



SEAPsI

**REVISTA DE LA SOCIEDAD
ECUATORIANA DE
ASESORAMIENTO Y
PSICOTERAPIA INTEGRATIVA**

9

2016

COMITÉ DE PUBLICACIÓN

Dr. Lucio Balarezo Ch.

Director

Msc. Mayra Velástegui V.

Editora

Msc. Cesibel Ochoa

Revisora técnica

CONTENIDOS

Autobiografía Alejandra Pérez (Argentina)	5
De la clínica al Modelo Integrativo: estudio de un caso con Trastorno de Ansiedad Generalizada Ana Valeria Azar (Argentina)	11
“Perspectiva Integrativa y Situaciones Clínicas Complejas: Una Posible Solución Beneficiosa” María Carolina Palavezzatti (Argentina)	23
Asesoría combinada (médico-psicólogo clínico), según el modelo integrativo focalizado en la personalidad para pacientes con diagnóstico de colitis nerviosa Luis Miguel Farfán (Ecuador)	33
Red Virtual Autismo Ecuador - RVAE Adrián Felipe Vásquez (Ecuador)	56
Monserrath regresa a casa Andrés Valencia (Ecuador)	66
LEXINTEGRATIVO Mayra Velástegui Villamarín (Ecuador)	69

PRESENTACIÓN

ESTIMADOS AMIGOS DE LA SEAPSI

Para la Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia Integrativa, SEAPSI, es un objetivo anual la publicación de la revista, nos sentimos comprometidos a difundir por este medio los aportes que muy generosamente comparten articulistas nacionales y extranjeros. La revista representa una contribución académica a los estudiantes y profesionales de la psicología y ramas afines.

Hoy llegamos a la publicación Número 9 de Pser-Integrativo y con el propósito de llegar a un número mayor de lectores con menor dificultad la revista la encontraremos en la página web www.seapsi.com.ec

En todas las ediciones remarcamos la colaboración 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 abordaremos en este número inician con la Autobiografía Alejandra Pérez (Argentina), De la clínica al Modelo Integrativo: estudio de un caso con Trastorno de Ansiedad Generalizada de Ana Valeria Azar (Argentina) y “Perspectiva Integrativa y Situaciones Clínicas Complejas: Una Posible Solución Beneficiosa” de María Carolina Palavezzatti (Argentina).

Además tenemos la participación de miembros de SEAPSI y colaboradores que nos comparten las siguientes temáticas: Asesoría combinada (médico-psicólogo clínico), según el modelo integrativo focalizado en la personalidad para pacientes con diagnóstico de colitis nerviosa de Luis Miguel Farfán, Red Virtual Autismo Ecuador – RVAE de Adrián Felipe Vásquez, Monserrath regresa a casa de Andrés Valencia y finalizamos con el LEXINTEGRATIVO por Mayra Velástegui Villamarín.

Ponemos a su consideración la publicación número 9 de nuestra revista.

Lucio Balarezo

PRESIDENTE SEAPSI

AUTOBIOGRAFÍA

Alejandra Pérez

Nací en Neuquén el 10 de Octubre de 1966. Fui la primera de las cuatro hijas que Elsa y Alfredo, mis padres, tuvieron, cumpliendo así su anhelo de formar una familia.



Ambos eran hijos de inmigrantes españoles que habían echado raíces en un valle que comienza en la confluencias de los ríos Limay y Neuquén y se desarrolla en su mayor parte a lo largo de ambas márgenes del río Negro y está ubicado al noroeste de la provincia de Río Negro en la Patagonia Argentina. Era una zona desértica en sus inicios y hoy está convertida en un fértil valle dedicado a la actividad frutícola debido a la monumental obra de los inmigrantes y sus sucesores que construyeron un sistema canales de riego para irrigar las tierras aprovechando de los ríos Colorado, Neuquén, Limay y Negro que surcaban esa extensa zona. Transformaron el paisaje se en verdes y extensas plantaciones de árboles frutales (manzanares, perales, durazneros, ciruelos) de huertas y de viñedos llamadas “chacras”, allí vivieron y crecieron las familias dedicadas al desarrollo de una actividad productiva que forjó su futuro. Se trata de la actividad frutícola que fue el eje del desarrollo y el progreso de las familias que allí se afincaron. Mis abuelos centraron sus esfuerzos en darles a sus hijos mejores oportunidades especialmente en educación. Lo lograron, mis padres fueron los primeros en sus familias en obtener títulos universitarios, contador y maestra respectivamente. Ellos encarnaron el legado del progreso, basado en el trabajo y el ahorro, en hábitos de orden y disciplina, y en valores como la honestidad, la dignidad y el respeto a su comunidad.

En este entorno favorable se casaron hace 52 años y comenzaron una nueva y próspera etapa. Mi padre orientó su profesión a la fruticultura con miras a su

desarrollo industrial y su venta internacional. Ha trabajado para crear condiciones para eficientes la actividad productiva y aumentar la productividad de las empresas. Por ello la competitividad se convirtió en su objetivo a perseguir, la eficiencia en la herramienta para alcanzarlo y la inversión en la persona, en una necesidad para generar oportunidades suficientes para *el progreso* individual y de la familia. Falleció hace ocho años y la tristeza cala muy hondo en mi corazón.

Mi madre, fue una madre repartida entre el hogar y el trabajo. Ejerció la maternidad y la educación con un amor profundo y con un alto grado de idoneidad fruto de una combinación de fortalezas como tener una disposición emocionalmente adecuada para cuidar y orientar amorosamente, entablar relaciones de afecto, apoyo y cooperación, competencias para la organización del tiempo y pensamiento flexible y creativo, entre otras. Hoy, junto a mis hermanas, tenemos la posibilidad de disfrutar y compartir con ella muchos momentos. Ella es para nosotras sinónimo de amor, lucha, inspiración y valor.

Mis hermanas y yo gozábamos de un entorno de calidad y crecimos nutridas por una educación que cubrió una amplia gama de intereses, incluyendo la música (piano y guitarra), las artes (dibujo y pintura), idioma y deportes (tenis, natación, esquí). Nuestros padres tenían un fuerte compromiso: fomentar el ideal de una sociedad de individuos libres y responsables.

Mi motivación para ser psicoterapeuta estuvo fuertemente influida por idea. Fue en 1988, mientras cursaba el último año de la carrera de Psicología, en la Universidad de Belgrano, cuando esa motivación encontró un Maestro, Héctor Fernández Alvarez y un proyecto, Aigle. Aquí nació una larga, profunda y fructífera relación que encausó mi camino profesional y personal.

Desde que me recibí en el año 1989 comencé a participar en Aigle, tuve la oportunidad de atender los primeros pacientes, de supervisar y de cursar toda la formación que se ofrecía en ese momento. Se trataba de intensos grupos de

formación y entrenamiento que recorrían los fundamentos del Modelo Integrativo, cuya primera formulación formal se publicó en 1992.

En ese momento tenía 22 años y la ambición por el desarrollo y la pasión por el conocimiento, me llevaron a explorar y realizar otros estudios que fortalecieron mi incipiente espíritu integrativo: realicé la formación completa en psicoanálisis, cursos de sistémica, de logoterapia, me entrené en la aplicación de diversas técnicas de evaluación y completé las prácticas de Concurrencia en un Hospital Psiquiátrico.

Mi inmersión en el proyecto Aigle fue plena, allí confluía todo lo mejor, que para mí, era posible esperar: un nicho que ofrecía la posibilidad de desarrollar un pensamiento en libertad, potenciar la creatividad, y entramarse productivamente con quienes son hoy mis entrañables compañeros de ruta. El andar por este derrotero que lleva 27 años ha dotado de profundo sentido a mi carrera profesional y de calidad a mi crecimiento personal.

El desarrollo que me posibilitó fue extraordinario y algunas pinceladas de los que son mis actividades diarias hoy en día lo testimonian: formo parte de la Comisión Directiva y en ella tengo el honor y la responsabilidad de ser la Vice Presidenta de la Fundación, soy docente de la Carrera de Especialización en Psicoterapia , Supervisora del Programa de Supervisión, colaboro en la coordinación Equipo de Admisión, formo parte del Departamento de Personalidad y sus Trastornos y del Departamento de Grupos.

Tempranamente en mi carrera comencé a tomar contacto con organizaciones internacionales de psicoterapia. El intercambio de Aigle con el exterior estaba en pleno apogeo, participaba ya activamente en organizaciones de otros países de América Latina, USA y Europa. Todos esos lazos que Héctor Fernández-Alvarez había trabajado con el extranjero se habían traducido en un intercambio con personas y asociaciones que no solo habían aportado conocimientos sino que ayudaron a integrarnos en una red que hoy es una

excepcional madeja de colaboración y de amistad: SPR, SEPI, IACP, WCP, SIP, solo a modo de ejemplo y para nombrar algunas.

Tender puentes con el extranjero y sumarme a la construcción vínculos activos y crecientes para favorecer el crecimiento de la organización, fue y sigue siendo, un cauce muy importante de mi desarrollo. Un primer paso fue trabajar en el seno del WCP, Consejo Mundial de Psicoterapia, en el que me desempeñé como Vice Presidenta para Latinoamérica desde 1996. El interés por colaborar con proyectos internacionales y regionales se consolidó con el correr de los años.

Participé de la creación de la Federación Latinoamericana de Psicoterapias (FLAPSI) de la que fui presidenta en el período 2005- 2007 luego de que realizamos en Buenos Aires del IV Congreso Mundial del WCP, hoy sigo trabajando para el fortalecimiento y desarrollo de esta red desde la Junta Directiva. Años después, en el 2006, colaboré en la fundación de la Asociación Latinoamericana de Psicoterapias Integrativas (ALAPSI) de la cual tengo el orgullo de ser su Presidenta. Actualmente además, soy Presidenta de la Asociación Argentina de Terapia Cognitiva y participo de su red latinoamericana ALAPCO. Su creación también fue impulsada por el Dr. Fernández-Alvarez. Estas acciones representaron la evolución que había tenido en ese momento nuestra concepción del trabajo clínico. El interés por los principios cognitivos aplicados a la tarea terapéutica había ido en aumento, aunque los utilizábamos desde una óptica más flexible vinculados con los desarrollos del enfoque narrativo, desde un constructivismo moderado que rescata el valor de la investigación empírica, y que se nutre de la nueva filosofía de la mente. El lugar más importante que ocupó el enfoque cognitivo fue el de facilitar la concreción de un Modelo de Intervención de carácter Integrativo sobre el que trabajamos intensamente.

La docencia también es un área que me entusiasma mucho. Aquí también se retratan algunas de las características de Aigle. Es un proyecto que infunde

una cuota importante de creatividad ligada a pensar que es posible lograr las cosas que uno imagina, promueve el crecimiento y la producción distribuyendo generosamente posibilidades de formación y oportunidades laborales. Fruto de este crecimiento en el ámbito académico formo parte del cuerpo docente de Maestría en Intervención Multidisciplinaria para trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de la personalidad y trastornos emocionales. Programa acreditado por la Universidad de Valencia y gestionado por la Fundación Universidad Empresa de Valencia (ADEIT) y la Fundación Aigle. Soy docente de la Docente de la Carrera de Especialización en Psicoterapia Individual y Grupal y de la Carrera de Especialización en Psicoterapia de Familia con Orientación Cognitiva que la Fundación Aigle lleva adelante con la Universidad Maimonides, la Universidad Nacional de Mar del Plata, ambas de Argentina y el Ackerman Institute for the Family de New York. Y también estoy en la Maestría en Psicología Clínica, con mención Cognitivo – Integrativa de la Universidad Nacional de San Luis.

Además he dado clases en todas las cohortes de la Maestría en Psicoterapia Integrativa, en distintas Universidades del Ecuador. Una de las experiencias más gratificantes tanto a nivel profesional como humano. Y que además, representa, uno de los muchos hitos significativos que compartimos en el campo de nuestra disciplina con el Dr. Lucio Balarezo con quien creamos y sostenemos una relación muy productiva enraizada en la confluencia de valores humanos y éticos.

En mi trabajo cotidiano aprendí que en nuestra labor lo fundamental es escuchar la voz del sufrimiento que nos acerca cada consulta, la vocación por trabajar con una mentalidad integrativa en psicoterapia y el compromiso en una infatigable búsqueda de articular la teoría con procedimientos aplicados que presten mucha atención a las características específicas de cada persona y su medio social, con el intento que nuestra práctica tenga un alcance comunitario.

En esta oportunidad que el Dr. Lucio Balarezo me ha dado de compartir algunos tramos de mi vida profesional deseo hacer un muy sentido reconocimiento y

agradecimiento a mis amigos y compañeros de la Fundación Aigle que día a día contribuyen a fortalecerla como modelo para mejorar la calidad de vida de las personas, promoviendo la colaboración mutua y el desarrollo de sus integrantes. Y en particular a Héctor Fernández- Alvarez creador del modelo organizacional y científico, cuya mano maestra impulsó, posibilitó, moldeó mi desarrollo.

El propósito fue compartir con ustedes un momento de mucha satisfacción porque aunque he atravesado dificultades, y problemas en estos años, mi balance al día de hoy es muy positivo de modo que hice incapié en las alegrías, en los logros y en las acciones realizadas.

De la clínica al Modelo Integrativo: estudio de un caso con Trastorno de Ansiedad Generalizada

Ana Valeria Azar
Fundación AIGLE

Resumen

El objetivo del artículo es presentar el caso de una paciente con Trastorno de Ansiedad Generalizada, particularmente la evaluación clínica, la batería de pruebas psicológicas seleccionadas teniendo en cuenta su idiosincrasia y el diagnóstico dimensional, tomando como referencia los 4 factores de segundo orden de Livesly.

Posteriormente se describe el diseño de tratamiento, es decir las decisiones que se tomaron respecto de qué formato, extensión, principios de intervención y procedimientos específicos son adecuados para esta paciente en particular.

Finalmente se detallan algunas intervenciones dentro del tratamiento propiamente dicho, que reflejan la aplicación del modelo Integrativo.

Palabras claves: TAG, criterios diagnósticos, evaluación diagnóstica, diseño de tratamiento, objetivos terapéuticos, intervenciones.

Introducción

Los criterios diagnósticos del TAG han sido revisados sustancialmente en cada edición del DSM y desde 1980 hasta hoy fueron aumentando los niveles de especificidad. Con el advenimiento del DSM III (APA 1980) se lo incluyó como una categoría residual dentro del capítulo de los trastornos de ansiedad estableciendo un mes en la duración de la sintomatología. Cualquier reacción de ansiedad aguda que no cumpliera los requisitos de los otros cuadros de ansiedad podía diagnosticarse como TAG. Debían estar afectadas 3 áreas entre 43 síntomas correspondientes a: tensión motora, hiperactividad autónoma, expectación aprehensiva y vigilancia.

Posteriormente con la llegada del DSM III-R (APA 1987) identificaron uno de los síntomas propios del cuadro: la preocupación excesiva. El criterio temporal se extendió a un periodo de 6 meses y el TAG pasó de considerarse una reacción aguda a constituirse como un cuadro crónico. Establecían como condición necesaria 6 síntomas de activación fisiológica de una lista de 18, pertenecientes a los siguientes grupos: autonómico, tensión motora y vigilancia. La categoría expectación apprehensiva quedó subsumida al concepto de preocupación excesiva.

Desde ese entonces la especificidad está dada cada vez más por la dominancia de los síntomas cognitivos en detrimento de los fisiológicos. A partir del DSM IV y no hubo variación en el DSM 5 se considera necesario la presencia de 3 síntomas fisiológicos de 6, que son la inquietud, cansancio, dificultad en la concentración, irritabilidad, tensión muscular y disturbios del sueño. La preocupación excesiva sobre un número de acontecimientos, difícil de controlar, con una duración de por lo menos seis meses, toma el lugar de síntoma clave, alrededor del cual se organiza la dinámica del trastorno (APA 1994, 2014).

La prevalencia en EEUU es, a los 12 meses 0,9 % en adolescentes y 2,9 entre adultos y en otros países de 0,4 a 3,6. La proporción es mayor en mujeres, siendo la relación 2:1. La edad promedio de inicio son los 30 años (APA, 2014, Brown, O Leary, Barlow, 2001).

Respecto a la comorbilidad, estudios que reportan Brown, O Leary, Barlow, 2001, evidencian que el 90 % de estos pacientes tuvieron en algún momento de sus vidas otro trastorno mental y que el 75 % tiene al momento de la consulta comorbilidad con otros trastornos de ansiedad o del estado de ánimo como depresión y distimia.

Modelos recientes ofrecen perspectivas únicas e innovadoras sobre la teoría y el tratamiento del TAG. Empezando por la innovadora teoría de Borkovec de la evitación de la preocupación, cada modelo posterior ha hecho hincapié en varios mecanismos patogénicos (por ejemplo, intolerancia a la incertidumbre, creencias positivas acerca

de la preocupación, desregulación de la emoción) que han conducido a diversas nuevas estrategias para el tratamiento (Behar, 2009).

Presentación del caso

A continuación se describen los datos de identidad de la paciente, particularidades respecto de su familia de origen y actual, acontecimientos vitales significativos, vectores que permiten comprender la idiosincrasia del caso.

Carlota es una mujer de 44 años, Diseñadora, desde hace 10 años tiene un negocio de imprenta que lo administra y atiende junto a su única hermana menor. Su madre es ama de casa y el padre fue profesor de gimnasia, actualmente está jubilado.

Refiere algunas experiencias que la afectaron en su vida y que la paciente refiere están vinculados a su problemática. Viene de una familia “muy conservadora”, describe a su madre como miedosa, ella les transmitía “los peligros de la vida”, toda experiencia nueva, que implicaba autonomía de sus hijos, lo prohibía. Su padre no participaba de la crianza, “no tenía voz ni voto”. Durante la infancia, Carlota recuerda que mientras sus compañeros disfrutaban en el verano de la colonia de vacaciones, ella no tenía permiso, aunque el profesor de gimnasia del club era su padre.

La paciente fue construyendo a lo largo de su vida creencias vinculadas a que ponerse en contacto con experiencias nuevas, conllevaban posibilidad de peligro, lo que explica en parte la dificultad que tiene para disfrutar.

El contexto político- social durante su infancia era de dictadura militar, aunque ningún miembro de su familia fue afectado directamente, Carlota tiene recuerdo del control en las calles. Por otro lado, asistió a un colegio religioso “muy exigente”, donde las monjas supervisaban las conductas de las niñas.

La familia actual está compuesta por su marido y dos hijos, de 13 y 11, el más chico con encopresis, desde el control de esfínteres hasta la actualidad tiene “accidentes”.

Carlota refiere sentir miedo de transitar las experiencias de crecimiento de sus hijos, se siente nerviosa y preocupada cuando sus hijos visitan a sus amigos.

Signos diagnósticos autodescriptivos

En el curso de todo proceso diagnóstico se exploran tres funciones cognitivas que son la rotulación, la atribución y la búsqueda. Rotular lo que plantea la persona es una acción que supone diversos movimientos: buscamos determinar si tiene un problema para el que pueda ser útil nuestra ayuda y en caso afirmativo, procuramos identificar el trastorno, el problema o el conflicto que lo aqueja y sus cualidades (Fernández-Álvarez, 2008).

La paciente define lo que le pasa de la siguiente manera: “yo me doy cuenta que tengo una ansiedad permanente... yo tengo ataques de pánico, sin llegar a tener ataques de pánico tengo síntomas físicos muy feos... yo me doy cuenta que vivo con una ansiedad permanente, cualquiera sea algo normal sin importancia a mí todo me cuesta... me cuesta empezar el día, yo desde que me levanto estoy pensando en todo lo que tengo que hacer hasta que termina el día, me adelanto un montón a todo, soy pesimista...”. En la organización de su pedido de ayuda describe síntomas y también aspectos más vinculados a su temperamento.

La atribución que hacen los pacientes está vinculado a explicar el origen de lo que les pasa (Fernández Álvarez, 2008). La representación que tiene Carlota de las causas de su problema está en su forma de ser y a conductas que fue aprendiendo en el seno familiar, desde la temprana infancia.

Sin embargo cuando se explora que busca de la terapia, es decir las expectativas que tiene del tratamiento, la paciente refiere aliviar sus síntomas ansiosos, lo que podría indicar menor accesibilidad para trabajar con niveles más básicos de su experiencia, desde un inicio del proceso y posiblemente menor disponibilidad para un tratamiento de duración prolongada.

Otros vectores de análisis que nos permiten el diseño del tratamiento son (Fernández Álvarez, 2008): el malestar subjetivo es moderado, la severidad sintomática media y el grado de urgencia bajo. Las estrategias de afrontamientos dominantes son la rumiación constante y el worry como una forma de resolver la incertidumbre. Respecto a su red de apoyo es acotada y débil. Se siente contenida por su marido, expresa que cuando empieza a preocuparse “la corta”, “lo necesita para frenar con la máquina”, lo que expresa bajos mecanismos autoregulatorios. No tiene amigos íntimos sino relaciones utilitarias, por ejemplo, su amigo medico en quien se apoya para mitigar una de sus tantas preocupaciones, o su amiga, que es mamá de un compañero del colegio de su hijo, a quien recurre para informarse como está su hijo. Se observa que las relaciones que establece, funcionan como agentes de mantenimiento del problema, es decir son responsables de la perpetuación del circuito disfuncional (Pages, Bregman, 2008).

Los antecedentes de tratamientos psicológicos previos nos permiten evaluar los intentos que hizo y la representación que tiene de esos procesos, puede influir directamente sobre el actual. A los 40 años hizo tratamiento psicoanalítico que lo describe como negativo porque reforzaba el circuito de la preocupación. En el momento de la consulta, realizaba terapia familiar por la encopresis de su hijo. Fue derivada a la red de asistencia clínica de la Fundación AIGLE por intermedio del terapeuta familiar.

Teniendo en cuenta que el grado de urgencia es bajo, es decir no había que intervenir con inminencia, se procedió a realizarle una evaluación psicológica, para complementar la clínica.

Evaluación psicológica y diagnóstica

A continuación se detalla la batería de test administrado por el departamento de evaluación y los resultados informados. La misma incluyó: MCMI-III, SCL-90R, BDI 2, STAI, ASI 3, IIP, cuestionario de ansiedad de separación y el cuestionario de Metacogniciones de Wells.

Los resultados indican que presenta signos de ansiedad moderados, preocupaciones en torno a síntomas físicos, a la separación y alejamiento de otros significativos. Somatizaciones. Asimismo presenta elevación en la creencia de incontrolabilidad de sus preocupaciones. Sin embargo no aparece tan elevado el automonitoreo ni la creencia positiva de preocupación.

Se observa indicadores de ansiedad rasgo y alto grado de sensibilidad a la ansiedad. Parecería observarse un modo de ser ansioso.

Tiende a ser disciplinada, ordenada y presenta dificultades para disfrutar y expresar emociones. Su afectividad y conducta es constrictiva. Es factible que se observe un nivel muy significativo de rigidez. Tiende a ser muy introvertida y poco asertiva por lo que tiene dificultades para expresar lo que ella considera negativo de las relaciones. Se observa, sin embargo, elevación en la escala de hostilidad por lo que es factible que muestre disfuncionalidad en la expresión de dichos sentimientos.

En síntesis, lo observado en las pruebas indica un predominio en la disfuncionalidad de la personalidad.

Tomando como referencia el Manual Diagnóstico DSM 5, La paciente cumple con los criterios para Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Desde el modelo dimensional de evaluación de la patología de la personalidad, Livesly describe 30 rasgos primarios que se agrupan en 4 factores de segundo orden que son la desregulación emocional, conducta disocial, inhibición y compulsividad (Hernández, A, 2009). En Carlota se observan acentuados la desregulación emocional (ansiedad, apego inseguro, aprehensión social, necesidad de aprobación) y la inhibición (reserva, falta de confianza, sexualidad y expresión emocional inhibida).

Se podría inferir que su disfunción involucra niveles profundos, del modo de ser. Sin embargo partimos para el diseño de que los programas terapéuticos se basan en dos principios que guían nuestro accionar: 1) Los cambios tienen mayor posibilidad de éxito si las intervenciones se dirigen de los más periférico o superficial a lo central o profundo. 2) Producir la menor cantidad de intervenciones posibles para alcanzar el objetivo propuesto (Pages, Bregman, 2008).

Identificación de objetivos y diseño de tratamiento

El tratamiento fue diseñado para realizarse en dos etapas, la primera centrada en disminuir las manifestaciones sintomáticas mediante estrategias cognitivo conductuales y experienciales. Una segunda fase, destinada a brindarle herramientas que potencien su asertividad y aumentar la expresión emocional. En esta etapa se incluyen, además de las anteriormente citadas, estrategias interpersonales.

Se planificó abordar en primera instancia los síntomas de preocupación apelando a los principios arriba mencionados y sobre todo tomando como referencia la disponibilidad de la paciente. El dispositivo elegido fue individual, con una duración de intermedia a abierta y sesiones semanales de 50 minutos.

Desarrollo de la intervención

Se seleccionaron para esta presentación algunas intervenciones que se realizaron a lo largo del primer año de tratamiento.

Los cinco modelos más difundidos para el tratamiento de pacientes con TAG, comparten la importancia que tiene la evitación de experiencias internas y tienen en común que todos incluyen psicoeducación, automonitoreo y el énfasis en entrenar a los pacientes a afrontar dichas experiencias (Behar, 2009).

Se evaluó en Carlota los mecanismos patológicos intensificados entre los que se encuentran: intolerancia a la incertidumbre, evitación cognitiva, orientación negativa hacia los problemas, pobre comprensión de sus emociones, regulación inadaptada de las emociones. Se utilizó variables teóricas e intervenciones propias del Modelo de Intolerancia a la incertidumbre de Dugas y de Desregulación de las emociones de Mennin.

Establecimiento de alianza terapéutica

En las primeras entrevistas, se validó la búsqueda que hacía la paciente del tratamiento, es decir la disminución de síntomas que seguramente podría llevar a sentir menos malestar subjetivo, sin embargo se le devolvió que un trabajo en ese

nivel, podría ser efectivo pero a la vez limitado para conseguir un verdadero alivio que se pudiera sostener a lo largo del tiempo. Se le explicó la importancia de promover cambios a nivel comportamental, como también en su experiencia.

Se estableció desde el inicio un vínculo colaborativo y constructivo y las tareas se programaban en conjunto.

Psicoeducación

Se realizó psicoeducación acerca del abordaje integrativo, del modelo explicativo de su disfunción ejemplificando con el diagrama de Dugas e integrando aspectos de su experiencia.

Dugas (2007) refiere que los pacientes con TAG viven las situaciones inciertas o ambiguas como estresantes y perturbadoras y experimentan worry crónico ante ellas. Creen que las preocupaciones excesivas los ayudará a afrontar los eventos temidos más efectivamente o directamente a prevenir su ocurrencia. Viene acompañado con sentimientos de ansiedad que conduce a una negativa orientación hacia los problemas y a la evitación cognitiva.

La paciente junto al terapeuta construyen el modelo que explica las particularidades de su disfunción. A continuación se detalla lo trabajado en sesión.

Reconoce como factor desencadenante la ansiedad que le despierta el llamado de su marido que se corta antes de que ella atienda, luego lo llama y él no responde. Se comienza a preocupar excesivamente, al punto que deja a los clientes sin atender e insiste en llamadas evitando la incertidumbre del motivo por el cual Carlos, su pareja, no responde. En general, si no lo atiende sigue intentando, aumentando sus niveles de ansiedad; como estrategia de resolución ha llamado al 911. Cuando su marido le devuelve el llamado, “se calma” y vuelve a su negocio que ahora está repleto de personas, esto le produce agotamiento.

Con la psicoeducación la paciente obtiene una explicación nomotética de lo que le pasa, registra la universalidad de su padecimiento y puede vislumbrar los medios para llegar al objetivo de cambio. Se observa que esta intervención aumenta la motivación

y expectativa, factores inespecíficos que se encontraron indispensables para los procesos de cambio.

Automonitoreo

Construye en sesión una lista de las preocupaciones más recurrentes y se le asigna como tarea intersesión anotarlas cuando estas vienen a la mente por 5 días. Tiene como objetivo que el paciente pueda registrar cómo y cuánto se preocupa. El autoregistro es el primer paso para luego generar estrategias de afrontamiento.

Describe:

- Que mis oídos se tapen
- Tener una enfermedad
- Que a mi familia le pase algo
- Tener la presión alta
- Si podremos sostener económicamente el viaje de 15 de mi hija
- Si disminuirá el trabajo en el verano
- La economía
- Nos van a pedir más en la renovación del contrato
- Mudarnos el año que viene
- Soltar a mis hijos
- Por tener que hacer cosas que no quiero hacer
- Por cosas del futuro, q todavía no van a pasar
- El sábado pienso en todo lo que tengo que hacer el lunes
- No disfrutar de nada
- Menopausia
- Que a mi marido le pase algo en la ruta
- Mi estética
- Que mis hijos vayan solos al cole
- Que no me atiendan el teléfono
- ¿Qué va a pasar con todo, diferentes temas que tengo pendiente?

Discriminación de preocupaciones en niveles

Dugas y Ladouceur (1997) distinguieron tres tipos de preocupaciones en el TAG que se refieren a:

- Problemas inmediatos anclados en la realidad y modificables

- Problemas inmediatos anclados en la realidad e inmodificables

- Acontecimientos muy improbables no basados en la realidad y, por tanto, inmodificables

Le enseñamos a Carlota a responderse las siguientes preguntas: ¿es real? ¿puedo modificarlo?

Se clasifican las preocupaciones junto a la paciente:

Realistas y modificables:

- Si podemos solventar económicamente el viaje de 15
- El sábado pienso en todo lo que tengo que hacer el lunes
- No disfrutar de nada (porque me siento mal o por miedo de algo)
- Mi estética
- Que mi hija pueda empezar a ir sola al cole

Realistas y no modificables

- Que baje el trabajo en el verano y tengan problemas económicos
- La economía
- Que les aumenten el precio en la renovación del contrato
- Menopausia

Improbables:

- Tener algo malo
- Que a mi familia le pase algo

Orientación eficaz a los problemas y eliminación de agentes de mantenimiento

Carlota confiaba poco en sus habilidades para resolver problemas, entonces una vez reconocidas y clasificadas las preocupaciones se hizo una revisión de cómo fueron sus habilidades de afrontamiento en su vida. Se le pidió a la paciente que acuda a su familia para consultarles como la ven en este aspecto. Recordó experiencias ligadas al embarazo y a los primeros años de vida de sus dos hijos, donde refiere haber

desplegado un repertorio amplio de estrategias resolutivas ya que su marido trabajaba mucho. Su marido le recordó con que resolución atravesó una situación en la que perdieron a su hijo en un shopping.

Con las preocupaciones realistas y modificables, Carlota armó un plan de acción, por ejemplo organizó reuniones con su marido para conversar con cuanta economía cuentan para decidir luego si llevaran a cabo el viaje de su hija. Todos los sábados, armaba la agenda del Lunes y de esa forma mitigaba las preocupaciones. Para aumentar el disfrute, la paciente decidió armar un atelier en su casa y dedicar parte de su semana a pintar.

La experiencia y ejercicios de reestructuración, la llevan a resignificar la creencia que tiene de que disfrutar conlleva una amenaza.

Las estrategias resolutivas no son presentadas por el terapeuta sino ideadas por ella. Estas intervenciones aumentan su sentido de eficacia para resolver problemas.

Con algunas preocupaciones poco modificables, la paciente decide reubicarlas en modificables, por ejemplo el aumento del alquiler. Se le ocurrió negociar el precio con el dueño, que refiere que iba a ser muy difícil porque le cuesta confrontar en las relaciones. Comienza a registrar aspectos interpersonales que participan en la disfunción por ejemplo, su dificultad para ser asertiva.

Con las preocupaciones improbables, identificamos agentes de mantenimientos muy potentes que estaban reforzando la disfunción. Ej: cuando Carlos viajaba por trabajo o su hija caminaba unas cuadras sola, ellos tenían que escribirle un mensaje para contarle cómo iba el viaje, eso "la tranquilizaba". Se psicoeducó en relación a los agentes de mantenimiento y se procedió a dismantelarlos gradualmente. Se fueron espaciando el tiempo entre mensajes de texto.

Con las improbables como por ejemplo que algo malo le suceda su familia, se avanzó con la exposición imaginaria.

Exposición imaginaria

Trabajamos exponiéndola en la imaginación a las imágenes negativas (preocupaciones improbables) para lograr un procesamiento emocional de las mismas. Al principio mostró renuencia a esta intervención, activaba mecanismos de evitación como cambiar de tema, distracciones, sin embargo, luego de una exhaustiva psicoeducación y apelando al vínculo, logramos exponerla.

Se trabajó en sesión exponiéndola a los peores escenarios que podrían tener lugar cuando su marido no llega a casa a la hora habitual. Surgen imágenes como por ejemplo desmayo en la calle, lo atropellaron. El objetivo es que durante un tiempo prolongado pueda estar en contacto con las preocupaciones poco probables, de forma que la ansiedad pueda disminuir durante la exposición. Cuando disminuye, se piensan alternativas posibles entendiendo las razones de la tardanza (demora en su trabajo, tránsito, etc). Se le enseña a darle un porcentaje de probabilidad de ocurrencia.

Regulación emocional

Menin (2002) refiere que Los individuos con TAG muestran una pobre comprensión de sus estados emocionales y que tienen una actitud negativa respecto a sus emociones, son amenazantes y finalmente, muestran estrategias desadaptativas en el manejo de la regulación emocional que los llevan a estados aún peores que los que intentan regular. En las sesiones empieza a registrar otras emociones como la ira y la hostilidad y las dificultades para decir algo que puede molestar a los demás. En su negocio no podía poner límites a las exigencias de los clientes, se tendía a enojar y sobrepasar de tareas, no podía “negociar” los tiempos de entrega de los trabajos que le pedían.

Se hizo un módulo con el programa de relajación progresiva de Jacobson y se entrenó en un ejercicio de mindfulness que consiste en refocalizar la atención al presente y a otra parte del cuerpo que no son las preocupaciones.

Empezó a practicar estos ejercicios en su vida cotidiana y a usarlos sin necesidad de programarlo como una tarea intersesión.

Intervención interpersonal

Borkovec y colaboradores se animaron a integrar un enfoque sobre las relaciones interpersonales y el procesamiento emocional en la TCC tradicional para la preocupación crónica. Recientemente ha concluido un ensayo clínico aleatorizado en el que se comparaban los efectos de añadir terapia interpersonal y emocional a la TCC (TCC + PIE) con TCC más escucha de apoyo. Los análisis indicaron que, contrariamente a las expectativas, la adición de PIE a la TCC no mejoraba la eficacia del tratamiento tal como indicaban la mayoría de medidas de los resultados principales en la valoración del post tratamiento. Sin embargo, 24 meses después del final del tratamiento, la estrategia de TCC+PIE evidenció una tasa significativamente más alta de funcionamiento de nivel alto (Behar, 2009)

Salzer (2011) menciona 4 subtipos de problemas interpersonales que se observan en los pacientes con TAG. En la exploración de su modo interpersonal, junto a los datos que arroja el análisis circunflejo de la paciente se observan bajos niveles de asertividad, evitación de la confrontación y un estilo sobreprotector con sus vínculos más cercanos.

Una de las creencias nucleares refiere que si ella confronta, puede perder al otro y quedarse sola; si no se ocupa de sus hijos controlando, sobreprotegiendo, puede perder al otro y se queda sola. Ambas creencias muestran su estilo de apego inseguro, tan característico en los pacientes con TAG.

Se trabaja desafiando las creencias con la técnica de abogado del diablo y surgen alternativas vinculadas a denotar la salida de los hijos no solo como una amenaza sino un signo de crecimiento y de salud de ellos y que les da más libertad a ella y a su marido para aumentar la intimidad en la pareja.

Carlota busca modos alternativos de relación con sus hijos e integra lo trabajado sesiones anteriores de que a mayor disfrute permite disminuir el miedo. Se le ocurrió que un modo es “ser más compinche con ellos”, surgieron los gustos de sus hijos que la emocionan porque muchas son similares a los suyos, hablar sobre los planetas, salir

con su hija a comprar ropa y surge su deseo de hablar con su hijo de la encopresis, que es un tema que evitaban por la posibilidad de que surgen emociones negativas y que no pudiese manejar. Actualmente se siente con más herramientas para abordar situaciones de tensión, en las que puedan emerger emociones negativas.

Se dio lugar a un entrenamiento para aumentar su asertividad, especialmente en el ámbito de su trabajo. Se le informa como la baja asertividad favorece el mantenimiento del TAG. En la medida en que no puede negociar, dar su punto de vista, no puede resolver y aumentan sus preocupaciones.

Después de un año de tratamiento, la paciente disminuyó la sintomatología ansiosa y la atención en sus preocupaciones. Se expresa en que se monitorea los signos corporales de tensión muscular y en consecuencia aplica estrategias de relajación, aumentó el contacto con el disfrute, las emociones positivas y negativas, aumentó la confianza en sus habilidades de afrontamiento, se permite accionar más frente a las preocupaciones. La paciente aumentó la conciencia de sus esquemas de vulnerabilidad, su estilo personal ansioso, sobreprotector y poco asertivo.

Conclusión

Existen cinco modelos que son los más difundidos para el tratamiento del TAG, ellos nos brindan herramientas concretas y muy potentes para el trabajo terapéutico, proponen un modelo explicativo e intervenciones que apuntan al alivio sintomático.

Por otra parte en la clínica observamos que estos pacientes suelen tener pobres habilidades interpersonales, traumas pasados y estilo de apego inseguro, que pueden conducir al consecuente desarrollo y mantenimiento del TAG. Se muestra beneficiosa la aplicación de un modelo Integrativo donde aplicar estrategias cognitivas, conductuales y experienciales e intervenciones interpersonales como el trabajo sobre la asertividad y el estilo sobreprotector, para lograr que se produzcan cambios que se puedan sostener a lo largo del tiempo.

Referencias

Bados Lopez A. Trastorno de Ansiedad Generalizada. Facultat de Psicologia. Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics. 2005.

Behar, E. Current Theoretical models of Generalized Anxiety Disorders (GAD) Conceptual review and treatment implications. *Journal of Anxiety Disorders* 23 (2009) 1011-1023.

Behar E, Di Marco I, Eckler E. Modelos teóricos actuales del Trastorno de Ansiedad Generalizada: revision conceptual e implicaciones en el tratamiento. *RET, Revista de Toxicomanías*. Nº. 63 - 2011

Behobi W, García F, Fernández-Álvarez H. Psicoterapia cognitiva individual del TOC. *Salud Mental* 2013;36:347-354.

Belloch A: Nuevos planteamientos: dimensiones de los trastornos de personalidad. En: Belloch A, Fernández Álvarez H. *Tratados de trastornos de la personalidad*. Editorial Síntesis.

Borkovec, T.D. (1994). The nature, functions, and origins of worry. In G.Davey & F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives on theory, assessment, and treatment*, pp. 5-33. Sussex, England: Wiley & Sons.

Brown, O. y Barlow, (1993). *Clinical Handbook of Psychological Disorders*. N.Y: The Guildford Press

Fernández-Álvarez H, García F, Fraga Míguez M, Perez, A. Modelo de abordaje y diseño de tratamiento. En: Fernández Álvarez H (comp). *Integración y salud mental, el proyecto Aiglé 1977-2008*. Bilbao: Descleé de Brower; 2008.

Fernández Álvarez H, Maristany, M. Evaluación psicológica. En Fernández Álvarez H (comp.). Integración y salud mental, el proyecto Aiglé 1977-2008. Bilbao: Descleé de Brower; 2008.

León V, Gomez B, Labourt J. La alianza terapéutica. En: Fernández Álvarez H (comp). Paisajes de la Psicoterapia Modelos, aplicaciones y procedimientos. 2014. Editorial Polemos.

Seidah A, Dugas M, Leblanc R. Tratamiento cognitivo comportamental del TAG: Modelo conceptual y casos clínicos. Revista Argentina de Clínica Psicológica.

“Perspectiva Integrativa y Situaciones Clínicas Complejas: Una Posible Solución Beneficiosa”

María Carolina Palavezzatti

Fundación Aiglé

...Queríamos inventar otra praxis, otros modos de pensar el pensamiento, otros modelos para interpretar los síntomas (el dolor, el sufrimiento)...

Héctor Fernández-Álvarez, 2008

La psicoterapia ha logrado a lo largo del tiempo ir dando más y mejor respuesta a diferentes situaciones clínicas aumentando su efectividad. Esta declaración que abarca a la disciplina en términos generales, en lo particular sigue teniendo algunas dificultades no menores entre las que las podemos situar las situaciones clínicas complejas. Condiciones en las cuales la psicoterapia se enfrenta con pobres resultados en los tratamientos así como altos niveles de recaídas y recurrencias. Varios son los intentos por poder generar avances en este punto. Se propone a la perspectiva integrativa con sus cualidades como una opción en el intento de avanzar con estos pacientes difíciles, exponiendo algunos de los modelos de abordaje integrativo actuales diseñados para dos casos prototípicos de este tipo de condiciones: la esquizofrenia y los trastornos de la personalidad.

Dentro del campo de la psicoterapia las situaciones clínicas complejas representan un desafío al mismo tiempo que una oportunidad para el desarrollo de la disciplina. Se conceptualiza a la complejidad vinculada a elevados riesgo y severidad sintomática, cronicidad, baja funcionalidad, así como a la comorbilidad. Muchas veces al hablar de una situación clínica compleja se implica que el paciente posee ciertas características que hacen a su condición más difícil para el tratamiento (Meron Ruscio y Rabois Hololan, 2006). Entre las condiciones descritas por la psicopatología se lo asocia con trastornos mentales crónicos y trastornos de la personalidad. También está vinculado al concepto formulación de casos en Terapia Cognitiva para situaciones complejas en

diagnósticos como depresión recurrente, TEPT y trastornos alimentarios (Tarrier y Johnson, 2016). Cada uno de estos marcadores así mismo puede combinarse de modo de incrementar la complejidad. A modo de ilustración la Organización Mundial de la Salud (2014) señala que el riesgo de conductas suicidas se incrementa con la comorbilidad; personas con más de un trastorno mental tienen riesgos significativamente más altos. Aspectos adicionales vinculados a este tópico están relacionados al contexto familiar y su lugar en la evolución de las situaciones clínicas particulares de cada paciente (Falloon, 2003; Huey et al., 2000) y las variables culturales, alertando sobre la necesidad de poseer conocimientos y habilidades de una cultura particular para realizar intervenciones eficaces para los miembros de esa cultura (Sue et al., 2009). La complejidad da cuenta de diferentes pacientes, cada uno padeciendo de forma única (idiosincrásica) una combinación de diferentes factores relacionados tanto a variables vinculadas al curso y desarrollo de su padecimiento, como al modo de expresión en términos psicopatológicos así como aspectos relativos a su contexto.

La integración como “punto de vista” es probable que haya existido desde el inicio de la psicoterapia (Norcross, 2003). Pero es a partir de la década de 1970 que el interés por la integración surge con fuerza y desde de la década de 1980 el mismo ha continuado y proliferado. Norcross (2003) propone que la posibilidad de dar cuenta de tratamientos, particularmente el caso de los trastornos difíciles es una de las razones que explicarían porqué se da este interés en lo integrativo. La integración desde su praxis puede pensarse desde el punto de articulación tanto técnica (eclecticismo) como teórica, y también a la relación teórico-técnica de distintos modelos de psicoterapia (Stricker, 2010). Lo integrativo se ve expresado asimismo en los modelos explicativos complejos. Ejemplo de esto es el caso de la articulación de lo genético y el entorno (Kendler y Eaves, 1986). En los últimos tiempos esta idea se ha facilitado por los rápidos avances que se han producido en el campo de la genética, de modo que la incorporación de componentes genéticos en estudios psicológicos tradicionales se ha ido dando de modo cada vez más frecuente (Dick, 2011), y aunque aún se encuentra en una fase de desarrollo que requiere más

esfuerzos y comprobación resulta una aproximación explicativa muy promisoría. Configuraciones de abordajes psicoterapéuticos que ofrecen modos complejos de conceptualizar las condiciones clínicas y modelos explicativos que permiten una comprensión amplia del fenómeno psicopatológico. Surgen como posibilidad de dar forma coherente a información que puede parecer disjunta. Ordenando diferentes niveles de información, provenientes de distintas fuentes, sobre un mismo fenómeno. Así la perspectiva integrativa aparece como un modo privilegiado para ajustarse a las condiciones complejas, al configurar la mirada sobre los fenómenos atendiendo a distintos aspectos desde niveles diversos. Operando al mismo tiempo con una amplitud de recursos técnicos provenientes de distintos modelos. Lo que permite ajustar los diseños a cada situación particular dependiendo de la singularidad de cada condición.

No pocos son los intentos desde la perspectiva integrativa en lo histórico y en la actualidad de dar respuesta a diferentes situaciones complejas. Hacer un relevamiento exhaustivo excede el objetivo de este trabajo, pero resulta pertinente ilustrar con algunos ejemplos el modo en que una propuesta que facilite la integración de diversos aspectos se presenta como una alternativa superadora al desafío dar respuesta a dos condiciones: la esquizofrenia y los trastornos de la personalidad. En el tratamiento de la esquizofrenia podemos citar diversos modos de pensar lo integrativo. Un aspecto relevante es la necesidad de pensar de modo combinado la psicoterapia y la intervención psicofarmacológica (Lenroot et al., 2003). Por otro lado Velligan, Draper, Maples, Tai y Turkington, (2009) advierten sobre los beneficios de intervenciones multimodales las cuales pueden ser más eficaces para lograr una más amplia gama de resultados. Un caso adicional que puede ilustrar modos articulados de intervención desde una mirada múltiple de la condición clínica es el caso de las guías NICE (2014) que recomiendan un abordaje en el que no sólo se combinan de modo benéfico intervenciones psicofarmacológicas con intervenciones psicosociales (individuales y orientadas a la familia) sino que advierten sobre la importancia de que los profesionales tengan conocimiento y manejo en relación a aspectos culturales y étnicos. Sin tener una forma de abordaje integrativo en sentido estricto, la guía NICE

para estos casos muestra la pertinencia de una mirada múltiple y articulada a la hora de intervenir con estos pacientes. En relación a los trastornos de la Personalidad, Fernández-Álvarez (2010) describe a éstos como fenómenos complejos que requieren para ser abordados diseños a largo plazo que dispongan de múltiples recursos implementando abordajes de carácter integrativo. Clarkin, Cain y Livesley (2015) a su vez proponen un tratamiento por fases y para cada fase proponen recursos técnicos diferenciados que dan cuenta de cada una de las instancias de tratamiento. Intervenciones provenientes de distintos modelos, articulados desde el marco explicativo que utilizan para conceptualizar el trastorno. Propuestas integrativas como son las de Linehan (1993), Livesley (2001) o Magnavita (2005) entre otros, intentan dar solución a la situación de escasos resultados que la psicoterapia obtiene en estos trastornos.

El conocimiento disciplinar se encuentra en una instancia que requiere de denodados esfuerzos por lograr llegar a estándares que permitan ofrecer resultados exitosos en una amplia gama de situaciones que a hoy siguen irresueltas. Modelos Integrativos actuales intentan cerrar esa brecha a partir de formas complejas a la hora de observar el fenómeno clínico y de operar sobre el mismo. El intento de este trabajo ha sido mostrar la vinculación existente entre la complejidad y la perspectiva integrativa. Será la investigación de resultados la que seguramente en el tiempo venidero y como ha venido haciendo, podrá orientar los pasos siguientes para el desarrollo de la psicoterapia y en beneficio de quienes padecen.

Bibliografía

- Clarkin, J., Cain, N., Livesley, J. (2015). An Integrated Approach to Treatment of Patients With Personality Disorders. *Journal of Psychotherapy Integration*, 25, 3–12.
- Dick, D. M. (2011). Gene-Environment Interaction in Psychological Traits and Disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 383-409.
- Fallon, I.R. (2003). Family interventions for mental disorders: efficacy and effectiveness. *World Psychiatry*, 2, 20–28.

Fernández-Álvarez, H. (2008). Integración y Salud Mental. Bilbao, Desclée de Brouwer.
Fernández-Álvarez, H. (2010). Modelo integrativo de psicoterapia para los trastornos de la personalidad . En Belloch Fuster, A. y Fernández-Álvarez, H. (coords.) Tratado de los Trastornos de la Personalidad, Madrid, Síntesis.

Huey, S. J., Jr., Henggeler, S. W., Brondino, M. J., & Pickrel, S. G. (2000). Mechanisms of change in Multisystemic Therapy: Reducing delinquent behavior through therapist adherence, and improved family and peer functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 451-467.

Kendler, K.S. , Eaves L. J.(1986) Models for the joint effect of genotype and environment on liability to psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry, 143*, 279-89.

Linehan, M. M. (1993). Cognitive- Behavioral Treatment for Borderline Personality Disorder. New York , Guilford Press.

Livesley, J. W. (2001). Handbook of Personality Disorders. Theory, research and treatment. New York, Guilford Press.

Lenroot, R., Bustillo, J. R., Lauriello, J., Keith, S. J. (2003). Integration of Care: Integrated Treatment of Schizophrenia. *Psychiatric Services, 54*, 1499-1507.

Magnavita, J. J. (2005). Personality-Guided relational Psychotherapy: A unified approach. Washington DC, American psychological Association .

Meron Ruscio, A., Rabois Hololan, D. (2006). Applying Empirically Supported Treatments to Complex Cases: Ethical, Empirical, and Practical Considerations. *Clinical Psychology: Science and Practice, 13*, 146-162.

National Institute for Health and Care Excellence (2014). Psychosis and Schizophrenia in Adults. prevention and management. NICE guidelines (CG 178).

Norcross, J. C. (2003). *A primer on Psychotherapy Integration*. En Norcross, J. C., Goldfried, M. R.(Eds) Handbook of Psychotherapy Integration, Second Edition. New York, Oxford University Press.

Stricker, G. (2010). Psychotherapy Integration. Washington D.C., American Psychological Association.

Sue, S., Zane, N., Nagayama Hall, G. C., Lauren K. Berger, L. K. (2009). The Case for Cultural Competency in Psychotherapeutic Interventions. *Annual Review of Psychology, 60*, 525–548.

Tarrier, N., Johnson, J. (2016). Case Formulation in Cognitive Behaviour Therapy: The Treatment of challenging and complex cases. New York, Routledge.

Velligan, D., Draper, M., Stutes, D., Maples, N., Mintz, J., Tai, S., Turkington, D. (2009). Multimodal Cognitive Therapy: Combining Treatments That Bypass Cognitive Deficits and Deal With Reasoning and Appraisal Biases. *Schizophrenia Bulletin, 35*, 884–893.

World Health Organization (2014) Preventing Suicide: A global imperative. Geneva, World Health Organization.

**ASESORÍA COMBINADA (MÉDICO-PSICÓLOGO CLÍNICO), SEGÚN EL
MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD PARA
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE COLITIS NERVIOSA**

Luis Miguel Farfán

Psicoterapeuta Integrativo

La propuesta es brindar una nueva alternativa de asesoramiento psicológico, para pacientes diagnosticados de colitis nerviosa, mediante un proceso de asesoría combinada (médico-psicólogo clínico). Para su estructuración se consideraron las aportaciones teóricas y metodológicas del Modelo Integrativo Ecuatoriano Focalizado en la Personalidad.

The proposal of this research work is to offer a new alternative to psychological counseling for patients diagnosed with Nervous Colitis, through a combined counseling process (doctor-general practitioner-psychologist). For its structure, we took into account the theoretical and methodological contributions from the Ecuadorian Integrative Schema-Model Focused on Personality.

Asesoría; colitis; modelo integrativo; personalidad

1. INTRODUCCIÓN

La colitis nerviosa considerada por distintas investigaciones como trastorno digestivo funcional, ha ido incrementando su demanda en los últimos tiempos y el regreso cíclico de los pacientes a consulta pues la recidiva sintomática se evidencia continuamente.

Lo funcional de su conceptualización integra la manera de vivir del paciente, su personalidad, reacción ante instancias difíciles, estrés, rigidez de pensamiento, tolerancia a la frustración, etc., que generalmente en la consulta médica es explicado como factor psicológico.

Es así que durante mucho tiempo se ha venido ejerciendo tratamientos aislados en distintas enfermedades, sin tomar en consideración la dinámica bio-psico-social que cada individuo posee, formando factores predisponentes, desencadenantes o mantenedores de las diversas patologías. Por lo tanto el tratamiento para la colitis nerviosa en su mayoría ha sido un tratamiento netamente medicamentoso.

El presente trabajo investigativo propone un plan de tratamiento de asesoría en combinación con la intervención médica, en un marco de referencia que acepta las aportaciones teóricas y metodológicas del Modelo Integrativo Ecuatoriano Focalizado en la Personalidad. Este tratamiento combinado, será comparado estadísticamente con tratamientos independientes en el área psicológica y médica; para determinar cuál de ellos tuvo mejor resultado.

2. COLITIS NERVIOSA

“Existe una gran lista de posibles causas con observaciones, experiencias e hipótesis, así se ha pensado atribuir la responsabilidad de esta enfermedad a infecciones específicas, alteraciones vasculares en la membrana de la mucosa intestinal, producción excesiva de enzimas capaces de disolver el moco protector de la superficie de la pared del colon o una hipersensibilidad especial de la mucosa a los alimentos”. (Clériga, 2011)

Él mismo afirma que entre los modelos interpretativos sobre el origen de la colitis nerviosa.

“ha tomado cada vez mayor fuerza la hipótesis de una estrecha relación con la personalidad del paciente, concretamente la relación entre estrés, la ansiedad, pacientes reservados en su vida afectiva y una enorme intelectualización, inflexibilidad refleja, rigidez con la moralidad y las reglas de comportamiento social, contacto interpersonal pobre y mecanicista”. (Ibídem)

La certeza de esta relación ha sido tan manifiesta desde el comienzo que se ha llegado a considerar la colitis como uno de los ejemplos más típicos de enfermedad psicosomática.

“Los estudios realizados llegaron a conclusiones afirmativas en cuanto a la injerencia de lo funcional en el diagnóstico de colitis nerviosa” (Silva, Díaz, Acuña, & García, 2011)

“así como la aceptación de que varios estímulos pueden alterar la respuesta intestinal, comparando al tubo digestivo como un cerebro intestinal complejo con conexiones directas a mediadores bioquímicos pre y pos sinápticos lo que hace que varios factores modifiquen la respuesta intestinal” (MURAL, 2012).

De esta manera los factores psicológicos toman relevancia en la aparición del diagnóstico de la colitis nerviosa, en el mantenimiento de la sintomatología y por ende la posibilidad de tratamiento se amplía a algo más que solamente una intervención medicamentosa; que quizá por las dicotomías presentes entre las diferentes profesiones, o la falta de información sobre la enfermedad, el desconocimiento de la interacción cuerpo mente en un organismo conjunto de sistemas, etc., aún no se ha brindado un tratamiento distinto a lo convencional.

3. DEFINICIONES

Existen varias definiciones sobre la colitis nerviosa las cuales apuntan generalmente a su etiología y por ende a la posibilidad de tratamiento.

(Silva, Díaz, Acuña, & García, 2011):

“Trastorno funcional digestivo que se caracteriza clínicamente por la asociación de dolor o molestia abdominal y alteraciones en el hábito deposicional, incluye entre los trastornos funcionales porque no se conoce que tenga una causa orgánica, y en la actualidad parece deberse a

anomalías de la función digestiva, especialmente de la motilidad o de la sensibilidad”.

Clériga (2011), define a la colitis como: “Trastorno gastrointestinal que consiste en una inflamación del colon y, por extensión, de todo el intestino grueso”.

Algo parecido cita el Dr. Rodolfo Murillo (2004) al describir la colitis como; “trastorno gastrointestinal que consiste en una inflamación del colon y por extensión de todo el intestino grueso, en términos generales, abarca una gran variedad de procesos, que van desde los crónicos hasta los agudos y transitorios, desde los que tienen una causa específica hasta los que presentan una causa desconocida”.

Por consiguiente, el síndrome de colon irritable o colitis nerviosa es un trastorno funcional digestivo que se caracteriza clínicamente por la asociación de dolor o molestia abdominal y alteraciones en el hábito deposicional, que parece deberse a distintas causas las cuales en lugar de definirse se han venido ampliando, llegando a validarse la fusión de lo orgánico y lo psicológico sin importar quizá quien antecede a su aparición.

4. ETIOLOGÍA DE LA COLITIS NERVIOSA

Clériga (2011), manifiesta que los factores orgánicos y los psicológicos interactúan continuamente y no muestran límites muy claros, lo cual en muchos casos dificulta su tratamiento y asegura que para obtener resultados duraderos es necesario identificar los aspectos psicológicos emocionales de esta enfermedad; es así que entre las diversas causas que aún continúan en estudio se pueden distinguir causas orgánicas, psicológicas y ambientales.

Murillo (2004), manifiesta que;

“Nuestro organismo reacciona de diversas formas ante la presión emocional. El colon o intestino grueso es una de las partes que más sufre ante esta presión o estrés y produce trastornos en las funciones del colon, además la forma en que nos alimentamos influye también”.

Murillo (2004), expone de manera general los parámetros que describe como factores causales del diagnóstico de colitis nerviosa.

4.1 Causas orgánicas o fisiológicas:

Alteraciones vasculares en la membrana de la mucosa intestinal, producción excesiva de enzimas, hipersensibilidad especial de la mucosa a los alimentos, hipersensibilidad visceral, alteraciones motoras gastrointestinales, malabsorción de hidratos de carbono, reacciones auto-inmunes, sobrecrecimiento bacteriano intestinal, otras.

4.2 Causas psicológicas

Ansiedad, depresión, personalidad, baja tolerancia a la frustración, miedos vinculados a los mismos síntomas, exageración en el cumplimiento de normas, represión emocional, incapacidad de resolver problemas, otras.

4.3 Causas ambientales:

Hábitos alimenticios: (comida con excesiva cantidad de grasa, exageración en la cantidad, comida chatarra, gaseosas, etc.), escasa actividad lúdica o deportiva, estrés, depresión, otras.

5. COLITIS NERVIOSA DESDE UNA PERSPECTIVA PSICOSOMÁTICA

Desde la conceptualización de la colitis nerviosa se ha mencionado que es uno de los ejemplos característicos de enfermedad psicosomática, que para muchos genera sesgos etiológicos encasillados en el diagnóstico y nubla la visión integral orientada al tratamiento, siendo la prioridad que demanda el paciente.

Es importante comprender que el término psicosomático o mente-cuerpo no es una fragmentación, sino una integración constante que por aspectos didácticos se la emplea con una perspectiva separatista. El DSM-IV de la American Psychiatric, “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales”, sostiene en su introducción que: “el término trastorno mental implica desafortunadamente una

distinción entre trastornos mentales y físicos siendo esto un anacronismo reduccionista del dualismo mente cuerpo” (DSM-IV, 1995, pág. 21). Aquí se reafirma la visión de que intentar descubrir quien enferma a quien (cuerpo o mente), no tiene sentido, pues son una integración constante en salud o enfermedad.

Distintas investigaciones han afirmado la relación entre la personalidad, el estrés, la rigidez, etc., con el diagnóstico de colitis nerviosa definiéndola como una entidad psicósomática sin que importe el aparente inicio causal sino simplemente la adherencia o la integración de los distintos sistemas. Es así que se ha podido observar cómo la expresión de la conflictiva psicológica se da conjuntamente con trastornos a nivel orgánico, así como las patologías con síntomas predominantemente orgánicos cursan con alteraciones psíquicas y sociales afectando las relaciones interpersonales. Dubourdieu (2014), afirma que los conocimientos actuales dan cuenta de la imposibilidad de disociarlos, ya que siempre ambas áreas se hallan implicadas aunque puedan los síntomas ser más evidentes en una de ellas. Pero ante las limitaciones se sigue empleando el término de “alteración o trastorno mental o psíquico” u “orgánico” para dar cuenta de un predominio etiológico o sintomático en un área, aunque siempre considerando que los otros sistemas están indefectiblemente involucrados.

Dubourdieu (como lo citó Alexander 2005), diferencia que:

“Las alteraciones relacionadas con la hiperactivación del sistema simpático (reacción de lucha o huida ante un estresor) y las alteraciones a predominio del parasimpático en respuestas más pasivas que podrían favorecer la úlcera gastroduodenal y el asma. La especificidad psicósomática, se podría dar por la vulnerabilidad de los órganos afectados, correlacionando el estímulo emocional y lo fisiológico. Esta concepción relaciona los rasgos de personalidad con la organización psíquica subyacente y los conflictos inconscientes”.

Es importante dar un recorrido a la historia para organizar un constructo que nos permita entender que no somos entes aislados ni dentro ni fuera y que aquellas

enfermedades por las que atravesamos siempre tendrán un contexto bio-psico-socio-cultural-espiritual en una asociación con fronteras imaginarias.

La colitis nerviosa no puede dividir sus componentes de interacción ni en su diagnóstico peormente en su tratamiento, caso contrario tendremos regresos cíclicos o mayores afecciones.

6. POSIBILIDAD DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Dubourdieu (2014) desde su perspectiva de integración psiconeuroinmunoendocrinológica, cita que en las dos últimas décadas el enfoque de las alteraciones que afectan a las distintas ciencias de la salud en lo que refiere a tratamiento, diagnóstico y conocimiento fisiopatológico de las enfermedades ha cambiado radicalmente. Este cambio está basado en el avance en el conocimiento de varias especialidades como la neurociencias, la biología molecular, la inmunología, la endocrinología, etc.

El descubrimiento en los últimos años de las hormonas sintetizadas por el sistema nervioso central, ha modificado conceptos básicos que se han mantenido por más de un siglo. Un hecho fundamental en estos nuevos conocimientos, es que las mismas hormonas nerviosas que regulan al funcionamiento de los distintos sistemas del organismo (inmunitario, endócrino, digestivo, etc.), regulan asimismo el comportamiento, las conductas, las emociones, etc. Este hecho permite sustentar la base de que una enfermedad no altera un sistema (el endócrino en el caso de la diabetes, el neuropsíquico en el caso de la enfermedad de Alzheimer), sino que se afecta el organismo en su totalidad.

En base a estos hechos queda claro que una enfermedad puede tener su origen en el sistema neuropsíquico (trastornos de ansiedad, depresión, etc.) y manifiesta en el sistema inmunológico (lupus, leucemia, etc.) en el sistema endócrino (hipertiroidismo), en el aparato circulatorio (hipertensión), la piel (psoriasis), el aparato digestivo (úlceras, colitis, tumores, etc.)

Estos enfoques han llevado a un camino de la “medicina interdisciplinar” conceptualizada como un tratamiento integral al paciente. La formación de los profesionales ha sido y es en la actualidad deficiente en el aspecto de integración, lo que redundará en serias dificultades para interpretar y tratar las enfermedades, como así también en la comunicación de los distintos especialistas.

Es así que un tratamiento psicológico, a pacientes con colitis nerviosa puede generar aportaciones significativas pues se está validando la necesidad del fármaco, la organicidad del diagnóstico; así como también se estaría considerando los factores psicológicos, emocionales, las conflictivas existentes o cualquier otro parámetro que impide la solución definitiva a su enfermedad.

Es evidente que dentro de nuestra cultura se busca procedimientos inmediatistas de cura a cualquier enfermedad, quedando así en alto porcentaje invalidado el recurso psicoterapéutico en comparación del farmacológico; sin embargo no se pretenden crear sesgos diferenciales sino al contrario poderlos unir cuando es necesario y crear una fuente de tratamiento que prolongue la mejoría y prevenga la sintomatología cíclica.

7. ASESORÍA COMBINADA (MÉDICO-PSICÓLOGO CLÍNICO), SEGÚN EL MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD PARA PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE COLITIS NERVIOSA

La implementación de éste plan de tratamiento integrativo orientado hacia una combinación médico-psicólogo clínico, amplía la visión que se da al paciente, de tal manera se brinda un abordaje no solo desde la perspectiva de un diagnóstico a nivel digestivo, sino desde una perspectiva integral en la que el paciente, su personalidad, el fármaco o recurso necesario según el criterio médico; son una integración armónica para su mejoría, siendo el ser humano ente activo en su tratamiento y no un simple receptor de información.

8. UNIVERSO Y MUESTRA

En la Clínica Humanitaria “Fundación Pablo Jaramillo Crespo”, de la ciudad de Cuenca, se estableció una reunión interdisciplinar en la que se validó la propuesta de esta investigación; que determinaría en un lapso de seis meses de tratamiento comparativo la eficacia entre proceso psicológico aislado, intervención médica aislada y tratamiento combinado (médico-psicólogo clínico), a pacientes con colitis nerviosa.

Se consensuó mediante la aprobación previa en el departamento de pos grado de la Universidad del Azuay; que el grupo a ser investigado sería en un margen de 21 pacientes, número que estadísticamente permite mediante el uso de la prueba no paramétrica de Rangos de Wilcoxon, comparar eficazmente dicha población y obtener resultados significativos. Los pacientes a ser tratados deberán aceptar o no voluntariamente, ser parte de esta investigación durante un proceso de seis meses en los que al inicio y al final serían evaluados psicológicamente en los tres grupos de atención.

Se determinó este margen de atención pues el número de variables a nivel de tratamiento es numeroso pues se pretende un análisis comparativo usando diversos recursos como son: fármaco, terapia, test, exámenes complementarios, fármaco-terapia en el proceso combinado, perfiles aislados en la busca de empatía y adherencia, etc., siendo así una investigación aplicada a un grupo inicial de apoyo.

9. DESARROLLO

Dentro del desarrollo de la asesoría combinada se pretende un abordaje de la siguiente manera:

1. Evaluación pertinente en la consulta médica, al paciente que llega con características diagnóstica de colitis nerviosa.
2. Exámenes complementarios de ser necesario: escucha médica activa de los síntomas, palpación física correspondiente, exámenes de heces, colonoscopia, etc.

3. Entrevista médica confirmatoria de diagnóstico de Colitis Nerviosa.
4. Interconsulta psicológica con fines explicativos del plan de tratamiento.
5. En caso de aceptar el plan de tratamiento se realizará un consentimiento informado con las firmas del paciente, del psicólogo y el médico.
6. Inicio del proceso de asesoría (que a continuación se lo explicará).
7. Visitas mensuales al médico tratante durante los seis meses que dura el tratamiento para un registro de la mejoría y el cumplimiento del tratamiento farmacológico.
8. Trimestralmente se realizará un análisis de los pacientes abordados, en reunión interdisciplinar (médico, psicólogo clínico).
9. Tanto el médico como el psicólogo validará en cada cita la responsabilidad del paciente para con su salud.

10. REACTIVOS PSICOLÓGICOS

Dentro de esta propuesta investigativa se ha escogido como batería de test a la Escala Multiaxial de Millon, Cuestionario de personalidad SEAPSI y el Inventario de Ansiedad de Hamilton.

11. PROCESO DE INTERVENCIÓN

11.1 PRIMERA: ESTABLECIMIENTO DE LA RELACIÓN

Al igual que la mayoría de entrevistas iniciales se pretenderá recolectar la información mediante una escucha activa de la vida del paciente, distribuida en fases principales: niñez, adolescencia y vida adulta, cada una de ellas con sus matices. También el tiempo de su enfermedad, cómo inició, a qué atribuye y cómo ha intentado manejar sus molestias; así como dar a conocer el significado de colitis nerviosa, las bases del tratamiento, el tiempo que durará el proceso y el cómo la asesoría formará parte de su intervención. Se la realizará después de la intervención médica en la que se confirmó el diagnóstico de colitis nerviosa.

Esta primera entrevista a más de informar tiene como parámetro fundamental establecer las siguientes estrategias:

- *Establecimiento de Rapport.*
- *Aproximación Diagnóstica.*
- *Confesión y desinhibición emocional.*
- *Estrategias estimulativas de apoyo.*
- *Estructuración y afianzamiento de la relación terapéutica.*

Figura 1 Luis Miguel Farfán (L.M.F)

11.2 EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

Su interés es usar instrumentos diagnósticos con el fin de descartar o afirmar las hipótesis creadas por el terapeuta en la primera entrevista. Se realizará en dos citas por factores de tiempo y de evitar saturar al paciente.

Las hipótesis se orientan al perfil de personalidad que puede estar desencadenando la sintomatología de la colitis nerviosa, o el estilo de vida que el paciente mantiene y lo predispone al desarrollo de su entidad diagnóstica, visualizar el nivel de estrés real o creado por el paciente, valorar su estado emocional o la rigidez con la que sus creencias puedan estar alterando su normal funcionamiento.

La propuesta de esta investigación es aplicar una batería de test bajo la responsabilidad exclusiva del psicólogo en los tres grupos de análisis; los test son:

- **Inventario Clínico Multiaxial de Millon II.**- Tiene como finalidad evaluar patrones clínicos de personalidad, patología severa de personalidad, síndromes clínicos y síndromes severos mediante 175 frases en las que la persona evaluada deberá citar verdadero (v) o falso (f) dependiendo de su identificación para con la frase. Deberá hacerlo en un compromiso de honestidad, no existe tiempo pero entre las indicaciones se pedirá que intente hacerlo lo más rápido posible; si alguna de las frases no

entendiera deberá releerla y si aun así no comprende citará falso. No puede preguntar al respecto para evitar sesgos que surjan del profesional, si necesita borrar lo puede hacer.

- Escala de Ansiedad de Hamilton.- Escala heteroaplicada de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. Cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos. Hamilton reconoce que el valor máximo de 4 es principalmente un punto de referencia y que raramente debería alcanzarse en pacientes no hospitalizados.

La ejecutará el terapeuta interrogando al paciente sobre su estado en los últimos días (mínimo de tres días y máximo de tres semanas). Es uno de los instrumentos más utilizados en estudios farmacológicos sobre ansiedad; el entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de las puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1,2,3,4,5,6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7,8,9,10,11,12 y 13).

- Cuestionario de Personalidad de la Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia Integrativa SEAPSI.- Pretende identificar rasgos predominantes de personalidad, mismos que pueden agruparse en cuatro tipos: Personalidades Afectivas (Histriónica h, Ciclotímica c), Personalidades Cognitivas (Anancástica a, Paranoide p), Personalidades Comportamentales (Inestable i, Disocial ds), Personalidades con Déficit Relacional (Evitativa ev, Dependiente d, Esquizoide e, Esquizotípica).

El cuestionario de personalidad SEAPSI, es un instrumento de respuesta selectiva aplicado a personas de ambos géneros a partir de los 15 años, contiene 10 tipos de personalidades, las mismas que contienen 10 ítems de alternativa de selección. Sus objetivos son identificar rasgos predominantes de cada tipo de personalidad, generar un perfil de rasgos de personalidad, orientar modalidades de intervención terapéutica

a partir de la identificación de rasgos, manejar el cuestionario en el contexto terapéutico.

11.3 EJECUCIÓN: DESARROLLO DE LA ASESORÍA

A esta intervención la dividiremos en dos segmentos con una duración de dos citas, cada una de entre cuarenta y cinco minutos a una hora.

Primero.- El terapeuta realizará una explicación biopsicoeducativa a fin de aportar al paciente una mejor comprensión del funcionamiento del ser humano como una unidad, dentro de un contexto sociocultural y ecológico que nos lleva a dejar de disociar lo psíquico y lo orgánico, somático o psicosomático. Es importante que el paciente comprenda las relaciones psique-soma, las interrelaciones de sus sistemas: nervioso, inmunológico, endócrino; las repercusiones del estrés, la incidencia del estilo de vida en la salud y de los factores biológicos y emocionales.

Se informará sobre los factores de riesgo y de protección para la salud expuestos en la siguiente guía.

GUÍA N. 1

Área biológica y psicológica.- cómo influye las 9 dimensiones según la OMS en el ser humano: sueño, alimentación, ejercicio, sexualidad, exposición a la luz, contacto con la naturaleza, factores tóxicos y ambientales, hábitos saludables, satisfacción de necesidades básicas.

Área cognitivo y psicosocial y en los vínculos afectivos.- pobreza ilusoria y de proyecciones futuras, pensamiento operatorio, sobreadaptación, mecanismos de afrontamiento asertivos o no asertivos, pensamientos disfuncionales, distorsiones cognitivas, defensas no saludables y factores de riesgo como la alexitimia y la desmotivación.

(Basado en el libro de Margarita Dubourdieu “cuerpo-mente-entorno”, p. 93)

Segundo: se plantearán los objetivos a seguir dentro de un marco conceptual de la asesoría y las pautas diagnósticas identificadas en la evaluación diagnóstica y la observación clínica obtenida mediante el relato psicobiográfico del paciente y el cómo él atribuye el porqué de su colitis nerviosa.

En este nivel de intervención a pacientes con diagnóstico de colitis nerviosa centraremos los objetivos basándonos en la formulación del problema es decir qué o cuáles son las dificultades que él o la paciente no las puede resolver y necesitan una solución para que sus sistemas internos dejen de reflejar la problemática mediante la sintomatología diagnóstica.

Guía N. 2

OBJETIVOS Y TÉCNICAS DE ASESORAMIENTO

Objetivos de Asesoramiento	Técnicas de Asesoramiento
Asesorar para la resolución de problemas y conflictos intrapersonales.	Resolución de problemas en conflictos intrapersonales y frustraciones.
Resolver conflictos interpersonales.	Resolución de conflictos familiares e interpersonales o negociación.
Promover el desarrollo personal.	Modificación de actitudes.
	Desarrollo de autoestima, resiliencia, asertividad y habilidades sociales.

Figura 2: Objetivos y técnicas de asesoramiento.

Fuente: (Basado en el libro de Lucio Balarezo “Psicoterapia Focalizada en la Personalidad”, p. 154)

11.4 DESARROLLO PERSONAL

Tiene como perspectiva central emprender la movilidad dinámica interna del sujeto una vez que en las citas anteriores haya ido construyendo activamente el porqué de su enfermedad y el cómo generalmente es en su diario vivir. Además se lo ha considerado como un recurso que a más de promover la dinámica interna y externa del asesorado, nos brinde datos de posibles conflictos o problemáticas que pudieran

ser reiterativas o quizá estén reprimidas y probablemente constituyan parte de la génesis de su colitis nerviosa.

Como hablamos de desarrollo personal tenemos que emprender activamente la movilidad integral del paciente, es decir que sus creencias, su forma de actuar, sus pensamientos, sus frustraciones, su pasado, su perspectiva etc., se dinamicen constructivamente hacia una asociación de bienestar y salud.

Para esto se plantea utilizar el siguiente manual de autoconocimiento que se representa a través de guías didácticas. Durarán tres citas, cada una de cuarenta y cinco minutos a una hora.

GUIA N. 3

FODA DE PERSONALIDAD	
<i>Piensa y escribe a cerca de tus:</i>	
FORTALEZAS:	OPORTUNIDADES:
DEBILIDADES:	AMENAZAS:

Figura 3: FODA, **Luis Miguel Farfán (L.M.F.)**

GUIA N.4

Completa las siguientes frases y responde las siguientes interrogantes:
Frases:
Quiero..., necesito..., espero..., no puedo..., ganaré..., pronto..., todos..., mi grupo..., mi amigo..., tengo miedo..., me agrada..., jamás..., ahora mismo..., yo..., los otros..., tú crees que yo..., él piensa que yo..., sueño..., me divierto..., en secreto...
Interrogantes:
¿Cómo me encuentro en la familia?, ¿Cómo me encuentro en el trabajo?, ¿Cómo me relaciono con los demás?, ¿Cómo considero que me ven los demás?, ¿Qué es lo que más me molesta de mí mismo?, ¿Qué es lo que más me gusta de mí mismo?, ¿Qué pienso respecto a mi presente y mi futuro?

Figura 4: Aprendiendo de ti.

Fuente: (Basado en Jornadas de Autoconocimiento, Maestría en Psicoterapia Integrativa, 2014).

GUIA N. 5

Las 4 zonas de la ventana de Johari	Las 4 zonas de la ventana de Johari
ZONA CLARA: imagen que una persona proyecta intencionalmente a los demás.	ZONA CIEGA: imagen que los otros tienen de uno.
ZONA SECRETA: todos los secretos que tiene una persona y nunca los ha comentado.	ZONA OSCURA: comportamientos inesperados e impredecibles que presenta una persona en su actuar.

Figura 5: Las cuatro zonas de la ventana de Johari.

Fuente: (Basado en Jornadas de Autoconocimiento, Maestría en Psicoterapia Integrativa, 2014).

GUIA N. 6

DESARROLLO DE AUTOESTIMA

Haz una imagen mental de ti mismo/a.- piensa en cómo te ves, cómo es la imagen (fuerte, débil, grande, pequeña, enferma, con o sin movimiento, brillante u oscura, positiva o negativa).

Elimina lo negativo.- que la imagen represente tus puntos fuertes, tus mejores habilidades, que te veas como cuando has logrado una meta que habías deseado mucho.

Hazle cambios en la imagen.- que sean muy atractivos y motivadores para ti. Agrega aquello que le haga más atractiva y que te estimule a actuar.

¿Cómo te sientes con la nueva imagen?

Lectura motivacional o uso de recurso metafórico

Cierre final.- completa las siguientes frases: aprendí, ya sabía, me sorprendí, me molesté por, me gustó, no me gustó, me gustaría saber más acerca de.

Figura 6: Desarrollo de autoestima.

Fuente: (Basado en Jornadas de Autoconocimiento, Maestría en Psicoterapia Integrativa, 2014.)

Todo este desarrollo de estrategias se aplican durante el proceso con adaptaciones específicas para cada uno de los casos y considerando las características idiosincráticas de nuestro habitante. La estructura y dinamismo de personalidad del demandante tienen un alto valor, tanto en la conducción de los fenómenos afectivos durante el proceso, cómo en la aplicación de las técnicas comunicacionales o comportamentales.

Cabe precisar que al finalizar el capítulo dos se elaboró una tabla de registro y es ahí donde el terapeuta irá apuntando la actividad y el desarrollo, dada la importancia de este registró para la siguiente actividad.

11.5 RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS.

Durará cuatro citas y se las realizará cada quince días; se plantea este nombre pues su finalidad se deriva del conocimiento integro que se pudo tener del paciente en la fase anterior; pudiendo identificar sus puntos de afluencia que generan o mantienen su diagnóstico de colitis nerviosa y diferenciando si es producto de una conflictiva inter o intrapersonal, o si sus niveles de estrés son elevados, si sus creencias son opuestas a su realidad, etc.; en fin la fase anterior pretende abrir el camino para un abordaje minucioso y quizá más directivo en la resolución de conflictos. Es importante haber manejado correctamente los fenómenos de la relación para en este momento del proceso tener un paciente motivado y dispuesto a modificar lo que se deba, en función global de su salud que desde el diagnóstico de colitis nerviosa se evidenció el llamado a un cambio.

La propia relación paciente/terapeuta aporta en el aquí y en el ahora “nutrientes” a la autoimagen y a la autoestima y da oportunidad de aprendizaje de nuevas formas de relacionarse con otro, de entrenamiento en habilidades interpersonales, vínculos saludables y experiencias correctivas. Estos aprendizajes podrán luego extenderse a su vida en el afuera, a sus vínculos con el entorno.

La formación, intuición y empatía terapéutica permitirán identificar las necesidades del paciente y aspectos que perturban su bienestar y calidad de vida.

Opazo (2002) llama: “principios de influencia a todos los recursos provenientes de distintos paradigmas que serán utilizados en procura de una aproximación al logro de los objetivos terapéuticos planteados”.

Se utilizarán fuerzas de cambio específicas según el criterio que se tiene de cada paciente en función de su diagnóstico digestivo y el cómo su estilo de resolución de diversos conflictos apunta a un rebote sintomático y a la complejidad en su diario vivir.

11.6 EVALUACIÓN FINAL.

La función de estas dos últimas citas es reevaluar a cada uno de los pacientes usando los mismos recursos psicológicos, al igual que en la fase diagnóstica. La finalidad es generar datos estadísticos que demuestren diferencias, semejanzas o mantenimiento de los resultados iniciales en cuanto a ansiedad, patrones clínicos de personalidad, patología severa de personalidad, síndromes clínicos y severos.

Sabemos que el perfil de personalidad que cada ser humano posee es un continuo que quizá se mantendrá a largo de la evolución de esa persona, pero lo que se pretende es generar que el paciente pueda adherir proactivamente los rasgos de su personalidad a su quehacer diario.

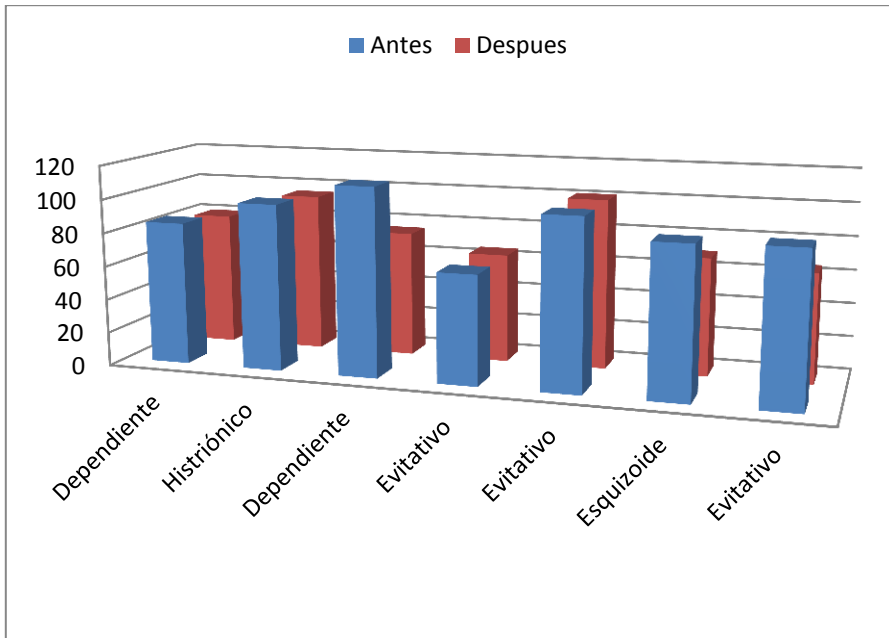
Es muy importante la devolución de estos resultados y el cierre al tratamiento, considerando que lo que se termina es la asistencia más no lo aprendido. Se deberá validar cada una de las actividades emprendidas, la adherencia para actividades escritas y el tiempo invertido.

Así también se dejará siempre una puerta abierta considerando cualquier tipo de ayuda que el paciente desee.

12. GRÁFICOS ESTADÍSTICOS DE RESULTADOS:

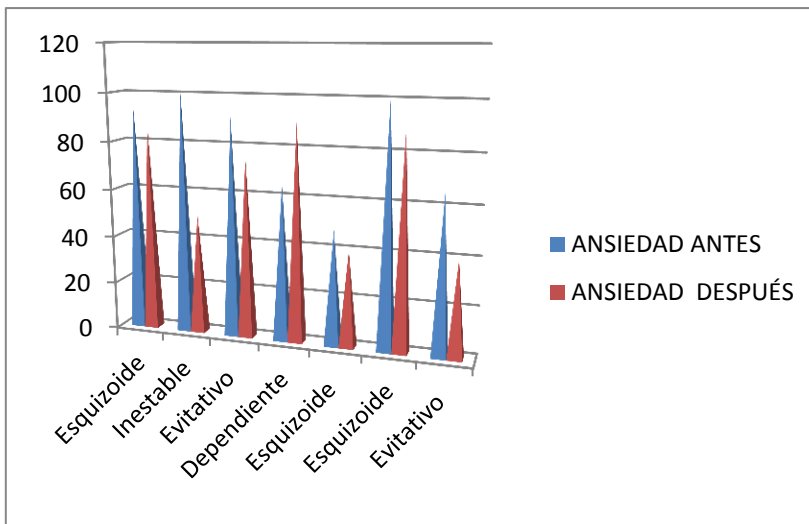
Los siguientes gráficos muestran las diferencias obtenidas entre los tres tratamientos (asesoría psicológica aislada, asesoría combinada, y tratamiento médico aislado); cabe recalcar que las dos primeras se llevaron a cabo usando la propuesta de intervención psicológica antes mencionada y la médica aislada empleo sus recursos necesarios.

Gráfico 1



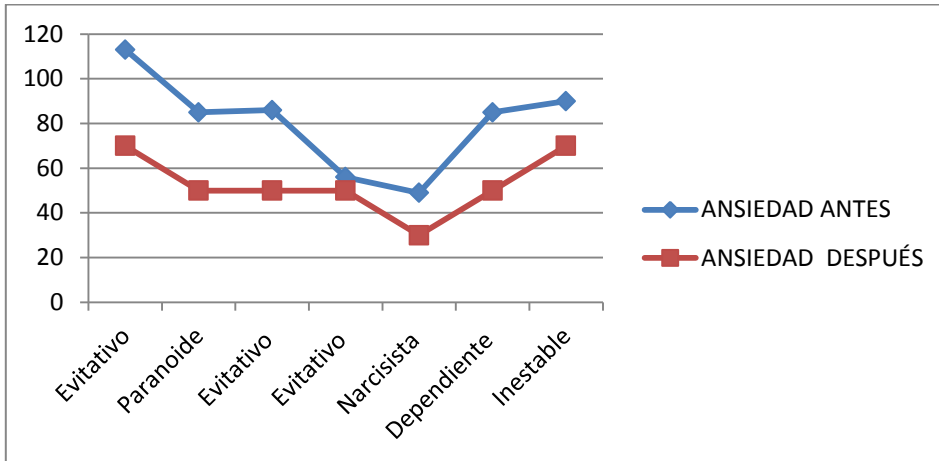
Indica que después de los seis meses de tratamiento, empleando asesoría psicológica aislada no existieron variaciones significativas.

Gráfico 2



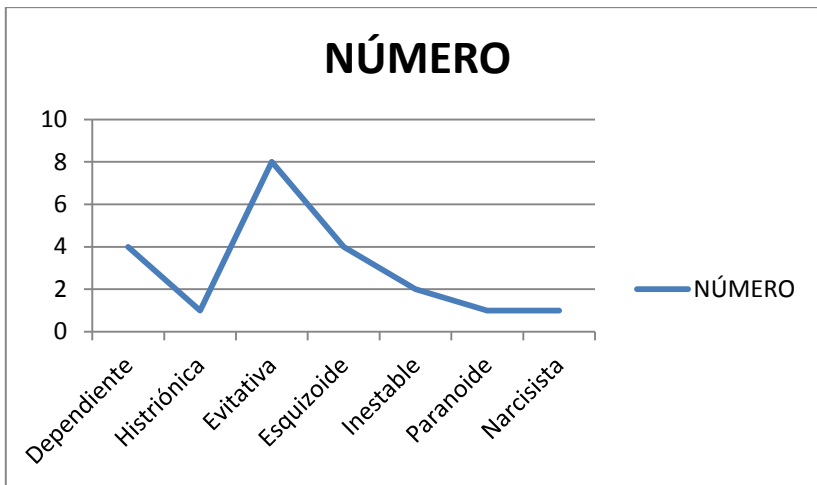
Muestra las variaciones mínimas que obtuvieron los pacientes abordados farmacológicamente en tratamiento médico aislado, en los meses de consulta.

Gráfico 3



Contempla la variación en los resultados después de seis meses de intervención, usando asesoría combinada.

Gráfico 4



Permite visualizar los rasgos de personalidad de los tres grupos de estudio y la prevalencia de los mismos.

13. CONCLUSIONES

A partir del tratamiento planteado de asesoría combinada a pacientes con diagnóstico de Colitis Nerviosa y sustentando en los objetivos que se persiguieron, es oportuno formular las siguientes conclusiones:

- El cuadro clínico que presenta un paciente con Colitis Nerviosa, representa un deterioro a nivel digestivo por las constantes limitaciones que esto provoca; pero además se acompaña de diversas complicaciones a nivel psicológico que pueden mantener el cuadro a pesar de un tratamiento farmacológico oportuno.
- Los distintos efectos que causa en un paciente el diagnóstico de Colitis Nerviosa, dependerá de su estructura de formación personal y los recursos con los que éste cuente, sin embargo la enfermedad no deja de ser un impacto grave que ocasiona ciertos grados de malestar psicológico, que lo puedan llevar al debilitamiento de su desarrollo personal y modificaciones en su comportamiento.
- La sintomatología que presenta esta enfermedad puede provocar modificaciones en sus hábitos de vida, ya sea de alimentación, ejercicio, limitaciones de ciertos placeres, etc., que pueden desestructurar ciertos componentes familiares.
- Mediante los componentes metodológicos del Modelo Integrativo Ecuatoriano Focalizado en la personalidad, suscritos en el marco de la asesoría; se logró, a través de una adecuada evaluación, planificación e intervención, promover cambios a nivel de la condición psíquica de la persona o de su entorno circundante; priorizando los fenómenos de la relación, complementándolos con aspectos técnicos durante el proceso y generando distintos estilos de comportamiento ante las mismas circunstancias vividas por los pacientes.
- La propuesta de asesoría combinada (médico-psicólogo clínico), desde el Modelo Integrativo Ecuatoriano focalizado en la Personalidad, ha probado ser una acción útil y eficaz para pacientes con Colitis Nerviosa. Esta

propuesta de intervención ha permitido integrar dos fenómenos de ayuda, en un organismo integrado de sistemas en donde ninguno de ellos actúa independientemente.

- El recurso técnico seleccionado en este proceso de asesoría psicológico fue adecuado, debido a que facilitó en los pacientes un autodescubrimiento de sus estilos de ser, identificar sus diversas conflictivas y del significado que estaban dando a su enfermedad. Así se facilitó la expresión de emociones y pensamientos que generaban malestar, y sobre todo, a movilizar y optimizar recursos personales que ofrezcan una mejor calidad de vida.
- La presentación de resultados cualitativos de los distintos modelos de intervención, revela la eficiencia de un abordaje combinado en comparación de los procesos aislados, donde se pudo comprobar: una adecuada adaptación a su enfermedad, mejor interacción en el cumplimiento de su tratamiento farmacológico y modificaciones comportamentales, clara capacidad para tomar decisiones y sobre todo una mejor calidad de vida adaptada a su realidad diagnóstica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Balarezo, L. (2003). *Psicoterapia, Asesoramiento y Consejería*. Quito: Luz de América.
2. Balarezo, L. (2004). *Psicoterapia. Centro de publicaciones PUCE* (2da ed.). Quito.
3. Balarezo, L. (2006). Artículo sobre Psicoterapia Integrativa.
4. Balarezo, L. (2013). *Módulo I de Maestría en Psicoterapia Integrativa "Generalidades del Integracionismo"*. Cuenca.
5. Balarezo, L. (2013). *Módulo II de Maestría en Psicoterapia Integrativa "Bases Teóricas del Modelo Integrativo Ecuatoriano. La personalidad"*. Cuenca.
6. Balarezo, L. (2013). *Módulo XI de Maestría en Psicoterapia Integrativa, "La Relación Psicoterapéutica"*. Cuenca.
7. Clériga, R. (2011). *¿Colitis nerviosa?*, . México.

8. DSM-IV. (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Editorial Masson.
9. Dubourdieu, M. (2014). *Integración Cuerpo-Mente – Entorno*. Montevideo: Psicolibros.
10. MURAL. (2012). *Alertan Casos de Colitis Nerviosa*. México.
11. Murillo, R. (2004). *Colitis nerviosa*. Hospital San Juan de Dios, Costa Rica .
12. Opazo, R. (2002). *Psicoterapia Integrativa. Delimitación Clínica*. Santiago de
13. Silva, L. F., Díaz, M. L., Acuña, D. M., & García, J. D. (2011). *Síndrome de Intestino Irritable y Trastornos de Ansiedad*. Bogotá.

Direcciones Electrónicas

- www.search.proquest.com/docview/914494746?accountid=36552
- www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-sindrome-del-intestino-irritable-nuevos-13099805
- www.binasss.sa.cr/poblacion/colitis.htm
- www.iqb.es/digestivo/diagnosis/roma03.htm

Red Virtual Autismo Ecuador - RVAE

**Mgtr. Adrián Felipe Vásquez, docente investigador universitario,
redautismoecuador@gmail.com**

El presente artículo aborda la iniciativa de la RVAE, misma que nació en la academia, recibió apoyo del Estado y hoy es regentada por la sociedad civil como un espacio web de apoyo, ayuda y acompañamiento dirigido a las personas con la condición de Autismo y sus familiares, desde la psicoeducación y con un enfoque integrativo.

Se describe el inicio, desarrollo y proyecciones de ésta iniciativa a la fecha así como lo que denominamos *Propuesta de Intervención Psicoterapéutica, desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad, para abordar el Trastorno del Espectro Autista – TEA*, a manera de una hoja de ruta para orientar la evaluación, diagnóstico e intervención.

Red, Virtual, Autismo, Integrativo, GAMA-E

This article deals with the initiative of the RVAE, it was born at the academy, received support from the State and today is run by civil society as a web space of support, help and accompaniment at people with the Autism condition and their families, from of the psychoeducation and with an integrative focus.

Is described the initiation, development and projections of this initiative to date so like what we called *Proposal Psychotherapeutic Intervention, from the Model Integrative Focused on the Personality, to approach the Autism Spectrum Disorder - TEA*, by way of a roadmap to guide evaluation, diagnosis and intervention.

Net, Virtual, Autism, Integrative, GAMA- E

La idea original de establecer un espacio digital sobre Autismo en Ecuador le pertenece a la docente investigadora Mgtr. Margarita Proaño Arias, quien propone a los miembros de la junta académica de ese entonces, en su calidad de Directora de Escuela de Psicología Educativa Terapéutica de la Universidad del Azuay – PET-UDA, llevar a cabo un programa de investigación que atienda a las inquietudes que surgen frente a un diagnóstico de este tipo y a la conflictiva asociada al duelo de aceptación, afrontamiento de la situación y aprender a vivir con la condición de este trastorno profundo del desarrollo que afecta a un segmento considerable de la población mundial, aún hoy invisibilizado, con miras a generar políticas de atención, exigibilidad de derechos e inclusión.

En octubre de 2014 el Decanato General de Investigaciones, de la institución de educación superior mencionada, da luz verde al Proyecto Autismo UDA, con una codificación UNESCO 61.03.03, cuya meta fue crear lo que hoy se denomina RVAE. Desde ese entonces hasta hoy, de forma permanente, comprometida y desinteresada, se genera, edita y alimenta un espacio web de apoyo, ayuda y acompañamiento para personas con TEA y sus familias; además, se trabaja en forma continua por gestar los Grupos de Ayuda Mutua Autismo Ecuador – GAMA-E y Grupos de Evaluadores de la Red Virtual Autismo Ecuador – GERVAE.

El blog web¹, las cuentas de G-mail², Twitter³, Skype⁴ y un perfil blogger⁵ son las herramientas web utilizadas, con una interfaz multimedia, cuyo hilo conductor es la temática del TEA, como una estrategia de psicoeducación, visibilización e investigación colectiva, por medio de la hipervinculación de material 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 y del portal de origen de donde fue tomado e incluye archivos de texto, audio y video, tal y como se detalla en la Guía del Usuario Blog Proyecto Autismo UDA (2014)

¹ <http://redvirtualautismoecuador.blogspot.com/>

² redautismoecuador@gmail.com

³ @AutismoUDA

⁴ Proyecto Autismo UDA

⁵ Proyecto Autismo UDA

Durante este caminar se ha llevado a efecto:

- a. I Jornada de Concienciación sobre TEA, 25 de abril de 2014, con dos conferencias magistrales, el testimonio de la madre de un joven autista y el lanzamiento de nuestro blog web, participaron más de 200 personas entre profesionales, padres de familia y estudiantes.
- b. I Curso de Capacitación para Evaluadores en Autismo, del 14 al 17 de julio de 2014, bajo la responsabilidad del experto venezolano: Dr. Aldo Barbero Lameda, participaron 22 profesionales, 03 estudiantes, 05 familias con niños(as) con TEA y 05 niños(as) con TEA (ofreciendo a éstos últimos una evaluación integral)
- c. Autismo, Talleres Zonales y Adaptaciones Curriculares, del 06 de diciembre al 31 de enero de 2015, en los cuales socializamos la iniciativa de la RVAE a un aproximado de 2.400 educadores, psicólogos, psicoterapeutas conjuntamente con el equipo de Fundación Centro Integral de Intervención Multidisciplinaria para Autismo – CIMA.
- d. Cuenca se Enciende de Azul para Conmemorar el Día Mundial del Autismo, el 01 de abril de 2015, en el parque Central, desde las 19h00, participaron masivamente la colectividad y se contó con el gentil apoyo del gobierno nacional, del gobierno local y la sociedad civil.
- e. Congreso Internacional Autismo, como II Jornada de Concienciación sobre TEA, en la ciudad de Cuenca, el 29 y 30 de abril de 2015, organizado por la Secretaría Técnica para la Gestión Inclusiva en Discapacidades – SETEDIS, CIMA y UDA y la colaboración de expertos internacionales, academia y sociedad civil (entre éstos nosotros en representación de la UTPL), con la participación de más que quinientos asistentes y un millar vía streaming (online)

- f. Animación del cuento: “Bernito y las Estrellas” realizada por Cuarto Digital y grabación del audio en Nana Records, obra autoría de la Mgtr. Cayetana Palacios Álvarez y la edición de quien escribe, al que queremos convertir en la primera multimedia multiplataforma para conocer, comprender y concienciar acerca del TEA, dirigida a niños(as) escolares, con el apoyo de la academia y la empresa pública o privada que se sume a la iniciativa.

- g. I Jornada Multidisciplinaria y III Jornada de Concienciación sobre TEA, 02 de abril de 2016, con cinco charlas magistrales con su correspondiente conversatorio y el lanzamiento, en impreso y digital, de la obra: “Bernito y las Estrellas” con el aval académico y el apoyo de la UTPL a través de la titulación de Psicología, sección Psicología Clínica y el Programa de Maestría en Terapia Familiar, la colaboración de la Asociación de Padres de Personas con Autismo de Loja – APPAL y el auspicio de EdiLoja Cia. Ltda.

Siendo el sueño más ambicioso contar con la inscripción a la RVAE de la mayor cantidad de instituciones, centros de atención y profesionales⁶; crear unidades especializadas de evaluación, diagnóstico e intervención; llevar a cabo cursos de capacitación continua a profesionales, familiares, educadores, estudiantes, personas con TEA u otros beneficiarios; y, contar con datos estadísticos de incidencia y prevalencia del Autismo en Ecuador, a través de la Encuesta RVAE⁷.

Ahora bien, desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad, tomando como directriz la obra del mismo nombre, queremos poner a consideración:

1. Propuesta de una Ruta Metodológica de Atención a la Persona con TEA desde una perspectiva de Tratamiento Integral enfocada en la Condición, que incluye:

⁶<http://redvirtualautismoecuador.blogspot.com/2014/09/inscripcion-la-rvae-centros-de-atencion.html>

⁷<http://redvirtualautismoecuador.blogspot.com/2014/04/inscripcion-red-virtual-autismo-ecuador.html>

⁷<http://redvirtualautismoecuador.blogspot.com/2013/10/signos-deteccion-autismo.html>

- Detección oportuna, por parte de adultos cuidadores, educadores, médicos u otros identificadores, al obtener lecturas de conductas del neurodesarrollo fuera de la norma, preferentemente en los primeros dieciocho meses de vida del neonato.
- Evaluación orientada a un diagnóstico certero donde participará un equipo multidisciplinar, que incluya: a un(a) neuropediatra, psicólogo(a), educador(a) especial, estimulador(a) temprano y terapeuta del lenguaje, a más de los adultos cuidadores.

La evaluación incluirá por lo menos la aplicación de observación, entrevista y reactivos psicológicos específicos para valorar el TEA, con un alto nivel de confiabilidad, validez y precisión de la entidad clínica, subtipo, complejidad, expresión y posible comorbilidad.

- Abordaje de cada caso particular como único, en forma personalizada, realizando la planeación, aplicación y evaluación del proceso e inclusión de los(as) colaboradores según las necesidades individuales, donde puede perfilarse el trabajo del equipo bajo la dirección del (la) psicólogo(a) clínico(a)

Aquí se incluye lo médico, psicológico, pedagógico (y/o laboral), familiar, social e individual con una postura inclusiva de adaptaciones siempre supervisadas, corregidas, modificadas, por ejemplo: en la educación regular o especial, según como corresponda, adaptaciones físicas (infraestructura) y curriculares (planificación y evaluación diferenciada) en base a las necesidades educativas especiales de la persona con Autismo.

2. Propuesta de Intervención Psicoterapéutica desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad para abordar el TEA, compuesta por:

- Población meta:

Personas con TEA y sus familiares, sobre todo aquellos de evaluación, diagnóstico e intervención inicial.

- **Objetivos:**

Trabajar en la aceptación de la condición frente al duelo originado con el diagnóstico.

Brindar asesoría y consejería psicológica dilucidando dudas, inquietudes e imprecisiones.

Instrumentar en técnicas de alivio sintomático, manejo conductual, caracterología del síndrome.

- **Metodología:**

Se utiliza como base el método cognitivo – conductual.

Las técnicas aplicadas están direccionadas a la elaboración del duelo, psicoeducación y alivio sintomático.

Los instrumentos para la elaboración del duelo puedan apreciarse en nuestra Propuesta de Intervención Psicoterapéutica para Trabajar el Duelo Complicado según el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad, publicada en Pser Integrativo No. 6 (2013)

La psicoeducación busca tratar, una a una cada duda, inquietud e imprecisión que el consultante trae al equipo o un miembro en singular, siendo de utilidad archivos, en formato impreso o digital, de textos, audio, video u otro contenido.

El alivio sintomático se trabaja sobre la reeducación de las funciones madurativas básicas, psicomotricidad, relajación (tensión/distensión, visualización), arte-terapia y abordaje del síndrome (sobre sus signos y síntomas característicos)

- **Sistematización:**

El proceso puede ser recogido en las fichas propuestas por el Modelo Integrativo Ecuatoriano, de manera fundamental la Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica, la Ficha de Seguimiento y la Ficha de Evaluación del Proceso.

- Evaluación:

Se sugiere una estimación a medio corte y al final, implicando a los participantes, bajo la siguiente modalidad:

- a. Evaluación del equipo.
- b. Evaluación del proceso.
- c. Evaluación de los actores.

Con sesiones de trabajo que valúen en pros y contra de lo actuado, lo que queda aún por hacer y lo que podemos mejorar, mediante el diálogo, la búsqueda de consejo y la asunción de responsabilidades.

Antes de concluir, se señala que en próximas entregas se ampliará y detallará cada uno de los tópicos arriba esquematizados, a la luz del estudio de casos; y, se cierra este escrito con un primer bloque de:

- a. Bibliografía recomendada:

- Alonso - García, Julia (2005: a) *¡Mirame! (forma de ser y forma de actuar)* Madrid: Ed. CEPE.
- Alonso - García, Julia (2005: b) *¡Escúchame! (relaciones sociales y comunicación)* Madrid: Ed. CEPE.
- Alonso - García, Julia (2005: c) *¡Atiéndeme! (ocio y aprendizaje)* Madrid: Ed. CEPE.

- Equipo DELETREA (2008). *Los Niños Pequeños con Autismo: Soluciones prácticas para problemas cotidianos*. Madrid: Editorial CEPE.
- Frith, Uta (2004) *Autismo: Hacia una explicación del enigma*. 2ª Edición. Madrid: Alianza Editorial.
- Gobierno de Chile, Ministerio de Educación. *Guía de Apoyo Técnico Pedagógico: Necesidades Educativas Especiales en el Nivel de Educación Inicial No. 6: Necesidades Educativas Asociadas al Autismo*. 1ª Edición. Santiago: Editorial Atenas Ltda.
- Grandin, Temple (2006) *Pensar con imágenes*. Barcelona: Editorial Alba.
- Hernández, J.; Ruiz, B.; Martín, A. (2007) *Déjame que te hable de los Niños y Niñas con Autismo de tu Escuela*. Madrid: Teleno Ediciones S.L.
- Mesibov, Gary y Howley, Marie (2010) *El Acceso al Currículo por Personas con TEA: Uso del Programa TEACCH para Favorecer la Inclusión*. Ávila: Editorial Autismo Ávila.
- Organización para la Investigación del Autismo (2004) *Un viaje por la vida a través del autismo, Guía para los educadores*. Arlintong: OAR.
- Peeters, Theo (2008) *Autismo: de la Comprensión Teórica a la Intervención Educativa*. Ávila: Editorial Autismo Ávila.
- Rivieré, A. y Martos, M. (2000) *El Niño Pequeño con Autismo*. Asociación de Padres de Niños Autistas – APNA. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía.

- Ruíz, Leyva Pablo (2009) *El Autismo*. 1ª Edición. Jaén: Íttakus.
- Szatmari, Peter. (2004) *Una mente diferente*. Madrid: Editorial Paidós.
- Unidad Asistencial para Personas con Autismo y Discapacidades del Desarrollo de la Universidad de Salamanca (2007) *Guía Básica para Familias que ha recibido un Diagnóstico de Autismo para su Hijo(a)* Salamanca: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad.

b. Links de interés sobre TEA:

- <http://aetapi.org/>
- <http://www.asperger.es/>
- <http://www.autismoandalucia.org/>
- <http://www.autismobata.com/>
- <http://www.autismodiario.org/>
- <http://www.asociacionalanda.org>
- <https://www.autismspeaks.org/>
- <http://www.catedu.es/arasaac/>
- <http://www.centroleokanner.cl>
- <http://www.do2learn.com/>
- <http://elsonidodelahierbaelcrecer.blogspot.com/>
- <http://www.feaps.org/>
- <http://iier.isciii.es/autismo/>
- <http://pensandoenimaxes.blogspot.com/>
- <http://www.lasonrisadearturo.com/>

c. Anexos en formato digital RVAE:

1. Cuento: Bernito y las Estrellas.

<http://redvirtualautismoecuador.blogspot.com/p/cuentanos-tu-historia-27.html>

2. Encuesta TEA.

<http://redvirtualautismoecuador.blogspot.com/2013/10/signos-deteccion-autismo.html>

3. Ficha de Inscripción Padres y/o Representantes.

<http://redvirtualautismoecuador.blogspot.com/2014/04/inscripcion-red-virtual-autismo-ecuador.html>

4. Manual del usuario blog web.

<http://redvirtualautismoecuador.blogspot.com/2014/04/manual-del-usuario-blog-proyecto.html>

5. Solicitud de Instituciones.

<http://redvirtualautismoecuador.blogspot.com/2014/09/inscripcion-la-rvae-centros-de-atencion.html>

Referencias bibliográficas:

- Balarezo, Ch. Lucio (2010) *Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad*. 1ª Edición. Quito: UNIGRAF.
- Varios Autores (2013). *Pser Integrativo No. 6*, SEAPsI. Quito: UNIGRAF.
- Vásquez, Adrián Felipe (2014) *Guía del Usuario Blog Proyecto Autismo UDA*. Cuenca: Decanato General de Investigaciones de la Universidad del Azuay.

Monserrath regresa a casa

Andrés Valencia

Cuando la moribunda luz del sol se funde con la de los autos. Cuando el ruido ronco del tránsito contrasta con el alegre de pisadas prontas. Existe un tiempo en el que el tiempo deja de fluir. A través del grisáceo cielo, tan sólo un poco más claro que el de las rusticas veredas; Miles de personas y vehículos dan lugar al cíclico y monótono regreso.

Monserrath observa desde el ventanal del transporte público éste peregrinaje letárgico de carne y metal, un peregrinaje cuyo único objetivo es el encontrar una ruta para volver a casa. Este trajinar es tenue, hipnótico y casi inherente a la vida cotidiana, nadie lo nota ajeno. Monserrath mira ensimismada buscando algo inespecífico. Piensa en su día, en sus responsabilidades cortas y grandes. su mirada sigue perdida a través de la ventana.

Entonces recuerda el episodio del día anterior de su programa favorito de televisión. Para luego especular sobre su final. De improviso, empieza a recordar que quedo con Raúl el sábado. ¿Qué querrá? Quizá le guste a él. Quizá es un malentendido.

El seco golpe de la puerta anuncia la subida de más pasajeros. Suben niños, suben mujeres, suben ancianos. Todos cargando mochilas, maletas y una que otra caja. ¡Piiiiiii! ¡Piiiiiii! Un molesto auto ha empezado a destrozar el claxon. Monserrat Mira por la ventana y se da cuenta que están cerca del intercambiador, en esta zona siempre ha habido mucho ruido. Se acomoda lentamente en su asiento mientras estira algunos músculos. ¿y si en el episodio de hoy se James era el cómplice y no el asesino?

¡Biiiiip! ¡Biiiiip! Su pensamiento es interrumpido por el celular. Se trata de su madre que quiere saber si llegará pronto a casa. Monserrath contesta con monosílabos hasta que el aparente entusiasmo de su madre en la conversación se va mitigando. En

cuanto cuelga Monserrath piensa que las madres se preocupan por sus hijos a pesar que ya sean adultos. ¿eso está bien? ¿las otras madres actuaran del mismo modo? ¿si alguna vez tiene hijos se comportará de una manera similar a su madre con ellos?

El seco golpe de la puerta la rescata de sus cavilaciones a la par que anuncia la llegada de más pasajeros. ¡El informe! ¡El jodido informe! Casi lo olvida. Debe terminarlo para mañana. Planea llegar a casa, merendar y terminarlo cuanto antes. Por qué lo pospuso por tanto tiempo. <<Pero a mí no me gusta Raúl.>> se dice de repente. Monserrath no sabe por qué aceptó acompañarlo. Gladys la había invitado a una fiesta el sábado. ¡Si tan sólo Gladys le hubiese dicho antes!

El cierre de la puerta anuncia el paso la conclusión de la estancia del autobús en la parada. Monserrath mira hacia la calzada de nuevo. Segundos después lamenta haber olvidado sus audífonos en casa. Así podría abstraerse de tanta apatía y sosiego. Su mirada sigue perdida en algún punto inexistente fuera de la ventana. No tiene ansias por llegar a casa, tampoco quiere prolongar el viaje.

<< ¿Qué tal si pido prórroga en el informe? ¿y si no se descubre al asesino? ¿si le digo a Raúl que me surgió algo importante? ¡Zaz! Un golpe sordo y unos gritos posteriores regresan a Monserrath al autobús. Su ventana ha sido salpicada de un fluido rojo y brillante. Se oyen gritos tan desaforados y confusos que parecen murmullos por altavoz: <<fue culpa del chofer.>> << ¡No! ¡Él se cruzó sin mirar!>>.

El cuerpo de un joven de unos veinte y tantos años yacía sin un brazo junto al autobús. El mismo no parecía estar involucrado. El culpable era un pequeño carro azul cuyo chofer ya había desaparecido.

El protocolo se cumplió religiosamente: una ambulancia atrasada, unos cuantos policías apurados, y la eventual reanudación forzosa del tránsito. Monserrath contempla el semblante de los demás pasajeros, sus rostros están abatidos e intranquilos. Monserrath también se siente así. Sus ojos dilatados, su palidez y su leve

temblor demuestran que han sido conscientes nuevamente de su mortalidad. Una mortalidad eclipsada continuamente por la cotidianidad y el regreso. Pero que ahora se muestra presente, amenazante e inexorable.

Reina el silencio y la inseguridad. El chofer a apagado la música sin darse cuenta. Un cantante callejero sube e intenta cambiar el ambiente lúgubre y desesperado. Se baja pronto sin una sola moneda nueva. intentar cambiar el miedo y la conciencia de la mortalidad del ser humano, es como intentar cambiar el mismísimo destino tan funesto que nos aguarda.

Monserrath Prueba volver a pensar en la televisión, en su informe, en sus amigos, en su madre, en Raúl e incluso en la aburrida monotonía del tránsito. Pero esta cotidianidad tan propia, general y confortante la abandona. No puede apartar a la muerte de su mente.

Mira a los otros autos y envidia la ignorancia y tranquilidad que ciega a los demás, pero también los reconforta. Desprecia la angustia ocasionada por la idea que su destino esta sellado y fijo. Un destino que la supera y no puede cambiar. Al igual que todos los pasajeros, Monserrath llega a casa con su alma turbada y su consciencia renovada. Al igual que todos los pasajeros, lo olvidará mañana.

Lexintegrativo 9



Características del psicoterapeuta integrativo: aspectos no cognitivos

Algunos de los componentes no cognitivos dependen de la historia personal del terapeuta e incluso se discute el valor de la formación en el desarrollo de algunos de ellos como la empatía. Se señalan aspectos como los valores de solidaridad, equilibrio psíquico, capacidad de relación interpersonal, integridad ética, motivación a brindar ayuda, autoestima apropiada, resiliencia, proactividad, capacidad empática. Las tareas de autoconocimiento, necesarias en la formación del terapeuta integrativo, tienden a favorecer su mejoramiento y control.

Componente inmunológico en la PNIE

Corresponde al sistema inmune, el cual tiene como función principal reconocer lo propio de lo extraño, además se caracteriza por ser capaz de generar memoria y aprendizaje, ya que se encuentra en capacidad de recordar y responder de forma más intensa a exposiciones repetidas ante el mismo reto antigénico (sustancia extraña que suscita la respuesta inmune), es decir, se adquiere por medio de la experiencia. El sistema inmune está conformado por células que patrullan el organismo en busca de antígenos y se encargan de responder en primera línea en caso de un enfrentamiento inmunológico tales como los neutrófilos, monocitos; células que vigilan en los tejidos corporales como los macrófagos y las células dendríticas; y células que determinan las repuestas fisiológicas ante las sustancias extrañas como los linfocitos T y B.



Función de Identidad

Cada persona posee un sentido de “mismidad”, por tanto posee la capacidad de reconocerse a sí misma, esta función le permite responderse a sí mismo preguntas

tales como: ¿quién soy?, ¿cómo soy?, ¿Creo en mí? Por tanto implica su Autoimagen, Autoestima y Auto eficacia. (Opazo,2004, 2006)



Paradigma Afectivo en el Modelo Supraparadigmático

Implica entonces que las necesidades y tendencias, umbrales afectivos, motivación al cambio, eventos y estructuras afectivas, balance entre satisfacción y frustración, pueden influir en la génesis de pensamientos y conductas e incluso generar cambios a nivel anatómico/fisiológico. (Opazo, 2001, 2004, 2006)

Personalidades de acercamiento comportamental:

Correspondientes a las personalidades inestable y trastorno de personalidad disocial. Para lograr un acercamiento se utilizan propuestas concretas y directas. Los problemas básicos se los enfrenta así:

- En las personalidades inestables con claridad y objetivos precisos.
- En las personalidades disociales con rigidez y normación.

Psicología cognitiva moderna

Estudia el modo en que los seres humanos procesamos la información y otorgamos significado a nuestra experiencia, así como el modo en que construimos una determinada realidad en la cual situamos dicha experiencia. La «realidad» que consideramos no es ya externa y unívoca, como en el pensamiento positivista previo, sino la realidad que cada uno construye en un determinado contexto social” (Fernández Álvarez, Kirszman y Nieto, 1994: 247).



SEGUNDA ETAPA del Proceso en el Modelo focalizado en la personalidad

- Investigación del problema, trastorno y la personalidad:

El estudio transversal y longitudinal del individuo y su problemática, mediante la observación, la entrevista y los reactivos psicológicos, se orienta hacia el diagnóstico de la demanda, el problema, la patología, el entorno del paciente y las características de premorbilidad de la personalidad como precursora del trastorno.

Distinguimos el acercamiento y la diferenciación entre consejería y psicoterapia. Por este motivo incluimos en nuestra propuesta la aplicación de asesoramiento en un nivel preventivo.

Sistema SELF

Roberto Opazo, retoma a Maslow, Rogers y Kuhut, para decir que “el SELF es el punto central de la experiencia y constituye el eje de integración de los subsistemas biológico, ambiental/conductual, cognitivo, afectivo e inconsciente los cuales operan en un sistema total.

Desde este punto de vista el sistema SELF es la esencia de nuestra personalidad y expresa el balance homeostático y la coherencia sistémica de la dinámica psicológica total” (Opazo, 2001)

Sistema Psicológico en la PNIE

Se encuentra expresado fundamentalmente por los circuitos límbico (circuito de lo vital, propioceptivo, instintivo primario y primitivo), paralímbico (circuito de lo valorativo, jerarquizar, posponer y de priorizar) y pineal (sincronización de los ritmos biológicos endógenos con los ritmos externos). Estas estructuras son las encargadas de la exteriorización de las conductas ante el procesamiento de las emociones.



Red Sistémica Psiconeuroinmunoendocrina

Es una conceptualización sobre el funcionamiento integrado de los sistemas psíquico, nervioso, inmune y endocrino 10, 11 (*Candace Pert 1985 J Immunology "Neuropeptides and their receptors: a psychosomatic network"; 1998 "The psychosomatic network:*

foundations of mind-body medicine"), en la cual la modificación en cualquiera de sus componentes va a producir modificaciones en el resto.

T

Trastornos psicológicos desde el Modelo de la Fundación AIGLÉ:

Son considerados como una construcción disfuncional de la realidad efectuada por el sujeto; por lo tanto el fin de la psicoterapia consistirá en que el paciente pueda significar de otro modo su experiencia. Los cambios terapéuticos se orientan a que él mismo pueda desarrollar su propio proyecto de vida de manera satisfactoria (Fernández Álvarez, 1992; Fernández Álvarez, Kirszman y Nieto, 1994).