wiesz, J. (2011), observando algunas críticas de los manuales de tratamiento que planteaban que su uso podía atentar contra la cualidad de la alianza paciente terapeuta, testearon esta noción en el contexto de psicoterapia de niños y adolescentes llevadas a cabo en clínicas comunitarias. El estudio incluyó 76 jóvenes entre 8 y 15 años derivados a tratamiento por desordenes de ansiedad o depresión. Los tratamientos fueron provistos en clínicas comunitarias por terapeutas asignados al azar. La alianza joven-terapeuta fue medida con TPOCS-A

Therapy Process Observational Coding System, en 4 momentos del tratamiento y con la Youth Report Therapeutic Alliance Scale for Children (TASC) al final del tratamiento. Los resultados relevaron que la alianza no se ve afectada y que es percibida más fuerte en fases tempranas del tratamiento en los tratamientos manualizados.

Conclusiones

Se realizó una síntesis de conceptualizaciones sobre el constructo de AT de niños, considerando tanto aspectos evolutivos como clínicos.

Los datos de las investigaciones halladas ponen de manifiesto que, al igual que en los procesos terapéuticos con adultos, la AT con niños y adolescentes, así como la AT con sus padres, son predictivas del resultado del tratamiento.

El desarrollo de este trabajo presenta relevancia clínica, poniendo énfasis en la complejidad del rol del terapeuta de niños y adolescentes. El terapeuta necesita atender al desarrollo de alianzas múltiples, no

solo con el joven, sino también con sus padres o cuidadores ya que puede ser particularmente importante para la continuidad del tratamiento. La formación de la AT con ambos requiere que el terapeuta atienda a múltiples perspectivas y desarrolle un plan de tratamiento que las contemple.

El mantenimiento de una alianza positiva a lo largo del tiempo predice resultados exitosos con jóvenes. Por lo tanto, es recomendable que los terapeutas evalúen la alianza durante el curso de un tratamiento, ya que la formación de la misma no es simplemente una tarea inicial sino que es una tarea recurrente durante todo el tratamiento.

Los niños suelen ser más inmaduros en su capacidad de comprensión del proceso de la psicoterapia. El terapeuta deberá balancear activamente la escucha del niño ofreciendo un encuadre explícito de trabajo para facilitar su comprensión y participación colaborativa durante el proceso.

Teniendo en cuenta los alcances del presente trabajo, se excluyeron las

características del terapeuta involucradas en la AT, quedan pendiente para ulteriores trabajos las revisiones acerca del Estilo Personal del Terapeuta en población infanto-juvenil.

Bibliografía

Bunge, E., Gomar, M., Mandil, J. (2007) Implementación de Metáforas en la Terapia Cognitiva con Niños. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. XVI n°3 p. 239-249

Cavell, Timothy A. (2000) *Working with parents of aggressive children. A practitioners Guide*. American Psychological Association, Washington, dc.

Corbella, S., Balmaña, N., Fernández-Álvarez, H., Saul, L., Botella, L., García, F. (2009) EPT y teoría de la mente. *Revista Argentina de Clínica psicológica*, XVIII, 2

Creed, T., Kendall, P. (2005) Therapist Alliance-Building Behavior Within a Cognitive-Behavioral Treatment for Anxiety

in Youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 73, no. 3, pp. 498-505

Fernández-Álvarez, H. (comp.) (2011) *Paisajes de la psicoterapia: modelos, aplicaciones y procedimientos*. Buenos Aires: Polemos

Kazdin, A. (2005) The Therapeutic Alliance in Cognitive-Behavioral Treatment of Children Referred for Oppositional, Agressive, and Antisocial Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 73 (4)

Langer, D., McLeod, B. y Wiesz, J. (2011) Do Treatment Manuals Undermine Youth-Therapist Alliance in Communiy Clinical Practice? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79 (4)

Shirk, Stehpen R., Karver, Marc S. and Brown, Renee (2011) The Alliance in Child and Adolescent Psychotherapy *Psychoterapy*, vol 48 n 1

**El Vínculo Terapeuta Paciente como
Experiencia Bioemocional Correctiva.
Técnicas Interpersonales.
Dra. Margarita Dubourdieu PhD.**

Introducción

El vínculo con un otro, es fundamental en la constitución biopsíquica. No podemos ver a un individuo en forma aislada, su funcionamiento es inherente a la consideración del campo de la interacción con los otros. La empatía parental y disponibilidad de recursos biopsicosociales posibilitará captar y dar respuestas a las necesidades del bebé y el niño en forma acorde a la promoción de un desarrollo saludable integral. De haber habido fallas empáticas importantes, el niño quedará expuesto a insatisfacción de necesidades generándose respuestas de estrés y vulnerabilidad a estados de ansiedad o depresión. o fallas en la adquisición de la autoregulación bioemocional. Es así que en el proceso terapéutico se deberán promover experiencias correctivas y

enriquecedoras para la habilitación de lo que no tuvo oportunidad de desarrollarse. La motivación del paciente y la relación paciente/terapeuta son base fundamental en el proceso terapéutico dando lugar a una alianza y sinergia colaborativa.

El terapeuta aportará su formación, en continua actualización, su experiencia e intuición empática y el consultante su actitud activa en procura de su autoconocimiento y contribución con el proceso. El paciente o consultante, en su 1er contacto con el psicoterapeuta expone el motivo de su consulta y objetivos que desea lograr.

A través de la confección de su “Biopsicografía” y “Línea de la vida” podrá comprender la incidencia de factores multidimensionales provenientes de su historia,

circunstancias actuales y expectativa incidentes en lo que le acontece.

El proceso terapéutico desde la PIPNIE propone 3 Fases:

- Fase de Didáctica mediante la técnica de Biopsicoeducación
- Fase de Evaluación Diagnóstica
- Fase de Tratamiento per se

Si bien podríamos decir que estas fases son sucesivas, también pueden volver a estar presentes en otros momentos del proceso. Por ejemplo la técnica de Biopsicoeducación que se utiliza primordialmente en la Fase didáctica al inicio del proceso terapéutico, se utiliza también en otros momentos del mismo.

TÉCNICAS INTERPERSONALES

Se asientan fundamentalmente en el vínculo terapeuta-paciente como herramienta habilitadora de cambios bio-psico-sociales. La palabra y el vínculo que se establece es activa emociones y nuevos circuitos neurales asociativos. Constituye una vía primordial para producir modificaciones bioemocionales,

empobrecimiento de ciertas activaciones nocivas y habilitación de otras más saludables. Algunas técnicas llamadas interpersonales han sido descritas por Erskine (1976), o en la Programación Neurolingüística y reformuladas e integradas a las herramientas terapéuticas empleadas en la Psicoterapia Integrativa PNIE.

A) Técnica de Biopsicoeducación

Será importante explicar al paciente:

El sustento científico que ha demostrado las relaciones de los sistemas de nuestro organismo y red PNIE e intermodulaciones cuerpo-mente- entorno, También se explicará el concepto de epigenética y no determinismo genético, los efectos en el presente de las memorias bioemocionales y experiencias tempranas y actuales. Pero habrá que señalar que estas facilitaciones psicofísicas son pasibles de ser modificadas dadas la Neuro y Pnie plasticidad, lo cual alienta a promover nuevos estados más saludables. El comprender la multicausalidad presente en los

fenómenos motivará al consultante a contribuir en el proceso de evaluación diagnóstica en una labor conjunta y mancomunada con el psicoterapeuta.

B) Técnica de Indagación

Esta técnica con distintas variantes, es utilizada por la psiquiatría y diversas corrientes de la psicología. En la Psicoterapia Integrativa, se encuentra presente en todo el proceso terapéutico, siendo su objetivo el obtener información y poder contactar al paciente con sus vivencias.

Procura acceder no sólo al relato descriptivo sino también a las vivencias y significados subjetivos de las diferentes experiencias, cogniciones, emociones y conductas. El interrogar e indagar constituye una técnica y según cómo se realice, será eficaz para aportar al diagnóstico y comprender lo que le sucede al paciente.

- **La Técnica de Indagación en la 1ra entrevista**

En la primera entrevista la indagación partiendo del motivo de consulta y data de los síntomas se realiza un sondeo general acerca del funcionamiento bio-psíquico, socio-espiritual, la historia, circunstancias presentes y expectativas de la persona en las distintas áreas, así como la personalidad, mecanismos de afrontamiento y defensas.

Se parte del motivo de consulta y se indaga sobre:

- Datos de los síntomas y circunstancias
- Reseña breve de antecedentes sintomáticos y actualidad
- Factores de estrés multidimensional, actuales
- Síntomas, defensas o afrontamiento
- Rasgos de personalidad y breve reseña de la biopsicografía biológica, psicológica y social.

Se considera la semiología: el porte y presentación, estado de conciencia, egosintonía y egodistonía, atención, percepción, memoria, afectividad, humor, psicomotricidad, pragmatismos, signos y síntomas

presentes en la entrevista o referidos por el consultante así como manifestaciones tanto verbales como no verbales.

Se busca en esta indagación realizar una primera aproximación diagnóstica para poder discernir la estrategia a implementar a partir de esta 1ra entrevista:

- a) tomar medidas de urgencia en situaciones de crisis o descompensación severa, internación, interconsulta, entrevista con un familiar u otras.
- b) proponer al consultante realizar una profundización diagnóstica en las 2 o 3 entrevistas siguientes.

• **La Técnica de Indagación en las entrevistas subsiguientes**

El objetivo será identificar factores incidentes en el malestar o motivo de consulta del paciente, Factores de estrés longitudinales y dimensionales y recursos en un abordaje preventivo y de promoción de salud integral.

Identificar los factores de estrés en las distintas dimensiones, presentes a lo largo de la vida. Estados de estrés crónico durante la infancia o épocas pasadas o presentes en la actualidad, pueden dejar circuitos hipersensibilizados favorecedores de respuestas patógenas. Así mismo, el bienestar y estado de salud de la persona puede verse afectado por expectativas futuras adversas. A esto se le llama convergencia temporal (pasado – presente – futuro).

Además de identificar los factores disfuncionales será importante conocer y potenciar recursos de bien-estar en cada una de las dimensiones que se intermodulan entre sí.

- Dimensión biológica y de conductas basales como el sueño alimentación eliminación ejercicio relajación
- Dimensión cognitiva, en cuanto a creencias y pensamientos que pudieran ser disfuncionales
- Dimensión psicoemocional vincular, emociones, vínculos afectivos, laborales sociales, personalidad.

- Dimensión socioecológica en lo físico ambiental y socio cultural.
 - Dimensión espiritual en relación a valores, sentido de vida, motivaciones.
-

El proceso de indagación, ya por si mismo aporta al consultante el contacto con una forma de abordar el funcionamiento humano para poder identificar y comprender los aspectos emergentes que le preocupan u ocasionan malestar

La indagación y recabación de información integra además de la entrevista, de según cada situación particular lo requiera, diversas técnicas y test. Además de la Técnica de Biopsicografía, Técnica de Línea de la vida, Test de evaluación de personalidad, Test de esquemas disfuncionales tempranos. podrán sumarse el Test de creencias irracionales, Test de ansiedad o depresión, Test de intereses profesionales u entrevistas vinculares u otras herramientas que puedan considerarse necesarias en la evaluación diagnóstica en 5 dimensiones (5D)

C) Técnica de Permanencia y Técnica Anclaje

El compromiso y responsabilidad del terapeuta es vivenciado por el paciente entre otros aspectos a través de la constancia de su disponibilidad y presencia dentro de un encuadre que se va forjando. Se dejará conmovedor por situaciones que pueda atravesar el paciente pero manteniendo su rol sin descuidar su autocuidado y respeto de sus espacios propios.

El terapeuta develará permanencia en el vínculo a través de su presencia tal lo acordado y disponibilidad en los encuentros terapéuticos . Deberá tener una receptividad y flexibilidad adaptativa de acuerdo a lo que vaya evaluando sea necesario en el marco del proceso terapéutico.

El vínculo debe ser fluido y natural transcurriendo en un marco que ha sido pautado. Pero debe fluir en un margen de flexibilidad acorde a lo que pueda emerger. Puede requerirse de ciertas modificaciones en la forma, frecuencia o lugar en que se desarrolle el contacto o encuentro. Ej en situaciones que existan

fundamentos para ello, puede ser evaluado por el terapeuta necesario el contacto telefónico inter-entrevistas acordadas o acordar un encuentro en el domicilio del paciente, un bar o en una institución de salud.

Técnica de Anclaje

Los anclajes concepto que proviene de la Programación Neurolingüística (PNL) son los estados asociados a estímulos sensoriales y que tienden a recrearse ante una nueva presencia de los mismos.

Un ejemplo de ello sería que si nos hemos sentido bien en un determinado lugar, anclado ello en estímulos sensoriales y emocionales, al volvernos a contactar con estos, tenderemos a reproducir ese estado. Será importante entonces que nuestras instituciones de salud, nuestros consultorios otorguen anclajes de contención y bienestar considerando el vínculo y experiencia que allí transcurre, así como los estímulos sensoriales físico ambientales, que no son superfluos sino que impactan en nuestro psiquismo.

La Pnie y las Neurociencias aportan que ello se debe a redes asociativas llamadas "hebbianas". El neurocientífico Donald Hebb en 1949, demostró que dos neuronas que se activan simultáneamente tienden a establecer lazos asociativos. La repetición de esta experiencia activadora deja circuitos hipersensibilizados estableciendo memorias a larga plazo (MLP). Así asociamos lugares con emociones y experiencias que nos llevan a tender a su repetición o a evitarlas.

Técnica de Sintonización

Esta técnica ha sido muy bien descrita por Erskine (1976). En esta técnica es fundamental el despliegue cognitivo-emocional e intuitivo del terapeuta en una sinergia que permita conectarse con la esencia del ser y sentir del paciente o consultante.

La sintonía posibilita un buen rapport o bidireccionalidad comunicacional en un marco de confianza y credibilidad. Muchas veces un buen rapport o sintonía se logra de forma inconsciente (química positiva) incidiendo en ello múltiples factores de ambas partes.

Así mismo Bandler y Grinder,(1988), pioneros de la neurolingüística aportaron algunos conceptos de importancia para el logro de una buena sintonía. Para promoverlo el terapeuta deberá dejar fluir la atención, focalizarse en el paciente, en lo que está ocurriendo en ese momento en la sesión. Se trata de establecer un estado de conciencia plena o “mindfulness”, a fin de lograr una conexión con lo que el consultante expresa verbal y analógicamente, a través no sólo de sus palabras sino de su expresión facial, sus gestualidad, movimientos. La sabiduría (competencia inconsciente) reflejada en un buen rapport y sintonización con los pacientes, transitará desde ser una herramienta técnica desplegada conscientemente, a su naturalización.

Podríamos decir que la buena comunicación y sintonización es como una danza en donde hay una armonía rítmica, bienestar y compenetración.

Un rapport positivo, va de la mano del acompasamiento, técnica descrita en la neurolingüística. Para poder

establecer una sintonía y rapport positivo es necesario poseer una capacidad empática que permita reconocer y conectarse con las vivencias del otro, pero pudiendo mantener la discriminación del propio ser. Ello posibilitará por ejemplo no sumergirse en la angustia vivenciada por el otro, pues de vivenciarlo de igual forma no lo podrá contener. Es importante empatizar manteniendo la diferenciación de los roles.

La sintonía cognitiva y afectiva ayudará al paciente a contactarse sin temor, al sentirse apoyado, comprendido y acompañado. Esta sintonía y confianza en el terapeuta, posibilitará un acceso a pensamientos, vivencias, emociones. Habilitará la posibilidad de discernir estrategias para modificar circuitos asociativos facilitadores de respuestas psicofísicas disfuncionales y habilitar nuevas respuestas más saludables.

El terapeuta guiará en este camino a través de preguntas como:

¿Qué piensas sobre eso?, ¿qué sientes?, ¿cómo crees se relaciona lo que con lo que viviste?, ¿qué significó o significa esto para ti ?.

Y manifestaciones empáticas como:
Imagino lo que ello habrá dolido”
“Imagino el miedo o angustia que debes de haber experimentado o sentido”
“Pareces triste o asustado”,
“en situaciones como esa se necesita de mucho valor...”
“parecería que hubieras necesitado en ese momento a alguien que te acompañara, apoyara, abrazara”.

La sintonización debe considerar también los ritmos. El ser humano posee funcionamientos rítmicos que lo configuran y diferentes estados como de ansiedad, miedo, ira o depresión pueden modificar su tono rítmico habitual. Por ejemplo el ritmo respiratorio, el latido del corazón, el parpadeo. Por ello en la complejidad de la sintonización debemos observar también estos aspectos: ¿cómo es la respiración? El movimiento ocular y parpadeo u otras manifestaciones para ir acompasando hacia estados de armonización.

Por ello es imprescindible que el psicoterapeuta logre una equilibrada conjugación de formación, sensibilidad, capacidad empática, experiencia, intuición, en una sinergia de arte y ciencia.

D) Técnica De Acompasamiento

Desde la neurolingüística se ha observado que las personas que están involucradas positivamente adoptan posturas similares como si fueran un espejo, se mueven al mismo ritmo, cruzan las manos o piernas, tienen gestos en común, todo lo que hacen está en armonía, están acompasados o compaginados.

El acompasamiento técnica utilizada en programación Neurolingüística se realiza parcialmente. Hay gestos que son propios de una persona no se trata de realizar un “calco “del otro, sino de acompañar sus gestos con cierta semejanza. Se tendrá en cuenta en el acompasamiento los movimientos lentos o rápidos, la inclinación de la cabeza, posición del cuerpo, piernas, brazos, manos, hombros. La dirección de la mirada,

ritmo de la respiración, si es alta y ansiosa o abdominal.

El acompasamiento se hace de forma progresiva, por ejemplo ante un paciente deprimido, que se encuentra reclinado sobre sí mismo, habla en un tono de voz baja, lenta, monocorde, para poder sintonizar y establecer un puente comunicacional habrá que partir desde su estado. No El tender un puente comunicacional se dificultaría si nos mostramos eufóricos, o sumamente activos. Partiremos de un tono semejante al paciente y acoplándonos parcialmente a su postura corporal, de a poco lo podremos ir acompasando llevándolo a una postura más erguida, elevando gradualmente el tono y ritmo de las palabras.

Así lo hacemos por ejemplo, ante un niño que se encuentra llorando, nos reclinamos, partimos del tono que él se expresa y le vamos alentando de a poco a erguirse y retomar un ritmo más vital.

A la inversa con un paciente en estado un poco eufórico, partiremos de una habla animada y le iremos

acompañando a un ritmo más sosegado y equilibrado. Es decir observaremos la actitud corporal si el paciente está erguido, su inclinación de la cabeza, el tono de su voz para irle acompañando hacia un estado de mayor equilibrio.

E) Técnica de Implicación

Erskine (1980), plantea que el terapeuta procurará establecer un contacto y comunicación plena con el paciente implicándose para ayudarlo al logro de sus objetivos. En la psicoterapia integrativa pnie agregamos que el terapeuta demostrará un interés genuino en el funcionamiento bioemocional del paciente reflejado en un compromiso en la ayuda al logro de su bienestar integral.

La indagación respetuosa sobre aspectos de su vida y sentir se asentará en esta implicancia y sintonía del terapeuta con el timing del paciente y validación de sus emociones y necesidades. La implicación requiere estar totalmente presente con el otro en un interés genuino en lo que le acontece La implicación lleva a un vínculo que

contempla un desarrollo relacional y del proceso terapéutico acorde al estado y evolución del paciente.

Ello lleva al procurar proporcionar un contexto terapéutico en lo relacional y en lo ambiental que promuevan sentimientos de seguridad, confianza y contención, tomando contacto con distintas experiencias pero velando para no volver a revivir angustias que fortifiquen los circuitos asociativos y arborificaciones dendríticas amigdalinas. La implicación requiere de un velar constante por velar por identificar y modificar circuitos patógenos pero sin reforzarlos, habilitar nuevas vivencias y asociaciones. La presencia del terapeuta es una presencia plena centrada en el paciente, dejando en impase sus vivencias personales no relacionadas con lo que está aconteciendo en ese momento. Su formación, experiencia y el haber realizado su propio autoconocimiento constituyen recursos que favorecen la sintonía y la comprensión del acontecer del paciente. La singularidad de cada relación

terapéutica le otorga características irrepetibles, fruto de la sintonía propia de esa conjunción.

F) Técnica DeValidación

Puede ser necesario que el psicoterapeuta habilite y acompañe al paciente en la experiencia de reconocer sus sensaciones físicas, emociones, deseos y necesidades, expresarlos y ponerle palabras. Puede haber ocurrido que ciertos hayan sido reconocidos anteriormente pero no validados.

Además del reconocimiento es importante la validación, poder transmitir al paciente que sus sentires, afectos, sentimientos, necesidades, pensamientos, defensas, patrones comportamentales, sensaciones físicas, sueños, recuerdos surgen en un contexto que permite comprender su emergencia. Estas expresiones, no son azarosas ni voluntarias, están relacionadas con sus experiencias y de esta forma el paciente puede ir estableciendo asociaciones y nexos causales.

La validación ayuda a no desconocer que estas

manifestaciones que develan estados de la persona que surgen en contextos implicados en su emergencia que será necesario rastrear para comprender su emergencia

G) Técnica De Normalización

Esta técnica procura modificar la manera en que el paciente categoriza su vivencia definiéndola como “Soy un ser terrible, como puedo sentir algo así” “hay-algo-malo-en-mi” soy un desagradecido debería sentirme feliz” “soy un cobarde por sentirte asustado”. Podemos ante esas verbalizaciones ayudar al paciente a poder comprender que “Cualquiera se asustaría en esa situación.” Es comprensible el enojo ante x situación “O x situación u ocurrencia de un hecho ayuda a comprender la emergencia de estos sentimientos “Se trata de despatologizar la categorización, o definición de la experiencia interna o conductas y muchas veces, contrarrestar mensajes sociales o parentales por ej como “estás loco...”.

Ciertas actitudes o comportamientos pueden emerger como reacciones defensivas y pueden habilitarse otras

defensas o afrontamientos que generen mayor bienestar y armonía.

Lo importante es poder analizar el porqué de la emergencia de ciertos contenidos, emociones, categorizaciones, y discernir alternativas frente a ello. El vínculo con el terapeuta es una herramienta fundamental en el proceso terapéutico como habilitador de experiencia bioemocionales correctivas o enriquecedoras. Se podrán modificar mediante estas experiencias las “facilitaciones” generadoras de respuestas disfuncionales, validando necesidades y dando lugar a un aprendizaje de nuevas tramitaciones y procesamientos. Ello deberá oficiar como experiencias a modo de “Trampolín de expansión” o sea alentando a replicarlas en la vida cotidiana del paciente y con otras personas de su entorno.

En este proceso se utilizan para ello otras técnicas que podremos describir en próximos artículos, como la Técnica de Trampolín de expansión, de Tercerización o meta-

espejo bidireccional, de "Reparentalización limitada" como le llama Jeffrey Young o "Frustración óptima" como se le denomina en la psicología interpersonal, Técnica de confrontación empática, Técnica de retroflexión, Técnicas semánticas – narrativas, Técnicas de Sustitución , Técnicas autotélicas, de Reconstrucción bio Cognitiva-Emocional, de Diálogo Socrático, de Co-reflexión, de Reforzamiento positivo, de Modelaje de Disolución de Devolución transformada, de Interrupción-Interferencia – desviación (ampliación de la técnica de tiempo –fuera), de Armonización, Mindfulness (anteriormente llamada Conciencia plena) u otras.

Con la integración de todos estos aportes a un modelo de comprensión integral del funcionamiento humano se proporciona a la persona herramientas para un aprendizaje que posibilite enfrentarse a cada momento con espontaneidad y flexibilidad en la resolución de los problemas de la vida, y en la relación con otras personas.

Habrà que realizar una evaluación diagnóstica personalizada para conocer la metaplasticidad, estado conformado por la historia anterior y reciente , circunstancias presentes y el impacto de las expectativas , pues todo ello incide en el procesamiento de los estímulos, entre ellos los estímulos fármaco o psicoterapéuticos (Dubourdiou 2014).

Más allá que las estrategias sean avaladas por la investigación o la experiencia clínica habrá que considerar que sus efectos podrán ser anulados desde factores provenientes de otras dimensiones, por ello habrá que realizar una evaluación diagnóstica multidimensional y la estrategia y técnicas a implementar se asentarán sobre ello.

Referencias Bibliográficas

Bandler, R. y Grinder, J.(1988). *De Sapos a Príncipes*. Chile: Ed. Cuatro Vientos.

Damasio, A. (1996). *El Error De Descartes*. Barcelona, España: Edit. Crítica.

Dubourdiou, M. (2014). *Psicoterapia Integrativa PNIE. Integración cuerpo-*

mente-entorno(3era Ed.).Montevideo,
Uruguay: Psicolibros Waslala.

Erskine, R. (1995). *A Transactional Analysis Theory of Methods*. Keynote speech presented at the 33rd annual conference of the International Transactional Analysis Association, San Francisco, CA. (Cassette Recording KN-2). Hobart, IN: Repeat Performance.

Kandel, E. (2001). *En busca de la Memoria. El nacimiento de una nueva ciencia de la mente*. Madrid, España: Katz Editores

Le Doux, J. (1999). *El cerebro emocional*. Buenos Aires, Argentina: Ed Planeta.

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 debiéramos entender a la empatía como una **cualidad 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 (...).”¹

¹ Claudio Rud, *Empatía*, 1994

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 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.”²

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

² Mireille Bourret, *El poder de la empatía*, Editorial Sal Térrea, Santander 2011

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"³

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)

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

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 como experto terapeuta?"⁴

Hablamos de **mutua implicación** como un 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 integra 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 mi, dividiendo el territorio del encuentro en un afuera y un adentro, un si mismo aparte e independiente de otro si mismo. Cuando digo otro, estoy delimitando ya un contorno de relación a priori del encuentro.

⁴ Rey Viviana. Apuntes de trabajo: La malcriada. 2001

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 identidad⁵ 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.

5 Rud Claudio. conferencia “Revisión de la noción de identidad” Universidad de Norwich 2008

“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”⁶

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

6 Martin Buber. “Que es el hombre”. Fondo de Cultura Económica, México, 1949

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, no tengo que probar nada.”⁷

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

⁷ Aantoin de Saint Exupery, Carta a un Rehen, Ed. Nortedur, 1943

comprender el mundo desde donde lo estamos mirando.

La **comunicación** de lo que percibo, 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”⁸. 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”.⁹

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

⁸ Gabriel García Márquez, Introducción al CD, Pablo Querido, 2000

⁹ Esposito Roberto, Tercera Persona, Amorrortu Editores, 2009

cerca de una persona es una de las circunstancias más satisfactorias de la vida..."¹⁰

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 creemos que esa es la cuestión: **la noción misma de dueño**¹¹. 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

¹⁰ Rogers Carl, Entrevista en la revista The Laughing Man (El Hombre que Ríe), 1984

¹¹ Definición de la Real Academia Española: Dueño: *Hombre que tiene dominio o señorío sobre alguien o algo.*

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 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, basados 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.”¹²

*“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.”¹³*

¹² Derrida J. La hospitalidad, Ediciones de la Flor, 2000

¹³ Rud Claudio, El poder de y en la psicoterapia, 1999

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 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.

Dr. Claudio Rud

claudio@casabierta.com Lic.Viviana

Rey reyvivi@casabierta.com

Dispositivo Grupal de Intervención del Duelo según el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad

Adrián Felipe Vásquez ¹

En ésta ocasión estimados(as) integrativos(as) hacemos referencia a la Propuesta de un Dispositivo Grupal de Intervención del Duelo según el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad, mismo que explicamos en forma esquemática y algorítmica.

Duelo, Modelo Integrativo, GAMID,
RVAE, GAMA-E

Se dice en el argot popular que *“lo prometido es deuda”* y que *“hay que pagar lo que se debe para saber lo que se tiene”* pues *“cuentas claras conservan amistades”* y *“la amistad es un bien preciado más valioso que cualquier riqueza material”*. Es por ello que dando continuidad al artículo precedente a ésta publicación, en el cual abordamos a los Grupos de Asesoría y Consejería para Dolientes, misma que sustentó nuestra intervención en el V Encuentro Ecuatoriano y Latinoamericano de

Integración en Psicoterapia: La Dimensión Espiritual en los Modelos Integrativos, donde se hizo la propuesta de un Dispositivo Grupal de Intervención del Duelo según el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad y, en razón de lo solicitado por los asistentes, señalamos:

Primero, el sustento teórico y metodológico puede revisarse en los aportes a la comunidad científica y al ejercicio de la psicoterapia del duelo psicológico, especialmente de: Jorge Bucay, Jorge Fernández Moya y J. Montoya Carrasquillas, de entre otros autores detallados en la bibliografía.

Segundo, el planteamiento de objetivos, técnicas e instrumentos está basado en la obra de Lucio Balarezo Chiriboga: *Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad* (2010), tal y como se detalla:

- a. Brindar asesoría y consejería psicológica a través de la psicoeducación para entender el duelo como una entidad clínica, valiéndose para tal efecto de la verbalización, el diálogo socrático, la biblioterapia, la escritura libre y la interpretación, señalamiento, reflejo desde el discurso.
- b. Trabajar las reacciones psíquicas asociadas a la congoja por medio de técnicas de alivio sintomático, tales como: la respiración, la relajación con o sin visualización y la triada cognitiva de la depresión.
- c. Abordar los predominios de personalidad con el objeto de flexibilizar, modificar o cambiar rasgos, según como corresponda a su tipología (cognitiva, afectiva, comportamental y de déficit relacional), utilizando el MAPPAS cognitivo, los mecanismos de defensa psíquica y el pensamiento disfuncional.

Otras técnicas transversales, son: la carreta, la maleta, los puntos cardinales, el diario de desarrollo

personal, el plan de vida, el botiquín de primeros auxilios espirituales, los necrósales, el arteterapia, por citar algunos ejemplos.

Todo en pos del cambio y la resolución del duelo en el paciente, propiciando: awareness, facilitando insights e induciendo conocimiento del Self por medio de la reestructuración cognitiva; sin desmerecer, los intentos previos y buscando ampliar las estrategias de afrontamiento para vivir las fechas aniversario, afrontar 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.

Tercero, la finalidad última de la intervención psicoterapéutica, tal y como señala Montoya Carrasquillas, consiste en: 1) *“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).

Cuarto, el abordaje se centra en la evaluación, el diagnóstico y la intervención.

Para evaluar y diagnosticar el duelo, se sugiere a más de la observación estructurada, la entrevista clínica y el test MMPI, el uso de los siguientes instrumentos: la Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica, el Cuestionario de Personalidad SEAPSI, el Breve Inventario del Duelo, el Inventario del Duelo Complicado y la Escala de Tres Esferas, instrumentos que adjuntamos como anexos en la viñeta Artículos de nuestro blog web SEAPSI y que para revisarlos podrían acceder a través del siguiente link:

<https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbm9zbn21vc3NIYXBzaXxneDo3NmIwYWJlMWZmYjQwMzYy>, como un material hipervinculado que responde a las Políticas Creative Commons, pertenece a su autor(es) bajo las normativas legales de Derecho Reservado del Autor(es) y

su contenido es de exclusiva responsabilidad de tales.

Quinto, lo que se busca es conocer la complejización de las etapas del duelo: aflicción aguda, conciencia de la pérdida, conservación, cicatrización y renovación, a fin de evitar su patologización, orientando su resolución, evitando estancos y previniendo involuciones. Y, es aquí donde aparece la figura de los Grupos de Ayuda Mutua de Intervención del Duelo (GAMID) o la psicoterapia, ocupándonos en ésta ocasión de lo primero pues lo según ya fue referido en: Propuesta de Intervención Psicoterapéutica para tratar la Complejización del Duelo según el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad (Revista Pser Integrativo VI, 2013)

Recordemos que un GAMID es una alternativa que favorece la disminución de la pena, a través de compartir e intercambiar experiencias personales con otros individuos que están atravesando situaciones similares. Para lo cual, es necesaria la colaboración activa de los participantes: psicoterapeuta, co-

psicoterapeuta y dolientes, quienes se reúnen de forma libre y voluntaria, bajo algún tipo de denominación determinada, en lo singular de la horizontalidad.

Sintomatología, intentos previos, festividades, remembranzas, aniversarios, nuevas situaciones de sufrimiento son algunos de los tópicos a ser tratados en el grupo que intenta brindar a los miembros a través de sus miembros de: apoyo, ayuda y acompañamiento.

Para lo cual suelen reunirse de forma periódica, en un espacio de comprensión mutua, que busca proveer de recursos psicológicos que les permitan conocer, comprender y trabajar, a nivel individual, familiar y grupal, en el fin último de cada encuentro: *“aprender a vivir con el dolor que le causa la pérdida de los significativo”*.

Siendo necesario se tenga en cuenta algunas condiciones previas, para el buen desarrollo de cada sesión de trabajo, entre las que resaltamos: a) escucha activa, discernimiento

profundo, actuación edificante; b) no interpretar, no juzgar, no interrumpir, no dar consejos, no hacer controversia; y, c) hallar respuestas, aliviar penas o cargas, recibir y dar ayuda a los demás. Usando para ello un lenguaje claro, preciso, directo que permita la comprensión de ese problema en común: la muerte o la separación.

El propósito es: hallar respuestas, obtener opciones, hacer elecciones frente al luto; tender a la ampliación de la red de contención relacional, saber que no estamos solos, contar incondicionalmente con el otro; y, sobretodo, salvaguardar nuestra salud integral.

Lo señalado en los párrafos precedentes lo ilustramos tomando la primera reunión de un Grupo de Ayuda Mutua Autismo Ecuador (GAMA-E), parte de la Red Virtual Autismo Ecuador (GERVAE), quienes buscan superar el duelo que trae consigo el diagnóstico de un tipo de condición dentro del Trastorno del Espectro Autista (TEA), identificado en sus hijos o hijas.

Lo primero que el GAMA-E hizo fue realizar una convocatoria pública con la colaboración de algunos medios de comunicación de la radio, la televisión y la prensa escrita local, asistiendo a entrevistas, participando de discusiones o escribiendo comunicados.

Luego, entregaron panfletos informativos acerca de su idea de conformar la Asociación de Padres de Niños, Niñas y Adolescentes con TEA de su ciudad y la intención de reunirse con tres metas interrelacionadas, a saber: 1) exigir el cumplimiento de derechos, la creación de política pública y la atención integral, especialmente en salud y educación, por parte del Estado; 2) brindar a la sociedad civil de un lugar para conocer, comprender y concienciar acerca del TEA con el apoyo de la Academia; y, 3) ofrecer jornadas de evaluación, diagnóstico certero e intervención sobre las dificultades características del TEA, dirigido a padres y docentes, como un beneficio de la RVAE.

Más tarde, llevaron a cabo su primera reunión que contó con la participación de una docena de padres de familia, la directiva de la Asociación y quien escribe como invitado para compartir una ponencia.

Vale la pena indicar que previamente realizaron y lo siguen haciendo algunas actividades de autogestión para reunir fondos. Con los fondos la Asociación está tramitando la personería jurídica, han alquilado y adecuado un local, diseñaron su marca de identificación, manejan cuentas digitales de divulgación, realizan eventos públicos y gratuitos y desean publicar productos de psicoeducación cuyo hilo conductor es el TEA.

Esa noche, tal y como se habían organizado, todos(as) los(as) invitados(as) llegaron para compartir como GAMA-E. Eran las 19h00 y en el ambiente se respiraba un aire colmado de sueños, ilusiones y esperanzas. La presidenta de la Asociación tomó la palabra extendiendo un saludo de bienvenida

los(as) presentes. Acto seguido, la secretaria dio lectura del Acta Constitutiva, el reglamento interno y los servicios y beneficios de la Asociación. Inmediatamente, se dio pasa a mi disertación que abordaba, desde el tradicional esquema NIA (negación, ira, aceptación) del duelo, la compleja situación de ser padre o docente de un niño, niña o adolescente con TEA. Más tarde, se abrió el espacio para comentarios, aportes, preguntas, con una activa ida y vuelta de criterios en torno a la evaluación, el diagnóstico, la intervención, la convivencia familiar, la inclusión educativa, entre otras ideas en cola que raudas se hicieron las temáticas a ser tratadas en los encuentros venideros. Después, se hizo un listado de expectativas y se convinieron algunos acuerdos para llevar a efecto las próximas reuniones. En siguiente punto del orden del día fue compartir de un café, donde hubo espacio para presentaciones sociales, inscripción de nuevos miembros, entrega de material y respuesta a inquietudes más personales. Finalmente, una persona con TEA de alto rendimiento

fue el encargado de agradecer a quienes compartimos ésta velada y de invitarnos para la siguiente semana.

Antes de concluir quisiera invitarlos a conocer la RVAE, a través de su blog web:

www.redautismoecuador.blogspot.com, sin antes expresar mi agradecimiento por permitirme ser parte de la misma y mi sincera felicitación a quienes son los mayores expertos sobre el tema: los padres de familia, a los que están dirigidos nuestros esfuerzos y a los que dedico éste artículo.

Bibliografía:

- Alfons, G. (2007) *Acompañando en la Pérdida*. Ediciones San Pablo, Madrid – España.
- Anji, C. (2007: a) *Déjame Llorar*. Editorial Taranná Edicions, Madrid – España.
- Anji, C. (2009: b) *Camino de Héroe*s. Editorial Taranná Edicions, Madrid – España.
- Balarezo, Ch. Lucio (2010: a) *Psicoterapia Integrativa*

- Focalizada en la Personalidad.*
Unigraf, Quito – Ecuador.
- Balarezo, Ch. Lucio (2004: b). *Psicoterapia, Asesoría y Consejería.* Centro de Publicaciones de la Pontificia Universidad Católica de Ecuador (PUCE), Quito – Ecuador.
 - Beck, Aaron T. (1983) “*Cognitive Therapy of the Depression*”. Editorial Desclée de Brouwer. Bilbao, 8va. Edition.
 - Bowlby, J. (1985) *La separación afectiva.* Ediciones Paidós, Barcelona – España.
 - Frankl, Viktor E. (1947) *El hombre en busca del sentido último: el análisis existencial y la conciencia espiritual del ser humano.* Paidós Ibérica, Barcelona – España, de la obra original publicada en Alemania por la Wien, Franz Deuticke.
 - 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. (1998). *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. (2010). *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.

Priscila Elizabeth Bautista Parra
Director: Mgst. Alexandra Córdova
“Relación de rasgos de personalidad y conductas negligentes: Diseño de un plan de Psicoterapia según el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad”

RESUMEN

El presente estudio se basa en el Diseño de un Plan de Psicoterapia para madres negligentes que atraviesan el proceso de Reinserción Familiar basado en el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad. Para poder realizarlo se aplicó: Escala de Evaluación Familiar de Carolina del Norte para Reunificación (2007), con modificaciones del equipo técnico DCF (Ecuador, 2011) para medir el nivel de negligencia; el Cuestionario de Personalidad “Big Five” para determinar rasgos de personalidad; y el Cuestionario de Personalidad de la SEAPSI para determinar la personalidad predominante en un grupo de 15 madres que atraviesa el Proceso de Reinserción familiar en el Hogar infantil Tadeo Torres, cuya información obtenida fue importante para la elaboración del plan psicoterapéutico con técnicas específicas de acuerdo al problema de la negligencia y a la personalidad obtenida, resultando útil en el proceso de la reinserción familiar. A su vez se aplicó la misma batería de test a un

grupo de madres que demostraban responsabilidad ante el cuidado de sus hijos del Colegio American School para realizar comparaciones de los rasgos de personalidad de los dos grupos de madres y mediante análisis estadísticos determinar si existen o no diferencias. Se recomienda a futuros investigadores aplicar el plan de Psicoterapia para validar científicamente su efectividad.

PALABRAS CLAVE: Madres, negligente, reinserción familiar, responsable, plan de Psicoterapia, técnicas.

INTRODUCCION

“La negligencia es la forma de maltrato que consiste en el fracaso repetido por parte de los padres, cuidadores o de las personas responsables del cuidado de un niño/a, para proporcionarle los estándares mínimos de alimentación, vestido, atención médica, educación, seguridad y/o afecto, es decir, la satisfacción de sus necesidades básicas tanto físicas como emocionales” (Clark, Freeman, & Adamec, 2001, págs. 165-166).

Al existir esta problemática hay ocasiones en que es necesario que los

niños, niñas o adolescentes deban ingresar temporalmente a una entidad de acogimiento institucional hasta alcanzar el fortalecimiento familiar idóneo y volver a su hogar biológico mediante la reinserción (Asociación Red para la infancia y la familia , 2012).

Conociendo la complejidad de la negligencia se creyó necesario elaborar un plan de Psicoterapia para madres negligentes basado en el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad. Para este modelo la psicoterapia es conceptuada como “Un Método de tratamiento de enfermedades mentales, desajustes emocionales y problemas psíquicos, por medio de recursos psicológicos, sobre todo la palabra, en un marco de interacción personal positiva entre paciente y psicoterapeuta” (Balarezo, Psicoterapia, 2004).

Procedimiento

Para la ejecución de esta investigación se pidió autorización al Hogar Infantil Tadeo Torres para acceder a las madres que estaban atravesando el proceso de reinserción familiar, se otorgó así el permiso de evaluar a 15 madres con los Cuestionarios de Personalidad BFQ y SEAPsI mediante entrevistas individuales; mientras que para la Escala de Evaluación Familiar de Carolina del Norte para Reunificación (2007), con modificaciones del equipo técnico DCF (Ecuador ,2011) se pidió información a la trabajadora social del lugar para obtener datos objetivos sobre

estos temas delicados y poco reconocidos por las madres.

En cuanto a la aplicación de los instrumentos de evaluación a las madres responsables se pidió autorización al Colegio American School, de manera que se entabló una reunión con el psicólogo educativo solicitando un listado sobre 15 madres que demostraban responsabilidad en cuanto al cuidado de sus hijos. Una vez aplicados todos los test se procedió a la calificación de la Escala de Evaluación Familiar, el BFQ y el Cuestionario de personalidad SEAPsI según los parámetros particulares de calificación.

Finalmente con la personalidad predominante que se obtuvo en el Cuestionario SEAPsI aplicado a las madres negligentes se llevó a cabo un plan de Psicoterapia según el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad.

RESULTADOS

Los resultados encontrados refieren claramente que existe una tendencia negativa en los factores de entorno, competencias parentales, interacciones familiares, seguridad familiar, ambivalencia cuidador-niño y red de apoyo según la Escala de Evaluación Familiar en las familias de madres negligentes; mientras que en las familias de madres responsables puntúan alto en estos factores. De manera que se comprueba que las madres negligentes de este estudio pertenecen a un grupo de riesgo.

En efecto, en el Cuestionario de personalidad “Big Five” se destaca que en el factor de Energía de madres negligentes hay un predominio del grado Muy Bajo y Bajo; mientras que en madres responsables hay un predominio del grado Promedio. En el factor de Afabilidad de madres negligentes hay un predominio del grado Muy Bajo; mientras que en madres responsables hay un predominio del grado Promedio. En el factor de Tesón de madres negligentes hay un predominio del grado Muy Bajo; mientras que en madres responsables hay un predominio del grado Promedio y Alto. En el factor de Estabilidad Emocional de madres negligentes hay un predominio del grado Bajo; mientras que en madres responsables hay un predominio del grado Alto. En el factor de Apertura Mental de madres negligentes hay un predominio del grado Muy Bajo; mientras que en madres responsables hay un predominio del grado Bajo.

En el Cuestionario de personalidad “SEAPSI” del grupo de madres negligentes se destaca como personalidades predominantes: el Trastorno Disocial, Paranoide, Ciclotímica e Inestable respectivamente; mientras que en el grupo de madres responsables se destacan las personalidades en el siguiente orden: Anancástica, Ciclotímica, Paranoide y Dependiente. Al agrupar las personalidades obtenidas se acentúa que en el grupo de madres negligentes existe un predominio de

Personalidad Comportamental mientras que en las madres responsables hay un predominio de Personalidad Cognitiva.

Diseño de Psicoterapia para madres negligentes basadas en el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad con Predominio Comportamental (Trastorno Disocial de la personalidad e Impulsivas)

Como se obtuvo un predominio del Trastorno Disocial de la personalidad en las madres negligentes se interviene de forma psicoterapéutica, especificando que la Psicoterapia es *“Un proceso planificado que procura la modificación positiva de la personalidad o promueve el tratamiento de trastornos psíquicos por medio de recursos psicológicos, empleando las diferentes formas de comunicación, en una relación terapeuta-paciente efectiva”* (Balarezo, Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad, 2010, pág. 140).

Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica

Dentro del modelo integrativo focalizado en la personalidad para recolectar información sobre las características del paciente, su problemática, su patología, las condiciones familiares, de trabajo y las sociales se usa la Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica (FIEPs) que consta de 9 guías. (Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad, 2010). Con la ayuda de este dispositivo se pudo planificar el

diseño de psicoterapia propuesto y para ello es necesario enfocarse en la guía 5.

Guía 5 Planificación del proceso

Esta guía consta de los siguientes apartados:

- **Formulación dinámica del problema:** En esta parte de la guía se anota el tipo de conflicto que atraviesa la persona y la relación con las posibles causas o factores desencadenantes de tipo biológico, psicológico y sociocultural del problema, en este caso de la negligencia. Se enlazará la historia personal de forma objetiva con elementos predisponentes, determinantes, y mantenedores vinculados al problema. Además se considerará factores familiares y sociales que favorecen u obstaculizan el proceso terapéutico.

- **Formulación dinámica de la personalidad:** En este punto se enfatiza el tipo de personalidad (Inestable o Trastorno Disocial de la personalidad) de la madre negligente y a su vez se relaciona los criterios de personalidad que cumple la paciente con acontecimientos de su desarrollo histórico (influencias sociales tempranas y la permanencia de procesos tempranos en los estilos de personalidad). Por ejemplo “En las personalidades comportamentales de tipo inestable se advierte notable enriquecimiento y variación de experiencias tempranas, refuerzos positivos por el cumplimiento de expectativas parentales, poca eficacia en

la relación competitiva con sus hermanos, inconsistencia en el control parental, ausencia de reglas tempranas. En el subtipo correspondiente al trastorno Disocial de la personalidad se observan modelos parentales deficitarios que no generan normas, conciencia de valores subdesarrollados en su entorno, ausencia de cariño en sus relaciones tempranas, marginamiento social” (Balarezo, Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad, 2010, págs. 110-111).

Por último se determinará el nivel de motivación al tratamiento; funciones intelectivas y cognoscitivas; integración de la personalidad; capacidad de respuesta emocional, flexibilidad; y el locus de control que presenta la paciente.

- **Señalamiento de objetivos y técnicas con relación al problema:** Se puntualizará los objetivos a trabajar con las madres que por diferentes motivos han realizado conductas negligentes con sus hijos. Al estudiar la necesidad que requieren estas madres los objetivos propuestos por el investigador son los siguientes:

- Asesorar para la reinserción familiar (Técnica del milagro y Técnica de Solución de problemas)
- Asesorar para la resolución de conflictos familiares con los hijos sobre los factores que inciden de forma negativa en el funcionamiento familiar (Psicoeducación sobre el desarrollo infantil y Técnica de

Intervención en Funcionamiento Familiar)

- Promover la modificación de actitudes (Modelamiento para modificación de actitudes, Relajación de aflojamiento directo y visualización “Los últimos seis meses de vida”, Técnica programación de acontecimientos agradables y Técnica del dominio o agrado)

- Señalamiento de objetivos y técnicas con relación a la personalidad: Como es un diseño para madres con predominio de personalidad comportamental (Trastorno Disocial o Inestable) la estrategia deberá consistir en propuestas concretas y directas; mientras que los objetivos tienen que ser claros y precisos acompañados de rigidez y normación (Balarezo, Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad, 2010, pág. 151). Para lo cual se ha estimado los siguientes objetivos:

- Promover el Conocimiento de la Personalidad (Psicoeducación Directiva de la Personalidad Comportamental)
- Mejorar Awareness (Autocaracterización, El modelo ABC de la Terapia Racional Emotiva Conductual e Inversión del Rol Racional)
- Promover insight (Terapia Narrativa, Técnica FODA de personalidad y Técnicas retrospectivas. Recobremos nuestro yo niño)
- Rigidificar rasgos de personalidad (Control de

impulsos, Terapia Asertivo Estructurada y Contrato para finalizar el tratamiento.

DISCUSION

Para relacionar los rasgos obtenidos en el “Big Five” y el Cuestionario SEAPSI se tomara como referencia algunas investigaciones que han examinado las relaciones entre los cinco grandes factores y las dimensiones descritas por el Eje II del DSM IV (Wiggins & Pincus, 1992; Costa & McCrae, 1990; Widiger & Trull, 1992). En la personalidad de tipo antisocial (Trastorno Disocial), caracterizado por violación de las reglas sociales y de los derechos de los demás, agresividad, impulsividad, irresponsabilidad se correlaciona negativamente con Afabilidad, Tesón y Estabilidad Emocional. En la personalidad de tipo paranoide, caracterizado por suspicacia, envidia y resentimiento tiende a correlacionar negativamente con Afabilidad. En la personalidad de tipo borderline (Inestable) caracterizado por inestabilidad, cambios rápidos de humor, explosiones de rabia e impulsividad presenta correlación negativa con Estabilidad Emocional. Y efectivamente concuerda con los resultados de las madres negligentes presentes en este estudio. En la personalidad de tipo compulsivo (Anancástica) caracterizado por dar excesiva importancia a las reglas, el orden, la eficiencia y el trabajo, problemas para expresar los

sentimientos, dificultad para relajarse presenta correlaciones positivas con Tesón. En este caso también concuerda con los resultados obtenidos de las madres responsables. (Caprara, Barbaranelli, & Borgogni, 2001)

Otro estudio revela que las madres con trastorno de Personalidad Límite además de ser menos sensibles e interactuar poco con sus hijos, reconocen las diferencias entre su estilo y habilidades para la crianza con las de otras madres sin trastornos, reportando una menor satisfacción, sensación de incompetencia y mayor malestar en cuanto a sus habilidades como madres. Por lo que se encontró que su nivel de insatisfacción y su dificultad para ejercer el rol de madre podrían contribuir a la negligencia y al abuso del niño. Además inconscientemente empujan a sus hijos a asumir un rol adulto frente a ella que no asume su responsabilidad. La teoría de biosocial de Linehan indica que las madres con trastorno límite de la personalidad pueden recrear sin saberlo ambientes desfavorecedores para sus hijos mediante la copia de los patrones de crianza de sus propios padres, entendiendo la importancia que estos patrones pasan de generación en generación. (Orta, 2013).

En otro ámbito las madres antisociales presentan ausencia de empatía, miedo y remordimiento; autoestima distorsionada; búsqueda de sensaciones; distorsión sobre las consecuencias de su propio comportamiento; egocentrismo; evitación de la responsabilidad;

impulsividad; falla en el locus de control externo; manipulación a otros y una constante auto justificación de sus errores. (Pérez, Ampudia, Jiménez, & Sánchez, 2005).

Gracias a los datos obtenidos de los instrumentos de evaluación se pudo Diseñar un plan de psicoterapia para madres negligentes según el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad Comportamental. Es importante añadir que las madres que atraviesan por el proceso de reinserción familiar no acuden voluntariamente a terapia psicológica, sino todo lo contrario son obligadas por las instancias legales a cumplir con este requisito para proceder a la devolución de sus hijos. Es aquí donde el terapeuta con sus estilos particulares debe enfocarse primero en la posibilidad de “engancharse” a la paciente y lograr empatía con su situación para que ellas al sentirse dentro de un espacio de calidez humana, por voluntad propia se concreten en un cambio necesario y evidente, para que de este modo los organismos institucionales y legales confíen en ella y se pueda proceder al retorno de los niños a su hogar. Siempre y cuando, en este caso sus madres, cubran con sus necesidades biológicas, educacionales, emocionales y que ellos se puedan desenvolver en un entorno familiar sano para lograr bienestar en los diferentes ámbitos de su vida.

Por esta razón es importante reiterar que sin: equilibrio y madurez emocional, comprensión y capacidad empática, integridad ética, capacidad para

establecer relaciones interpersonales, motivación a brindar ayuda, resiliencia y proactividad por parte del terapeuta (Balarezo, 2010) muy difícilmente se logre trabajar efectivamente con un paciente, aunque se desarrolle bien las técnicas propuestas. Por lo tanto si se quiere lograr un resultado significativo con el plan de psicoterapia propuesto en esta investigación es indispensable el cumplimiento de los requisitos anteriormente mencionados.

Para trabajar en la problemática de las madres negligentes es necesario ofrecer oportunidad para reflexionar acerca de sus propias vivencias en la niñez con sus cuidadores y como estas la llevaron a tener un apego inseguro o desorganizado, a la vez que se la anima a conectar estas reflexiones con sus vivencias actuales con sus hijos , para que de esta forma comprenda como , sin querer , se mantiene un patrón defectuoso de relación con sus hijos .Posteriormente se trabaja directamente en la relación madre-hijo. (Orta, 2013)

Las técnicas cognitivo –conductuales y de aprendizaje social constituyen los métodos más empleados para tratar a individuos antisociales .Gacono y cols(2000) recomendaron los siguientes aspectos para este tipo de problemática : reglas y consecuencias claras establecidas y de obligado cumplimiento, enseñar habilidades para la vida , identificar y modificar las distorsiones cognitivas ; centrarse en la tolerancia a los sentimientos y en el efecto de los comportamientos de los

pacientes sobre los demás , etc. (Gabbard, 2007).

Se recomienda a investigadores futuros aplicar el diseño de Psicoterapia para madres negligentes con el fin de comprobar su efectividad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Asociación Red para la infancia y la familia . (2012). Manual propuesta de protocolo de la reinserción familiar. Quito: La Caracola Editores .

Balarezo, L. (2004). Psicoterapia. Quito: Centro de Publicaciones de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador .

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

Beck, A. T., & Freeman, A. (1995). Terapia Cognitiva de los Trastornos de Personalidad. Barcelona: Paidós.

Bradshaw, J. (1999). Nuestro Niño Interior (tercera ed.). Buenos Aires: Emece.

Campoverde, N. (2009). Informe de Consultoría Proyecto MIES-INFA/BID. Quito .

Caprara, G., Barbaranelli, C., & Borgogni, L. (2001). BFQ, Cuestionario "Big Five" Adaptación Española . Madrid: TEA Ediciones.

Centro Lancis Psicología y Salud. (03 de abril de 2013). Técnicas de

- Proyección al futuro (Pregunta Milagro).
- Child Welfare Information Gateway. (2013). ¿Qué es el abuso y la negligencia de menores? Reconociendo los indicios y los síntomas . Children's Bureau, 11.
- Clark, R., Freeman, J., & Adamec, C. (2001). The Encyclopedia of Child Abuse. New York: Fact on File.
- Compas, B. E., & Gotlib, I. H. (2003). Introducción a la Psicología Clínica. México: McGraw Hill.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1990). Personality disorders and the Five Factor Model of Personality. Journal of Personality Disorders.
- D'Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem-solving and behavior modification. Journal of Abnormal Psychology.
- Ellis, A. (1975). How to live with a neurotic. North Hollywood: Ca:Wilkshire.
- Ellis, A., Caballo, V., & Lega, L. (2002). Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotiva-Conductual (segunda ed.). Madrid, España: Siglo Veintiuno de España editores s.a.
- Falconi, F., & Pozo, S. (1999). Revalorización de la Personalidad de la Mujer Agredida (Primera ed.). Quito, Ecuador : Delta S.C.
- Fernández Álvarez, H., & Col. (2011). Paisajes de la Psicoterapia (Primera ed.). Buenos Aires: Polemos S.A.
- Gabbard, G. (2007). Tratamiento de los Trastornos Psiquiátricos. Barcelona: Lexus.
- Gacono, C., Nieberding, R., Owen, A., & Col. (2000). Treating juvenile and adult offenders with conduct disorder, antisocial , and psychopathic personalities, in Treating Adult and Juvenile Offenders with special needs. Washington: American Psychological Association.
- Hoffman, L. (1987). Fundamentos de la Terapia Familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas . Mexico D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Kernberg, P., Weiner, A., & Bardenstein, K. (2002). Trastorno de personalidad en niños y adolescentes . México: Manual Moderno.
- Meichenbaum, D. (1977). Cognitive-behavior modification:An integrative approach. Nueva York: Plenum.
- Ministerio de Salud pública del Ecuador . (2009). Normas y protocolos de atención integral de la violencia de genero , intrafamiliar y sexual por ciclos de vida . Quito : PH ediciones .
- Minuchin, S. (1967). Families of the Slums. New York: Basic Books.
- Morejón, J. (2012). Sustento técnico del modelo de subsistema de reinserción familiar . En Manual y protocolo para la

reinserción familiar (págs. 17-18). Quito : La Caracola Editores .

Orta, A. (2013). Hijos de madres con Trastorno Límite de la Personalidad : Identificando las Estrategias de Crianza utilizadas por estas madres como blancos potenciales de intervención psicológica. Aperturas Psicoanalíticas:Revista Internacional de Psicoanálisis(45).

Ortiz Gómez, M. T., Padilla Torres, M. A., & Padilla Ortiz, E. (Febrero de 2005). Diseño de Intervención en Funcionamiento Familiar. Psicología para America Latina .Revista de la Unión Latinoamericana de Entidades de Psicología (3).

Pérez, J. R., Ampudia, A., Jiménez, F., & Sánchez, G. (2005). Evaluación de la Personalidad Agresiva y Violenta de madres maltratadoras y mujeres delincuentes . Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, 35-58.

Ruiz, J., & Cano, J. (s.f.). Manual de Psicoterapia Cognitiva. Obtenido de <http://www.psicologia-online.com/ESMUbeda/Libros/Manual/manual12b.htm>

SEAPSI. (2014). Jornadas de Autoconocimiento . Quito.

White, M., & Epston, D. (1993). Medios narrativos para fines terapeuticos. Barcelona : Paidós.

Widiger, T. A., & Trull, T. J. (1992). Personality and Psychopathology : An

application of the Five-Factor Model. Journal of Personality.

Wiggins, T. A., & Pincus, A. I. (1992). Personality :Structure and Measurement . Annual Review of Psychology

¿CÓMO AFECTA EL SÍNDROME DE BURNOUT A VOLUNTARIOS QUE SE RELACIONAN CON PACIENTES ONCOLÓGICOS? Y ¿CUÁLES SON ALGUNAS DE LAS ALTERNATIVAS PERSONALES DE INTERVENCIÓN?

Ps. Cl. Gabriela López Proaño

RESUMEN

Actualmente las personas desarrollan estrés en muchos ámbitos cotidianos de su vida; con más frecuencia esto se presenta en el ambiente laboral; con el pasar del tiempo el estrés básico que se había generado como normal, se transforma en un estrés acumulativo que posteriormente deviene en el síndrome de Burnout o “Síndrome de estar quemado”; ; las personas que se encuentran expuestas a padecer el mismo son los médicos, enfermeras, personal de salud y como se hace referencia a continuación los voluntarios que se relacionan con pacientes oncológicos.

El artículo que se presenta a continuación se centra en el análisis de las manifestaciones asociadas al Síndrome de Burnout que existe en los voluntarios de la Fundación Cecilia Rivadeneira, que trabajan con pacientes de Oncología Pediátrica por más de dos años y en el desarrollo de estrategias personales de intervención, para disminuir y afrontar de mejor forma el estrés cotidiano.

Palabras clave: Síndrome de Burnout, características, voluntario.

ABSTRACT

Currently people develop stress in many areas of every day's life; this occurs more commonly in the work place; with the passing of the time the basic stress which was generated as normal, turns into a cumulative stress that adds up to Burnout syndrome or “be burnt syndrome” people who are exposed to get this pathology are doctors, nurses, health personnel and volunteers who are in contact with cancer patients.

The following article is focused on symptoms -associated to Burnout Syndrome- showed by Cecilia Rivadeneira foundation's volunteers, who have worked with Pediatric Oncology patients for more than two years, and in the development of personal strategies to deal with, control and reduce the effects of every day's stress.

Key words: Burnout syndrome, characteristics, volunteers

SÍNDROME DE BURNOUT

En la actualidad se han realizado varias investigaciones y estudios acerca del Síndrome de Burnout, esto debido a la gran importancia del tema, especialmente dentro del ámbito laboral y de la salud, ya que es aquí donde se evidencian

manifestaciones sintomáticas asociadas a este Síndrome; el personal que trabaja en estas áreas se encuentra más expuesto a padecerlo, ya que al establecerse relaciones interpersonales durante el ejercicio diario de su profesión se produce un intercambio de sentimientos, acciones, pensamientos, entre otros, esto poco a poco deteriora la psique de la persona que presta un servicio, tornándose en un estrés acumulativo y posteriormente en el Síndrome de estar quemado.

Existen algunas definiciones acerca de lo que es el Síndrome de Burnout propuestas por diversos autores, entre estas se destacan las siguientes: “[...] es una respuesta al estrés laboral crónico. Se trata de una experiencia subjetiva de carácter negativo, compuesta por cogniciones, emociones y actitudes negativas hacia el trabajo, hacia las personas con las que se relaciona el individuo en su trabajo [...]” (Gil-Monte, 2005, p.44). Como se mencionó anteriormente el Síndrome de Burnout se genera debido al estrés acumulativo al cual es sometido diariamente una persona como consecuencia de las actividades laborales que desempeña habitualmente, lo mismo que produce paulatinamente en el individuo manifestaciones negativas asociadas a éste síndrome como agotamiento emocional, agresividad dirigida hacia los clientes, entre otros, lo cual

provoca un deterioro en las relaciones interpersonales.

CAUSAS

El Síndrome de Burnout no tiene una etiología determinada, al contrario el origen de ésta es multicausal, Marisa Bosqued en su libro “Quemados, El síndrome de burnout, Qué es y cómo superarlo” propone algunos factores que causan este Síndrome, entre los que se destacan: factores organizativos, personales y socioculturales.

El Síndrome de Burnout se genera principalmente por factores organizativos, contexto en donde se producen varias manifestaciones asociadas al mismo, a causa de que las empresas u organizaciones no brindan las garantías necesarias para que el profesional que se encuentra laborando ahí, se sienta a gusto con lo que hace y pueda brindar un servicio de calidad a los usuarios que se benefician de esto; entre estos factores se destacan: el contacto continuo con el dolor y las emociones de los demás, carencia de apoyo y reconocimiento, sobrecarga de trabajo, falta de definición del rol profesional, cambios sociales o tecnológicos continuos a los que hay que adaptarse rápidamente, entre otros.

CARACTERÍSTICAS

- **Agotamiento emocional:** “[...] cansancio y fatiga que puede manifestarse física y psíquicamente o como una combinación de ambos. Es la sensación de no poder dar más de sí mismo a los demás”. (Rodríguez, 2010) El Síndrome de Burnout se desarrolla en los profesionales que mantienen un contacto permanente con usuarios, clientes o pacientes, en donde poco a poco la relación entre ambos se deteriora y se produce un agotamiento emocional, el mismo que se evidencia en síntomas físicos como cansancio, agotamiento, fatiga, tensión muscular, etcétera, así como también síntomas psíquicos como la sensación de no poder dar más de sí mismo hacia la otra persona; es decir, un efecto de impotencia y frustración al sentir que tal vez no tiene los recursos necesarios para satisfacer la demanda de la otra persona, lo mismo que va produciendo desgaste a nivel personal así como repercusiones en el ámbito laboral.

- **Despersonalización:** “[...] es el desarrollo de sentimientos, actitudes, y respuestas negativas, distantes, frías hacia otras personas, principalmente a los beneficiarios del propio trabajo. Muchas veces se observa un incremento en la irritabilidad y una pérdida de motivación hacia el mismo”. (Ibid, p.54) Otra de las características del Síndrome de Burnout es la despersonalización, en la cual el

profesional que se encuentra atravesando por éste padecimiento, manifiesta actitudes negativas, distantes, frías y poco empáticas a los beneficiarios del servicio, compañeros de trabajo y familia, lo mismo que surge como consecuencia de la interacción entre dos personas y del desgaste profesional posterior, provocado por un estrés organizacional.

- **Sentimiento de bajo logro profesional o personal:** “[...] nace cuando se confirma que las demandas que se le hacen, exceden su capacidad para atenderlas de forma competente. Se admiten respuestas negativas hacia uno mismo y hacia su trabajo, se bloquean las relaciones personales y profesionales, bajo rendimiento laboral [...]” (Ibid, p. 54); cuando el profesional ha estado sometido a períodos prolongados de estrés crónico, se produce el Síndrome de Burnout, en el cual se manifiestan características como el sentimiento de bajo logro profesional o personal, es decir, la persona comienza a percibir que su trabajo ya no es el mismo, además se produce una falta de motivación personal para asistir a sus labores cotidianas, por consiguiente ocasiona un bajo rendimiento laboral, absentismo, baja autoestima y sentimientos de fracaso al no poder cumplir con las exigencias de su medio, igualmente el entorno laboral en donde el individuo se desarrolla, se torna negativo y se dificultan las relaciones

interpersonales, tanto hacia los compañeros del trabajo, como a los usuarios del servicio.

SÍNTOMAS

❖ Síntomas Psicosomáticos:

- Cansancio
- Insomnio
- Tensión muscular
- Alteraciones en el apetito
- Dolores de cabeza tensionales
- Taquicardia
- Disfunciones sexuales

- Empeoramiento de alguna enfermedad que se presentaba previamente

❖ Síntomas Conductuales:

- Aislamiento
- Falta de colaboración
- Mala comunicación
- Predominio de conductas adictivas y de evitación
- Distanciamiento afectivo de los familiares y amigos
- Conflictos interpersonales en el ámbito del trabajo

❖ Síntomas Emocionales:

- Nerviosismo
- Irritabilidad y mal humor
- Frustración y decepción
- Agresividad
- Aburrimiento

- Tristeza y depresión
- Desgaste emocional
- Angustia
- Sentimientos de culpa
- Sensación de vacío y alienación
- Sensación de no “poder dar más de sí mismo”,
- Baja autoestima

- ❖ Síntomas que se manifiestan en el ambiente laboral:
 - Problemas de atención
 - Dificultades de memoria
 - Negación del problema
 - Ideación negativa acerca de la organización
 - Desinterés en el trabajo
 - Ideación suicida

ANÁLISIS DEL NIVEL DE BURNOUT EN VOLUNTARIOS DE LA FUNDACIÓN CECILIA RIVADENEIRA

Las personas que laboran diariamente en el Hospital y específicamente en el área de Oncología, enfermeras, médicos, residentes, voluntarios, etcétera, se encuentra a la constante expectativa ante la muerte del paciente oncológico pediátrico, lo mismo que constituye una fuente de estrés permanente; en un estudio realizado por la Fundación Cecilia Rivadeneira menciona que el 58.1 % de los niños con cáncer padecen leucemia y el 18.2% tumores sólidos; así también

que esta enfermedad afecta en 48.5% a los niños y 51,5% a las niñas.

El análisis del nivel de Burnout se realizó en la Fundación Cecilia Rivadeneira (FCR), esta institución inicia su labor en el 2004 a favor de los niños/as con cáncer y sus familias, haciendo honor con su nombre a una paciente oncológica que dejó un gran legado de amor para la posteridad, Cecilia era una persona que valoraba, por encima de la riqueza y la fortuna, las inversiones de vida.

Algunas de las motivaciones principales que impulsan a todas las personas que pertenecen a esta fundación son: ayudar a los niños/as y sus familias a celebrar las cosas simples de la vida que crean felicidad, mediante una tecnología basada en las risas y los sueños. Además a través de este legado, se pretende crear una comunidad solidaria, donde a todas las familias se les permite reír.

Población y Muestra

La Fundación Cecilia Rivadeneira mantiene un registro de todas las personas que ingresan a formar parte de la misma, la cual se incluye dentro de una base de datos general de la institución.

La base de datos proporcionada por la Fundación Cecilia Rivadeneira contiene a 25 voluntarios que son miembros activos de la institución; a partir de estos datos se realizó un cuadro para definir qué personas

cumplían con el requisito de haber permanecido a la misma durante más de dos años, a raíz de esto se concluye que la muestra para la investigación será de 15 voluntarios, en edades comprendidas entre 19 - 61 años, quienes se dedican a diferentes funciones laborales, acorde a sus carreras profesionales.

El procedimiento para el estudio realizado en la fundación, fue aplicar el Cuestionario de Burnout de Maslach (MBI) y posteriormente se procedió a realizar una entrevista personal con cada uno de los voluntarios que formaban parte de la muestra investigativa; esta actividad se llevó a cabo mediante la disponibilidad de horario que ellos tenía para proporcionar una entrevista, en la que se corroboró datos emitidos por las encuestas.

Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI)

La muestra de la población para realizar la investigación fue de 15 voluntarios, distribuidos en 7 hombres y 8 mujeres, en edades comprendidas entre 19 - 61 años, quienes se dedican a diferentes funciones laborales, acorde a sus carreras profesionales que aún se encuentran estudiando o ya ejercen y que han pertenecido a la Fundación Cecilia Rivadeneira por un período de más de 2 años.

El MBI Maslach Burnout Inventory, está compuesto por 22 ítems, que se valoran mediante una escala de tipo Likter con las siguientes opciones:

- 0 Nunca
- 1 Alguna vez al año o menos
- 2 Alguna vez al mes o menos
- 3 Algunas veces al mes
- 4 Una vez a la semana
- 5 Varias veces a la semana
- 6 Diariamente

Los 22 ítems, que se miden mediante la escala de Likter, se relacionan con las tres características principales del Síndrome de Burnout que son: agotamiento emocional; despersonalización y baja realización personal en el trabajo.

Agotamiento Emocional: Está formado por 9 ítems, hace referencia a sentimientos de cansancio o fatiga emocional en el trabajo.

Despersonalización: Compuesta por 5 ítems, da cuenta de la falta de empatía hacia los demás.

Realización personal: Conformada por 8 ítems, representa sentimientos de bienestar laboral.

Los baremos de resultados en cada una de las tres escalas se presentan a continuación:

TABLA No1

ESCALA	PUNTUACIÓN BAJA	PUNTUACIÓN MEDIA	PUNTUACIÓN ALTA
Agotamiento emocional	0-18	19-26	27 o más
Despersonalización	0-5	6-9	10 o más
Realización personal	0-33	34-39	40 o más

FUENTE: Bosqued, Marisa, "Quemados, el síndrome del Burnout", p.59

La interpretación de este cuadro sería la siguiente:

Burnout: Puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización; baja en realización personal.

Grado Medio de burnout: Puntuaciones medias en las tres escalas.

No padecimiento de Burnout: Puntuación baja en agotamiento personal y despersonalización y alta en realización personal.

RESULTADOS CUESTIONARIO MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

La muestra de la población para realizar la investigación fue de 15 voluntarios, distribuidos en 7 hombres y 8 mujeres, en edades comprendidas entre 19 - 61 años, quienes se dedican a diferentes funciones laborales, acorde a sus carreras profesionales que aún se encuentran estudiando o ya ejercen y que han pertenecido a la Fundación Cecilia Rivadeneira por un período de más de 2 años.

Características de los voluntarios:

- Existen 8 voluntarios ubicados en el rango de edad entre los 19 - 25 años de edad; mientras que 7 personas se encuentran en los 30-61 años.
- De la muestra de los voluntarios, 6 personas son estudiantes de diferentes carreras, 9 han culminado y se encuentran ejerciendo sus profesiones.
- En cuanto a la vida afectiva de los voluntarios, 8 personas son solteras, 3 se encuentran en una relación de pareja, 3 están divorciados, 1 separada.
- La motivación principal de la labor que realizan los voluntarios dentro de la fundación, es el poder “hacer algo por alguien”, según lo que ellos han manifestado; esta

información se amplía posteriormente.

A continuación se presenta un cuadro general correspondientes al análisis de las características del Síndrome de Burnout, derivado de la aplicación del Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI).

TABLA No. 2

N= 15

INDICADORES MBI

Sujeto	Edad	Años	Agotamiento Emocional			Despersonalización			Realización Personal		
			Baja	Media	Alta	Baja	Media	Alta	Baja	Media	Alta
			0-18	19-26	27 o más	0-5	6-9	10 o más	0-33	34-39	40 o más
1	23	2	5			0					48
2	30	4	5			2			16		
3	21	4	18			0			31		
4	61	2		20		0					42
5	19	2	10			0					42
6	40	5	5			0			33		
7	25	2			31	3			23		
8	21	3	10			3			31		
9	30	3	14				6				40
10	39	6	4					12	33		
11	21	2	12			0				39	
12	25	9	7			3			18		
13	31	7			32	1			30		
14	24	2	17			1				34	
15	36	3	9			1				39	
		TOT AL	12	1	2	13	1	1	8	3	4
		%	80%	7%	13%	86%	7%	7%	53%	20%	27%

Análisis de los Resultados

0	Burnout	0%	Voluntarios que presentan tres indicadores según Maslach
0	Riesgo	0%	Voluntarios que presentan dos indicadores según Maslach
2	Potencial	13%	Voluntarios que presentan un indicador según Maslach
13	Prevención	87%	Voluntarios que no presentan indicadores según Maslach

FUENTE: Elaborado por Gabriela López, según resultados de encuesta aplicada en el período de abril a junio 2013 a voluntarios de

la Fundación Cecilia Rivadeneira, que han pertenecido a la institución por un lapso de más de dos años. 2

ANÁLISIS GENERAL

La presente tabla muestra el porcentaje de personas que presentan indicadores de Burnout; donde la presencia de tres indicadores revela Burnout, la de dos, riesgo de padecerlo, la de uno, manifiesta una posibilidad de adquirirlo, mientras que 0 demuestra la necesidad de prevención de este Síndrome.

El 0% de las personas encuestadas en referencia a tres indicadores; denota la inexistencia del Síndrome de Quemarse por el trabajo en la muestra investigada, es decir que no existe la presencia del Síndrome de Burnout en los voluntarios de la Fundación Cecilia Rivadeneira.

El 0% de los encuestados, es decir 15 voluntarios, no muestran la presencia de dos indicadores, por lo tanto estas personas no se encuentran con un riesgo de padecer el Síndrome de Burnout y de manifestar agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal y profesional.

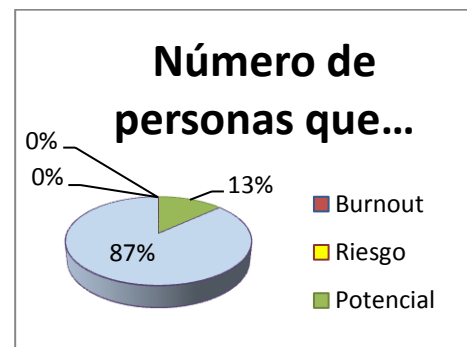
El 13% de la muestra aplicada, correspondiente a 2 personas, manifiestan un indicador de una posible existencia de Burnout, ante lo cual es necesario establecer alternativas de prevención para

evitar un mayor padecimiento de este síndrome.

Mediante las encuestas aplicadas a 15 voluntarios de la Fundación Cecilia Rivadeneira, se obtiene que el 87% de los encuestados, es decir 13 voluntarios, presentan 0 indicadores de Burnout; sin embargo es importante que la institución tome en cuenta estos valores para analizar cuáles son los factores organizacionales que desencadenan una baja realización personal en los voluntarios y por ende un posible riesgo de padecer este Síndrome.

CONCLUSIÓN DEL MBI

Grafico 1 Número de sujetos que presentan indicadores de Burnout



Fuente: Elaborado por Gabriela López 1

El presente gráfico muestra que el 13% de los encuestados, es decir 2 individuos tienen un potencial riesgo de padecer Burnout; así también el 87% de los voluntarios, correspondiente a 13 personas,

necesitan de un plan de prevención para manejar el estrés de una forma adecuada y disminuir el nivel de tensión que podrían estar manifestando esporádicamente dentro de la institución o durante las jornadas hospitalarias.

Finalmente se puede concluir que no existe el Síndrome de Burnout en los voluntarios de la Fundación Cecilia Rivadeneira; sin embargo es necesario establecer un programa de alternativas personales de intervención, lo cual se plantean en esta investigación; esto contribuiría a una mejor estabilidad emocional y psíquica de los voluntarios, para que de esta manera puedan continuar realizando su labor, en bienestar de los niños y niñas oncológicos.

Los voluntarios de la Fundación Cecilia Rivadeneira al realizar una actividad en la que está implícita las relaciones interpersonales, se encuentran expuestos a padecer un Síndrome de estar quemado laboralmente, si bien es cierto en las encuestas aplicadas no existe Burnout; durante la realización de las entrevistas, se dieron a conocer datos importantes a ser tomados en cuenta para una futura prevención de este síndrome; esta técnica permitió profundizar temas relacionados con las manifestaciones sintomáticas ligadas a las características del

padecimiento descrito a lo largo de la investigación.

ENTREVISTAS PERSONALES

Las entrevistas individuales aplicadas a los voluntarios fueron muy importantes en la recopilación de información, lo que era necesario para corroborar lo manifiesto en las encuestas del MBI.

Los voluntarios dieron la apertura para abordar temas relacionados con su vida personal y laboral dentro de la Fundación Cecilia Rivadeneira, quienes expresaron sus emociones, sentimientos, pensamientos y experiencias relacionadas con sus historias de vida y a la labor que realizan en la institución; además durante las entrevistas se evidenció mediante el lenguaje digital y analógico, que algunas preguntas provocaban tensión, mientras que otras, causaban tristeza, manifiesta en llanto.

El proceso de entrevista se llevó a cabo mediante preguntas abiertas; los temas abordados se detallan a continuación:

- Datos de identificación
- Anamnesis personal
- Estado actual de salud relacionado con las manifestaciones sintomáticas asociadas al Síndrome de Burnout

- Satisfacción personal dentro de la Fundación Cecilia Rivadeneira
- Aspiraciones personales

CONCLUSIONES ENTREVISTAS

- Finalmente del resultado obtenido mediante el cuestionario aplicado se concluyó que no existe la presencia del Síndrome de Burnout en los voluntarios de más de dos años de antigüedad pertenecientes a la Fundación Cecilia Rivadeneira; a pesar de esto, durante la aplicación de las entrevistas se evidencia la existencia de manifestaciones sintomáticas ligadas a este síndrome, lo que da cuenta de la necesidad de prevención ante un posible padecimiento de Burnout.
- Durante la realización de las entrevistas, se pudo conocer que los VTLs, al tener más responsabilidades que los voluntarios, presentan mayoritariamente síntomas ligados al Síndrome de Burnout, entre estos se destacan los afectivos- emocionales, tales como: frustración, ira, irritabilidad, mal humor, entre otros, evidentes en las relaciones interpersonales.
- En segundo lugar se muestra la prevalencia de los síntomas físicos, entre los que se destaca el cansancio, manifiesto durante la realización de la jornada o al finalizar las mismas.

- Los síntomas actitudinales, demuestran el sentir de las personas entrevistadas en relación al desempeño que cada uno realiza dentro de las jornadas dominicales, así como también a su participación e involucramiento en la institución.

- En relación a los síntomas conductuales, cognitivos y psicosomáticos, podría decirse que no se descarta su importancia dentro del análisis de las manifestaciones sintomáticas asociadas al Síndrome de Burnout, realizado es esta investigación.

TÉCNICAS PARA EL MANEJO DEL ESTRÉS DIRIGIDO A LOS VOLUNTARIOS

Existen varias técnicas útiles para manejar el estrés de una forma adecuada, entre estas se desatacan las técnicas de respiración y relajación, que permiten a la personas ser conscientes de las sensaciones de tensión muscular, para posteriormente apreciar la relajación; con el entrenamiento progresivo de esta metodología, la persona puede aplicarla en algún momento o situación donde se produzca el estrés, o para disminuir la ansiedad, ira, entre otras manifestaciones emocionales.

❖ Ejercicios de Respiración:

- Ejercicio 1: Inspiración abdominal
- Ejercicio 2: Inspiración abdominal y ventral
- Ejercicio 3: Inspiración abdominal, ventral y costal
- Ejercicio 4: Espiración
- Ejercicio 5: Ritmo inspiración-espriación
- Ejercicio 6: Sobregeneralización

❖ Técnica de Entrenamiento Autógeno

- Ejercicio 1: Relajación Muscular
- Ejercicio 2: Relajación vascular
- Ejercicio 3: Regulación cardíaca
- Ejercicio 4: Regulación respiratoria
- Ejercicio 5: Regulación de los órganos abdominales
- Ejercicio 6: Regulación de la región cefálica

❖ Habilidades Sociales :

- Autoestima
- Considerarse eficaces
- Confiar en la capacidad de uno mismo para pensar, aprender, elegir, tomar decisiones correctas
- Capacidad para superar retos y producir cambios
- Respeto por uno mismo

- Confianza en su derecho a ser feliz
- Confianza en que las personas son dignas de los logros, éxito, amistad, amor y la realización que aparezcan en sus vidas
- Asertividad
- Lenguaje verbal: lo que decimos y cómo lo decimos
- Lenguaje corporal o No Verbal: Hace referencia a lo que sentimos por encima de lo que decimos
- Cómo Decir NO: a muchas personas les resulta difícil expresarlo porque les hace sentir culpables, sienten temor de perder la aprobación de la otra persona o no ponen sus necesidades por encima de los demás.

CONCLUSIONES

- El personal que labora con pacientes oncológicos se encuentra expuesto a padecer el Síndrome de Burnout, a causa de las condiciones laborales diarias, mala relación entre el personal, sobrecarga de trabajo.
- No existe el Síndrome de Burnout en los voluntarios de más de dos años de antigüedad que pertenecen a la Fundación Cecilia Rivadeneira.
- Las personas que se veían más afectadas con relación a las

manifestaciones sintomáticas y por ende a padecer un Síndrome de Burnout son los VTLs (líderes).

- Los voluntarios que pertenecen a la fundación, han tenido familiar cercano que ha padecido cáncer u otra enfermedad que devino en la muerte.
- La motivación principal de los voluntarios es el servicio y el deseo de ayudar a los demás.

RECOMENDACIONES

- Impartir talleres para prevenir el apareamiento del Síndrome de Burnout en los voluntarios, VTLs y coordinadores que pertenecen a la Fundación Cecilia Rivadeneira.
- Algunas de los métodos que se pueden aplicar con el objetivo de disminuir la tensión provocada por el estrés son: ejercicios de respiración y posteriormente una técnica de relajación en entrenamiento autógeno.
- Es importante tener presente que la mejor forma de relacionarse con los demás, es mediante la aplicación de las habilidades sociales, entre las que se destacan el autoestima y la asertividad.

BIBLIOGRAFÍA

- Bosqued, Marisa. Quemados el Síndrome del Burnout Qué es y cómo superarlo. Ediciones Paidós, 2008.
- Branden, Nathaniel. La Psicología de la Autoestima. PAIDÓS Ibérica, SA. Buenos AIRES, 2001
- Gil Monte, Pedro. El Síndrome de Quemarse por el trabajo (Burnout) Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Ediciones Pirámide, 2005
- Labrador, Francisco et al. Manual de Técnicas de Modificación y terapia de conducta. España, Ediciones Pirámide, 1997.
- López, Gabriela. El Síndrome de Burnout en voluntarios que trabajan con pacientes de oncología pediátrica por más de dos años y alternativas personales de intervención; estudio realizado en la Fundación Cecilia Rivadeneira de la Ciudad de Quito en el período de abril a junio 2013, Quito-Ecuador, s.ed., 2013.
- Maslach, C y Jackson SE. (1986) Maslach Burnout Inventori. Annual Research Editor Consulting Psychology Press. Palo Alto California.
- Opazo, Roberto. Biblioterapia para el Desarrollo Asertivo,

Ediciones ICPSI, Santiago de Chile, 2004

- Rodríguez, María del Carmen et al. *Intervenir en el Estrés y el Burnout Enfoque Cognitivo-Conductual*, México, s.ed, 2010.

WEBGRAFÍAS

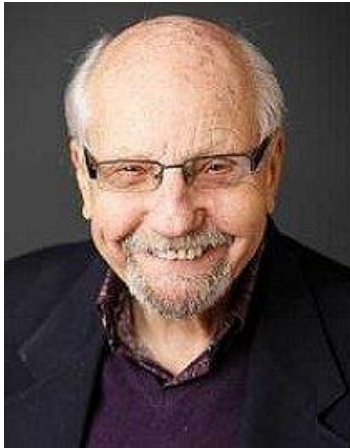
- Fundación Cecilia Rivadeneira (2013). Información Fundación Cecilia Rivadeneira. Recuperado de www.fcr.org.ec
- Rojas, Vipsania y Yeny Pérez. (2001). Cáncer infantil. Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/cancer-infantil-una-vision-panoramica/>

Cómo seleccionar el tratamiento más adecuado para cada paciente- Entrevista a Larry Beutler,

VIII Congreso Internacional de Psicología Clínica,

19-22 de noviembre/2015

Gualberto Buela-Casal



El próximo mes de noviembre, entre los días 19 y 22, tendrá lugar en Granada el VIII Congreso Internacional y XIII Nacional de Psicología Clínica, un evento organizado por la Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC) que, año tras año, se erige como un destacado punto de encuentro en el que profesionales e investigadores podrán intercambiar conocimientos y reflexiones sobre la actualidad de la Psicología Clínica dentro y fuera de nuestras fronteras.

Entre los ponentes que acudirán al Congreso, se encuentra Larry E.

Beutler, Profesor Emérito de la Universidad de Palo Alto (California, EE.UU). El Dr. Larry Beutler se doctoró en la Universidad de Nebraska y posteriormente trabajó en el Centro Médico de la Universidad de Duke, la Universidad Estatal de Stephen F. Austin, la Escuela de Medicina de Baylor, el Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Arizona, y la Universidad de California en Santa Bárbara.

Fue director del Centro Nacional de Psicología del Terrorismo y es el director del Institute for the Study of Equine Assisted Change en la Universidad de Palo Alto (Palo Alto University, PAU). Fue presidente de las Divisiones 29 (Psicoterapia) y 12 (Clínica) de la APA, y presidente internacional durante dos mandatos

de la Sociedad para la Investigación en Psicoterapia (Society for Psychotherapy Research, SPR).

Ha publicado más de 450 artículos y capítulos académicos y es autor o coautor de 26 libros sobre psicoterapia, evaluación y psicopatología.

Aprovechando esta ocasión, Gualberto Buena-Casal, como presidente del Comité Organizador del Congreso y presidente de la AEPC, Gracias por la amable invitación. Es un placer retomar viejas amistades y visitar a estimados colegas. Valoro nuestra larga amistad y estoy encantado de hablar con usted de nuevo.

Me gustaría comenzar con una presentación más personal que me permite la amistad y el conocimiento mutuo, desde que compartimos trabajos de investigación durante mi período de sabático en la Universidad de California. Muy pocos saben que antes de ser psicólogo fue cowboy profesional y que, posteriormente, decidió formarse en Psicología. Díganos, ¿por qué

le ha realizado la entrevista que reproducimos a continuación.

ENTREVISTA

En primer lugar, quiero darle las gracias por aceptar la invitación para participar en el VIII Congreso Internacional de Psicología Clínica, y también por esta entrevista para Infocop. Soy consciente de los múltiples compromisos e invitaciones que recibe y, por ello, sé lo difícil que es encontrar tiempo en su agenda.

este cambio de profesión y qué utilidad ha tenido su experiencia previa en su trabajo como psicólogo?

Estoy seguro de que muchos verían estas dos partes de mi vida como inconsistentes entre sí. Y, sin duda, lo que hacía durante mi adolescencia y juventud como *cowboy* de rancho y corredor de rodeo ocasional, era bastante inconsistente con mi rol como psicólogo. En ese momento de mi vida, los caballos eran solo algo para montar y una forma de ejercitar mi habilidad física y mental de una forma inusual. Luego, en 1993, mucho después de haber dejado la vida de *cowboy* y recibido mi educación,

decidí abandonar mi mayor afición por entonces –el manejo de aviones-, debido tanto al coste como a la creciente concienciación de que no era un piloto lo suficientemente bueno para garantizar mi seguridad. Ese fue el comienzo de la integración de mis dos pasiones: la psicoterapia y la equitación.

Retomé la pasión de mi juventud y compré un caballo árabe, una montura usada, un viejo camión y un remolque, y comencé a cabalgar por los senderos. Pero, descubrí muy pronto que mi caballo necesitaba entrenamiento: no había estado fuera de un pastizal en sus seis años de vida, estaba siempre nervioso e inestable, entrando en pánico si se enfrentaba a un árbol movido por el viento o a caminar por el agua. Volviendo a las experiencias de mi niñez, decidí que lo entrenaría yo mismo. Después de todo, yo había cabalgado potros salvajes, entrenado a caballos con la cuerda, y había tenido media docena de caballos árabes y medio árabes antes de dejar esa vida cuando tenía 19 años.

Después, durante el siguiente par de años, descubrí que entrenar caballos

era una experiencia diferente a la que había tenido antes cuando era joven. Durante los siguientes siete u ocho años, me convertí en un estudiante y luego en entrenador de caballos profesional en una disciplina llamada “Equitación Natural”. Esto era en mi tiempo libre, ya que, en ese momento, como usted bien sabe, yo era profesor a tiempo completo en la Universidad de California, Santa Bárbara. Fue durante aquella época cuando usted y yo nos conocimos. Fue también en ese tiempo en el que, a través de mi trabajo con los caballos, llegué a entender muchas cosas sobre la psicoterapia y las relaciones curativas. Aprendí que a las personas, como a los caballos, no les importa cuánto sabes hasta que ellos saben cuánto les importas. Descubrí que la colaboración era un agente de cambio más eficaz que el control. También aprendí que son las consecuencias de un acto las que enseñan uno nuevo, que a menudo tienes que permitir a los animales/humanos cometer errores para cambiarlos, y que el castigo no siempre funciona tan bien como la recompensa. Por supuesto, yo “sabía” todas esas cosas: había

estudiado esas ideas en la universidad, las había practicado como psicoterapeuta, y se las había enseñado a otros estudiantes. Pero, había algo sobre la honestidad y la inmediatez de verlas en acción mientras entrenaba a los caballos, trabajaba con jinetes, y aplicaba el “sentido caballo” que había observado y desarrollado para negociar las relaciones humanas difíciles, que yo realmente hice que estos principios cobraran vida.

Actualmente, en mi jubilación, además de consultar sobre la investigación en psicoterapia, supervisar a mis estudiantes de doctorado, dirigir programas de investigación, y dar conferencias, he establecido más firmemente la distancia entre mi rol como “jinete” y mi rol como “práctico basado en la ciencia”. Mi mujer y yo dirigimos un programa de terapia asistida ecuestre, usando ese foco tanto para la investigación como para la enseñanza de mis estudiantes de doctorado. Nosotros trabajamos con mujeres que han sido objeto de violencia doméstica, y aprendemos mucho sobre cómo la identificación

que ellas desarrollan con un caballo - que después de todo es una presa y una víctima perpetua-, puede producir curación y fortalecimiento. Esta es la respuesta corta a su pregunta.

Sé que no le gusta presumir de ello, pero creo que es interesante para una presentación personal informar que usted está en el ranking de los cien mejores jinetes de monta libre en los Estados Unidos de América. ¿Puede explicar a nuestros lectores, en qué consiste la monta libre y como alguien que dedica tantas horas a la investigación en psicoterapia tiene tiempo para poder estar en este ranking?

Yo pienso que la pregunta más importante es cómo y quién hace tales rankings. Yo rechazo tal concesión, por mi parte, y me considero un estudiante perenne del caballo igual que lo soy de la persona (ninguno de nosotros somos suficientemente expertos). Hay muchos, muchos, que son mejores que yo tanto como psicoterapeuta como trabajando con un caballo en “libertad” como podemos llamarlo.

Pero, aparte de la cuestión de la validez de la etiqueta que usted amablemente me ha dado, su pregunta es una cuestión importante para entender mi interés en conciliar mis intereses en el caballo y en la psicoterapia. La prueba de si uno tiene una relación con su caballo es ver qué puedes hacer cuando el caballo es libre para elegir su propio comportamiento. Esto es cuando el caballo no tiene restricciones sobre él/ella. No hay montura, no hay cabestro, no hay brida, solo tú y el caballo. Se dice que *“Cuando la brida se quita, todo lo que queda es honestidad”*. Lo que el caballo hace, es hecho porque sois pareja; él/ella elige hacerlo sin intimidación, amenaza, dolor o coerción.

Mi mujer y yo nos conocimos en un rancho de hospedería de caballos en Santa Bárbara. Ella me buscó, me cuenta, cuando me vió el primer día que llegó allí y me vió montando mi caballo blanco Taj (usted lo conoció cuando estuvo en Santa Bárbara) sin nada sobre su cabeza o espalda, solo yo. Taj y yo estábamos galopando sobre las colinas y pistas periféricas con su melena volando y mi cabeza

calva brillando al sol. Imagino que ella se quedó impresionada. Yo todavía monto, frecuentemente sin una brida y pidiéndole a mis caballos jóvenes que sigan mis instrucciones mientras saltamos, practicamos deslizantes paradas, rotamos en círculos rápidos, y perseguimos vacas. Estos días, sin embargo, post transplante de riñón y con 74 años, mi equilibrio no es tan bueno como lo fue una vez, por lo que normalmente monto con una montura. Pero, trabajar en libertad también tiene lugar cuando el *cowboy* está parado en el suelo. Yo permanezco de pie en mi arena de equitación, sin una cuerda u otros accesorios que me unan al caballo, y le pido ponerse de pie en un pedestal, realizar la figura del ocho alrededor de dos barriles, zigzaguear los obstáculos, repasar los saltos, y sentarse en mi regazo. Él hace todo menos sentarse en mi regazo, todo en nombre de la relación.

Yo pienso a menudo que si nosotros los psicoterapeutas pudiéramos aprender cómo desarrollar este tipo de confianza cooperativa con nuestros pacientes, podríamos mejorar realmente nuestros

resultados psicoterapéuticos. ¿Estamos demasiado preocupados en su resistencia, nuestra actuación, y en establecer el control, como para permitir que ocurra una colaboración tan intensa? Me pregunto.

Lo que yo conozco más sobre los caballos y que se traslada a la psicoterapia es *“la resistencia no es un problema del paciente, sino un fracaso del terapeuta en proporcionar un ambiente lo suficientemente seguro”*.

Hay pocos caballos o pacientes cuya resistencia sea un rasgo que llevan con ellos mismos.

La resistencia no ocurre en el vacío, ocurre porque terapeutas y entrenadores, respectivamente, no conocen cómo proporcionar un ambiente lo suficientemente seguro.

En una ocasión, le escuché en una magnífica conferencia cómo los animales se diferencian en sus conductas de defensa y de autoprotección, ponía el ejemplo de los animales depredadores como el león (carnívoros) y de los depredados como los caballos (herbívoros). Estos patrones diferenciados de conducta fueron el origen de su modelo de selección

diferencial del tratamiento psicológico para cada paciente, explíquenos brevemente como estos patrones de conducta animal dieron origen a su modelo de tratamiento.

Déjeme hacer una matización a sus suposiciones: estas diferencias entre los animales que yo (y otros) hemos descrito, no me llevaron a desarrollar mis ideas de la selección diferencial del tratamiento, sino que proporcionaron una metáfora que me ayudó a describir cómo funcionan los principios que uso en psicoterapia. Yo he llegado a creer que muchos de los mismos principios que funcionan con el pensamiento de los animales, también caracterizan a las personas. Mi mujer, una devota defensora de los derechos de los animales, me enseñó que los animales tienen sentimientos, no son simples máquinas de estímulo-respuesta. Y, cuando les doy problemas para resolver, los puedo ver en ellos cognitivamente. En el mundo animal, la diferencia entre el depredador y la presa es muy importante. Los humanos son depredadores por naturaleza y, como tal, son los enemigos potenciales de la

mayoría de los animales y son propensos a ser destructivos entre ellos también. Nuestras conductas depredadoras son tan naturales para nosotros como lo son para los leones, tigres y otros animales que comen carne. Pero la mayoría de los animales, son asignados a sus roles de depredadores o presas por su biología y no pueden desviarse totalmente de ella. Nosotros los humanos, sin embargo, podemos superar nuestros roles asignados por conocimiento y voluntad. Muchas personas fracasan al tomar esa selección, manteniendo una vida como depredadores. Ellos siguen siendo enemigos de los animales, los humanos, e incluso del medio ambiente. La presa de estas personas depredadoras puede llegar a estar atrapada en el “victimismo”, y las personas depredadoras, por ellas mismas, pueden volverse adictas al poder, al dinero y al control, que es la insignia de su naturaleza depredadora. Pero, como nosotros aprendimos con nuestros grupos de mujeres victimizadas que participan en nuestro Programa de Equinoterapia, las víctimas pueden

convertirse en “supervivientes”. Lo hacen cuando son refortalecidas y pueden resistir la compulsión que a menudo les hace retroceder a la victimización de sus maridos/parejas. Ellas pueden posicionarse, presentar denuncias contra jefes acosadores y órdenes de alejamiento contra las parejas. Pueden fortalecerse a sí mismas con educación y conocimiento. Incluso los depredadores pueden, a pesar de que rara vez lo hacen, abandonar su ansia por el poder y el control y encontrar placer en la igualdad. Esto es paralelo a lo que usted dice. Depredadores y víctimas requieren diferentes enfoques, buscan diferentes fines, tienen diferentes refuerzos, y responden a diferentes estilos de terapia. Esto es solo una pieza del modelo de tratamiento Selección Sistemática de Tratamiento (*Systematic Treatment Selection, STS*) que yo he propuesto. Lo he desarrollado principalmente como una respuesta de base no teórica sino científica a la Torre de Babel que nuestra ansia por las teorías del cambio nos ha dado.

En el Congreso nos explicará su

modelo, díganos brevemente en qué consiste y qué ventajas tiene sobre otras estrategias de selección de tratamientos psicológicos.

La “Selección Sistemática del Tratamiento” (STS) es un medio de aplicar el conocimiento científico que se ha acumulado en el proceso de cambio a la practicabilidad de adaptar los tratamientos para cada paciente individual. Sus mayores ventajas son que es transversal, minimiza el papel de la teoría no respaldada, y es práctico. Nosotros observamos los estilos y subestilos, aún acumulándose de psicoterapias para las diferentes condiciones, y encontramos que estas listas están ampliamente en contradicción con la ahora abrumadora evidencia de que *“todos [los estilos] han ganado y deben ser premiados”*. Nosotros somos diferentes a la mayoría de los investigadores/profesionales orientados científicamente porque creemos lo que la buena investigación nos cuenta. Digamos que 1) entre los más de 1.000 estilos de psicoterapia, hay pocos tratamientos (si hay alguno) cuyos efectos sean para un

diagnóstico específico; 2) la mayoría de las psicoterapias basadas en la evidencia producen resultados similares y casi equivalentes; 3) hay numerosos factores del terapeuta y del paciente (no relacionados con el diagnóstico) que contribuyen más al cambio que el estilo de psicoterapia practicado o el diagnóstico del paciente que lo recibe; 4) los factores relacionales y contextuales son probablemente más importantes que el “tratamiento” para que se efectúe el cambio; y 5) los métodos de investigación que actualmente predominan entre los investigadores basados en la evidencia están diseñados para minimizar o ignorar la importancia de estos factores del terapeuta, paciente, relaciones y contexto, en el cambio. Ellos se basan solo en las “intervenciones” (entre lo menos importante de los muchos contribuidores al cambio).

STS es un medio de crear un tratamiento individualizado, transversal y empíricamente impulsado para cada paciente, más que para aquellos vinculados a un tipo de diagnóstico. Este plan de tratamiento individualizado puede

ser aplicado sistemáticamente o prescriptivamente por terapeutas con muchos puntos de vista diferentes, que pueden entrenarse muy fácilmente para integrar los principios de la STS en sus enfoques impulsados por la teoría.

Cuando enseñamos a los estudiantes de grado y posgrado les solemos decir que hay distintas estrategias para seleccionar un tratamiento: la técnica más eficaz, la más efectiva, la más eficiente, el análisis funcional, la selección diferencial del tratamiento, la técnica de la conducta clave, etc. Centrémonos en esta última, se dice que ésta consiste en que si cambiamos una conducta clave (llave), que tiene una alta relación con la conducta problema se consigue eliminar el problema. ¿Realmente esto ocurre en la realidad?

Déjeme ampliar e integrar esta perspectiva, si me permite. No, yo no creo que el problema sea como bloques apilados en un parque infantil. No extraiga el de abajo para encontrar que todos los demás se han desmoronado. Pero, yo creo que el

esfuerzo para identificar un comportamiento problemático "clave" con el fin de afectar a una cadena de problemas es lógicamente el mismo que el esfuerzo por definir un "Tema Central Conflictivo" que guíe entonces el foco del tratamiento. Bajo diversos títulos, de psicodinámicos a cognitivos, estos enfoques comparten la esperanza de que los conflictos o comportamientos relacionados tienden a generalizarse. Es una idea persuasiva y, sin duda, la interconexión de la conducta sintomática -el hecho de que hay pocos trastornos sintomáticamente "puros" predispone un cambio en un grupo de síntomas para efectuarse en otros grupos y síntomas relacionados. De esta forma, por ejemplo, cambiando el abuso de sustancias de un paciente se cambia también la depresión, el funcionamiento familiar de otro, etc. Asimismo, al cambio de un tema central de dependencia emocional o de un grupo clave de síntomas pueden seguirle cambios en la asertividad, la satisfacción marital (al menos para uno de los cónyuges) y la autoestima. Recuerdo a una paciente anoréxica grave de 27 años

con la que trabajé durante tres años, y la que “se curó de anorexia” una semana después de que su “codependiente” marido la dejara.

Mi comprensión de esta investigación, la cuál puede no ser completamente actual, me lleva a instar alguna flexibilidad y a evitar la suposición de que los patrones observados operan igual para todos los pacientes. En el sistema STS, nuestra evidencia demuestra que los pacientes que adoptan un estilo de afrontamiento interpersonal focalizado internamente se benefician bastante de una orientación de la terapia que identifica los temas claves y dirige el objetivo terapéutico a resolver los temas interpersonales negativos y los grupos de síntomas asociados. Sin embargo, los pacientes que tienden a ser más externalizantes en sus formas típicas de negociar el conflicto y el cambio, a menudo hacen un mal uso de este tipo de terapia y responden mejor a una que encaje con su propia orientación y disposición a la acción. La reducción de los objetivos del cambio a los grupos de síntomas más que a los temas, y la asociación de estos

síntomas con la dirección de un cambio con consecuencias patentes, es una opción de tratamiento más compatible. Así que, sí, tengo esperanza en estas estrategias que confían en la generalización del cambio desde algunas a muchas conductas, pero también soy escéptico de que todos los pacientes vayan a estar preparados para responder a este enfoque al mismo nivel. Necesitamos identificar y desarrollar medidas que nos permitan utilizar diferentes posturas y perspectivas terapéuticas para facilitar los patrones individuales de cambio.

En las últimas décadas la selección de las terapias en función de la validez empírica está tomando cada vez más importancia, lo cual sin duda es positivo, pero la proliferación de agencias e instituciones que evalúan la validez empírica de los tratamientos (NICE, APA, agencias nacionales,...), es cada vez mayor, y esto es un problema para los clínicos profesionales, pues dependiendo de qué catálogo revisen, encontraran listados

distintos de tratamientos y también que algunos tratamientos tienen apoyo empírico en un listado y no en otro. ¿Qué opina de esto y qué solución podría tener?

Actualmente hay más de 200 terapias apoyadas empíricamente, cada una de las cuales está enumerada en al menos una de las muchas "listas". ¿Por qué supone que hay esta proliferación de modelos "científicos" y de listas? Su número va sin duda más allá de la capacidad de cualquier terapeuta para aprender. Cualquiera de estas terapias va a requerir que un terapeuta aprenda y practique durante varios años, y una proporción considerable de terapeutas con experiencia no van a poder llegar a ser lo suficientemente dóciles para ser usados en un ensayo clínico. ¿Habría tantos fracasos y tanta dificultad en mantener la adherencia si el terapeuta estuviese produciendo resultados notablemente mejores? Yo creo que no. Creo que necesitamos enfrentar el hecho de que hemos fracasado en encontrar la mejora de la eficacia y la efectividad prometida, y aceptar la realidad de que otro ensayo clínico no

va a resolver el problema. Si fuéramos capaces de ver efectos significativos a nivel clínico, ¿no esperaríamos ver un número relativamente pequeño de tratamientos específicos para las específicas condiciones diagnósticas emergentes?

Creo que el proceso de identificar tratamientos válidos empíricamente está fuera de control, porque este movimiento ha reducido el foco de lo que se define como "psicoterapia" a un punto en el que se ignoran las variables realmente importantes. Y, al mismo tiempo, han ampliado el número de "trastornos" a los que se dirigen los tratamientos. El resultado es un caos. En la búsqueda de un tratamiento "puro" para un grupo igualmente "puro" de pacientes, han ocurrido dos cosas contraproductivas: 1) los factores del terapeuta, no las características diagnósticas de los pacientes, y las variables del contexto del tratamiento se han ignorado o controlado como fuentes de "error", más que ser aceptadas como partes importantes del proceso de terapia; y 2) se ha desarrollado una "idolatría

metodológica” en torno al uso de Ensayos Clínicos Aleatorios que ahora relega a aquellos que se atreven a usar otras metodologías a la categoría de “no científicos” o “pseudocientíficos”.

Poner restricciones arbitrarias y, a priori, sobre lo que se puede estudiar dentro del dominio de la ciencia psicológica, y luego tomar igualmente otra decisión a priori de que solo un tipo de diseño de investigación va a cumplir el “Estándar de Excelencia” que sirve como un punto de partida para la aceptación de los pares, sería peligroso para cualquier ciencia. No menos para nosotros.

Creo que nos beneficiaría redefinir lo que entendemos por “psicoterapia” para tener más en cuenta (no menos) el contexto, los factores del participante, y las relaciones útiles. La psicoterapia, a mi juicio, no debe ser sólo un conjunto de intervenciones y un manual para guiar su aplicación, sino que debe incluir orientación para llevar al terapeuta a encontrar formas creativas de salir de la mentalidad de oficina con objeto de modificar los ambientes patogénicos, dirigir al cambio de los contribuyentes no

aleatorios, e incorporar una multitud de relaciones de calidad (también no aleatorizadas) que permitan al paciente aprender “equitación en libertad”, si se quiere, y ampliar nuestro rango de influencia a las barreras ambientales y sociopolíticas que amenazan con limitar nuestro poder para el bien. Pero, hacer esto, requiere que usemos múltiples métodos de investigación para abordar múltiples variables (muchas de las cuales no pueden ser asignadas aleatoriamente), y que llegemos a ser más como los astrofísicos que como los químicos. No hay ventaja en ser “verdaderos científicos” si al hacerlo ignoramos los factores que mejoran la capacidad del paciente para cambiar.

Me gustaría conocer su opinión sobre el método de formación de algunas nuevas terapias aparecidas en las últimas décadas. Por ejemplo, en el caso de EDMR, ACT, Mindfulness, Coaching,..., la formación se hace en escuelas de cada técnica, donde los más veteranos van formando a los que se inician, dando certificados que acreditan su formación, y, en la

mayoría de los casos, al margen de la formación formal en las universidades. En cierto modo es algo similar a como se forman los psicoanalistas. ¿Cuál es su opinión sobre este tipo de formación?

Hace algunos años, un estudiante y yo escribimos un artículo titulado “La Teoría de los Gérmenes de la Educación”. En ese artículo, lamentábamos que la formación de grado y postgrado, especialmente la formación especializada, parecía adherirse a la opinión de que si estás expuesto a una habilidad particular por un período de tiempo limitado, la vas a “agarrar” como un resfriado. Es fácil formar un currículum y exigir a los estudiantes que asistan a tantas sesiones, trimestres, semestres, o años, sentados a los pies de un gurú, tras lo cual recibirán un certificado que les permite cobrar más por sus servicios y les hace sentirse orgullosos de sí mismos, pero que no produce ningún cambio en la eficacia. Tales gremios, sin embargo, tienen algunos defectos fatales, de los cuales no menos importante es el fracaso de requerir que uno haga mejor a las personas después de dicha

exposición. No sólo es importante mostrar que tus estudiantes han recibido la exposición avanzada o especializada de tu visión de las cosas para ser un miembro de tu gremio, o que ellos veneran al maestro, sino que tienen la responsabilidad de demostrar que al hacerlo, los estudiantes se han vuelto más útiles e impactantes en su trabajo terapéutico.

Como voy a describir en mi presentación del Congreso, estamos analizando actualmente si los supervisores de psicoterapia que son formados y monitoreados para garantizar que enseñen la aplicación de los principios de la STS que anticipan la conducta del paciente, se vuelven así más eficaces que los supervisores que revisan las conductas momento a momento DESPUÉS de que hayan ocurrido, y proporcionan orientación post-hoc. Hemos obtenido resultados iniciales prometedores que confirman que los pacientes que son asignados a estudiantes graduados que, a su vez, han sido o están siendo formados específicamente en el uso de los principios de la STS, realmente

mejoran más que aquellos cuyos estudiantes terapeutas reciben la supervisión habitual y normal.

Siendo anticuado cuando reitero mi creencia, extraída de terapeutas de conducta previos, que la educación basada en competencias debería ser la naturaleza usual, y no la inusual, de la formación de grado. Y, esto incluye el requerir que los estudiantes sean capaces de producir realmente un resultado beneficioso en los pacientes.

Cada vez hay más psicólogos clínicos que buscan en las neurociencias un aval de garantía científica para las terapias psicológicas, y, al mismo tiempo, también proliferan los detractores de la necesidad del apoyo de las neurociencias para la terapia. ¿Cuál es su opinión sobre esto, es una moda o realmente es un sello de garantía el aval neurocientífico?

Por mucho que hayamos repudiado el “Modelo Médico” en el curso de nuestra historia como una profesión de ayuda, a la mayoría de nosotros secretamente nos gustaría poder creer que estamos tratando “enfermedades reales” con

“tratamientos reales”. El término “real” en este contexto, se define normalmente como médicamente creíble. De ahí el aceptar como nuestro estándar de oro en investigación, una metodología que tuvo su origen en la bioquímica, el diseño ECA. Usando este diseño de mal ajuste para psicoterapia, muchos tienen la esperanza de que vamos a encontrar finalmente el gen estropeado y la píldora terapéutica mágica. A este residual de las largas batallas con la psiquiatría y la medicina se le suman los desarrollos fascinantes que surgen de la neurociencia y la ciencia cognitiva. Estos hallazgos son fascinantes, pero en mi opinión son a menudo una distracción, al menos en esta etapa de nuestro conocimiento.

La mayoría de las acciones y reacciones neuroquímicas que son tan fascinantes prueban solo que algo está funcionando, ese algo es más a menudo una correlación que una causa probada de conducta. Podemos ayudar a las personas sin asumir la causalidad biológica. Decir que incluso me parece radical, en esta época en la que todas las cosas se

están vinculando a factores que son vistos o inferidos a través de un microscopio de electrones.

Paradójicamente, al mismo tiempo, reconozco que es útil descubrir que algunos tipos de palabras empáticas provocan acción en los centros cerebrales asociados con los sentimientos positivos y la motivación. Podemos usar ese conocimiento directamente en Psicoterapia, e incluso sería útil disponer de un enlace directo para activar la región neurológica afectada. Pero, igualmente importante, es bueno saber que incluso usando medidas crudas de empatía, no podemos evocar macrocambios en los sentimientos del paciente, la toma de decisiones, y los síntomas. No todos necesitamos tener todo el conocimiento, y es prudente evaluar la información y las nuevas tecnologías cuidadosamente para evitar la trampa de desarrollar o adherirse a otra idolatría metodológica.

Y hablando de modas, tenemos actualmente el Coaching psicológico, que en algunos países está creciendo de manera

sorprendente, creándose asociaciones, congresos,...

¿Realmente cree que hay algo nuevo en este movimiento, o no es más que un nombre de moda para lo que siempre fue el consejo y asesoramiento psicológico?

Las mejores estimaciones que he podido extraer de la investigación disponible, es que, a cerca del 70% de los pacientes que buscan tratamiento, les ayudará una relación cariñosa con una persona interesante. Sólo alrededor del 30% de las personas necesitan realmente las técnicas especializadas que hemos desarrollado. Creo que hay sitio para los cuidadores cariñosos que son personas interesantes. El problema, como yo lo veo, es que tales personas quieren casi inevitablemente ser más que eso. Quieren especializarse y ser expertos. Así es como hemos conseguido ser profesores, terapeutas, etc. Hay un paralelismo aquí en el sistema sanitario de EE.UU. Ya sabe, estoy seguro, que finalmente, en 2010, conseguimos desarrollar un programa de atención sanitaria nacional, pero hemos encontrado que es ineficiente porque tenemos

demasiados especialistas y demasiados pocos médicos generales de los que necesitamos.

Del mismo modo, en Psicoterapia, la mayoría de nuestros pacientes no necesitan probablemente el grado de experiencia que tenemos a nuestro alcance. Debemos aprender a reconocer cuando una relación será suficiente y cuando será necesaria una mayor experiencia. Y, necesitamos asegurarnos de que esta información se haga pública y sea transmitida específicamente a los pacientes para que puedan tomar sus propias decisiones. Por lo tanto, no creo que el problema sea que los coaches no son eficaces, creo que el problema es que no tenemos una forma de diferenciar a los pacientes que no necesitan más de lo que los coaches proporcionan y nada menos de lo que nosotros podemos proporcionar. Esto requiere cierta regulación de la psicoterapia que raramente ocurre actualmente. En ausencia de tal regulación, necesitamos hacer un mejor trabajo de monitoreo de nosotros mismos y de educar al público.

La Terapia asistida con animales es otra estrategia de tratamiento que está creciendo en los últimos años. Se practica con delfines, perros, pájaros, gatos, caballos, etc. ¿Cuál es su opinión sobre esto?

Como el propio término "Psicoterapia", el término "Psicoterapia asistida con animales" no es una cosa simple o uniforme. Hay cuatro modelos principales solo en la terapia asistida ecuestre. De diversas formas, algunos trabajos tienen como objetivo promover conocimiento, otros enfoques tienen como objetivo desarrollar habilidades de afrontamiento, y otros tienen como objetivo estimular el uso de músculos dañados y recapacitar vías neurológicas. Independientemente del tipo, la investigación es muy pobre sobre todos los tipos de tratamiento asistidos con animales. La mayoría de la "investigación" está constituida por estudios de caso no sistemáticos e informes de clientes previos. Estudios cuasi-experimentales y experimentales reales se han llevado a cabo solo sobre unas pocas de las aplicaciones que se ofrecen actualmente. La

investigación es mejor sobre los perros terapéuticos y sobre el uso de la equinoterapia con niños que tienen discapacidades del desarrollo. **Kazdin** ha concluido que las terapias asistidas con mascotas de estos tipos, están cualificadas para ser denominadas como “apoyadas empíricamente”.

Pero, yo creo que la verdadera cuestión no es simplemente si una o más de estas terapias producen cambios notables. Creo que hay una cuestión adicional que debe aplicarse aquí: concretamente, ¿es esta forma de terapia asistida con animales gradualmente válida como tratamiento? En otras palabras, ¿produce un cambio lo suficientemente grande como para justificar su uso en lugar de un tratamiento menos costoso? Animales terapéuticos como los pájaros, los gatos, e incluso los perros están disponibles fácilmente, no cuestan mucho de mantener, y son prácticos, quizás la cuestión de si ayuda más que una condición de control o sin tratamiento es suficiente en estos casos. Pero, en el caso de usar animales exóticos como asistentes

terapeutas, incluyendo a los caballos, la cuestión económica debe considerarse cuidadosamente. Necesitamos mantener por lo menos cinco caballos entrenados para nuestro propio programa. Los caballos requieren alimentación y entrenamiento constante para ser valiosos para el programa. Hay también facturas del veterinario, herraduras, suplementos nutricionales, los cuales deben suministrarse todos, tanto si el programa los pone en acción una vez al año como dos veces al día.

Hay varias cosas con las que hemos quedado impresionados en nuestra propia experiencia con la equinoterapia. Está claro que: 1) las personas son ayudadas, pero no uniformemente por la terapia asistida ecuestre; 2) las impresiones subjetivas de los pacientes sobre sus mejoras en esta terapia son muy superiores a las estimaciones basadas en las medidas de resultado estandarizadas; 3) la magnitud del cambio objetivo no es apreciablemente más grande que el obtenido con una buena psicoterapia convencional; y 4) en el método

habitual de administración grupal, hay muy poco margen para adaptar la intervención a cada paciente como nos gustaría hacer idealmente al aplicar una intervención STS individual.

Hemos tenido personas que etiquetan su trabajo con nosotros como un “cambio de vida” y han persistido haciendo muchas ganancias después de la terapia, pero estos cambios no se capturan con el sistema de evaluación STS/*innerlife* que monitorea el cambio o con el OQ-45 que también usamos para evaluar el cambio.

Llegamos a la conclusión de que 1) la equinoterapia no es para todo el mundo que la quiera; 2) si la usamos necesitamos desarrollar y usar medidas que incorporen la experiencia subjetiva del paciente así como también el cambio de los síntomas; 3) debemos encontrar también formas de reducir el coste de mantener a los animales para este uso; y 4) a menos que haya casos específicos de individuos intransigentes cuyo cuidado sea apoyado por métodos no probados, es arriesgado “vender” estas terapias a

pacientes sin una divulgación completa.

Con total sinceridad, no podría justificar mi uso de la terapia asistida ecuestre si no fuera por que es una beca de investigación, más que pacientes individuales, la que se hace cargo del coste.

Al principio de la entrevista le preguntaba cómo influyó su profesión de cowboy sobre la Psicología. Ahora le pregunto en el otro sentido. Sé que practica un método muy poco convencional para domar los caballos. Yo he visto personalmente cómo aplica la Desensibilización Sistemática para domar caballos, difíciles por su edad y resistentes a la doma clásica, y con resultados espectaculares en muy pocas sesiones. ¿Cómo se le ocurrió aplicar esta técnica y qué ventajas tiene sobre la doma tradicional?

La originalidad de mi enfoque, como usted lo identifica, es que usa principios básicos de Psicología Conductual, expresados en una terminología más interesante, para cambiar la conducta del caballo. En el entrenamiento de caballos

convencional, incluyendo la doma clásica tradicional centrada en el control y la intimidación, el caballo es sometido y vencido, y la conducta no deseada es castigada hasta que el caballo se rinde y se somete. La buena noticia es que mi forma de entrenamiento -lo que se llama "equitación natural"-, ya no es "inusual". Se está generalizando en la mayoría de las comunidades de entrenamiento de caballos, incluso en la doma clásica. Por tanto, mucho más hoy que hace 10 o 20 años, el foco del entrenamiento se está centrando en estrategias conductuales simples como la conformación, la evitación, el entrenamiento, el refuerzo positivo, y la saciedad. Aunque, como se conoce, estos términos no se usan, sustituyéndose por términos más compatibles y comprensibles. Así, escuchamos advertencias como "recompensa el mínimo intento" (conformación), "la liberación de la presión" (entrenamiento de la evitación), "los caballos siguen a la zanahoria" (uso del refuerzo positivo), "conduce al caballo hasta que busque un cambio"

(entrenamiento de la saciedad), para describir estas diversas técnicas.

Las ventajas del enfoque natural en comparación con cualquier régimen de entrenamiento de caballos tradicional son: 1) los enfoques naturales reducen la resistencia del caballo mediante señales de relación positivas que son familiares para el caballo, 2) los enfoques naturales reducen la oposición y la lucha reduciendo las acciones depredadoras del entrenador, 3) los enfoques naturales reducen el tiempo de entrenamiento aprovechando la curiosidad natural del caballo y su deseo de ser un líder, 4) los enfoques naturales se centran en establecer al entrenador como fuente de seguridad y confort para aumentar su poder reforzador. Por tanto, para ser breve, todas las ventajas están plasmadas en el objetivo de reducir el conflicto y aplicar refuerzos sistemáticos (tanto positivos como negativos) en ausencia del castigo, para la tarea de desarrollar una relación a través de la cual uno enseñe habilidades. Todo esto es Psicología Básica.

Como es bien sabido, actualmente existe una fuerte crítica de miles

de psicólogos y psiquiatras sobre el DSM-5. Supongo que se sentirá reconocido con el paso del tiempo, pues fue usted un pionero, hace ya varias décadas, en las críticas al sistema DSM y a su aplicación en la Psicología Clínica. ¿Cuál es su opinión actual sobre esto?

Veo poco en el DSM-5 que proporcione una “cura” para los problemas que se le han atribuido a los DSMs previos. Las excepciones a esta conclusión son: 1) la introducción de un espectro de trastornos derivados parcialmente de la necesidad de etiquetas categóricas para cosas que existen como un continuo; y 2) el esfuerzo por aclarar algo de la sobre inclusión de los trastornos del Eje II. Estoy seguro de que hay otros cambios positivos, pero en general, el DSM-5 continúa la marcha hacia la medicalización de todas las conductas como “verdaderas” enfermedades, lo que encuentro contraproducente, erróneo y engañoso.

Como ya sabe, la APA ha dado un paso hacia la CIE-11 a medida que aparece, basado en gran parte en su punto de vista funcional y en las

contribuciones hechas por muchos psicólogos. Creo que es un buen paso, pero mantengo la ilusión de que las agrupaciones diagnósticas fueron diseñadas para tener más relevancia en las decisiones de tratamiento.

Hace algunos años, usted escribió un libro titulado *Estoy loco o lo está mi terapeuta*, libro que ha tenido un gran éxito en los países anglosajones. Díganos, ¿qué mensaje pretendía transmitir con este libro?

En pocas palabras, mis coautores y yo buscábamos subrayar la necesidad de una fundamentación empírica, más que simplemente racional, de práctica. Yo consideraba entonces, y sólo mínimamente menos de lo que ahora, que las tendencias de los clínicos a sobre patologizar la conducta del paciente, a valorar la Psicoterapia eterna, y a confiar en la autoridad más que en la evidencia como las bases del tratamiento, era egoísta, peligroso y degradante para los pacientes y para los propios clínicos.

Cambiando de tema, usted no solo es un famoso investigador en Psicoterapia, sino que también

tiene una amplia experiencia en las publicaciones científicas, de hecho, fue el editor de la revista más importante de Psicología Clínica, el *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, por tanto, conoce muy bien el mundo editorial. Como sabemos, cada vez los investigadores tienen más presión para publicar, de ahí el ya clásico dicho “*publicas o pereces*”. Esto ha llevado que cada vez es mayor el número de investigadores que manipulan o falsifican datos para facilitar la publicación de artículos. De hecho, ya hay iniciativas de algunas revistas como *Perspectives on Psychological Science* que promueven la replicación de investigaciones. ¿Qué opina sobre esto y cómo se podría cambiar esta tendencia a publicar más “sea como sea”?

Todas las tendencias que ha descrito - y a las que añadiré la proliferación de revistas “con ánimo de lucro” que publican artículos de cualquier calidad por un precio-, aumentan porque hemos estado dispuestos como un grupo de científicos, tanto a

definir la calidad como a valorarla cuando se toman decisiones sobre tenencia, promoción, y avance profesional. Yo apoyo la necesidad de la replicación y aplaudo a cualquier editor que dedique espacio en la revista para este tipo de investigación. Pero, también abogo por hacer replications de una forma que aumente el cúmulo de conocimientos. Concretamente, quiero decir que la replicación de un estudio no necesita ser simplemente una copia perfecta de uno anterior, sino que puede introducir algunos cambios metodológicos selectivos y adiciones que prometan no sólo la validación cruzada de los hallazgos previos, sino también que van a dirigir nuestra búsqueda de conocimiento sobre el tema hacia direcciones prometedoras. Por ejemplo, uno no necesita simplemente demostrar una vez más que una relación de colaboración provoca el cambio, sino que puede incluir una observación estructurada sobre las condiciones precipitantes que mejoran la relación de tal forma que arroje luz sobre cómo se desarrolla tal relación.

Como campo, necesitamos establecer jerarquías de lo que constituye la buena investigación, incluyendo dar valor a los diseños de investigación programáticos convergentes y fomentar una mayor expansión de los métodos estadísticos, como la construcción de modelos. Podemos fomentar acciones que apoyen estos objetivos por parte de las organizaciones principales, tanto dentro de diversos países como internacionalmente. A nosotros, en EE.UU., nos vendría bien iniciar una discusión dentro del gobierno de la APA sobre cambiar la tendencia actual de ampliar nuestro grupo de revistas de la APA, incluso hasta el punto de mantener un menor número de revistas de mayor calidad. Se debe reconocer, sin embargo, que tales sugerencias deben confrontar la disparidad entre estos objetivos orientados a la calidad y las recompensas financieras que atienden a la cantidad por encima de la calidad en las editoriales. De ahí que necesitemos reforzar el argumento para los estándares presionando a las instituciones académicas a establecer y articular

estándares inclusivos de investigación dentro de las disciplinas principales, por los que se regirán la promoción, la tenacidad y las contrataciones.

Por último, usted ha venido varias veces a España y colaboró con personas e instituciones como, por ejemplo, en un Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos, por tanto conoce bastante nuestra situación y, por ello, me gustaría conocer su opinión sobre la Psicología Clínica en nuestro país.

Debe recordar mientras intento responder esta interesante pregunta, que, debido a problemas de salud, a mi jubilación en 2002 y de nuevo en 2013, sin mencionar una gran carga de trabajo continua, no he visitado España durante varios años. Mis impresiones pueden estar anticuadas u obsoletas. Sin embargo, siempre me han impresionado los investigadores españoles por dos razones básicas: 1) extraen con frecuencia conocimientos de sus esfuerzos por investigar alrededor del mundo incluyendo EE.UU, y 2) han aprendido a no aceptar ciegamente los hallazgos de la

investigación, tienen todavía el poder del pensamiento crítico.

Como resultado, y en gran parte debido a la proximidad de muchas culturas diferentes en Europa, los investigadores españoles (y creo que otros del Mediterráneo) han sido ecuménicos no defensivos. Ustedes comparten conocimiento, colaboran con compañeros, y desarrollan comunidades de académicos que se extienden más allá de las paredes de las universidades y las clínicas. Los programas de investigación colaborativa y los programas de intercambio académicos son frecuentes y fomentan el intercambio de ideas. La longevidad de algunos de estos programas de investigación relevante y de colaboración, parecen superar con creces a los de EE.UU, los cuales parecen representar intereses más transitorios, a veces rozando una lluvia de ideas.

Admiro su trabajo y su interés en la terapia cognitivo/conductual, por los cuales siempre ha permanecido abierto a la aportación e influencia de personas como yo cuyas ideas no son siempre congruentes con las opiniones tradicionales. Creo que la

diversidad de opiniones representadas por los conferenciantes en este congreso, son un buen ejemplo que apoya mi tesis de compartir de forma no defensiva ideas y puntos de vista.

Tendría muchas más preguntas que hacerle y que, sin duda, serían de interés para nuestros lectores, pero no quiero alargar más la entrevista y, además, los psicólogos clínicos podrán aprovechar la oportunidad de hacerle las preguntas que deseen en la hora de conversación que tan amablemente ofrecerá durante el Congreso.

Espero con interés la hora de conversación como una oportunidad más para conocer nuevos amigos y escuchar nuevas ideas.

Termino reiterando las gracias por su próxima visita a Granada y, conociendo su gran interés por el mundo de los caballos, creo que tendremos la oportunidad de visitar la importante Real Escuela Andaluza de Arte Ecuestre y la, no menos famosa, Yeguada Militar garante de la pureza del caballo andaluz que tenemos en Jerez de la

Frontera, ambas consideradas entre las mejores del mundo.

Ahora me ha llegado al corazón. Y, puedo asegurarle que mi mujer, Jamie, encontrará la oportunidad de unirse a nosotros en una visita al completamente asombroso Registro Andaluz en Jerez de la Frontera. Ambos vamos a estar esperando esta visita como una muestra más de la generosidad y aceptación suya y de la comunidad de psicólogos españoles. Les agradecemos la oportunidad de compartir tiempo e ideas durante esos días del congreso.

Si desea añadir algo más, sino por mi parte terminar manifestando que será un placer tenerlo una vez más en Granada.

Y un gran placer para mí también.

Lexintegrativo

Msc. Mayra Velástegui Villamarín
PSICOTERAPEUTA INTEGRATIVA



Alianza de trabajo: Es la capacidad diádica para trabajar juntos hacia el objetivo planteado en la psicoterapia. Es éste punto cuentan los componentes técnicos que responderían a la pregunta ¿Qué se hace en la relación? *Tomado del libro Psicoterapia Integrativa focalizada en la personalidad (Balarezo, L., 2014)*

Antecedentes filosóficos del modelo integrativo focalizado en la Personalidad: El pensamiento filosófico ha pretendido, desde la antigüedad hasta nuestros momentos, llegar a la esencia del conocimiento desarrollándose a través de dos posiciones extremas, el reconocimiento de la realidad como algo tangible, existente y concomitantemente reproducible y la posición que ha mantenido el criterio de “creación” o “invención” de esa realidad. El constructivismo se preocupa por saber cómo conocemos y cómo llegamos a conocer, respondiendo a estas interrogantes afirmando que el conocimiento resulta de la construcción que el observador efectúa de la realidad externa. *Tomado del libro Psicoterapia Integrativa focalizada en la personalidad (Balarezo, L., 2014)*



Conducta pulsante: La conducta de una persona influye activando al interlocutor; según su actuación puede activar positiva o negativamente al ambiente social. Un buen repertorio conductual permite que el sujeto sea capaz de discriminar la

conducta más adecuada para cada ocasión. *Tomado del libro Psicoterapia Integrativa focalizada en la personalidad (Balarezo, L., 2014)*

Control de la deserción: A pesar de ser un asunto de compleja resolución por las variadas condiciones actuantes en la permanencia del paciente en el proceso, señalemos algunas recomendaciones referentes al tema.

- Juzgamiento de las reales expectativas del paciente y sus familiares y análisis de la motivación previa del paciente
- Estructuración de la relación durante la primera entrevista con características especiales en lo referente al contrato terapéutico
- Adecuación de la relación a la personalidad del paciente tomando en cuenta que el abordaje es diferente en las personalidades afectivas, cognitivas, comportamentales y de escaso contacto social
- Monitorear el proceso inexcusablemente y evaluarlo permanente

Construcción de la experiencia psicológica: La actividad psíquica constituye una constante y permanente construcción de la realidad impelida por un afán de conocimiento. La experiencia se construye con la participación de un conjunto de operaciones interiores y exteriores que realizan los seres humanos y su acción es el resultado del entrecruzamiento de factores biológicos y sociales presentes en el individuo. *Tomado del libro Psicoterapia Integrativa focalizada en la personalidad (Balarezo, L., 2014)*

Convergencia causal y temporal: En los sistemas abiertos los fenómenos se dan por la convergencia e interacciones que ocurren en un momento determinado entre varios factores multicausales. La intermolulación causal rompe la causalidad lineal y monocausal permitiendo que en el trabajo clínico trascienda de las meras descripciones diagnósticas hacia la búsqueda de factores biológicos, psicológicos, sociológicos, filosóficos y lingüísticos que intervienen en la producción de los fenómenos. Además esta perspectiva nos permite considerar la convergencia

temporal entre pasado, presente y futuro. *Tomado del libro Psicoterapia Integrativa focalizada en la personalidad (Balarezo, L., 2014)*



Demanda implícita: demanda oculta, motivos más profundos que explican no solo la consulta, sino además las causas reales de las quejas que en ocasiones suele ser el asunto más importante a resolverse *Tomado del libro Psicoterapia Integrativa focalizada en la personalidad (Balarezo, L., 2014)*



Estrategias estimulativas o de apoyo: El terapeuta, cuando se ha formado un criterio general sobre el sujeto y el trastorno, debe emplear frases de apoyo o reafirmaciones para conseguir confianza, optimismo y tranquilidad en los inicios del tratamiento, mediante intervenciones dirigidas a persuadir o sugerir al paciente sobre la factibilidad real de tratamiento y curación, así como la experiencia anterior del terapeuta en casos similares. *Tomado del libro Psicoterapia Integrativa focalizada en la personalidad (Balarezo, L., 2014)*

Evolución de los procesos disfuncionales: Las construcciones disfuncionales pueden expresarse en diferentes grados marcando variados estilos de afrontamiento en el sujeto. Ocurre que los cambios que promueven las experiencias pueden ser *progresivos*, es decir con tendencia a organizar niveles de mayor complejidad; *circulares*, cuya tendencia es regresar al mismo punto de partida; y *regresivos*, que se caracterizan por retornar a estructuras anteriores.

Tomado del libro Psicoterapia Integrativa focalizada en la personalidad (Balarezo, L., 2014)

Estructura y dinámica de grupos: Se conoce también cómo el individuo y el grupo se influyen mutuamente, los estudios han tratado temas como el del liderazgo, sus funciones, sus estilos y su efectividad. Asimismo, se ha investigado las condiciones en que los grupos humanos resuelven sus conflictos de forma cooperativa o competitiva y las múltiples consecuencias que se derivan de estos problemas. *Tomado del libro Psicoterapia Integrativa focalizada en la personalidad (Balarezo, L., 2014)*



Feedback: es un mecanismo conducente a la regulación de un sistema que se produce siempre tras la ruptura del equilibrio, es decir, cuando el estado ideal del sistema no coincide con su estado actual *Tomado del libro Psicoterapia Integrativa focalizada en la personalidad (Balarezo, L., 2014)*



Guión: consiste en un proyecto, en donde la trama deberá desarrollarse en el escenario de la vida, que es el mundo que cada uno de los seres humanos le toca vivir”, (Fernández-Álvarez, 1996, p.184). En este escenario se configuran argumentos centrales, episodios, personajes, que señalan formas individuales de resolución. *Tomado del libro Psicoterapia Integrativa focalizada en la personalidad (Balarezo, L., 2014)*



Harper en 1966, establece las siguientes características comunes de los enfoques psicoterapéuticos:

- *Persona en condición de paciente*
- *Persona en condición de terapeuta*
- *Recolección de la información*
- *Establecimiento de una relación positiva*
- *Utilización de técnicas específicas sobre todo verbales*
- *Entender la psicoterapia como un proceso*

Homesostasis y sistemas de alostasis: Los estímulos que alteran la homeostasis son denominados estresantes, y al romperse el equilibrio, aparecen sistemas alostáticos (Sterling, 1990; Eyer, 2000), que constituyen todos los movimientos que se ponen en marcha para recuperar nuevamente el estado homeostático. Cuando se produce abuso de los sistemas alostáticos por activaciones frecuentes, intensas o crónicas, se producen “*cargas alostáticas*”, características del distrés que se evidencia por respuestas psicofísicas desadaptativas. *Tomado del libro Psicoterapia Integrativa focalizada en la personalidad (Balarezo, L., 2014)*



Inferencia inconsciente: supone la utilización de conocimientos anteriores en el proceso mismo de la percepción, en lugar de otorgarles primacía a los estímulos exteriores

Influencias de los valores y creencias del terapeuta: La idoneidad personal, las posibilidades de atención, sus creencias, valores, cultura, son algunos de los factores que dentro del terapeuta podrían influir positiva o negativamente el

proceso de terapia. Es indispensable que un terapeuta mantenga las condiciones personales en su lugar, sin que intervengan de manera directa dentro del proceso. En los momentos actuales se discute la incuestionable “neutralidad” del terapeuta asumida en el pasado, puesto que se ha demostrado que es inevitable que intervengan dentro de un proceso aquellos factores, pero por ningún motivo deben convertirse en los orientadores del trabajo psicoterapéutico en forma directa. *Tomado del libro Psicoterapia Integrativa focalizada en la personalidad (Balarezo, L., 2014)*

Integración en el campo teórico que sustenta el ejercicio terapéutico: Este nivel se relaciona con el campo conceptual o paradigmático y busca establecer un campo original de comprensión del fenómeno psicológico y psicoterapéutico a la luz de una nueva teoría basada sobre supuestos o principios que han demostrado su validez y consistencia en cada corriente. (Golfried, 1980; Beutler, 1986; Prochaska y DiClemente, 1986; Millon, 1988-2000; Fernández-Alvarez, 1992; Opazo, 1992; Balarezo, 2002).

J

Jerarquía de las estructuras de significado: El desarrollo del *self*, de acuerdo a Fernández-Álvarez, se forma en una “*sucesión espiralada de construcciones*”, descripción que la formaliza y desarrolla en base a propuestas sobre el desarrollo humano planteada por antecesores como Freud, Erikson, Bowlby y Stern. *Tomado del libro Psicoterapia Integrativa focalizada en la personalidad (Balarezo, L., 2014)*



MODELO DE LA FUNDACIÓN AIGLE: La base teórica del modelo es la corriente cognitivo-constructivista, sobre cuya base desarrolla las aplicaciones metodológicas. El sujeto en su devenir histórico posee estructuras relacionadas con las experiencias pasadas vinculadas con sus figuras representativas y el entorno; estas estructuras mentales se transforman y se manifiestan en el lenguaje, pudiendo adoptar la condición de funcionalidad o disfuncionalidad de acuerdo a la satisfacción o sufrimiento que le provoquen. *Tomado del libro Psicoterapia Integrativa focalizada en la personalidad (Balarezo, L., 2014)*



Necesidad de Logro: Esta motivación ha sido estudiada por David McClelland, John Atkinson y otros investigadores durante más de 40 años. Para ellos la motivación de logro es el deseo de hacer las cosas bien, de obtener placer conforme se superan los obstáculos y desempeñarse mejor. En estudios en los que se compara a sujetos con alta o baja motivación de logro, se ha descubierto que la gente difiere de varias maneras en la forma en que se aproxima a las situaciones relacionadas con el logro. *Tomado del libro Psicoterapia Integrativa focalizada en la personalidad (Balarezo, L., 2014)*

Nivel de actividad: Regula la inclinación del sujeto a responder a un estímulo mediante el trabajo o la acción. Las personas activas son propensas por naturaleza a la actividad, sobre todo ante las dificultades; por lo que si bien pueden ser testarudas, individualistas e imprudentes, al mismo tiempo son más constantes,

emprendedoras, hábiles y alegres. *Tomado del libro Psicoterapia Integrativa focalizada en la personalidad (Balarezo, L., 2014)*



Paradigma inconsciente: Involucra las influencias que se presentan entre cogniciones, afectos y conductas de las que el sujeto no es consciente. Como factores etiológicos señala la influencia de los estímulos subliminares, los esquemas subyacentes y los contenidos reprimidos. En el ámbito terapéutico el instrumento fundamental es el insight. Entre los principios de influencia cita la acción de los mecanismos de defensa inconscientes y la concientización de los conflictos como relajantes del sistema psicológico. *Tomado del libro Psicoterapia Integrativa focalizada en la personalidad (Balarezo, L., 2014)*

Personalidad con predominio comportamental:

- Impulsivos
- Trastorno disocial de la personalidad

Esta tendencia se expresa por la activación conductual inmediata, sin reparo suficiente en los componentes cognitivos y afectivos. La acción enérgica y primaria es su característica, la misma que aprehende las relaciones interpersonales, los afectos y las cogniciones. En los impulsivos existe control sobre sus acciones, en tanto que los disociales carecen de ley y autocontrol. *Tomado del libro Psicoterapia Integrativa focalizada en la personalidad (Balarezo, L., 2014)*

Personalidades comportamentales de tipo inestable: están más asociadas con características de extroversión, emocionalidad alta, neuroticismo y psicoticismo altos, carencia de procesos inhibitorios frontales y elementos bioquímicos y hormonales alterados con manifestaciones de hiperactividad. En las personalidades inestables se evidencia un nivel mayor de neuroticismo.

Las alteraciones bioquímicas y hormonales que manifiestan hiperactividad en el caso del inestable pueden evidenciarse en la impulsividad nociva hacia sí mismo como en abuso de sustancias, sexo, comida, gastos. *Tomado del libro Psicoterapia Integrativa focalizada en la personalidad (Balarezo, L., 2014)*

Posracionalismo: Con el término posracionalismo designaba Vittorio Guidano a una orientación psicoterapéutica situada en un marco posterior a las terapias de corte racionalista como las de Ellis o Beck que situaban la primacía de la cognición, ideas o creencias irracionales, como el eje básico de las intervenciones. El autor citado pone su interés en la emoción y su experiencia, dirigiendo todo su esfuerzo a observar y maximizar, mediante la técnica de la moviola, los momentos en que aquella se construye. *Tomado del libro Psicoterapia Integrativa focalizada en la personalidad (Balarezo, L., 2014)*

Psicología ideográfica: estudia y entiende al individuo como único, y para poder demostrar esta condición se utilizan métodos ideográficos. Para ilustrar como se debería estudiar a la personalidad ideográficamente, Allport (1965), utilizó una serie de cartas escritas por una mujer a su hijo a lo largo de doce años para intentar entender la personalidad de la mujer. Para el psicólogo ideográfico el objetivo de la psicología de la personalidad es el entendimiento total de la unicidad del individuo. *Tomado del libro Psicoterapia Integrativa focalizada en la personalidad (Balarezo, L., 2014)*

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

La evolución del término Psicoimmunología, acuñado por *Solomon y Moos* en 1964, se produce por las evidencias de poder influir sobre el sistema inmune desde el

sistema nervioso a través de recursos psicológicos (Ader, 1974). El resultado final es el surgimiento de la PNIE, de cuyo territorio se desprenden la medicina PNIE y la psicoterapia integrativa PNIE. *Tomado del libro Psicoterapia Integrativa focalizada en la personalidad (Balarezo, L., 2014)*

Psicoterapia: *forma de tratamiento biopsicoemocional y social en la que un profesional idóneo establece una relación con uno o varios sujetos con el propósito de modificar síntomas o promover la salud en los niveles biológicos, psicológicos, sociales y espirituales (Dubourdieu, 2008). Tomado del libro Psicoterapia Integrativa focalizada en la personalidad (Balarezo, L., 2014)*

Principios básicos del Humanismo: Bugental (1964), enumera los siguientes:

1. *El ser humano es más que la suma de sus componentes.*
2. *La existencia se consume en el seno de las relaciones humanas.*
3. *El hombre vive más o menos asequible a su forma consciente, esa es la base para la comprensión de la experiencia humana (awareness).*
4. *Desde lo consciente disponible, el ser humano está en situación de elegir y decidir; no es pasivo espectador de su existencia sino que la recrea.*
5. *La persona vive orientada hacia una meta, objetivos y valores que son la base de su identidad y en general tiende a la tranquilidad y la excitación.*



Significación biológica: Está representada por los aportes de la biología en las representaciones emocionales y cognitivas del sujeto; son altamente influenciadas en las manifestaciones temperamentales y por lo tanto favorecen o dificultan las posibilidades terapéuticas. *Tomado del libro Psicoterapia Integrativa focalizada en la personalidad (Balarezo, L., 2014)*

W

Wallerstein obtuvo, a partir de los resultados de algunas investigaciones, conclusiones importantes sobre la Psicoterapia:

- Los resultados tienden a mostrar más convergencias que divergencias entre ambos procedimientos.
- Todos los tratamientos emplearon mayor número de elementos de apoyo de lo esperado.
- Los elementos de apoyo necesitan mayor especificación.
- Al examinar los resultados obtenidos por un paciente no es posible inferir el tipo de terapia utilizada.