

ALAMOC



Mayo 2019
Ed. N°: 002

COGNICIÓN Y COMPORTAMIENTO



Publicación semestral
de ALAMOC

Web:
www.alamoc-web.org





La revista Cognición y Comportamiento es un emprendimiento editorial de ALAMOC - Asociación Latinoamericana de Análisis, Modificación del Comportamiento y Terapia Cognitiva Conductual.

La revista publica preferentemente artículos de investigación, revisiones y artículos de naturaleza teórica tanto sobre ciencias cognitivas y conductuales básicas como sobre la aplicación de distintos enfoques de Terapias Cognitivas Conductuales y de la Modificación del Comportamiento para la conceptualización, evaluación, prevención y tratamiento de los diferentes cuadros psicopatológicos.

Además de los trabajos inéditos sujetos al reglamento, también publica artículos de profundización e información general sobre temas relacionados con las Terapias Cognitivas Conductuales destinados a profesionales con mayor o menor experiencia y alumnos avanzados de carreras relacionadas.

INDICE:

Intervenciones con familiares de personas con Trastorno Límite de Personalidad basadas en la Terapia Dialéctico Conductual (DBT).....	05
Consideraciones respecto a la huida/evitación como factor de mantenimiento de la ansiedad patológica.....	17
Um debate epistemológico sobre a psicoterapia Sexual: Comportamental ou cognitiva?.....	25
Perturbaciones emocionales y disfunciones de la personalidad.....	35

REGLAMENTOS:

Reglamento de publicaciones en **Español**
(Descargar)

Regulamento de Publicações em **Português**
(Descargar).



COGNICIÓN Y COMPORTAMIENTO

Director:

Ricardo Rodríguez Biglieri

Comité Editorial:

Edgard Pacheco Luza
Julio Obst Camerini
Giselle Vetere

Editor idioma portugués:

Oswaldo Rodrigues

Comité científico:

- Dr. Luis O. Perez Flores (PSICOSEX)
- Dr. Hector Fernández Alvarez (AIGLE)
- Dr. Juan José Moles Alvarez (CIPPS)
- Dr. Andrés Roussos (CONICET)
- Los integrantes de la Junta Directiva de ALAMOC

Diseño gráfico:

Luján Pagano

JUNTA DIRECTIVA DE ALAMOC (2014-2018)

Presidente:

Edgard Pacheco (Perú)

1er. Vicepresidente:

Pablo Vera (Chile)

2do. Vicepresidente:

Juan José Moles (Venezuela)

Secretario General:

José Britos (Paraguay)

Secretaria Ejecutiva:

Rita Laos Silva (Perú)

Tesorera:

Dina Figueroa (Perú)

1er Vocal:

Julio Obst Camerini (Argentina)

2do Vocal:

Adriana Martínez (Uruguay)

3er Vocal:

María Clara Cuevas (Colombia)

Past-President:

Guillermo Rodríguez (Venezuela)

COORDINADORES NACIONALES

Argentina: Marina Galimberti

Bolivia: Rene Calderón Jemio

Brasil: Carla Zeglio

Chile: Tito Elgueta

Ecuador: Sergio Paz

El Salvador: Wilber Roberto Castellón

Guatemala: Anabela Molina Marroquin

Honduras: Fátima Duarte Ortíz y

Johan Leiva Yanes

México: Nicolás Alejandro Hernández Lira

Panamá: Ricardo Turner

Paraguay: María Celeste Airaldi

Perú: Luis Pérez Flores

República Dominicana: Mayra Dietsch Rodriguez

Uruguay: María Esther Lagos

Venezuela: Navidia García



HISTORIA DE ALAMOC

ALAMOC, es la Asociación Latinoamericana de Análisis, Modificación del Comportamiento y Terapia Cognitiva Conductual, y se fundó el 19 de febrero de 1975 en Bogotá, Colombia.

Desde sus comienzos hasta el presente se ha convertido en la asociación de los profesionales de los países latinoamericanos interesados en las Ciencias del Comportamiento y las Terapias Cognitivas Conductuales, y es la representante de América Latina en los congresos mundiales de terapias conductuales y cognitivas (WCBCT).

Los países originalmente miembros de ALAMOC fueron: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, Estados Unidos, El Salvador, España, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana, Uruguay y Venezuela, estando abierta a otros países donde existan grupos de profesionales latinoamericanos que deseen pertenecer a la ella.

ALAMOC es una entidad sin fines de lucro que tiene como objeto el fomento, promoción, ejecución, difusión, investigación, evaluación, acreditación, análisis y reflexión del estudio científico y sus avances sobre el comportamiento y la cognición en sus diversos componentes desde una comprensión integral del desarrollo humano y su relación con el contexto hasta los procesos de cambio y recursos psicoterapéuticos.

ALAMOC se ha constituido en la institución que califica y avala no sólo a profesionales, sino también a las instituciones de elevado nivel académico para recomendarlas como Centros de Formación en los diferentes países Latinoamericanos.

El congreso mundial del año 2013, fue el 8° Congreso Mundial de Terapias Conductuales y Cognitivas, y fue organizado por ALAMOC en Lima, Perú.

CONGRESOS DE ALAMOC

Los Congresos Latinoamericanos de ALAMOC ya son tradicionales y en su historia se cuentan las siguientes ediciones:

I CLAMOC: Panamá (Panamá) - 1977.

II CLAMOC: Bogotá (Colombia) - 1979.

III CLAMOC: Santiago (Chile) - 1981.

IV CLAMOC: Lima (Perú) - 1984.

V CLAMOC: Caracas (Venezuela) - 1986.

VI CLAMOC: Montevideo (Uruguay) - 1989.

VII CLAMOC: Guayaquil (Ecuador) - 1991.

VIII CLAMOC: La Paz (Bolivia) - 1994.

IX CLAMOC: Viña del Mar (Chile) - 1996.

X CLAMOC: Caracas (Venezuela) - 1999.

XI CLAMOC: Lima (Perú) - 2001.

XII CLAMOC: Guayaquil (Ecuador) - 2003.

XIII CLAMOC: Montevideo (Uruguay) - 2005.

XIV CLAMOC: Sao Paulo (Brasil) - 2010.

XV CLAMOC: Buenos Aires (Argentina) - 2012.

XVI CLAMOC: Asunción (Paraguay) - 2014.

XVII CLAMOC: Panamá (Panamá) - 2016.

CONGRESO

XVIII - CLAMOC

ALAMOC

Representante de Latinoamérica en los Congresos Mundiales de Terapia Cognitiva Conductual lo invita a participar en el 18° Congreso Latinoamericano



www.clamoc2019.org

ALAMOC



INSCRIPCIÓN

www.clamoc2019.org/inscripcion

ALAMOC



Mayo 2019 | Ed: N°: 002
www.alamoc-web.org

Intervenciones con familiares de personas con Trastorno Límite de Personalidad basadas en la Terapia Dialéctico Conductual (DBT)

Dra. Paula Soledad José Quintero
Fundación Foro, Argentina
Contacto: paulaquin@gmail.com

Resumen:

Las investigaciones sugieren que el nivel de sobrecarga y de dolor emocional que experimentan los familiares cuidadores de personas diagnosticadas con trastornos de personalidad es mayor que el experimentado por cuidadores de personas que padecen otros problemas mentales severos (Bailey & Grenyer, 2015). Los familiares de personas que padecen Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) reportan sentirse frecuentemente ansiosos y estresados en su vida cotidiana (Ekdahl, Idvall & Perseius, 2014). Por otro lado, datos de investigación indican que las personas diagnosticadas con TLP se desempeñan mejor cuando la familia aumenta su nivel de involucración (Hooley et al., 2010). El objetivo del presente trabajo es la disseminación de los programas existentes que constituyen formas efectivas de ayudar a los familiares y allegados de personas diagnosticadas con TLP, así como también presentar el programa que se ha desarrollado en Argentina para el trabajo con esta población particular.

Palabras clave: Entrenamiento en Habilidades a Familiares- Trastorno Límite de la Personalidad- Terapia Dialectico-Conductual

Cuando una persona padece problemas de salud mental, sabemos que eso no afecta solamente al individuo sino también a sus familiares y allegados agregando mucha presión sobre las relaciones interpersonales significativas.

Datos de investigación empírica revelan que los familiares de personas que padecen de trastornos

Abstract:

Research suggests that the level of overload and emotional pain experienced by family caregivers of people diagnosed with personality disorders is greater than the one experienced by caregivers of people suffering from other severe mental problems (Bailey & Grenyer, 2015). Family members of people with Borderline Personality Disorder (BPD) report feeling frequently anxious and stressed in their daily lives (Ekdahl, Idvall & Perseius, 2014). On the other hand, research data indicate that people diagnosed with BPD perform better when the family increases their level of involvement (Hooley et al., 2010). The objective of this paper is the dissemination of existing programs that are effective to help relatives of people diagnosed with BPD, as well as presenting the program that has been developed in Argentina for working with this particular population.

Keywords: Family Skills Training - Borderline Personality Disorder- Dialectical Behavior Therapy

mentales reportan mayores niveles de estrés psicológico y de sufrimiento emocional comparado con los datos normativos comunitarios (Winefield & Harvey, 1993). Además, el estrés sufrido por los familiares de personas que padecen de trastornos mentales se asocia a la presencia no sólo de sobrecarga sino también de depresión y aislamiento (Lefley, 1987).



Cuando ese trastorno es un trastorno de personalidad como el Trastorno Límite (TLP), los patrones conductuales de la desregulación emocional impactan directamente sobre las relaciones interpersonales y, con frecuencia, las relaciones familiares y maritales se ven perturbadas (Nakao et al., 1992). Esta perturbación puede expresarse bajo la forma de dificultades en la comunicación, experiencias de desorientación y dificultades en la toma de decisiones, guiadas por el miedo frente a respuestas muchas veces impredecibles, alta frecuencia de discusiones y expresión frecuente de enojo y malestar. Las relaciones se ven naturalmente dañadas con estos eventos que se vuelven casi cotidianos y se perciben como poco satisfactorias.

Los datos de investigación sugieren que el nivel de sobrecarga y de dolor emocional que experimentan los familiares cuidadores de personas diagnosticadas con trastornos de personalidad es mayor que el experimentado por cuidadores de personas que padecen otros problemas mentales severos (Bailey & Grenyer, 2015); además, presentan riesgo aumentado de padecer desordenes psiquiátricos tales como depresión o abuso de sustancias (Riso, Klein, Anderson & Ouimette, 2000; Stepp, Whalen, Pilkonis, Hipwell & Levine, 2012). Los familiares reportan no saber cómo responder y sentirse frecuentemente ansiosos y estresados en su vida cotidiana (Ekdahl, Idvall & Perseus, 2014).

Es importante considerar, a la vez, que las personas diagnosticadas con TLP han sido criadas en familias en donde en muchos casos pre-existían trastornos psicopatológicos e interacciones problemáticas (Links & Munroe Blum, 1990; Weaver & Clum, 1993), por lo tanto puede existir cierta vulnerabilidad en las familias y dificultades en la utilización de habilidades que permitan lidiar mejor con los problemas en general y con los de la desregulación emocional en particular.

Las familias se sienten agotadas al tener que lidiar frecuentemente con situaciones complejas y desafiantes que les resultan difíciles de comprender y para las cuales no encuentran respuestas efectivas aumentando su sensación de frustración. Esta frustración contribuye a que las interacciones interpersonales negativas se vean incrementadas, formando un circuito en el que el malestar aumenta. La sensación de sobrecarga está presente en la mayoría de estas familias.

Al no lograr comprender muchas respuestas de su ser querido con desregulación emocional, intentan dar respuestas lógicas que rara vez resultan efectivas, lo cual suele terminar en una sensación de profundo agotamiento. A su vez, estas respuestas suelen tener efectos de invalidación de la experiencia de su ser querido con TLP. La investigación ha mostrado que los familiares de personas con un diagnóstico psiquiátrico en general y con TLP en particular, muestran mayores niveles de invalidación hacia sus hijos (Shenk & Fruzzetti, 2014). Tienen las mejores intenciones de ayudar, pero al desconocer cómo hacerlo de forma efectiva, muchas veces sus formas de afrontamiento terminan empeorando el problema.

A este panorama se agrega el hecho de que las familias muchas veces tardan en encontrar la ayuda que necesitan y se sienten aisladas y poco comprendidas ya que no hay mucho conocimiento en la población general respecto a este trastorno y la información ofrecida es escasa. Esto se suma a que los tratamientos basados en la evidencia para este trastorno no están disponibles en todas las comunidades, problema que se acrecienta en Latinoamérica, en donde las dificultades en el acceso al sistema de salud se ven incrementadas, si bien está surgiendo un movimiento de difusión e implementación de programas adecuados de atención en estos cuatro últimos años.



Aún en comunidades en donde el acceso a tratamientos en salud mental está facilitado, no ha habido una gran oferta de asistencia para familiares de personas con desregulación emocional como una población objetivo particular. Muchos tratamientos no incluyen a las familias. Otros las incluyen en sesiones de terapia familiar que rara vez se orientan a aumentar las habilidades de los familiares para lidiar con los problemas de formas más efectivas (Porr, 2010).

Por lo tanto es necesario que se conozcan y difundan las formas efectivas de ayudar a los familiares y allegados que están disponibles, a la vez que se desarrollen y apliquen mejoras a estos programas ajustándolos a las necesidades que se hacen evidentes en el proceso.

Es fundamental destacar que las intervenciones con familiares y allegados de personas con TLP, tienen un doble impacto: por un lado ayudan a las familias a lidiar mejor con las situaciones desafiantes que enfrentan en su vida cotidiana y su propia experiencia emocional; por otro, si la familia aprende mejores maneras de responder a estos desafíos, la persona con desregulación emocional encuentra un contexto más saludable el cual impacta en su forma de experimentar su problema e intentar soluciones más efectivas. La investigación ha demostrado que las intervenciones para familiares y cuidadores de personas con TLP resultan eficientes, es decir, que son costo-efectivas (Gunderson, 2008). Sabemos que las personas diagnosticadas con TLP se desempeñan mejor cuando la familia aumenta su nivel de involucración (Hooley et al., 2010). Si estos modos de involucrarse pueden además orientarse a las necesidades complejas que requiere la situación, tendrán un mejor impacto aún, ya que conductas preferidas o deseadas encontrarán los reforzadores que las logren aumentar y mantener. Las familias constituyen, de este modo, un recurso privilegiado para modelar y reforzar habilidades de

afrontamiento efectivo frente a las dificultades (Porr, 2015). Modelar y reforzar implicará que los familiares deben aprender, ellos mismos, nuevos modos de afrontamiento y también estar atentos a la aparición de mejores modos de afrontamiento por parte de su ser querido con desregulación emocional para poder reforzarlos.

¿Qué necesitan los familiares y allegados de personas que padecen TLP?

La experiencia de trabajo con familias que tienen un miembro que padece de desregulación emocional sugiere que los familiares tienen una necesidad doble: a) experimentan una intensa necesidad de ayudar a su ser querido con desregulación emocional y b) experimentan una intensa necesidad de recibir ayuda frente a sus propias experiencias dolorosas. Su dolor es doble. Les resulta difícil lidiar con el dolor emocional de su ser querido del que son testigos casi diariamente y también con su propio dolor emocional, que surge de experiencias casi cotidianas de conflicto y crisis.

Necesitan, de esta forma, apoyo y comprensión para sí mismos y a la vez nuevas habilidades para lidiar mejor con los desafíos interpersonales a los que se enfrentan. Por un lado aumentar formas efectivas de ayudar a su ser querido, por otro, encontrar formas saludables de lidiar con el propio sufrimiento y aliviarlo. Ambas en combinación dan respuesta también a la necesidad de reparar y mejorar las relaciones dentro de la familia, las cuales en la mayoría de los casos se han visto resentidas.

Los familiares son la fuente principal de recursos de la persona con desregulación emocional y las intervenciones destinadas a darles apoyo y a mejorar su bienestar aumentará su capacidad de dar apoyo efectivo a su ser querido con TLP.

En suma, esta doble necesidad de ayuda puede traducirse en dos objetivos de intervención que



esta población demanda: intervenciones destinadas a reducir el estrés y la sobrecarga e intervenciones destinadas a aumentar la comprensión y la efectividad.

¿Qué intervenciones están disponibles para ayudarlos?

Una de las principales intervenciones que han demostrado disminuir la sobrecarga y el estrés familiar es la psicoeducación para familiares de personas que padecen trastornos mentales severos (Cohen et al., 2008) y muchos programas especialmente orientados a familiares de personas con TLP la incluyen como un componente central (por ejemplo: Gunderson, Berkowitz & Ruiz-Sancho, 1997).

Muchos programas psicoeducativos para familiares de personas con diversos trastornos mentales han sido estudiados en su efectividad y han demostrado ser útiles para reducir la tasa de recaídas del paciente identificado (Hoffman & Fruzzetti, 2007; McFarlane, Dixon, Lukens & Lucksted, 2003); en su mayoría han estado orientados a mejorar el funcionamiento familiar para así lograr mejorar las condiciones del paciente. Sin embargo, los nuevos desarrollos comenzaron a incluir el bienestar de los familiares también como un objetivo importante y las investigaciones demostraron que la psicoeducación como intervención para familias lograba reducir su nivel de sobrecarga y mejorar sus estrategias de afrontamiento así como su salud mental general (Song, Biegel & Milligan, 1997).

Si bien la psicoeducación constituye un componente importante, el conocimiento sobre la naturaleza y evolución del trastorno no siempre es suficiente (Hoffman, Buteau, Hooley, Fruzzetti, & Bruce, 2003), de modo que muchas intervenciones para familiares suman al componente psicoeducativo, el entrenamiento en habilidades particulares; son los llamados “programas de educación familiar” (FE: family education; Hoffman & Fruzzetti, 2007).

Particularmente en el ámbito del tratamiento del TLP, se han desarrollado diversos programas específicos para familiares y allegados. Algunos de ellos están basados en Terapia Dialéctico-Conductual (DBT, Linehan, 1993). El modelo estándar de DBT no contiene intervenciones diseñadas para abordar de manera directa el segundo componente del modelo etiológico de la desregulación emocional, es decir, el ambiente invalidante (Hoffman, Fruzzetti & Swenson, 1999). Sin embargo, si se considera el planteamiento general del modelo etiológico y los objetivos del tratamiento DBT, encontramos que tiene mucho sentido incluir intervenciones en esta dirección. Uno de los objetivos de DBT consiste en estructurar el ambiente, función que puede ser fortalecida a través de la intervención con las familias.

Reseñaremos, entonces, a continuación estas intervenciones, para luego describir en detalle un programa que fue diseñado e implementado en Argentina y que es actualmente también utilizado en otros países de Latinoamérica.

Programa Psicoeducativo Multifamiliar. Este programa fue diseñado por Gunderson y colaboradores (1997) en el Hospital McLean en Belmont, Massachusetts. El programa está basado en el trabajo de McFarnale (1995) y está orientado especialmente a padres de personas diagnosticadas con TLP. El principal objetivo de este programa es disminuir el estrés en la familia. Consta de una primera etapa de una o dos sesiones en donde el encuentro se realiza con cada familia por separado y en las cuales se comparte información sobre el diagnóstico, se proveen materiales de lectura, se construye una alianza terapéutica y se los invita a participar de las siguientes etapas. Luego continúa la etapa 2 en la cual participan de 5 a 7 familias y los encuentros se focalizan en desarrollar formas efectivas de resolución de problemas, de manejo de crisis y de desarrollo de estabilidad. A estas actividades de la etapa 2 el paciente identificado es invitado si desea



participar, si bien los autores refieren que no suele concurrir. Como una actividad opcional, el programa ofrece un taller entre la etapa 1 y la 2 focalizado en psicoeducación sobre el TLP.

Un estudio piloto sobre este programa (N = 8) arrojó como resultado un reporte de los familiares de reducción de la sensación de sobrecarga y un aumento de la habilidad para modular las emociones (Berkowitz & Gunderson, 2002).

Entrenamiento de Sistemas para la *Predictibilidad Emocional y Resolución de Problemas- STEPPS* (por sus siglas en inglés). Este programa de entrenamiento (Black, Blum, Pfohl & St. John, 2004) basado en intervenciones cognitivo-conductuales es propuesto como complementario al tratamiento individual del paciente con TLP —el cual es renombrado por los autores como “desorden de intensidad emocional”— y está basado en el programa de Bartels & Crotty (1998). STEPPS no es un programa específico para familias, sino un grupo de entrenamiento en habilidades para personas con TLP, de 20 semanas de duración con sesiones semanales de dos horas en donde hay dos coordinadores que son los encargados de impartir las habilidades. El programa total tiene tres componentes: a) Conciencia de enfermedad, b) habilidades de manejo de emociones y c) habilidades de cambio conductual. A pesar de no ser un programa específico para familias, está incluido aquí ya que tiene un componente con participación de familiares y allegados digno de mencionar. El programa sugiere que los pacientes pueden aprender modos de influenciar a su ambiente familiar y de amistades para obtener refuerzos positivos frente a conductas deseadas. Como parte de este objetivo, el programa ofrece un encuentro especial en el que participan los familiares y amigos en donde reciben psicoeducación sobre el TLP, información sobre el programa y una guía de lo que pueden hacer para ayudar. A continuación de esa sesión de educación, el paciente puede invitar a algún miembro de su familia o grupo cercano que

él elija a participar de dos encuentros más.

Este programa fue testeado y ha demostrado constituir un complemento efectivo para el tratamiento del TLP (Black, Blum, McCormick & Allen, 2013; Blum, Pfohl, St John, Monahan & Black, 2002).

Método TARA. Se trata de un programa psicoeducativo para familiares de personas con TLP diseñado por Valerie Porr (2010) cuya meta principal es lograr que la persona con TLP comience un tratamiento efectivo. El programa sostiene que al cambiar el comportamiento de los familiares, disminuirán las crisis y aumentará la confianza lo cual podría tener como efecto lograr que la persona con desregulación acceda a un buen tratamiento. El programa se propone disminuir el estrés familiar y los disparadores de las conductas problemáticas del TLP y mejorar la comunicación. Apunta al doble objetivo de modificar el ambiente familiar para a) hacerlo menos estresante para persona con TLP a la vez que b) aumenta el bienestar de la familia. Incluye psicoeducación sobre bases neurobiológicas del TLP, así como también herramientas cognitivo-conductuales de cambio conductual, entrenamiento en reconocimiento de emociones, habilidades de DBT- entre ellas: mindfulness, validación, tolerancia al malestar y habilidades de efectividad interpersonal- y herramientas de la Terapia de Mentalización (MBT, Bateman & Fonagy, 2006).

Entrenamiento en Habilidades para Familias-DBT (Programa DBT-FST). Se trata de un programa para familiares de personas con TLP basado en DBT cuyos desarrolladores son Hoffman y Fruzzetti (1999). Resalta la importancia de la psicoeducación, el entrenamiento de habilidades y el cambio ambiental y se propone interrumpir el ciclo de invalidación que se observa en las interacciones familiares. El programa tiene cuatro objetivos: a) que la familia se familiarice con los diferentes aspectos del TLP, b) que la familia aprenda estilos de comunicación basados en



la validación, c) que los familiares se tornen menos juiciosos entre sí y muestren más aceptación, d) proveer un espacio cuidado en donde los familiares puedan tratar temas difíciles relacionados con el TLP que afectan sus vidas. Para alcanzar estos objetivos, el programa imparte entrenamiento en 5 grupos de habilidades DBT: habilidades de conciencia plena, de efectividad interpersonal, de tolerancia al malestar, de regulación emocional y de validación (Hoffman, Fruzzetti & Swenson, 1999). El programa tiene 6 meses de duración, con un encuentro semanal al que concurre el paciente con su familia.

Estudios empíricos mostraron que el programa DBT-FST generó una disminución significativa del malestar y la sensación de sobrecarga en familiares, mayor bienestar y más experiencias de dominio y competencia (Ekdahl et al., 2014; Hoffman et al., 2003). Fruzzetti (2006) desarrolló también un programa interesante de DBT para parejas, en el que sumó habilidades específicas tales como habilidades de cercanía e intimidad.

Programa Conexiones Familiares (Family Connections, FC). Se trata también de un programa para familiares de personas con TLP, desarrollado por Hoffman y Fruzzetti, basado en DBT, de 12 semanas de duración, cuyos coordinadores son familiares entrenados en el programa (Hoffman et al., 2005) y del que sólo participan los familiares. El programa está diseñado para aportar: a) psicoeducación, b) habilidades para el manejo de emociones propias y de otros miembros de la familia y c) apoyo social, al tener un formato grupal permite entrar en contacto con otros que han pasado por la misma situación problemática. Para cubrir estos objetivos, el programa imparte diferentes contenidos, entre ellos, psicoeducación sobre el TLP, habilidades de mindfulness interpersonal, habilidades de validación y habilidades de resolución de problemas y de cambio conductual.

Se han realizado varios estudios que evaluaron

la efectividad de este programa (Hoffman et al., 2005; Hoffman, Fruzzetti, & Buteau, 2007; Rajalin, Wickholm-Pethrus, Hursti & Jokinen, 2009) y han mostrado que el programa redujo los niveles de sobrecarga, de malestar emocional y los síntomas de depresión e incrementó la experiencia de dominio y capacidad, la salud mental y el bienestar en la relación con el paciente.

Entrenamiento en Habilidades Multifamiliar para Adolescentes y sus familias. Este entrenamiento es un componente del tratamiento DBT para adolescentes suicidas (Miller, Rathus & Linehan, 2006). El entrenamiento en habilidades sucede con los pacientes y sus familias en un grupo multifamiliar. Los familiares aprenden el mismo contenido que los adolescentes. El formato grupal permite expandir la red de apoyo y obtener modelado en el uso de habilidades. Además las prácticas pueden suceder entre familias, por ejemplo un adolescente interactuando con una madre de otra familia. Esto enriquece el feedback y posibilita que las emociones se mantengan dentro de un límite que permita la adquisición de habilidades (Rathus & Miller, 2014). Muchos de los participantes graduados reportaron mejoras en la relación con sus familiares participantes del taller. En este grupo multifamiliar se entrenan 5 grupos de habilidades: habilidades de mindfulness, de regulación emocional, de efectividad interpersonales, de tolerancia al malestar y habilidades de sendero del medio, siendo estas últimas un aporte original de los autores. El curso completo dura aproximadamente 6 meses con encuentros semanales.

Además de este componente, el tratamiento incluye algunas sesiones con los familiares en la etapa de pre-tratamiento para orientarlos sobre DBT y también sesiones sobre crianza con los padres o cuidadores en caso de ser necesario. También se ofrece asistencia telefónica para los familiares con el objetivo de generalizar las habilidades aprendidas en el entrenamiento.



El tratamiento de DBT para adolescentes ha sido ampliamente investigado (para una revisión ver: Groves, Backer, van den Bosch & Miller, 2012), con varios estudios que sugieren que es un tratamiento bien recibido por la población adolescente y que logra reducir el uso de servicios psiquiátricos al disminuir el número de internaciones requeridas, así como reducir las conductas auto-lesivas, la ideación suicida y la depresión (Fleischhaker et al., 2011; Katz, Cox, Gunasekara, & Miller, 2004; Mehlum et al., 2014; Rathus & Miller, 2002).

La experiencia de Buenos Aires

El equipo de DBT de Fundación Foro se propuso diseñar una intervención para familiares y allegados (*Temas básicos de psicología y Entrenamiento en Habilidades para familiares y allegados*, 2008) basada en habilidades DBT con un formato especialmente diseñado para esta población.

El formato del taller para familiares y allegados es similar al formato de un entrenamiento en habilidades, es decir, tiene determinadas actividades y formas de transmisión de las habilidades que difieren de las de un grupo de apoyo o de las de un grupo terapéutico.

Básicamente el taller cumple dos funciones generales: 1) adquisición de las habilidades, a través de la instrucción y del modelado en los encuentros y 2) fortalecimiento de las habilidades, a través de los ensayos conductuales (tareas y actividades de práctica para el hogar), refuerzo de las mejoras y feedback sobre la performance en el momento de revisión de las tareas para la semana.

El formato del entrenamiento es grupal y a él asisten solamente los familiares. El entrenamiento en grupo permite que la intervención sea menos costosa y más personas se vean beneficiadas que si fuera impartido de modo individual. Además de esta ventaja el formato grupal presenta otras: a) ofrece oportunidad para obtener *apoyo social*, algo que estas familias realmente necesitan debido al aislamiento muchas

veces experimentado por la incompreensión de parte la comunidad respecto a las características del problema que enfrentan las familias, b) por esto mismo, ayuda a reducir el estigma, al conocer a otras familias que pasan por lo mismo en un contexto no juicioso y de aceptación, un lugar seguro en donde poder compartir experiencias e inquietudes con personas que pasan por situaciones similares, c) permite *ensayar* y obtener feedback, modelar, moldear, identificar obstáculos al uso de habilidades, estar expuesto a *múltiples ejemplos* para ampliar el repertorio conductual e invita a la toma de perspectiva a partir de compartir experiencias con otros que están en un momento diferente en relación a la problemática.

Está coordinado por dos profesionales de salud mental del equipo DBT, que trabajan especialmente con familiares y allegados. Por cada encuentro uno de los coordinadores asume el rol de coordinador principal y el otro el de co-coordinador. Estos roles se intercambian en cada encuentro entre los dos coordinadores. El coordinador principal es el responsable del proceso de transmisión y adquisición de la habilidad y quién está a cargo del encuentro respecto de las actividades y del manejo del tiempo. El co-coordinador está atento a la dinámica grupal y a necesidades que puedan surgir en algún participante en particular. Puede asistir al coordinador con ejemplos o marcando algunas cosas que el coordinador no está notando. También el co-coordinador cuida que el ambiente del entrenamiento se mantenga siendo validante y no juicioso marcando cuando algo disruptivo en este sentido aparece.

El entrenamiento tiene una duración de 12 semanas, con un encuentro semanal de dos horas. Participan entre 6 a 10 familias guiadas por los dos coordinadores. Al comenzar se provee a cada participante con un manual impreso que incluye los contenidos básicos para cada encuentro y hojas de tarea que deben completar durante la semana. Cada participante debe tener su propio manual ya que se respeta y enfatiza el recorrido individual por el entrenamiento a pesar de que en muchos casos concurra la pareja parental.



Se les solicita que traigan su manual cada semana y sobre él se basa la instrucción de cada habilidad.

Los *criterios de inclusión* al grupo no son estrictos pero en principio está diseñado para familiares y allegados de personas con desregulación emocional. No es requisito que el ser querido con desregulación emocional se encuentre en tratamiento para realizar el taller. Muchas veces el primer paso para lograr que la persona diagnosticada con TLP encuentre un tratamiento adecuado es que sus familiares inicien el camino a través del entrenamiento en habilidades. El taller está abierto, de esta forma, a familiares de personas que ya están realizando tratamiento DBT así como a familiares en general que quieran obtener mejores formas de lidiar con las dificultades que enfrentan, estén sus seres queridos recibiendo otro tipo de tratamiento no DBT o ningún tratamiento.

La estructura de los encuentros se mantiene estable cada semana: se comienza con un práctica de conciencia plena con el objetivo de lograr aumentar la capacidad de estar presentes y atentos durante el encuentro y de aumentar las chances de práctica para la vida cotidiana, luego se revisa la tarea que realizaron durante la semana en donde el feedback tiene lugar, a continuación se imparte la nueva habilidad finalizando con la descripción de la tarea o actividad a realizar en casa durante la siguiente semana.

Los contenidos del entrenamiento

El foco está puesto en lograr aumentar las capacidades de las familias para afrontar de forma más efectiva los desafíos que enfrentan, mejorar su bienestar, reducir su sensación de sobrecarga y construir un ambiente mejor estructurado (más validante y efectivo) que ayude a la persona con desregulación emocional a lidiar con las dificultades de modo más saludable.

En la tabla 1 se presentan los temas y contenidos básicos de cada encuentro. Respondiendo a las

necesidades de las familias y de su ser querido con desregulación emocional, fueron seleccionadas algunas habilidades de DBT que pudieran dar buena respuesta y herramientas para satisfacerlas.

Para aumentar la comprensión sobre el trastorno, sus manifestaciones típicas, su etiología y los datos que la investigación puede aportar, el entrenamiento incluye un componente de *psicoeducación*.

Para aumentar la capacidad de estar presente en el aquí y ahora con una postura de aceptación y no de rechazo, y ampliar el espacio para elegir comportamientos efectivos, el entrenamiento incluye habilidades de conciencia plena o *mindfulness* y habilidades de *aceptación radical*.

Para aumentar la capacidad de identificación, descripción y etiquetado de emociones, de modo de aumentar la comprensión y regulación de la propia experiencia emocional así como de la de los demás, el entrenamiento incluye habilidades de *educación en emociones*.

Para aumentar la capacidad de aceptación, de validación y de auto-validación emocional, el entrenamiento incluye habilidades de *validación*.

Para aumentar la comprensión de las conductas, sus disparadores y sus consecuencias e identificar potenciales formas de afectar el comportamiento propio y el de los demás, el entrenamiento incluye habilidades de *análisis y cambio conductual*.

Para aumentar la efectividad interpersonal y mejorar así la comunicación, el entrenamiento incluye habilidades de *comunicación efectiva*.

Para aumentar la efectividad de las respuestas de los familiares frente a situaciones de crisis y de riesgo, el entrenamiento incluye habilidades para *afrontar conductas de riesgo*

Para reducir la sensación de sobrecarga y el burnout del cuidador, el entrenamiento incluye habilidades de identificación y cuidado de *límites personales*.



Contenidos básicos del Taller de Entrenamiento en Habilidades para Familiares y Allegados

TEMA	CONTENIDOS BÁSICOS
Encuentro 1 Psicoeducación sobre el TLP y la desregulación emocional	- Introducción al entrenamiento y presentación de cada participante. - Criterios del TLP - Reformulación de DBT: desregulación emocional. - Características de la vulnerabilidad emocional y el ambiente invalidante. - Descripción de experiencias internas de las personas con desregulación emocional y de los familiares.
Encuentro 2 Conciencia Plena	- Dialéctica entre aceptación y cambio - Habilidades qué y cómo de conciencia plena - Mente sabia - Prácticas de conciencia plena
Encuentro 3 Las respuestas emocionales	- Función evolutiva de las emociones - Modelo para describir respuestas emocionales
Encuentro 4 Validación I	- Porqué la validación es importante - Qué es la validación y que no es - Estrategias para validar
Encuentro 5 Validación II	- Los niveles de validación - Prácticas con role playing
Encuentro 6 Entender las conductas I	- Habilidades básicas de análisis conductual (análisis en cadena)
Encuentro 7 Entender las conductas II	- Habilidades básicas de modificación de conductas (métodos para aumentar y para disminuir conductas)
Encuentro 8 Efectividad Interpersonal	- Observar y describir sin juicios ni evaluaciones - Factores que reducen la efectividad interpersonal - Habilidades para pedir y decir no (DEAR MAN)
Encuentro 9 Cómo afrontar conductas de riesgo	- Definición de conductas de riesgo - Pasos a seguir frente a conducta o amenaza suicida - Plan de acción para las crisis - Habilidades de Tolerancia al Malestar.
Encuentro 10 Límites Personales	- Qué son los límites personales - Identificación de los límites de cada miembro de la familia - Guía para el cuidado efectivo de límites personales
Encuentro 11 Aceptación Radical	- Buena disposición vs terquedad - Prácticas de aceptación de la realidad
Encuentro 12 Integración y Cierre	- Dialéctica entre cambio y aceptación - Práctica de respuestas validante y dialécticas - Votos de los familiares.



Se ha llevado a cabo un estudio pre-experimental (Regalado, Pechon, Stoewsand & Gagliesi, 2011) para evaluar los efectos de este entrenamiento sobre los niveles de sobrecarga de los familiares, su calidad de vida, su nivel de malestar y el nivel de psicopatología. Los resultados arrojaron que tras la participación en el grupo hubo una reducción estadísticamente significativa en el nivel de sobrecarga y la gravedad de los síntomas de somatización y el índice global de malestar psicológico decrecieron significativamente. En la actualidad se están llevando a cabo nuevas investigaciones que permitirán continuar evaluando y mejorando este entrenamiento.

Cierre

En la actualidad este entrenamiento está siendo ofrecido en distintos países de Latinoamérica, dentro de los programas DBT que están en constante crecimiento y expansión.

Este entrenamiento, así como otros que hemos mencionado, intenta reflejar un enfoque integrativo en donde no sólo se presta atención a un desorden psiquiátrico como relevante sino que también se considera el contexto más amplio en el cual tiene lugar. Las intervenciones destinadas a influir sobre estos contextos han demostrado beneficios para todos los involucrados, familiares y consultantes y constituyen muchas veces la única intervención posible cuando la persona que padece se niega a realizar a un tratamiento. Es por esta razón que es importante y sumamente necesario diseñar, testear, ampliar y mejorar estas intervenciones para que cada vez sean más efectivas y accesibles.

Referencias

Bailey, R. C., & Grenyer, B. F. S. (2015). The relationship between expressed emotion and wellbeing for families and carers of a relative with Borderline Personality Disorder. *Personality and Mental Health*, 9(1), 21–32. <http://doi.org/10.1002/pmh.1273>

Bartels, N., Crotty, T. (1998). A systems approach to treatment: The borderline personality disorder skill training manual. Winfield: EID Treatment Systems.

Bateman, A., Fonagy, P. (2006). Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: A practical guide. Oxford.: OUP.

Berkowitz, C. B., Gunderson, J. G. (2002). Multifamily psychoeducational treatment of borderline personality disorder. In W. R. McFarlane (Ed.), *Multifamily group treatment for severe psychiatric disorders* (pp. 268–290). New York: Guilford.

Black, D. W., Blum, N., McCormick, B., Allen, J. (2013). Systems training for emotional predictability and problem solving (STEPPS) group treatment for offenders with borderline personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201, 124–129.

Black, D. W., Blum, N., Pfohl, B., & St. John, D. (2004). The STEPPS group treatment program for outpatients with borderline personality disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34(3), 193–210. <http://doi.org/10.1023/B:JOCP.0000036630.25741.83>

Blum, N., Pfohl, B., St John, D., Monahan, P., Black, D. W. (2002). STEPPS: A cognitive-behavioral systems-based group treatment for outpatients with borderline personality disorder - a preliminary report. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 301–310.

Cohen, A. N., Glynn, S. M., Murray-Swank, A. B., Barrio, C., Fischer, E. P., McCutcheon, S. J., ... Dixon, L. B. (2008). The Family Forum: Directions for the Implementation of Family Psychoeducation for Severe Mental Illness. *Psychiatric Services*, 59(1), 40–48. <http://doi.org/10.1176/ps.2008.59.1.40>

Ekdahl, S., Idvall, E., & Perseus, K. I. (2014). Family skills training in dialectical behaviour therapy: The experience of the significant others. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(4), 235–241. <http://doi.org/10.1016/j.apnu.2014.03.002>



Fleischhaker, C., Böhme, R., Sixt, B., Brück, C., Schneider, C., & Schulz, E. (2011). Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A): a clinical Trial for Patients with suicidal and self-injurious Behavior and Borderline Symptoms with a one-year Follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5(1), 3. <http://doi.org/10.1186/1753-2000-5-3>

Fruzzetti, A. (2006). *The high-conflict couple: A dialectical behavior therapy guide to finding peace, intimacy, and validation*. New Harbinger Publications.

Groves, S., Backer, H. S., van den Bosch, W., & Miller, A. (2012). Dialectical behaviour therapy with adolescents. *Child and Adolescent Mental Health*, 17(2), 65–75. <http://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2011.00611.x>

Gunderson, J. G., Berkowitz, C., Ruiz-Sancho, A. (1997). Families of borderline patients: a psychoeducational approach. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61(4), 446.

Gunderson, J. (2008). *Family interventions and therapies Borderline personality disorder: A clinical guide*. Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.

Hoffman, P. D., Fruzzetti, A., Swenson, C. (1999). Dialectical Behavior Therapy - Family Skills Training. *Family Process*, 38, 399–414. <http://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1999.00399.x>

Hoffman, P. D., Buteau, E., Hooley, J. M., Fruzzetti, A. E., & Bruce, M. L. (2003). Family members' knowledge about borderline personality disorder: correspondence with their levels of depression, burden, distress, and expressed emotion. *Family Process*, 42(4), 469–78. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14979218>

Hoffman, P. D., & Fruzzetti, A. E. (2007). Advances in interventions for families with a relative with a personality disorder diagnosis. *Current Psychiatry Reports*, 9(1), 68–73. <http://doi.org/10.1007/s11920-007-0012-z>

Hoffman, P. D., Fruzzetti, A. E., & Buteau, E. (2007). Understanding and engaging families: An education, skills and support program for relatives impacted by borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16(February), 69–82. <http://doi.org/10.1080/09638230601182052>

Hoffman, P. D., Fruzzetti, A. E., Buteau, E., Neiditch, E. R., Penney, D., Bruce, M. L., ... Struening, E. (2005). Family connections: a program for relatives of persons with borderline personality disorder. *Family Process*, 44(2), 217–25. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16013747>

Hooley, J. M., Gruber, S. A., Parker, H. A., Guillaumot, C., Rogowska, J., Yurgelun-Todd, D. A. (2010). Neural processing of emotional overinvolvement in borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(8), 1017–1024.

Katz, L. Y., Cox, B. J., Gunasekara, S., & Miller, A. L. (2004). Feasibility of Dialectical Behavior Therapy for Suicidal Adolescent Inpatients. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(3), 276–282. <http://doi.org/10.1097/00004583-200403000-00008>

Lefley, H. P. (1987). The family's response to mental illness in a relative. *New Directions for Mental Health Services*, (34), 3–21. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3614184>

Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: NY: Guilford Press.

McFarlane, W., Link, B., Dushay, R., Marchal, J., Crilly, J. (1995). Psychoeducational multiple family groups: Four-year relapse outcome in schizophrenia. *Family Process*, 34, 127–144.

McFarlane, W. R., Dixon, L., Lukens, E., & Lucksted, A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *Journal of Marital and Family*



Therapy, 29(2), 223–45. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12728780>

Mehlum, L., Tørmoen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L. M., Laberg, S., ... Grøholt, B. (2014). Dialectical Behavior Therapy for Adolescents With Repeated Suicidal and Self-harming Behavior: A Randomized Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(10), 1082–1091. <http://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.07.003>

Miller, A. L., Rathus, J. H., Linehan, M. M. (2006). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. Guilford Press.

Nakao, K., Gunderson, J. G., Phillips, K. A., Tanaka, N., Yorifugi, K., Takaishi, J. (1992). Functional impairment in personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 6, 24–31.

Porr, V. (2010). *Overcoming Borderline Personality Disorder: A family guide for healing and change*. Oxford University Press.

Porr, V. (2015). *Overcoming Borderline Personality Disorder: A Family Guide for Healing and Change*. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(9), 752–752. <http://doi.org/10.3109/01612840.2015.1047074>

Rajalin, M., Wickholm-Pethrus, L., Hursti, T., & Jokinen, J. (2009). Dialectical Behavior Therapy-Based Skills Training for Family Members of Suicide Attempters. *Archives of Suicide Research*, 13(3), 257–263. <http://doi.org/10.1080/13811110903044401>

Rathus, J. H., Miller, A. L. (2014). *DBT Skills Manual for Adolescents*. Guilford Publications.

Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2002). Dialectical Behavior Therapy Adapted for Suicidal Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(2), 146–157. <http://doi.org/10.1521/suli.32.2.146.24399>

Regalado, P., Pechon, C., Stoewsand, C., Gagliesi, P. (2011). *Familiares de personas con Trastorno Límite*

de la personalidad: estudio pre-experimental de una intervención grupal. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 22, 245–252.

Riso, L.P., Klein, D.N., Anderson, R.L., Ouimette, P. C. (2000). A family study of outpatients with borderline personality disorder and no history of mood disorder. *Journal of Personality Disorders*, 14(3), 208–17.

Shenk, C. E., & Fruzzetti, A. E. (2014). Parental Validating and Invalidating Responses and Adolescent Psychological Functioning: An Observational Study. *The Family Journal*, 22(1), 43–48. <http://doi.org/10.1177/1066480713490900>

Song, L.-Y., Biegel, D. E., & Milligan, S. E. (1997). Predictors of Depressive Symptomatology Among Lower Social Class Caregivers of Persons with Chronic Mental Illness. *Community Mental Health Journal*, 33(4), 269–286. <http://doi.org/10.1023/A:1025090906696>

Stepp, S. D., Whalen, D. J., Pilkonis, P. A., Hipwell, A. E., & Levine, M. D. (2012). Children of mothers with borderline personality disorder: Identifying parenting behaviors as potential targets for intervention. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3(1), 76–91. <http://doi.org/10.1037/a0023081>

Temas Básicos de Psicología y Entrenamiento en Habilidades para Familiares y Allegados de personas con desorden de la regulación de las emociones (2008), Stoewsand, C., Pechon, C., y cols. (Fundación Foro). Buenos Aires: unpublished work.

Winefield, H.R., & Harvey, E.J. (1993). Determinants of psychological distress in relatives of people with chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19(3), 619–25. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8235462>



Artículo de opinión

Consideraciones respecto a la huida/evitación como factor de mantenimiento de la ansiedad patológica Considerations regarding escape/avoidance as a maintenance factor of pathological anxiety

Lic. Néstor Granda
Universidad de Buenos Aires
Contacto: nestorgranda@live.com

Resumen:

La evitación se encuentra asociada al mantenimiento de la ansiedad patológica, especialmente en los modelos cognitivos y conductuales de psicoterapia. En el presente artículo, se describe el mecanismo por el cual la evitación se constituye en la principal estrategia que las personas que padecen ansiedad patológica utilizan para lidiar con el malestar, el papel de su intolerancia y la manera en que esta práctica contribuye al mantenimiento de los cuadros ansiosos.

Palabras clave: Ansiedad, evitación, reforzamiento, malestar, tratamiento.

Introducción:

Existe consenso en considerar la evitación (definida como toda respuesta que previene o demora un estímulo aversivo; Tobeña, 1977) como uno de los componentes centrales en lo que respecta al mantenimiento de los trastornos psicopatológicos en general y de los asociados a la ansiedad en particular. En efecto, es posible hallar, en prácticamente todos los cuadros psicopatológicos, algún grado relevante de evitación en sus diversas modalidades: cognitiva, conductual, experiencial (Barajas, 2015).

Por ejemplo, en el trastorno depresivo mayor, podríamos encontrar evitación del contacto social

Abstract:

Avoidance is associated with the maintenance of pathological anxiety, especially in cognitive and behavioral models of psychotherapy. In this article, we describe the mechanism by which avoidance is the main strategy of people suffering from pathological anxiety to deal with the malaise, the role of their intolerance and the way in which this practice contributes to the maintenance of the anxious states.

Keywords: Anxiety, avoidance, reinforcement, malaise, treatment.

(para rehuir a eventuales comentarios negativos); en una fobia específica, evitación del objeto fóbico (animal, situación, ambiente, etc.); en el trastorno obsesivo compulsivo, la evitación de las ideas intrusivas a través de las conductas de compulsión (rituales motores, mentales, etc.); en el trastorno de angustia, la evitación experiencial de las respuestas fisiológicas propias de la activación del sistema nervioso autónomo (por ejemplo, con el uso de ansiolíticos); en el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), la preocupación como forma de prevenir la activación emocional negativa; en el alcoholismo o el consumo de otras sustancias adictivas, el hecho



de eludir problemas o no enfrentar abiertamente ciertas situaciones o malestares (por caso, la pena de un desengaño amoroso); en el trastorno límite de la personalidad, las autoagresiones o la disociación como modos de paliar el dolor emocional. Estas estrategias evitativas, no obstante, suelen ser altamente disfuncionales, puesto que si bien disminuyen el malestar al corto plazo, al mediano y al largo plazo contribuyen significativamente al mantenimiento del cuadro psicopatológico (en la depresión, por ejemplo, la evitación del contacto social incrementa la disforia, ya que el papel del acompañamiento del entorno familiar y social es clave en la recuperación; en la fobia específica y en el trastorno de angustia, la evitación, entre otras consecuencias, no permite la desconfirmación de los temores desproporcionados del paciente respecto al objeto de su miedo; en el TAG, la preocupación interfiere en la habilidad de resolución de problemas; en el trastorno obsesivo compulsivo, contribuye al paradójico incremento de las ideas intrusivas; en las adicciones, a la persistencia y/o agravamiento de los problemas que se buscan soslayar y al aumento de la dependencia a la sustancia; en el trastorno límite de la personalidad, a la acentuación de las dificultades interpersonales típicas del cuadro y al no aprendizaje de estrategias más eficaces de regulación emocional).

El concepto de ansiedad

La ansiedad es una emoción eminentemente adaptativa, caracterizada por una activación fisiológica del sistema nervioso autónomo, tendiente a motivar conductas apropiadas para enfrentar o huir de una situación valorada como potencialmente peligrosa o amenazante. La diferencia entre la ansiedad normal y la patológica estaría dada por una evaluación irreal de la amenaza, en el caso de la ansiedad morbososa (Cía, 2007), así como también en su persistencia y desproporcionalidad (APA, 2013); asimismo, en el grado de incapacidad o malestar que pueda generar (por lo regular, se presenta con alteraciones conductuales asociadas). La emoción

básica de la que deriva la ansiedad es el miedo, conceptualizado como una respuesta más automática y rápida ante un peligro, de la que no participaría ningún tipo de elaboración consciente (Rodríguez Biglieri, R. & Vetere, G., 2011). De Ansorena Cao y otros (de Ansorena Cao, Cobo Reinoso & Romero Cagigal, 1983) estiman que el concepto de miedo parece hacer hincapié en el aspecto motor y en las conductas de evitación y huida, mientras que el de ansiedad lo hace en el estado interno de los sujetos (malestar, inquietud, incomodidad, temor); el DSM 5 (APA, 2013), por su parte, asocia el miedo a un exceso de activación autonómica, pensamientos de peligro inminente y conductas de huida, y la ansiedad a tensión muscular, comportamientos evitativos y vigilancia en relación a un peligro futuro. Para Barlow (2002), la diferencia fundamental entre el miedo y la ansiedad estaría dada, justamente, por el factor temporal: en el miedo, el peligro o amenaza es inminente; la ansiedad, en cambio, es anticipatoria (APA, 2013): la amenaza está en el futuro (por ejemplo, si alguien supone que en una noche en un camino solitario puede ser asaltado, experimentará ansiedad; si efectivamente es asaltado, en ese momento experimentará miedo). Este componente temporal, considerado como crítico en la diferenciación entre miedo y ansiedad, hace que el miedo, relacionado con un peligro actual, se encuentre asociado a la huida, y la ansiedad, vinculada a un peligro futuro, a la evitación.

El papel del reforzamiento negativo

Reforzar una conducta es hacer que esa conducta tenga más probabilidades de repetirse; es decir: se aumenta la probabilidad de ocurrencia de una respuesta (la conducta reforzada). Consecuentemente, toda conducta que se repite, está siendo reforzada de algún modo.

En su tesis doctoral de 1898, Edward Thorndike propone una ley que, de acuerdo a su teoría, tiene carácter medular y rige el aprendizaje en un sentido genérico: la ley del efecto. Esta ley propone que

cuando se establece una conexión entre un estímulo y una respuesta, y dicha respuesta es acompañada o seguida de un estado de satisfacción del organismo, la fuerza de la conexión entre estímulo y respuesta aumenta (Töpfung, 2006); contrariamente, si la consecuencia es negativa, la conexión entre estímulo y respuesta tenderá a disminuir. Skinner utilizará la ley del efecto como sinónimo de condicionamiento operante (Arias Holgado, 2012).

Básicamente, existen dos tipos de reforzamiento de una conducta: los reforzamientos positivos y los negativos. Los positivos ocurren cuando a la conducta le sigue una consecuencia agradable: las probabilidades de ocurrencia de esa conducta, en ese caso, aumentan (por ejemplo, el individuo hace un buen trabajo y es recompensado o felicitado: las probabilidades de que vuelva a hacer un buen trabajo, se acrecientan). Los negativos, cuando a la conducta le sigue el retiro de un estímulo aversivo (por ejemplo, el individuo sufre un dolor, toma un analgésico y el dolor remite: la conducta de tomar el analgésico cada vez que sufra un dolor se refuerza, por lo que las probabilidades de volver a hacerlo se ven incrementadas). El reforzamiento negativo es esencial en la comprensión de las conductas de evitación que son características de los trastornos de ansiedad.

En efecto, las sensaciones corporales y cognitivas (activación simpática, pensamientos de peligro, inquietud), son vividas con displacer y malestar, y consideradas aversivas y desregulatorias por el sujeto, por lo que la evitación y la huida, al restituir la homeostasis del organismo (y disminuir consecuentemente el malestar), se transforman en estrategias negativamente reforzadas que tienden a perpetuarse (Young, Klosko & Weishaar, 2013).

Si bien hay reforzadores que (independientemente de contingencias individuales, como traumas) son más generalizados que otros, por razones evolutivas, sociales o culturales (por ejemplo el alimento, el estatus, el dinero), es necesario precisar que una característica importante de los reforzadores es que no son universales: lo que constituye un reforzador para un individuo puede no serlo para otro. Lo que puede motivar a un lama del Tíbet probablemente no sea lo mismo que motive a un ejecutivo de Wall

Street. El alimento será considerado aversivo para alguien que padece de anorexia y apetitivo para un "foodie", dependiendo de asociaciones previas. Asimismo, si bien hay estímulos más probablemente considerados aversivos que otros (y esto podría explicar por qué ciertas fobias son más comunes que otras; v.gr., las fobia a las arañas, aracnofobia, es más común que la fobia a los botones, kompounofobia; presumiblemente porque las arañas han constituido una amenaza concreta para la especie humana), que un determinado estímulo sea efectivamente aversivo puede resultar cierto para algunas personas, pero no para otras (de hecho, hay personas que padecen de kompounofobia y no de aracnofobia).

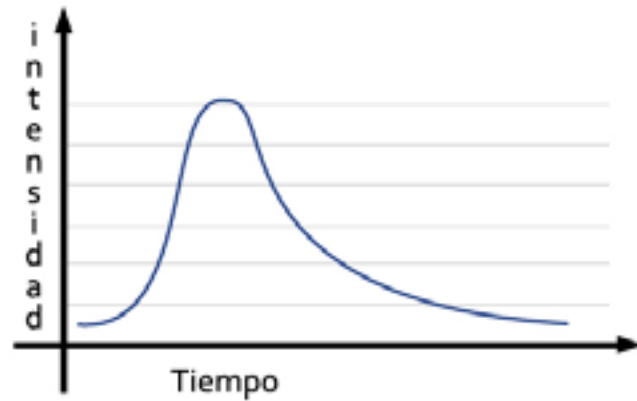
Las personas que padecen trastornos de ansiedad suelen compartir una significativa intolerancia al malestar (determinada por una predisposición biológica innata a responder con ansiedad elevada, más experiencias de vida que actuaron disminuyendo el umbral de tolerancia al mismo), por lo que las conductas evitativas y de huida suelen ser rápidamente puestas en práctica y reforzadas negativamente por la disminución momentánea del malestar.

La propia intolerancia al malestar hace que la percepción del malestar (con sus cogniciones asociadas) genere más ansiedad y más malestar, y que éste, por lo tanto, se prolongue en el tiempo.

La figura 1 muestra la mecánica típica de la ansiedad. Un estímulo considerado amenazante o peligroso dispara el sistema nervioso simpático, encargado de preparar al organismo para las conductas básicas de enfrentamiento o de huida, aumentando velozmente las sensaciones de malestar (las sensaciones provocadas por las emociones se constituyen en disposiciones para la acción [Scherer, 2005]; es decir: mueven al organismo a actuar para recuperar la homeostasis). El malestar llega a una cumbre, se ameseta y luego, cuando se dispara el sistema nervioso parasimpático, se recupera la homeostasis. Sin embargo, este patrón requiere un tiempo, por lo que será necesario tolerar durante ese lapso el malestar. Justamente lo que no hacen las personas con ansiedad patológica.

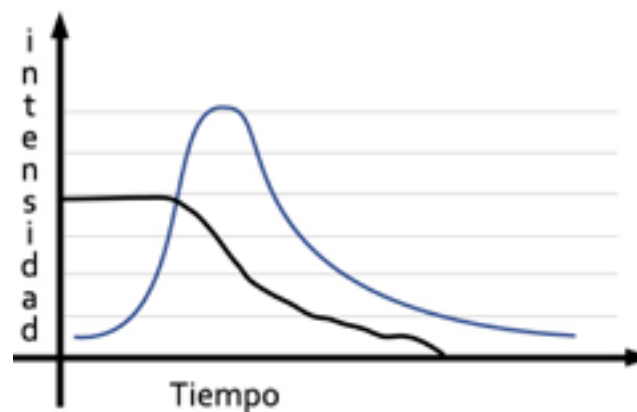


Figura 1: Curva de la ansiedad.



En la figura 2, se observa qué pasa cuando se utiliza la huida o la evitación: la línea negra grafica el momento en el que el sujeto pone en práctica alguna de esas estrategias. La ansiedad baja rápidamente antes de alcanzar la cumbre de intensidad observada en la figura 1, restituyendo en un tiempo considerablemente menor la homeostasis. No obstante, esta estrategia contribuye a que la intolerancia al malestar continúe (porque la persona nunca intenta tolerarlo y no comprueba que es capaz de hacerlo) y, consiguientemente, se perpetúe el cuadro ansioso.

Figura 2: Interrupción de la curva de ansiedad debido a la huida/evitación



Asimismo, disminuye el umbral de tolerancia; dicho de otro modo, la persona se vuelve aún más sensible a las señales de malestar.

¿Por qué, entonces, si la evitación o la huida son estrategias en última instancia disfuncionales, que contribuyen al mantenimiento del trastorno (que paradójicamente es causa del malestar), quienes padecen de ansiedad patológica no dejan de ponerlas en práctica? La intolerancia al malestar hace que, entre la cancelación inmediata del malestar por medio de la huida/evitación a costa de la perpetuación del cuadro patológico, y su extinción a través de dejar que la ansiedad siga su curso, quien padece de ansiedad patológica opte por lo que considera el mal menor: evitar o cancelar el malestar. (Conviene aclarar que las conductas de escape y evitación, no son en sí mismas, y en todos los casos, disfuncionales. Los peligros, efectivamente, pueden ser superiores a las capacidades de enfrentamiento de la persona, por lo que, en esos casos, es perfectamente funcional huir o evitarlos. Tampoco el nivel de ansiedad necesariamente debe afectar la calidad de vida de quien la experimenta, transformando el propio malestar en foco generador de más malestar. Si el nivel de ansiedad es coherente con el peligro real y el malestar no deteriora la calidad de vida del paciente ni se transforma en fuente de mayor malestar, estamos hablando de ansiedad normal, no patológica).

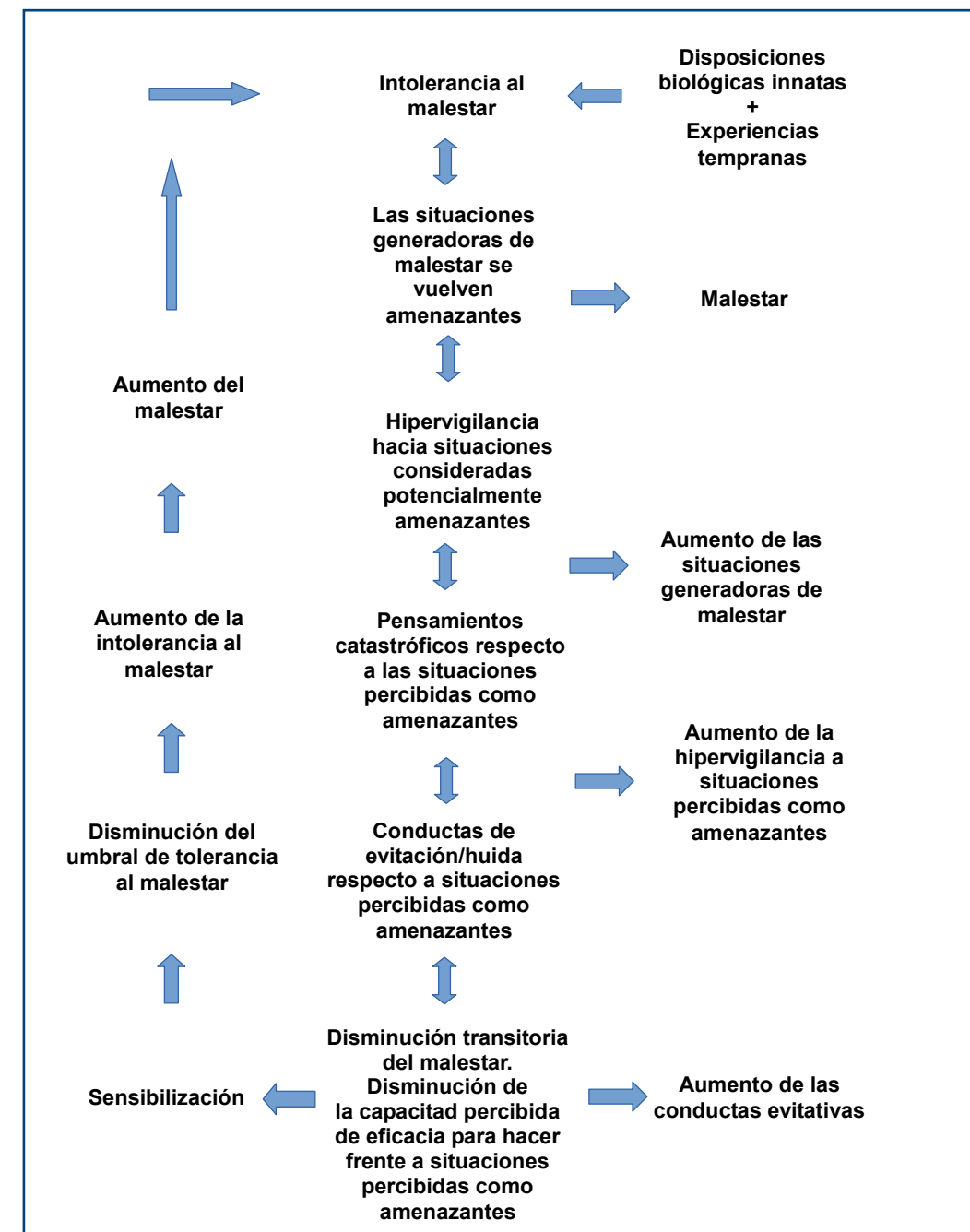
¿Qué se evita cuando se evita?

Es ésta una pregunta relevante. Para el DSM5 (APA, 2013), los trastornos de ansiedad se diferencian entre sí según el tipo de objetos o situaciones que inducen el miedo, la ansiedad o las conductas evitativas, así como también según qué tipo de cogniciones se encuentran asociadas. No obstante, lo que dichos trastornos tienen en común es que aquellos que los padecen presentan intolerancia al malestar y cogniciones asociadas relacionadas con la amenaza (porque quienes presentan vulnerabilidad excesiva a la ansiedad son sensibles al malestar y tienden a cortar lo antes posible el ciclo de la ansiedad, por lo que cada vez son más sensibles a ella, promoviendo la sensibilización en lugar de la habituación); de ordinario, suelen también estar muy atentos a anticiparse a todo aquello que

podría disparar el malestar, multiplicando de este modo los focos ansiógenos. Ehlers y Breuer (1992, 1996), por ejemplo, observan que las personas con pánico muestran mayor capacidad para detectar las sensaciones corporales de activación simpática, aun cuando no queda claro si esta capacidad aumentada es resultado del aprendizaje, de una predisposición o una combinación de ambas variables. Como las cogniciones son siempre congruentes con las

emociones, la sensibilidad al malestar hace que las cogniciones asociadas sean de amenaza, provocadoras de malestar, conformándose así un círculo vicioso; esto es coherente con un principio fundamental del modelo cognitivo: pensamiento, emoción y conducta se interrelacionan y son congruentes entre sí, influyéndose mutuamente (la figura 3 grafica este mecanismo derivado de la intolerancia al malestar).

Ciclo de la intolerancia al malestar y conductas evitativas





Las personas no huyen de las arañas o los botones, sino del malestar que les generan las arañas o los botones. Alguien que padece de ansiedad social puede evitar la interrelación con otras personas por el malestar que le genera el hecho de que puedan estar pensando negativamente sobre él: en rigor, no está evitando la interrelación, sino el malestar que le genera la posibilidad de que estén pensando negativamente sobre él. Asimismo, quien padece de ansiedad generalizada puede hacer un llamado telefónico, preocupado porque un familiar aún no lo ha llamado para avisar que llegó a su casa: esa conducta también es una evitación, puesto que está evitando el malestar que le genera la incertidumbre de no saber si el familiar ha llegado o no a su casa.

En este punto y desde esta perspectiva, toda evitación podría considerarse también un escape (y asimismo también las llamadas conductas de reaseguro, como salir acompañado o llevar el ansiolítico consigo): la persona con ansiedad patológica anticipa el suceso amenazante, por lo que dispara el mecanismo de la ansiedad “antes” de que el suceso amenazante se produzca y, al evitar, en realidad está escapando del malestar que ya se ha disparado. En el modelo de esquemas, Young (2013) identifica la fuga (respuesta básica ante el peligro) con la evitación, uno de los estilos de afrontamiento desadaptativos típicos. Desde este punto de vista, y volviendo a la definición de Tobeña respecto a la evitación, lo que en realidad se previene o demora con ella no es un estímulo aversivo, sino un estímulo aversivo de mayor intensidad juzgado intolerable (o que no se está dispuesto a tolerar). En cualquier caso, la conducta de escape/evitación es en respuesta al malestar, no a la idea, aun cuando el malestar pueda ser disparado por una idea. El escape/evitación trae como consecuencia el mantenimiento del cuadro, puesto que se refuerza negativamente y no permite el aprendizaje de tolerancia al malestar, clave en la recuperación de los trastornos de ansiedad.

Intervenciones psicoterapéuticas en trastornos de ansiedad

Las intervenciones psicoterapéuticas, en especial las cognitivas y las conductuales, implican generalmente alguna forma exposición. Las técnicas de exposición consisten en afrontar, de modo sistemático y deliberado, aquellas situaciones o estímulos internos que generan ansiedad (Bados y García Grau, 2011). Es decir: el exacto reverso de la estrategia de escape/evitación que el paciente suele poner en práctica. La justificación teórica que fundamenta la utilización de estas intervenciones (de origen conductual), está en los conceptos de habituación y extinción. La habituación consiste en la disminución de la fuerza de una respuesta tras la presentación repetida del estímulo que la desencadena (Malmierca, 1997). Este fenómeno tiene su correlato biológico: ante la repetición del estímulo, se produce una reducción de la efectividad de las conexiones sinápticas (Campo-Cabal, 2012) y, consecuentemente, una disminución de la respuesta del organismo a ese estímulo (por ejemplo durante la estimulación por potenciales evocados, se observa una reducción en la amplitud de la respuesta evocada ante la estimulación repetitiva).

Lo que se procura en las intervenciones psicoterapéuticas basadas en la exposición, es que la respuesta de malestar del individuo ansioso disminuya con la repetición del estímulo ansiógeno, ya sea mediante habituación, según los modelos conductuales, o por desconfirmación de las predicciones catastróficas respecto a las consecuencias de exponerse al estímulo ansiógeno (disminución de las interpretaciones amenazantes) en los modelos cognitivos. La teoría del procesamiento emocional, por ejemplo, explica la validez de exponerse a los estímulos ansiógenos, combinando aspectos del fenómeno de habituación con los de cambio cognitivo: la habituación produciría una reducción de la activación fisiológica que permitiría la integración de información incongruente con las estructuras del miedo (Bados y García Grau, 2011). Otra forma de entender la eficacia de la exposición, derivada ésta del condicionamiento



clásico, es la que propone el concepto de extinción. En el condicionamiento clásico, la respuesta de ansiedad surge por la asociación de un estímulo naturalmente aversivo productor de miedo (EI) con un estímulo neutro (EC). Cuando el EC va seguido del EI, en varias ocasiones, el EC es capaz de disparar la respuesta de miedo. Esto ocurre porque el EC pasa a ser un predictor del EI. En la extinción, se presenta el EC, pero no seguido por el EI, por lo que se lograría la disociación entre EC y EI y el aprendizaje de asociaciones inhibitorias del miedo. El modelo del aprendizaje inhibitorio (Craske, 2014), por ejemplo, se basa en este supuesto. (Es importante aclarar que, en el modelo de Craske, el énfasis no está puesto en la disminución del malestar, sino en que el paciente pueda hacer lo que debe hacer según sus objetivos y valores, a pesar del malestar). También la extinción tiene su correlato biológico: durante este proceso, se produce una inhibición de la actividad de la amígdala (que se activa cuando una situación es interpretada como amenazante) por influencia de la corteza prefrontal medial, luego del aprendizaje de que el EC no predice la aparición del EI.

En todos los casos, no obstante, la exposición implica un enfrentamiento al malestar, a través de la abstención de poner en práctica conductas evitativas y de huida, en cualesquiera de sus modalidades, incrementando de ese modo su tolerancia.

La exposición puede ser de varios tipos: en imaginación, en vivo, interoceptiva, mediante ayudas audiovisuales, realidad virtual, utilizando escritura o juegos, etc. Asimismo, puede implicar aproximaciones graduales y espaciadas a las situaciones temidas o ser masiva (por ejemplo, el tratamiento para fobias específicas de una sola sesión de Öst, 1989), siguiendo una jerarquía de estímulos estresantes (de menor a mayor) o muy inmediata y sin una preparación previa (como en la implosión)

Ejemplos de estrategias basadas en algún tipo de exposición son, entre otras: la desensibilización sistemática, la exposición y prevención de respuesta, la inundación (flooding), la inoculación de estrés, el reforzamiento encubierto, la saciación, el role

playing, el modelado participante, la desensibilización y reprocesamiento por los movimientos oculares (EMDR, por sus siglas en inglés), etc.

Desde una perspectiva diferente, en las llamadas “terapias cognitivas de tercera ola” (o terapias basadas en procesos), como la terapia dialéctico conductual (o DBT, Linehan, 1993), la terapia de aceptación y compromiso (o ACT, Hayes, 1999) y la terapia cognitiva basada en mindfulness (o MBCT, Segal, Williams y Teasdale, 2002), se intenta reducir el malestar a través de aceptarlo como propio de la naturaleza humana, sin necesariamente intervenir sobre él, habida cuenta de que si uno intenta voluntariamente suprimirlo, se produce un paradójico aumento del mismo (Wegner, 1994). Se trata de intervenciones en donde se destaca un fuerte componente de estrategias basadas en la práctica de la “conciencia plena” o atención centrada en el presente (Kabat-Zinn, 1990). El aprendizaje de la tolerancia emocional sin evitación, es una de las estrategias de intervención más importantes de estos enfoques (por ejemplo, la regulación emocional que, entre otros aprendizajes, implica la no evitación de las emociones negativas, y la tolerancia al malestar, son dos de las habilidades que se entrenan en la DBT; Linehan, 1993)

Conclusiones

La intolerancia al malestar es el factor común que subyace en todos los trastornos de ansiedad, y la huida/evitación la estrategia que más frecuentemente se pone en práctica en los casos de ansiedad patológica. Por otro lado, esta conducta se refuerza negativamente al disminuir al corto plazo el malestar. Sin embargo, dicha estrategia, al aumentar al largo plazo la sensibilización respecto al malestar, contribuye al mantenimiento y agravamiento de los cuadros ansiosos. Las estrategias terapéuticas basadas en la exposición, al ser opuestas a las de huida/evitación que ensayan quienes padecen de ansiedad patológica, y al contribuir al aumento de la tolerancia al malestar, son las que se muestran como más eficaces respecto a los tratamientos psicoterapéuticos específicamente dirigidos a los trastornos de ansiedad.



Bibliografía:

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- De Ansorena Cao, A., Cobo Reinoso, J. & Romero Cagigal, I. (1983). El concepto de ansiedad en psicología: Una revisión. En Estudios de Psicología, 16, 31-45
- Arias Holgado, M., Fernandez Serra, F & Benjumea Rodriguez, S. (2012). La ley de efecto y el origen de la conducta. En Apuntes de Psicología, vol 30 (1-3), 275-288
- Bados, A. & García Grau, E. (2011). Técnicas de exposición. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Barajas, S. (2015). Evitación y psicopatología: Un estudio a través de una tarea experimental y su relación con medidas de autoinforme; En Revista de psicopatología y psicoterapia clínica, 20, 63-73
- Barlow, D. H. (2002). Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic (2nd edic.). New York: Guilford Press.
- Campo-Cabal, G. (2012). Biología del aprendizaje. En Revista colombiana de psiquiatría, 41, 22-30.
- Cía, A. (2007). La ansiedad y sus trastornos. Buenos Aires: Polemos.
- Craske, M. Treanor, M. Conway C. , Zbozinek, T. & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. En Behaviour Research and Therapy, 50, 10-23.
- Ehlers, A., & Breuer, P. (1992). Increased cardiac awareness in panic disorder. En Journal of Abnormal Psychology, 101, 371-382.
- Ehlers, A., & Breuer, P. (1996). How good are patients with panic disorder at perceiving their heartbeats? En Biological Psychology, 42, 165-182.
- Hayes, S., Strosahl, K., Wilson, K. (1999). Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change. New York: Guilford Press.
- Kabat-Zinn J. (1990). Full catastrophe living: How to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation. New York: Del
- Lineham, M. (1993). Cognitive-Behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press.
- Malmierca, J.L. (1997). Procesos preasociativos. En: Ferrándiz Lopez, P. (Ed.). Psicología del Aprendizaje, Madrid: Síntesis.
- Öst, L-G. (1989). One-session treatment for specific phobias. En Behaviour Research and Therapy, 27, 1-7.
- Rodriguez Biglieri, R. & Vetere, G. (comps. y auts.) (2011). Manual de terapia cognitiva conductual de los trastornos de ansiedad. Buenos Aires: Polemos.
- Segal Z. V., Williams J. M. G., & Teasdale J. D. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York: Guilford.
- Scherer, Klaus R. (2005): "¿Qué son las emociones? ¿Y cómo pueden ser medidas?" En Social Science Information, vol 44, nº4: 695-729. SAGE Publications. [Traducción al español de Basilio Muñoz]
- Tobeña, A. (1977): Intensitat de l'Extimul Incondicionat a diferencies individuals en condicionament d'evitació "shuttle". Tesis doctoral no publicada. Barcelona (citado por FernándezCastro, J. (1979) "Las técnicas de inundación (flooding) y la eliminación del miedo. Una revisión de las investigaciones de laboratorio". Universidad Autónoma de Barcelona).
- Töpf, J. (2006). Psicología: La conducta humana. Buenos Aires, Eudeba.
- Wegner, D.M. (1994). Ironic processes of mental control. En Psychological Review, 101, 34- 52.
- Young, J., Klosko, J. & Weishaar, M. (2013). Terapia de esquemas. Guía práctica. Bilbao. Desclée de Brouwer



Um debate epistemológico sobre a psicoterapia Sexual: Comportamental ou cognitiva?

Oswaldo M. Rodrigues Jr.

Instituto Paulista de Sexualidade - InPaSex – Brasil

Contacto: oswrod@uol.com.br

Resumo

Desde os primeiros estudos dentro da concepção epistemológica comportamental, a prática da terapia sexual, como é chamada a abordagem para o tratamento de queixas sexuais, a importância da modificação da reação fisiológica, de modificação de comportamento se manteve através das décadas. Novas técnicas auxiliares foram apresentadas, e uma proposta na versão cognitiva foi feita, sem comprovações por experimentos. O uso de técnicas visando as modificações de comportamentos sexuais no casal mantém-se como base da psicoterapia de queixas sexuais.

Palabras clave: Ansiedad, evitación, reforzamiento, malestar, tratamiento.

Introdução

Terapia sexual é uma abordagem psicoterápica aplicada a problemas sexuais chamáveis de disfunções, ou seja, o que não está funcionando de acordo com um conceito de função biológica para o exercício da sexualidade. Ao longo do século XX as definições de disfunções foram mudando e se especificando.

Desde o início do século XX até a década de 1960 as dificuldades sexuais eram tratadas em abordagem psicanalítica, consistindo de tratamentos individuais de longo prazo.

Alguns clínicos iniciaram a aplicação de princípios comportamentais no tratamento de disfunções sexuais (Wolpe, 1958; Lazarus, 1971; Obler, 1973)

Abstract

Since the first studies under behavior epistemology, the practice of the sexual therapy, as it is called the psychotherapeutic approach to treat sexual problems, the importance of modification of physiological reactions and behavior modification was maintained throughout the decades. New auxiliary techniques were developed, and lately a cognitive proposal has been made without any experimental testing or empirical validation. The use of techniques in order to modify sexual behavior in the couple is kept as basis of the psychotherapy for sexual complaints.

Key word: sex therapy; behavior modification; behavior therapy; cognitive therapy

Bases epistemológicas

O paradigma comportamental tem como base da metodologia científica, portanto não vale tudo. As hipóteses podem vir da intuição, de experiências, de modelos conceituais, de teorias emergentes ou consolidadas, mas em qualquer e todos os casos, deverão ser contrastadas empiricamente e conformar um modelo ou teoria coerentes e com capacidade explicativa, preditiva e de controle. (Britos, 2017). Isso é o que permite a aplicação de um procedimento com possibilidades bem estabelecidas para a avaliação. Ignorar ou não ter em conta esta delimitação entre teoria e modelo, tem sido um dos geradores de erros e preconceitos com relação ao paradigma comportamental.



Dentre as nomenclaturas modernistas e pós-modernistas sobre esta ciência do comportamento, tem-se aquelas que tratam de avançar com ênfase nos argumentos epistemológicos, até aquelas que respondem mais circunstancialmente às demandas do mercado ou consensos de corte pragmático (Britos, 2017).

Historicamente o paradigma comportamental surge com experiências que, contém forte crítica ao modelo médico infeccioso, que influencia até na terminologia adotada. É por isso, os resultados são denominações paradoxais tais como “Terapia do Comportamento” ou “Terapia Cognitivo-Comportamental”, por exemplo (Britos, 2017).

... é um termo geral que se refere às terapias que incorporam tanto intervenções comportamentais (tentativas diretas de diminuir os comportamentos e emoções disfuncionais modificando o comportamento) como intervenções cognitivas (tentativa de diminuir os comportamentos e emoções disfuncionais modificando as avaliações e os padrões de pensamentos dos indivíduos). Ambos tipos de intervenções se baseiam na suposição de que uma aprendizagem anterior está produzindo atualmente consequências desadaptativas e que o propósito da terapia consiste em reduzir o mal estar ou o comportamento não desejado desaprendendo o aprendido ou proporcionando experiências de aprendizagem novas, mais adaptativas (Bredwin, 1996, apud Lega, Cabalo y Ellis, 1997).

Bases sobre as quais se adapta a atuação e prática do contexto da terapia sexual desde os anos de 1960:

- O comportamento humano e animal como objeto de estudo da Psicologia.
- A construção de uma filosofia da ciência comportamental, em geral com apego à visão que o ser humano e os animais, estão sujeitos às leis da natureza, e portanto é possível evidenciar suas variantes.
- Reconhecimento do método científico como imprescindível para a construção de conhecimentos e aplicações.

- Estabelecimento da aprendizagem como eixo temático fundamental e estratégico.

Nos comportamentos encobertos ou mediacionais e nos comportamentos observáveis dos seres humanos, funcionam sob os mesmos princípios de aprendizagem, assim como os de homogeneidade e interação (Upper e Cautela, 1983).

A terapia sexual comportamental

As bases técnicas iniciam-se na década de 1950, em especial com propostas de Joseph Wolpe (1915-1998). Inspirando-se em John Watson, desenvolveu o processo de inibição recíproca com base nos princípios do Condicionamento Clássico: **“se uma resposta contrária à que provoca ansiedade é emitida em presença de estímulos produtores da mesma reação, a associação entre esses estímulos e a ansiedade diminui”**. Assim, emprestando noções teóricas de Hull (1943), Sherrington (1947) e Jacobson ((1938), denominou o modelo de dessensibilização sistemática (Wolpe, 1958). Medos e ansiedades podiam ser vencidos através da exposição sistemática e gradual. Primeiramente aplicados aos problemas sexuais associados a ansiedades, a técnica mostrava-se adequada e útil. Assim aponta o uso da técnica para dificuldades sexuais, em especial a disfunção erétil.

A prática Masters & Johnson

Assim, Masters e Johnson propuseram uma inovadora e eficaz técnica: a terapia sexual dual, aplicada ao casal, em que a unidade homem-mulher era o foco de tratamento, e não os indivíduos isolados. Além disso, a ênfase da cura estava no alívio dos sintomas, e não na busca da etiologia, como era outrora pregado no modelo psicodinâmico. Também apontavam que algumas compreensões nem seriam necessárias para solucionarem-se problemas sexuais.

A terapia sexual combina informação, tarefa de casa e aconselhamento, tendo como objetivo reeducar a dupla, aumentar o nível de comunicação e diminuir o grau de ansiedade. Utiliza-se a técnica denominada



“focos sensoriais”: etapas bem-demarcadas de atividades e exercícios sexuais sequenciais que o casal deve seguir à risca.

Exercícios específicos também são ensinados, de acordo com o problema sexual em questão, além de reeducação sexual e motivação de redescoberta dos “sentidos”. Lembrar ao casal o início da sua relação, na época do namoro, focando fatores estimulantes do relacionamento e agregando novas ideias; aconselhar sobre o planejamento de períodos regulares para o encontro do casal, nos quais as crianças estejam sob os cuidados de amigos ou parentes; ou discutir sobre mudanças de atitude em relação ao cônjuge (como falar carinhosamente fora da cama; ir, no mesmo horário, para o leito; fazer elogios ao corpo do parceiro) são possíveis intervenções para a terapia sexual.

O tratamento é, inicialmente, semanal e perdura por um período entre três e nove meses, variando de 8 a 20 encontros. Adaptações da técnica tornaram-se comuns, como o aumento de sessões semanais, tratamento somente de um parceiro do casal (programa de masturbação e de autodescobrimento para anorgasmia) e “internação” dos pacientes em clínicas especializadas ou spas, objetivando o afastamento desses estímulos negativos da vida rotineira; entretanto, a essência da terapia sexual permaneceu a mesma (Masters; Johnson, 1979).

A terapia sexual cognitivo-comportamental

Ou deveríamos chamar de comportamental-cognitivo?

Ou o cognitivo já está implícito no comportamental? A teoria segue o achado ou o antecede.. se a cognição determina a comportamento, ou é o ambiente o que determina o comportamento; ou o comportamento determina a cognição ou finalmente se as emoções determinam cognição e comportamento (Britos, 2017).

Já na década de 1980 surgem as leituras cognitivas, enquanto comportamento, na terapia sexual, ou mais diretamente, a psicoterapia sexual

(McCarthy, 1989). A terapia sexual se estabelece de modo formal na década de 1970, após a publicação de Masters e Johnson, “A inadequação sexual humana” (1970). Mas muito antes houve Albert Ellis (1958) escrevendo sobre os aspectos cognitivos.

São três componentes mais importantes listados pela abordagem cognitivo-comportamental da psicoterapia sexual:

- substituir a ansiedade sexual por conforto sexual;
- adoção de atitudes sexuais positivas e desenvolver habilidades sexuais;
- um programa desenhado individualmente com exercícios para serem feitos entre sessões.

O objetivo desta abordagem propunha o desenvolvimento de um estilo sexual confortável, funcional e satisfatório. Preferencialmente com o atendimento de casais, embora pudesse ser feito com indivíduos que não se apresentassem enquanto casal.

Aqui temos uma atuação baseada em Masters e Johnson (1970), Annon (1974), Leiblum e Pervin (1980), LoPiccolo e LoPiccolo (1978), e McCarthy e McCarthy (1984).

Cada problema recebe uma abordagem consistindo de variedade de estratégias cognitivo-comportamentais designadas para cada problema sexual específico (McCarthy, 1989).

Porém à época, esta proposta buscava adaptar-se a um casal ideal com uma disfunção sexual específica, comprometido com o casamento, sem problemas severos não sexuais no relacionamento, e desejosos de prenderem um estilo de interação com as tarefas sexuais. Isto seeria em oposição que teria dificultades sexuais difusas e problemas de interação conjugal adiconando ódio e culpa e com pouco compromisso com o relacionamento (McCarthy, 1989).

Estas limitações chamam a atenção!

Em verdade, problemas conjugais devem referir antes a abordagem ao relacionamento do casal, mesmo que, em paralelo se inicie algum direcionamento às questões sexuais. A abordagem de psicoterapia de casal deve ocorrer, e implica em



treinos de expressividade emocional, assertividade, solução de problemas, formulação de propósitos para o casal e planos de futuro, que incluam a questão sexual.

Já em 1991, Joseph Lopiccolo compreende que a transformação ocorrida com a valorização dos comportamentos sexuais sobre o mero resolver disfunções sexuais tornava a abordagem no que denominou Terapia Sexual Pós-moderna.

À época temos o psicólogo colombiano Otávio Giraldo Neira que escreve, ainda em 1981, reorganizando esta ideia:

“A terapia sexual não é a arte de curar os sexualmente enfermos, nem de modificar os sexualmente desviados. Seu verdadeiro objetivo não é resolver uma disfunção sexual, embora com frequência o faça e esta seja a meta inicial da pessoa em terapia, mas sim crescer e melhorar a capacidade de prazer da própria sexualidade, e neste sentido a educação sexual também é terapêutica e a terapia sexual é uma reeducação sexual ou uma educação especial”.

Uma proposta Cognitiva

Mas as propostas são técnicas ou epistemológicas?

A proposta de correção de conceitos mitificados através do aconselhamento direto, orientação, informação, instruções pareceu ser o suficiente para a superação de problemas sexuais mais simples, leves, transitórios. Iniciam-se propostas de biblioterapia (Lazarus, 1978, 1997), Aqui aparecem os princípios da atuação sobre o pensado...

Arnold Lazarus é reconhecido por ter mostrado a importância dos aspectos cognitivos no desenvolvimento e manutenção dos problemas sexuais (Bullough e Bullough, 1994), introduzindo o uso de técnicas de imaginação e conduzindo análise funcional dos problemas apresentados.

Um método baseado na exploração de visões mais positivas sobre o sexo e a sexualidade para eliminar pensamentos negativos que interferissem na vida sexual, no interesse sexual e no desempenho aparecem com LoPiccolo e LoPiccolo (1978).

Algumas estratégias denominadas cognitivas se utilizam de processos de aprendizagem e condicionamento associativo de palavras com objetivos de mudanças comportamentais ou de atitudes para com a sexualidade. Em termos de estratégias mostram-se potencialmente úteis, embora não tenham sido aplicadas de modo experimental a ponto de serem comprovadas em seus objetivos. Um exemplo é a publicação de Sardinha (2018), com um excelente projeto editorial de um “Baralho da sexualidade”, propondo um jogo a casais apresentarem e debaterem mitos sexuais, atividades e estratégias comportamentais em sexualidade. Ao se firmar sobre estratégias comportamentais, a exemplo de facilitar a comunicação direta sobre questões sexuais, mostra-se uma estratégia mais comportamental que cognitiva.

Já na década de 1990 aparecem publicações apresentando-se para tratar questões sexuais em vítimas de assaltos sexuais e sintomas de estresse pós traumático com abordagens cognitivas (Resik e Schnicke, 1992). Através de 12 sessões de 90 minutos semanais, buscava-se trabalhar as crenças associadas ao estupro, com tarefas para casa para se identificar significados do evento. Confrontar as crenças maladaptadas e debater as crenças relacionadas a intimidade e produzir um objetivo para futuro.

A terapia cognitiva é uma forma de psicoterapia que busca mudar a maneira de reagir e se comportar. A crenças da pessoa são questionadas e seus pressupostos são desafiados. Um homem que não tenha controle sobre a ejaculação e se preocupe com a satisfação sexual da mulher com quem se relaciona, o que faz com que se torne mais ansioso e, por conseguinte, ejacule mais facilmente e mais rapidamente. O que o homem pensa se torna realidade, como uma profecia auto realizável. O papel do terapeuta é quebrar o ciclo, auxiliando ao paciente identificar as raízes da ansiedade e aliviar-se dela.

Uma proposta pós racionalista aparece (Giusta, 2002), relacionando a etiologia do problema sexual

a estruturas de personalidade e às organizações dos significados pessoais. O uso de técnicas cognitivas direcionadas à solução de sintomas numa diferente epistemologia.

Propostas que se denominam “ecletticas teóricas” compreendem que não estão sendo incoerentes, mas também se apontam não ser possível “trabalhar com as propostas originais da terapia sexual, de base comportamentalista simplesmente adicionando componentes cognitivistas, como a reestruturação de pensamentos, mitos e crenças sexuais” (Carvalho e Sardinha, 2017), a exemplo das propostas de Cavalcanti (2012) que utiliza a abordagem de Ellis, complementar-me às técnicas comportamentais.

Na década de 1980, Barlow (1986) propõe o Modelo Cognitivo-afetivo, deslocando o foco do tratamento da redução da ansiedade de desempenho sexual para processos cognitivos e afetivos que influenciassem a resposta sexual. Aqui a ativação fisiológica sexual apenas incrementa o foco de atenção previamente existente aos estímulos sexuais. Nobre (2006) se utiliza desta proposta e aponta atuações cognitivas onde a excitação sexual provoca feedback positivo em pessoas normais e um negativo a pacientes sexualmente disfuncionais. A seguir surge a hipótese de esquemas sexuais rígidos, inabilidades sociais, expectativa de fracasso e atitude de evitação/desistência.

Pedro Nobre (2011), atualmente na Universidade do Porto onde dirige um Laboratório da Sexualidade sobre aspectos psicológicos, propõe a reestruturação cognitiva no tratamento de disfunções sexuais.

O passo seguinte é a reaproximação às terapias comportamentais, apresentando o contexto como o fator que influencia e produz os comportamentos sexuais, sejam adequados ou inadequados. Porém as abordagens cognitivistas advogam que primeiramente é necessário reestruturar cognitivamente os pacientes para que se insiram as técnicas comportamentais para compreensão da função da dificuldade sexual em suas vidas.

A utilização de mindfulness nas dificuldades sexuais



tem a função de dirigir a atenção e foco de atenção no momento presente para se poder absorver os elementos sensoriais relacionados à situação. Ainda é a busca de aumentar o controle voluntário sobre o funcionamento fisiológico sexual. Volta-se o foco proposto na década de 1960 aos estímulos sensoriais (Masters e Johnson, 1970), mas com a interferência do terapeuta questionando os significados das experiências e nomeando as emoções e resultados atingidos. Porém, o uso de mindfulness implica em retomar o paradigma proposto por Wolpe, modificando as reações fisiológicas de simpáticas para parassimpáticas, controlando estados ansiosos, facilitando o funcionamento para a excitação sexual, com ou sem conteúdo cognitivo.

A proposta de uma terapia cognitiva sexual confirma a inexistência de confirmação dos diversos protocolos propostos nas últimas seis décadas (Carvalho e Sardinha, 2017, pag 62). Também confirma a necessidade de utilização de técnicas comportamentais tradicionais, embora proponha que a abordagem das questões cognitivas antecipe-se tecnicamente para facilitar a aceitação da orientação das técnicas.

Dedicar atenção às crenças como resultado de experiências prévias em um processo de aprendizagem implicaria observar os pensamentos automáticos negativos.

Podem ser maneiras diferentes de nomear o mesmo conjunto que evolue, ou ter aspirações hegemônicas e com interesses mais profissionais que científicos (Britos, 2017).

A busca de uma psicoterapia cognitiva seria a de ser uma atuação técnica baseada em evidências (Sardinha e Carvalho, in press), e com validação empírica das Terapias Cognitivo-Comportamentais, pressupõem a integração de concepções teóricas que se atualizam (Melo, Sardinha, & Levitan, 2014). A ideia expressa é de integrar aspectos cognitivos aos comportamentais, mas que já foram propostos e efetivados desde a década de 1970 (a exemplo LoPiccolo, 1978).

Compreende Sardinha e Carvalho que “os modelos de intervenção contextuais são ainda muito



recentes e os modelos cognitivistas tem recebido pouca atenção tanto em termos clínicos quanto em termos de pesquisas de validação empírica de sua eficácia (Nobre, 2006; Vilarinho, 2014)”.
A intervenção clínica em Terapia Cognitiva teria como base a identificação e reestruturação das estruturas cognitivas que se relacionam com a queixa sexual, de modo a selecionar as intervenções clínicas mais adequadas. A partir da conceitualização do caso, serão, assim, selecionadas as técnicas a serem utilizadas, que podem ser de base comportamental, cognitiva ou mesmo contextual. O objetivo final do tratamento é promover uma perspectiva mais funcional da sexualidade e reestabelecer o funcionamento adequado do ciclo sexual (Sardinha & Carvalho, in press).

Mas, “na articulação com o paradigma cognitivista, podemos utilizar também o componente comportamental, porém, de maneira distinta dos teóricos da Terapia Sexual. Ao invés de utilizar a dessensibilização da ansiedade, ressalta-se aqui: (a) a aquisição de habilidades sexuais, no sentido de que um limitado repertório de comportamentos sexuais, dificultando o ajustamento o sujeito a diferentes demandas de cada situação sexual; (b) a redução dos comportamentos evitativos e de desistência/desinvestimento na situação sexual diante da antecipação da falha; a (c) exposição gradual às situações sexuais como forma de exercitar as novas habilidades aprendidas e reestruturar as perspectivas distorcidas acerca do funcionamento sexual e (d) direcionamento do foco atencional para o prazer e a experiência erótica, não através do foco sensorial, mas do desenvolvimento de uma nova atitude em relação à situação sexual.” (Sardinha e Carvalho, 2016)

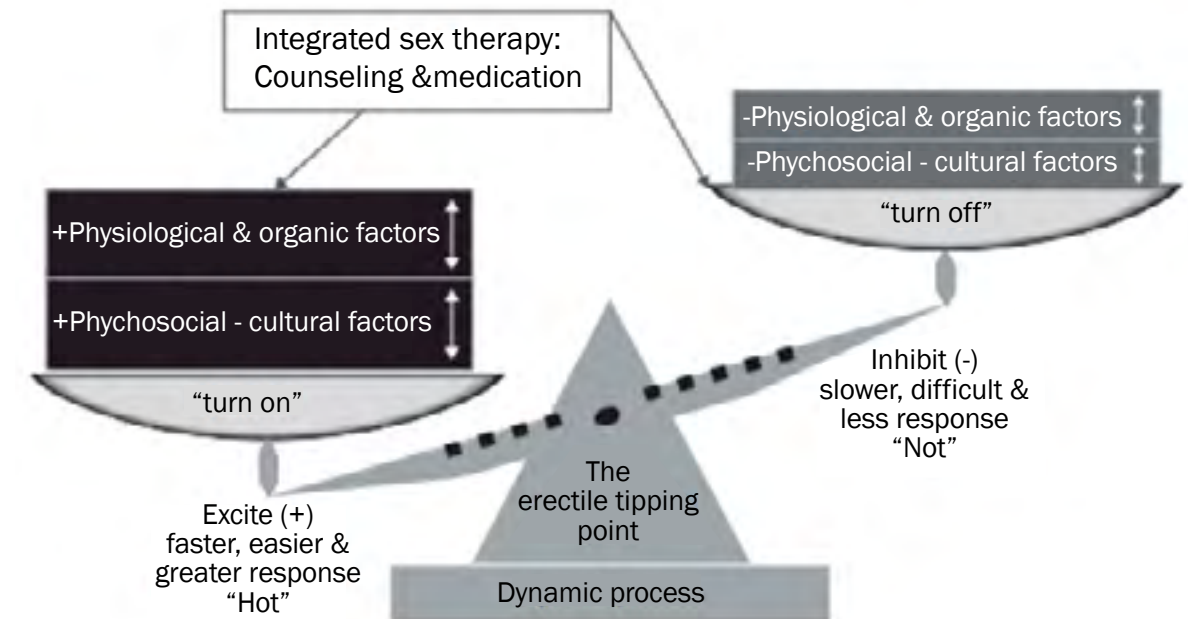
Assim podemos perceber que as atuais propostas remetem-se a uma mistura técnica utilizando-se das três gerações comportamentais, propostas estas encontradas nos textos referindo a terapia da sexualidade desde a década de 1980. Embora presente-se a proposta cognitiva de psicoterapia

rompendo com o paradigma estritamente comportamental anterior no tratamento das disfunções sexuais, colocando o foco do tratamento no processamento cognitivo das situações sexuais, o rompimento, ou a segunda geração das terapias comportamentais já se propunha neste caminho há quarenta anos.

Outra questão que tem se denominado “cognitiva” e apontando o caminho “contextual” é “o objetivo da intervenção clínica que o casal adote uma postura dinâmica e positiva em relação à própria vida sexual, visando a uma maior erotização, mais prazer e menos disfunção” (Sardinha e Carvalho, 2016). Mas esta era a proposta inserida nos textos de William Masters e Virginia Johnson na década de 1960: o contexto do casal, exclusivamente, sem propostas de atendimento psicoterápico a indivíduos que não tivessem suas parcerias sexuais ou aceitasse ter uma contratada para o desenvolvimento dos exercícios comportamentais depreendidos dos estudos de laboratório efetuados pelo casal de autores. Em 1978, Joseph LoPiccolo e Vinnie Miller (LoPiccolo e Miller, 1978) já propunham um programa de tratamento de problemas sexuais em casais, contextualizando o casal como base para o tratamento. Esta proposta recebe o nome de Terapia Sexual Pós Moderna (LoPiccolo, 1992). Uma proposta contextual da abordagem com o casal foi elaborada na forma de “coaching” para atuação de médicos por Perelman (2003). A questão contextual também tem a vertente “integrativa” que se refere à multidisciplinariedade, a exemplo da descrita por Gerard Weeks (2005) e por Michael Perelman, (2008), propondo uma abordagem combinando psicoterapia atenta às condições ambientais ao suporte médico possível e necessário, de forma inicial independente para que exista uma avaliação real e apenas depois a atuação de tratamento, reconhecendo e se apoiando na parceria sexual para que o tratamento se efetive. Reforço ao contexto psicossocial e ao casal para compreender e efetivar tratamentos multidimensionais. Neste momento Perelman (2005, 2006) propõe a expressão “Nova Terapia Sexual



Integrada”, utilizando um gráfico para ilustrar a ideia:



A questão “integrativa” aparece como “Integrative Behavioral Couple Therapy (IBCT), no início da década de 1990, com Andrew Christensen e Neil S. Jacobson (1996, 1998), implicando a terapia de casais com os conceitos de aceitação e compromisso, compondo a terceira onda das abordagens comportamentais

Finalmente, concluindo, em direção à segunda geração de abordagens comportamentais, Sardinha e Carvalho (2016) afirmam “a flexibilização do comportamento sexual é, decorrente da reestruturação das crenças sexuais centrais e intermediárias (mitos e crenças sexuais) se encontra também na base da aquisição de habilidades e de um padrão sexual mais satisfatório.” E embora afirmando que estas mudanças cognitivas impedem a aquisição de habilidades sexuais, estas deverão ser desenvolvidas através de técnicas comportamentais, desenvolvidas e propostas entre 1950 e 1980.

A atenção às queixas sexuais continua baseada nas modificações de comportamento através de técnicas

comportamentais, mesmo quando se utilizem abordagens cognitivistas, ou como alguns autores chegam a apontar: sem os aspectos cognitivos as técnicas de ativação comportamental continuam sendo eficazes e se mostrando com resultados independentes das técnicas cognitivas.

O conhecimento científico não obedece argumentos de autoridade (Bayes, 1974). Mas as pessoas baseadas em suas compreensões de mundo, através de esquemas distorcidos não admitirão novas compreensões, mesmo que baseadas em evidências externas e compreensíveis para outros e até para si mesmo.

Porém, e existe um porém, muitas pessoas, especialmente homens com queixas sexuais que buscam atendimento psicoterápico insistem em compreender teoricamente e em termos de pensamento como aconteceram estas queixas, e como que exigem que possam modificar-se, ou nem aceitam o tratamento de

¹ Esta proposta foi utilizada nas décadas de 1980 e 1990 em São Paulo, e descrita em Rodrigues Jr. e Reis, 1993, 2014.



modificação do comportamento... Uma crença será uma regra imutável se não lhe dermos atenção, mesmo que a demonstração de que ela seja inútil viesse exatamente da mudança do comportamento afetado.

Referências Bibliográficas

- Annon, J. (1974). *The behavioral treatment of sexual problems*. Honolulu: Enabling Systems.
- Bayes, R. (1974). *Una introducción al método científico en psicología*. Barcelona: Fontanella.
- Bullough, V.L. & Bullough, B. (1994). *Human sexuality: an encyclopedia*. New York: Garland Publishing.
- Britos R., J.G. (2017). *Paradigma Cognitivo-Comportamental: Delimitações e questões epistemológicas*. Asunción: Edição do Autor. ISBN: 978-99967-0-461-1.
- Carvalho A. & Sardinha, A. (2017). *Terapia Cognitiva Sexual*. Rio de Janeiro: Editora Cognitiva.
- Cavalcanti, R.C. (2012). *Manual Prático de Tratamento Clínico das Disfunções Sexuais*. Ed. Roca: São Paulo. ISBN: 8572889825
- Christenen, A & Jacobson, N.S. (1998). *Acceptance and Change in Couple Therapy: A Therapist's Guide to Transforming Relationships*. New York: Norton Professional Books
- Ellis, A. (1958). *Sex without guilt*. New York: Lyle, Stuart.
- Giraldo-Neira, O. (1981). *Explorando las sexualidades humanas*. Ed. Trillas. ISBN-10: 9682410347 - ISBN-13: 978-9682410345
- Giusta, G.D. (2002). *Behavioral Versus Post-Rationalist Cognitive Approach to Sexual Dysfunctions*. In: Scrimali T., Grimaldi L. (eds) *Cognitive Psychotherapy Toward a New Millennium*. Springer, Boston, MA. DOI: 10.1007/978-1-4615-0567-9_59
- Hull, C. L. (1943). *Principles of behavior: an introduction to behavior theory*. Oxford, England: Appleton-Century.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive Relaxation*. Chicago, IL University of Chicago Press.
- Jacobson, N.S. & Christenen, A. (1996). *Integrative*

- Couple Therapy: Promoting Acceptance and Change*. New York: W W Norton & Co. ISBN-13: 978-0393702316
- Lazarus, A.A. (1971). *Behavior therapy and beyond*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, A.A. (1978). *Overcoming sexual inadequacy*. In LoPiccolo, Joseph & LoPiccolo, Leslie (Eds.), *Handbook of sex therapy* (pp. 19-34). New York: Plenum Press.
- Lazarus, A.A. (1997). *Brief But Comprehensive Psychotherapy: The Multimodal Way*. New York: Springer.
- Lega L., Caballo, V. & Ellis, A. (1997). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. Madrid, Siglo XXI de España Editores.
- Leiblum, S. & Pervin, L. (Eds.). (1980). *Principles and practice of sex therapy*. New York: Guilford.
- LoPiccolo, J. (1992). *Postmodern sex therapy for erectile failure*. In R. C. Rosen & S. R. Leiblum (Eds.). *Erectile disorders: Assessment and treatment* (pp. 171-197). New York: Guilford.
- LoPiccolo, J. & LoPiccolo, L. (Eds.). (1978). *Handbook of sex therapy*. New York: Plenum Press. ISBN 978-1-4613-3975-5
- LoPiccolo, J. & Miller, V.H. (1978). *A Program for Enhancing the Sexual Relationship of Normal Couples*. In LoPiccolo, J.; LoPiccolo, L. (Eds.). *Handbook of sex therapy*. New York: Plenum Press. DOI 10.1007/978-1-4613-3973-1
- Masters, W.H. & Johnson, V.E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown.
- Masters, W.H. & Johnson, V.E. (1979). *A incompetência sexual*. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; p.69-91.
- McCarthy, B. (1989). *A Cognitive-Behavioral Approach to Sex Therapy*. In: Freeman A., Simon K.M., Beutler L.E., Arkowitz H. (eds) *Comprehensive Handbook of Cognitive Therapy*. Springer, Boston, MA.
- McCarthy, B. & McCarthy, E. (1981). *Sex and satisfaction after 30*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.



- McCarthy, B. & McCarthy, E. (1984). *Sexual awareness: Sharing sexual pleasure*. New York: Carroll and Graf.
- Melo, W. V. d., Sardinha, A., & Levitan, M. (2014). *O desenvolvimento das Terapias Cognitivo Comportamentais e a Terceira Onda*. In C. B. Neufeld, E. M. d. O. Falcone & B. Rangé (Eds.), *Procognitiva: Programa de atualização em Terapia Cognitivo Comportamental* (Vol. 2, pp. 9-44). Porto Alegre: Artmed/Panamericana.
- Nobre, P (2006). *Disfunções sexuais*. Lisboa: Climepsi. isbn: 9789727962167
- Nobre, P. (2011). *Disfunção erétil: uma proposta de intervenção cognitiva*. In Rodrigues Jr, O.M. (org). *Aprimorando a Saúde Sexual – manual de técnicas de terapia sexual*. Summus Editora: São Paulo, 2011; 2ª edição. ISBN 8532307558. / 85-323-0755-8 / 9788532307552
- Obler, M. (1973). *Systematic desensitization in sexual disorders*. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 4, 93-101.
- Perelman, M.A. (2003). *Sex coaching for physicians: combination treatment for patient and partner*. *Int J Impot Res*; 15 Suppl 5: S67 – 74.
- Perelman, M.A. (2005). *Combination therapy for sexual dysfunction: integrating sex therapy and pharmacotherapy*. In: Balon R, Segraves R.T. (eds.). *Handbook of Sexual Dysfunction*. Boca Raton, LA: Taylor and Francis, 13 – 41.
- Perelman, M.A. (2006). *Abstract 121: The sexual tipping point: a model to conceptualize etiology and combination treatment of female and male sexual dysfunction*. *Journal of Sexual Medicine*, 3: 52.
- Perelman, M.A. (2008). *Integrated sex therapy: a psychosocial-cultural perspective integrating behavioral, cognitive, and medical approaches*. In Carson, C; Kirby, R; Goldstein, I (org). *Textbook of Erectile Dysfunction*. CRC Press. ISBN-13: 978-1841846460.
- Resik, P.A. & Schnicke, M.K. (1992). *Cognitive Processing Therapy for Sexual Assault Victims*. *Journal*

- of Consulting and Clinical Psychology*, 60(5):748-756. https://www.researchgate.net/profile/Patricia_Resick2/publication/21755103_Cognitive_Processing_Therapy_for_Sexual_Assault_Victims/links/56423efd08aebaaea1f8d18c/Cognitive-Processing-Therapy-for-Sexual-Assault-Victims.pdf
- Rodrigues Jr., O.M. & Reis, J.M.S.M. (Org.) (1993). *Impotência Sexual - uma abordagem multidisciplinar*. Instituto H. Ellis, São Paulo.
- Rodrigues Jr., O.M. & Reis, J.M.S.M. (Org.) (2014). *Impotência Sexual*. 2a ed. São Paulo: Instituto Paulista de Sexualidade.
- Sardinha, A., & Carvalho, A. C. (2016) *Terapia Cognitiva Sexual: integrando os paradigmas cognitivista, comportamental e contextual no tratamento das disfunções sexuais*. In Rodrigues Jr., OM (org): *Práticas das Psicologias Comportamentais no Brasil*. Instituto Paulista de Sexualidade: São Paulo. ISBN- 978-1533500694 / ISBN- 153350069X
- Sardinha, A. (2018). *Baralho da sexualidade*. Synopsis: Porto Alegre.
- Sardinha, A., & Carvalho, A. C. (In press). *Terapia Cognitiva Sexual*. In C. B. Neufeld, E. M. d. O. Falcone & B. Rangé (Eds.), *Procognitiva: Programa de Atualização em Terapias Cognitivo-Comportamentais*. Porto Alegre: Artmed/Panamericana.
- Sherrington, C. (1947). *The integrative action of the nervous system*. Yale University Press, New Haven (CT).
- Upper, D. & Cautela, J. (1983). *Condicionamiento Encubierto*. Bilbao (España): Biblioteca de Psicología. Desclée de Brouwer.
- Vilarinho, S. (2014). *Mindfulness e Terapia Sexual*. In O. M. Rodrigues (Ed.). *Terapia da Sexualidade* (Vol. 1). São Paulo: Zagadoni.
- Weeks, G.R. (2005) *The emergence of a new paradigm in sex therapy: integration*. *Sexual and Relationship Therapy*, 20:1,89-103, DOI: 10.1080/14681990412331333955
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.

BIBLIOTECA UNITREC

La Biblioteca Virtual **UNITREC** ofrece acceso libre y gratuito a los miembros de **ALAMOC**. También ofrece el acceso a todas las personas interesadas que se hayan afiliado individualmente o colectivamente a esta biblioteca.

Inicialmente los textos se han seleccionado en base a su importancia en el campo de la psicología y las psicoterapias, especialmente dentro de los paradigmas: cognitivo, comportamental y sistémico, sin descartar otras propuestas basadas en la evidencia y otras experiencias exitosas.

AFILIACIÓN:
www.unitrec.org

Perturbaciones emocionales y disfunciones de la personalidad

Dr. Héctor Fernández Alvarez
Fundación Aiglé, Argentina.
Contacto: fundacion@aigle.org.ar

Introducción

Muchas formas de psicoterapia han reunido numerosas pruebas de su capacidad para brindar beneficios consistentes. Entre el 40 y el 70% de los pacientes logran resultados sustanciales en estudios controlados que evidencian mejorías sintomáticas y desarrollo de habilidades para resolver problemas. Además, puede estimarse el tiempo necesario para que un paciente pueda revertir la situación disfuncional que lo conduce a la terapia. El 50% de los pacientes alcanza aceptables niveles de funcionamiento con un promedio de 21 sesiones, mientras que se requieren alrededor de 50 sesiones para que eso se obtenga con el 75% de las personas que inician un tratamiento (Lambert y Ogles, 2004). Además, algunos pacientes sólo logran resultados significativos con tratamientos de larga duración.

Esta eficacia se verifica en aplicaciones a una extensa cantidad de dolencias psíquicas y en muchas afecciones emocionales asociadas con enfermedades físicas crónicas. La psicoterapia es útil promoviendo cambios en diferentes niveles de la actividad mental, potenciando capacidades naturales de los pacientes y favoreciendo mejoras en el desarrollo personal que ayudan a incrementar la calidad de vida. Esa mejoría potencial varía según el tipo de disfunción, siendo las depresiones y los trastornos de la ansiedad los que registran estándares más elevados de buen rendimiento, mientras que las adicciones y los trastornos de personalidad constituyen entidades más resistentes al cambio.

La investigación ha permitido identificar un amplio

menú de condiciones vinculadas con el resultado de la psicoterapia, algunas de carácter general y otras más específicas. La edad, por ejemplo, constituye un predictor negativo de la respuesta al tratamiento en general. La terapia para las perturbaciones emocionales tiene menos éxito y los resultados son más inestables cuando está presente una marcada disfunción de la personalidad. La psicoterapia para la ansiedad tiende a producir menos beneficios cuando el paciente tiene bajas atribuciones de control o niveles elevados de auto-atribución negativa; estilos de afrontamiento rígidos son indicadores de pronóstico negativo; estilos de afrontamiento rígidos son indicadores de pronóstico negativo (Castonguay y Beutler, 2006).

Los organismos internacionales de gestión sanitaria reconocen la importancia de la psicoterapia como un recurso fundamental en el campo de la salud y de la salud mental en particular, tanto en la asistencia directa como en la atención primaria. La Organización Mundial de la Salud recomienda, en su MhGAP – IG (Guía de Intervenciones para Salud Mental), el empleo de tratamientos psicológicos como un medio eficaz para hacer frente a la alarmante progresión de las tasas de prevalencia de los trastornos mentales que reflejan los estudios epidemiológicos.

La literatura científica indica que el mayor aporte de estudios empíricos sobre los beneficios que brinda la psicoterapia proceden de programas de investigación llevados a cabo con intervenciones basadas en el modelo cognitivo. Existen datos sobre resultados positivos obtenidos con otras formas de terapia, principalmente con variantes del modelo



psicodinámico como la terapia interpersonal, como lo atestiguan estudios metanalíticos recientes (Cuijpers et. al., 2011). Sin embargo, la mayoría de esos informes corresponden al cauce cognitivo-comportamental. Así lo señala la O.M.S. en dicha guía, relevando la T.C.C. y la Activación conductual como los recursos sobresalientes en el abordaje de las perturbaciones emocionales (depresión y ansiedad).

Resultados terapéuticos en depresión y ansiedad

El espectro de las perturbaciones emocionales agrupa las situaciones clínicas más habituales y concentra la mayor cantidad de demandas realizadas en los centros asistenciales de todo el mundo (alrededor de dos tercios del total de la demanda). El sistema de diagnóstico y clasificación de los trastornos mentales dominante, vigente desde la publicación de la 3ra. edición del DSM en 1980, las ha incluido como dos capítulos centrales del Eje I, el que reúne las patologías sintomáticas y las manifestaciones disfuncionales del comportamiento. El modelo cognitivo de psicoterapia desarrolló un programa de tratamiento cuyo éxito permitió una rápida y extendida diseminación en todas las latitudes. Inicialmente diseñado para el abordaje de la depresión, su aplicación adicional a los trastornos de ansiedad consolidó su empleo en las instituciones asistenciales, especialmente al mostrar una buena disposición para ser incorporado como parte de tratamientos combinados con psicofármacos.

Sometido a la investigación fue recolectando pruebas positivas cada vez más firmes. Los informes sobre eficacia terapéutica y, en menor medida, sobre su efectividad, se multiplicaron. Sintéticamente pueden observarse en las siguientes referencias referidas al tratamiento de la depresión:

1. Al menos el 60% de los pacientes asistidos por depresión obtienen resultados positivos y equivalentes a los que reciben con medicación (DeRubeis et. al., 2005).
2. La T.C. es efectiva en situaciones clínicas

agudas y la mejoría se logra con un promedio de 16 sesiones (Hollon, Stewart y Strunk, 2006).

3. Entre un 50 y un 70% de los pacientes asistidos muestran mejoría en el tratamiento por medio de una diferencia de 20 puntos en el BDI (Craighead, Sheets, Brosse e Ilardi, 2007).

Con respecto a la ansiedad contamos con datos equivalentes.

1. Eficacia: Alrededor del 60% de los pacientes tienen resultados positivos (Mitte, 2005). La psicoterapia ayuda a mantener mejor los efectos en el tiempo, incluso en el caso de los tratamientos combinados (Otto y Deveney, 2005).

2. Efectividad: Los pacientes que reciben asistencia en atención primaria obtienen mejorías significativas con protocolos de T.C.C. (Addis et. al., 2006; Gray et. al., 2005).

Sin embargo, en los últimos años se realizaron importantes hallazgos en relación con limitaciones que evidencia la psicoterapia frente a ambas condiciones clínicas. El examen minucioso de los informes de investigación condujo a los investigadores a formular la hipótesis de que los datos de los estudios controlados y el tamaño del efecto encontrado en los metanálisis estaban influidos por sesgos que exigían revisar el valor indicado en las respuestas a los tratamientos, ponderando los índices de recaída y recurrencia presentes en cada caso. Dicha distinción permitirá abordar también el estudio diferencial entre la respuesta, la remisión y la recuperación de los pacientes, lo que posibilitará contar con una medida más real de los efectos terapéuticos y neutralizar las condiciones que pueden ser perjudiciales para el paciente (Barlow, 2010).

Datos muy significativos avalan estas propuestas:

1. La estabilidad de los resultados a mediano plazo indica que el porcentaje de pacientes que mantienen los logros después de 2 años de concluida la terapia alcanza a un 25% (Hollon et. al, 2005).
2. En el caso de la depresión, el índice de



abandonos tempranos sigue siendo alto (20,4%). Ampliando el examen de los resultados a todos los pacientes que intentan tratamiento (incluyendo esos abandonos), el nivel de remisión ronda alrededor de un 45% (De Maat et. al., 2006).

3. La recaída y la recurrencia son frecuentes entre quienes tienen una respuesta positiva a la T.C. en la fase aguda de su malestar. Se calcula que al cabo del primer año el porcentaje de reincidencias es del 29% y al cabo del segundo año ese valor alcanza a un 54% (Vittengl et. al., 2007).

Los terapeutas cognitivos se hicieron eco de estos hallazgos y respondieron con nuevas propuestas. El punto de partida de estas innovaciones fue sostener la necesidad de agregar, al programa estándar estimado en 16 sesiones, una fase adicional, de continuidad, que ayude a sostener los resultados obtenidos al final del tratamiento. El programa diseñado con estos objetivos que más difusión alcanzó hasta el momento ha sido la Terapia Cognitiva para la Depresión Basada en Mindfulness (Segal, Williams y Teasdale, 2006), un modelo de intervención breve de 8 sesiones preparado para aplicarse en formato grupal, que utiliza el entrenamiento en mindfulness como un medio para que los pacientes puedan afirmarse en los logros alcanzados.

El empleo de técnicas de meditación, y de mindfulness en particular, se extendió aceleradamente y hoy en día existen diversos abordajes que utilizan esos recursos. Estos nuevos aportes, que genéricamente se agrupan dentro de la llamada tercera ola de T.C.C., están asociados con el movimiento de la psicología positiva y constituyen un conjunto de propuestas que relevan la importancia de activar la atención plena y la aceptación, al mismo tiempo que enfatizan la potenciación de las fortalezas por sobre la lucha contra las adversidades. Los primeros informes de investigación indican la presencia de resultados promisorios, aunque resulta prematuro aventurar un juicio definitivo sobre sus alcances y sobre el tipo de situaciones clínicas en las que puedan alcanzar buenos estándares de eficiencia. Una muestra de esos efectos

positivos se desprende de un metanálisis basado en 39 estudios de tratamientos para la depresión y la ansiedad, en los que el tamaño del efecto encontrado permite alentar buenas expectativas (Hofmann et. al., 2010). Una sugerente conclusión de ese trabajo es que el entrenamiento en mindfulness puede ser una herramienta terapéutica útil no tanto en relación con perturbaciones definidas sino como un recurso básico aplicable a un amplio rango de trastornos.

Esto se relaciona con la propuesta de los abordajes transdiagnósticos, una alternativa a los manuales de tratamiento para perturbaciones específicas. Este nuevo modelo de intervención, basado en la evidencia empírica de que existen factores comunes que subtienden a diversas patologías, apunta a la aplicación de una terapia psicológica breve y compacta (con pocas y probadas herramientas) que permita aplicaciones a gran escala en el ámbito primario de la salud. Su objetivo: modificar variables comunes a diferentes trastornos como la afectividad negativa que están asociadas con funciones básicas como la atención y la memoria. Se trata de una propuesta muy promisoriosa para mejorar la condición de las personas afectadas por situaciones clínicas de baja severidad.

Pero muchos pacientes siguen mostrándose resistentes a los cambios y muchos otros son proclives a reincidir en sus perturbaciones emocionales, cuando el tratamiento psicológico concluye. Todavía hoy la estabilidad de los resultados sigue siendo una preocupación de la psicoterapia y el peso de la relación con el terapeuta sigue siendo un factor, quizás demasiado responsable, de los logros del paciente. Los expertos vienen trabajando afanosamente, buscando caminos que permitan superar las limitaciones apuntadas y ayudar a reducir las eventuales consecuencias perjudiciales de la psicoterapia.

Se ha ido instalando un consenso progresivo respecto a que esas limitaciones están ligadas, en el caso de la depresión y de la ansiedad, con la fuerte carga que



ejercen las dimensiones de la personalidad (y, en especial, con aspectos vinculados a las relaciones interpersonales) sobre las situaciones clínicas que motivan la demanda de ayuda. La importancia de esa relación aconseja explorar la personalidad cuando se realiza un proceso diagnóstico frente a cualquier paciente que presenta signos de depresión mayor (Skodol et. al., 2011).

Poner en primer plano la relación entre las perturbaciones emocionales y las disfunciones de la personalidad se presenta como una alternativa para desarrollar modelos de psicoterapia más efectivos. Aún cuando siempre se admitió una estrecha relación entre ambas instancias, sólo recientemente esta cuestión está recibiendo la merecida atención y recibe el apoyo de la investigación básica para su elaboración. Los avances que se están registrando en este campo constituyen un giro muy significativo tanto en psicopatología como en psicoterapia y su desarrollo se apoyó sobre dos vectores: a) la redefinición relativa al diagnóstico y clasificación de los trastornos depresivos y de ansiedad; b) el empleo, en la clínica, de un modelo que articule las dimensiones del comportamiento y de la experiencia, lo que implica colocar las dimensiones de la personalidad en el centro de la escena para comprender el curso de los procesos disfuncionales.

La renovación psicopatológica

La investigación y la práctica clínica han reunido abrumadoras pruebas de que la depresión y la ansiedad, lejos de ser dos capítulos psicopatológicos independientes, constituyen dos perturbaciones que comparten importantes aspectos, lo que justifica considerarlas como un conjunto que puede abordarse de manera más consistente con un modelo dimensional. A ese conjunto, los expertos lo denominaron el espectro de las perturbaciones emocionales, donde están representadas en un continuo, todas las formas patológicas que integran los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad.

De hecho, en nuestra actividad cotidiana, observamos que los pacientes utilizan alternativamente conceptos relativos a emociones de tonalidad depresiva y ansiosa, intercambiándolos de manera espontánea cuando describen su experiencia disfuncional. Los pacientes alternan, usualmente, ambos términos al relatar sus malestares. Suelen decir: “me siento muy deprimido, muy bajoneado, tengo mucha angustia y siento miedo por lo que tengo que enfrentar”, o “siento que no soy el mismo de siempre, siento que perdí el control y puedo enloquecer, no me dan ganas de hacer nada y perdí la voluntad hasta para comer”.

Los investigadores exploraron el tema, procesando datos provenientes tanto de la observación clínica como de la aplicación de instrumentos de evaluación que permitieron identificar la existencia de un poderoso factor común de amplio espectro que reúne las manifestaciones correspondientes a las diversas patologías incluidas dentro de los capítulos correspondientes a trastornos del estado del ánimo y trastornos de la ansiedad. Este factor general fue denominado Afectividad Negativa y aparece como el principal responsable de las perturbaciones emocionales en general. Expresa la tendencia de ciertas personas a realizar evaluaciones negativas de las circunstancias que les toca vivir, lo que favorece una representación debilitada de su capacidad para afrontar las dificultades y los obstáculos cotidianos. En todas las personas que padecen estados depresivos y ansiosos, ese factor se encuentra claramente acentuado respecto de la población normal.

Dadas estas condiciones comunes, quedaba por explicar las diferencias en las manifestaciones fenomenológicas y dinámicas que distinguen a las personas que muestran signos dominantes de depresión o de ansiedad. A continuación, se identificó la existencia de un factor más específico de primer orden, la Afectividad Positiva, que se encuentra disminuido solamente entre quienes presentan manifestaciones depresivas, manteniéndose dentro de valores normales entre quienes tienen signos de ansiedad (Watson, 2005). Este modelo bipartito de



las perturbaciones emocionales se amplió luego, con la posterior identificación de otro factor específico, denominado Hiperactivación Fisiológica, que aparece aumentado entre las personas ansiosas y se mantiene dentro de un rango normal entre los depresivos. Este modelo tripartito alcanzó gran difusión.

El factor común de todas estas perturbaciones se superpone con el Neuroticismo, un factor de larga tradición en los estudios de la personalidad. Ha sido uno de los tres factores descriptos muchos años atrás por Eysenck y forma parte de la estructura general de los Cinco Grandes. Aquí encontramos un hilo conductor de la relación entre perturbaciones emocionales y disfunciones de la personalidad, donde reside tal vez una de las claves más promisorias para optimizar el funcionamiento de la psicoterapia.

La conexión entre los trastornos depresivos y de ansiedad con las disfunciones de personalidad es algo bien establecido en nuestra disciplina. Diversos autores (Beutler et. al. 2006; Powers y Westen, 2009) sostuvieron que un motivo central que explica el fracaso de la psicoterapia en el tratamiento de las perturbaciones emocionales es la asociación con aspectos de la personalidad del paciente. Esto no se restringe a la presencia de un trastorno de personalidad consolidado. Las dimensiones de la personalidad correspondientes a rangos normales también guardan una estrecha relación con las disfunciones emocionales (Rosellini y Brown, 2011). Así, por ejemplo, en el caso de los trastornos de pánico, diversos grupos de investigación han mostrado la asociación entre esa disfunción y los rasgos de personalidad, tal como están representados en el sistema de los Cinco Grandes. En el siguiente cuadro sintetizamos algunos datos muy relevantes, especialmente si tenemos en cuenta que constituyen una muestra muy variada de grupos de trabajo independientes de Estados Unidos, Holanda, España, Brasil y Estonia. Esta significativa convergencia de intereses en equipos tan distantes es una señal de la importancia del tema en la comunidad científica.

Como se puede apreciar, el Neuroticismo ocupa el

primer plano. En todos los estudios se encontró que ese rasgo está claramente acentuado en los pacientes con crisis de pánico, mientras que en un segundo plano aparece la Introversión. No se encontró asociación con los tres rasgos restantes (excepto con baja Cordialidad en el informe de Cuijpers), mientras que algunos estudios encontraron una asociación adicional.

Elevado Neuroticismo	Bajo nivel de Emociones Positivas	Biennu et. al. (2001, 2004)
	Baja Extraversión	Cuijpers, Straten y Donker (2005) Carrera et. al. (2006) Freire et. al. (2007) Rosellini et. al. (2010)
	Elevada Agresividad	Vöhma et. al. (2010)

Fernández-Álvarez

Aquella vinculación había sido establecida, varios años atrás, por Clark, Watson y Mineka (1994) cuando afirmaron que “el modelo clásico de terapia cognitiva sostuvo que la afectividad negativa o neuroticismo es un factor predisponente general de los trastornos emocionales... y un “arousal” elevado es un factor específico de vulnerabilidad para la ansiedad”. A continuación formularon diversas hipótesis explicativas para dar cuenta de esa relación:

- la personalidad puede ser un factor etiopatogénico de la ansiedad.
- las dimensiones de la personalidad pueden ser mediadores en el curso (y la intensidad) de los trastornos de ansiedad (sin suponer un rol causal).
- la persistencia de un trastorno de ansiedad puede provocar una modificación persistente de la personalidad.
- la personalidad y los trastornos de ansiedad pueden enfocarse como un continuo dimensional (espectro disfuncional), como epifenómenos de un proceso subyacente.

La primera conclusión que merece extraerse es la necesidad de elaborar un modelo que articule los diferentes niveles de la actividad psíquica,



reuniendo las manifestaciones del comportamiento y las estructuras básicas de la personalidad en un modelo integrado, superando el estudio y tratamiento disociado de los síntomas y las conductas disfuncionales por un lado y el modo de ser persistente del paciente y su modo de organizar la experiencia personal por el otro.

Conducta y experiencia

Hemos tomado conciencia de que, para progresar en nuestra disciplina, es indispensable abordar la clínica con una visión capaz de abarcar los distintos niveles del sistema mental, un sistema complejo y jerárquicamente organizado, en consonancia con la arquitectura jerárquica que caracteriza al sistema nervioso.

La actividad mental es un proceso unificado, cuyos componentes conectivamente articulados tienen la meta de proveer un programa de acciones consistentes con las necesidades internas y las condiciones ambientales, y que permita al individuo disponer de un modelo congruente de relación consigo mismo que geste el sentido de identidad. Este sistema se despliega transversal y longitudinalmente siguiendo un principio de complejidad progresiva acorde con las exigencias que debe ir enfrentando el individuo, paso a paso, para procesar la información que lo impacta.

En el plano sincrónico, las representaciones se distribuyen en un continuo entre significados periféricos y centrales, de acuerdo con el grado de proximidad que tienen respecto de los aspectos nucleares de la identidad, mientras que en el plano diacrónico (evolutivo), el individuo elabora un modelo mental a partir de los patrones primarios de la experiencia sobre los que se van conformando los esquemas más tardíos y superficiales.

En nuestra tarea clínica, lo que habitualmente observamos en primera instancia, aquello que sirve de base para nuestros primeros juicios y decisiones, son las expresiones que sostienen el relato con que el paciente expresa su malestar y formula

su demanda. El centro de ese relato está puesto, generalmente, sobre los síntomas que generan sufrimiento y sobre las dificultades para enfrentar las circunstancias de la vida en sus diversas áreas y niveles. Dichas manifestaciones remiten a formas de comportamiento y constituyen el medio privilegiado para que se instale la comunicación terapéutica. De ello hablan los pacientes cuando piden ayuda y a esos síntomas y problemas se refieren para transmitirnos su dolor.

¿De qué hablan las personas que padecen una perturbación emocional? Nos dicen, por ejemplo, que tienen un estado de ánimo decaído, que tienen dificultades con el sueño (duermen mucho o tienen insomnio), han perdido el interés por las cosas, no tienen voluntad para trabajar, ha desaparecido su deseo sexual, tienen ideas recurrentes de muerte. Reconocemos en estos síntomas las conductas que caracterizan la depresión. También identificamos con claridad la disfunción ansiosa cuando un paciente nos dice que tiene temores agudos de morir o de enloquecer, acompañados de una fuerte sensación de pérdida de control, temblores y taquicardia. Igualmente, reconocemos la ansiedad social cuando una persona tiene temor de enfrentar una audiencia y se siente juzgado negativamente por los demás, se sonroja y suda en exceso, especialmente en situaciones donde teme la crítica de los otros. La psicoterapia ha desarrollado un buen potencial de herramientas para afrontar esas situaciones. El primer paso para que el paciente pueda disponer de ellas es proveer un adecuado proceso de psicoeducación para que el paciente comprenda cómo es el modelo explicativo terapéutico, el esquema conceptual con el que se maneja el terapeuta y en el que se apoyan las técnicas en las que será entrenado para superar sus dificultades.

Como anticipamos, estas estrategias suelen ser útiles y ayudan a muchos pacientes... pero no son suficientes para todos.

Con frecuencia, ello es consecuencia del gravamen que ejercen aspectos de la personalidad que conspiran



contra la acción de la psicoterapia. Abordar esos aspectos requiere una perspectiva más global del funcionamiento del paciente. Uno de los desafíos más difíciles que enfrenta la psicoterapia es desentrañar las complejas relaciones entre la conducta y la experiencia con el fin de poder implementar diseños capaces de brindar ayuda consistente a las personas que presentan situaciones clínicas complejas.

Si bien en nuestra labor cotidiana estamos habituados a escuchar personas que nos piden ayuda para superar algún padecimiento en la esfera emocional, un buen número de esos pacientes revelan rápidamente, si estamos atentos a su presentación, que su experiencia personal está atravesada intensamente por condiciones relativas a su historia de vida, a dificultades vinculadas con su manera de ser, a graves obstáculos para poder llevar adelante el desarrollo de su guión, de su proyecto vital. Comienzan solicitando ayuda porque tienen algún miedo irracional o se sienten abatidos, sin ganas de vivir y poco después nos están confesando un marcado desorden en su vida cotidiana, grietas profundas en sus zonas íntimas, imposibilidad de controlar impulsos hostiles que dañan sus relaciones familiares y laborales.

Sabemos, además, que las personas tienen gran dificultad para organizar un pedido de ayuda en torno a una disfunción de su personalidad. Raramente recibimos pacientes que ubican el foco de su consulta en esa perturbación. En su lugar, concurren a ver a un terapeuta dando un rodeo que puede comenzar con una preocupación por su salud física, por sus problemas en el trabajo, pero sobre todo por un malestar emocional. Si escuchamos con atención, veremos que ese malestar emocional es, en muchos casos, la punta del iceberg de una disfunción que echa raíces en zonas profundas de la experiencia.

Un avance importante que se está registrando en nuestro campo es la elaboración de un modelo científico consistente que integre las dimensiones del comportamiento y de la experiencia, echando mano del papel de la personalidad en los procesos

disfuncionales. Ambas dimensiones forman parte de un sistema procesal y están integradas en la unidad indisoluble que existe entre los aspectos periféricos y nucleares de la actividad mental, entre los niveles superficiales y profundos de la organización psíquica, que habían resultado escindidos en dos ejes independientes.

Por muchos años, la psicopatología estuvo sometida a la tiranía del diagnóstico categorial y a un sistema aferrado a esa escisión entre la conducta y la experiencia. Esto favoreció posturas reduccionistas, como abordajes con diseños que sólo enfocaban sobre las disfunciones del comportamiento y desdeñaban el papel de la personalidad o los enfoques terapéuticos que desconocían los aportes de la ciencia básica en el estudio y en la clínica de la personalidad. Hoy, gracias a los aportes de la moderna neurociencia así como al renovado interés de los clínicos por lograr una buena articulación de sus prácticas con la investigación básica, estamos comenzando a transitar un nuevo camino en psicopatología que viene a colaborar decisivamente para perfeccionar los diseños de intervención de la psicoterapia.

Implicancias Terapéuticas

Muchas veces las personas desarrollan perturbaciones emocionales que derivan de factores desencadenantes poco profundos y que muestran un compromiso de significados periféricos. En esos casos, la terapia focalizada para activar la conducta del paciente y entrenarlo en las técnicas de afrontamiento adecuadas permitirá ayudar a la remisión de los síntomas y los resultados podrán mantenerse en el tiempo propiciando su recuperación.

Pero, cuando el diagnóstico revela la presencia de aspectos de la personalidad seriamente involucrados en la perturbación emocional del paciente, el diseño de la terapia deberá desdoblarse en dos fases: en una primera etapa, el terapeuta abordará la situación actual que genera malestar al paciente procurando ayudarlo a aliviar los síntomas que lo aquejan, facilitar el desarrollo de habilidades



que le impiden alcanzar determinados objetivos o resolver aquéllos problemas de su vida cotidiana que son obstáculos para su despliegue personal. Esta primera etapa debe complementarse con acciones orientadas a mejorar la regulación emocional con el propósito de asegurar la efectividad de las intervenciones sintomáticas. Los procedimientos a seguir y las técnicas correspondientes derivan del modelo clásico y pueden incluir un componente de activación conductual (especialmente en los casos de depresión más severa), técnicas de exposición graduada y de reevaluación cognitiva a los fines de facilitar la reestructuración de los automatismos disfuncionales. Hasta aquí hay pocas diferencias con un tratamiento focalizado de una perturbación emocional.

Sin embargo, la puesta en marcha del tratamiento deberá ir precedida de un proceso psicoeducativo con diferencias significativas respecto de los abordajes breves y focalizados. En este caso, el primer objetivo es advertir al paciente que la eliminación sintomática probablemente sea sólo el tramo inicial de un trabajo terapéutico que requerirá, en una etapa posterior, promover algunos cambios vinculados con la manera de ser del paciente. De entrada, el terapeuta comienza a operar para que el paciente establezca una relación entre las conductas que le generan malestar y algunos aspectos de su personalidad, de su forma de vida y, especialmente, de sus modos de relacionarse con los demás, especialmente con quienes forman parte de su escenario de conflicto. Esta conexión será un aspecto central del programa y es una de las cuestiones que generan mayor resistencia. ¿Por qué tanta resistencia? Lo que para los terapeutas puede resultar algo accesible, para los pacientes es algo difícil de comprender. Ayudar a que el paciente reconozca esa conexión será una tarea ardua y laboriosa que se verá facilitada si el terapeuta plantea claramente el problema desde el inicio del tratamiento. Es necesario no ahorrar esfuerzos en este punto pues de ello depende mucho del éxito ulterior de la terapia.

Desde el comienzo de la terapia y aún cuando las primeras sesiones tendrán como objetivo prioritario reducir el malestar sintomático, el terapeuta estará atento, en todo momento, a las oportunidades que aparezcan para detectar y hacer observar al paciente la presencia de factores básicos o primarios que pueden estar operando como sostén de su disfunción. Colocar como objetivo inicial la reducción sintomática cumple un doble propósito: por un lado mejorar la calidad de vida del paciente en lo cotidiano y favorecer, además, una buena adherencia al tratamiento con vistas a un trabajo que requerirá mucho tiempo y esfuerzo de su parte. Siempre existe el riesgo de que la mejoría sintomática tenga un efecto contraproducente respecto de los objetivos ulteriores de la terapia ya que, con frecuencia, el paciente puede perder motivación para el trabajo cuando ello ocurre. Esto es un fenómeno habitual en el abordaje de cualquier disfunción de la personalidad.

El segundo tramo conduce al trabajo sobre los patrones básicos. Para poder avanzar sobre ello, el terapeuta deberá haber reunido una buena cantidad de información a través de las sesiones precedentes que permita ilustrar al paciente cuáles son esos patrones y cómo funcionan en relación con su malestar. En su tarea, el terapeuta puede ayudarse con los datos provistos por un informe de evaluación respecto a la configuración dimensional de la personalidad del paciente. Hoy en día contamos, trabajando en la psicoterapia para los trastornos de la personalidad, con nuevos instrumentos teóricos y técnicos que generan promisorias perspectivas. Los cambios en este terreno están en la línea de la renovación psicopatológica que hemos comentado con anterioridad y son, probablemente, los más profundos, al punto que bien puede decirse que estamos en el umbral de una verdadera revolución nosográfica. Tenemos pruebas, en base a sólidos estudios factoriales (O'Connor, 2005), que el sistema diagnóstico que agrupaba los trastornos de personalidad en 10 categorías en torno a tres clusters presenta serias deficiencias y que los estudios



demuestran la necesidad de reemplazarlo por un sistema de base empírica, que supere aquel modelo puramente prototípico que rigió hasta el momento. El sistema clasificatorio de prototipos aunque no sea abandonado, requiere asociarse con una perspectiva ideográfica que permita un diagnóstico más ajustado a las condiciones subjetivas de la experiencia.

La conveniencia de incorporar un abordaje dimensional es una propuesta que goza de amplio consenso. La posibilidad de contar con un sistema capaz de describir el perfil dimensional que identifique los patrones básicos del paciente está facilitando nuevas intervenciones terapéuticas para intentar, de manera más efectiva, la flexibilización necesaria que permita atenuar el peso de los patrones disfuncionalmente acentuados que conspiran contra el equilibrio del paciente. Pero el gran paso que estamos dando, el camino que nos ofrece nuevos horizontes para la clínica es encontrar un sistema de compatibilidad entre la descripción del funcionamiento normal de la personalidad con sus modalidades disfuncionales.

Aunque no se han encontrado pruebas definitivas respecto de cuál es la estructura más consistente al respecto, se multiplican los informes afirmando que la estructura disfuncional de la personalidad gira alrededor de 4 ó 5 factores principales, a los cuales contribuyen un número de alrededor de 30 factores de primer orden, apoyados a su vez en subrasgos que pueden evaluarse en base a las observaciones clínicas e instrumentales respectivas. En esta dirección, para realizar un adecuado diagnóstico de los aspectos disfuncionales de la personalidad el camino más adecuado parece diferir del que hemos seguido por años. Lo más conveniente es explorar, en primer término, la estructura de rasgos básicos del individuo, para identificar en un segundo momento, cuáles son las facetas con desvíos más acentuados y observar la correspondencia de esos rasgos con aquellos elementos del funcionamiento en la vida cotidiana con eventuales consecuencias negativas. De esto último se desprende que la evaluación por

medio de instrumentos no podrá reemplazar la observación clínica, que es la fuente principal con que cuenta el terapeuta para identificar los patrones más comprometidos con los aspectos disfuncionales.

Que un paciente responda a un patrón básico de su experiencia significa que determinados rasgos de su personalidad tienen a ejercer una impronta que modula sus conductas, más allá de las condiciones específicas que rodean su vida cotidiana. Sumisión, desconfianza o suspicacia, inestabilidad emocional, restricción emocional, oposicionismo, búsqueda de estímulos son algunos de los rasgos que han recibido más atención entre los investigadores. Si un paciente tiene tendencia a operar de manera muy acentuada en cualquiera de esos rasgos, aumenta su predisposición a tener dificultades para procesar adecuadamente la información que le toca resolver.

Para detectar los patrones más involucrados con las perturbaciones emocionales es necesario explorar en detalle los relatos y el modo de conducirse del paciente durante las sesiones y en las tareas intersesión que se le pueden encomendar. Ante la presunción de haber detectado un patrón básico con esas características, el terapeuta iniciará una tarea exploratoria con el propósito de verificar su incidencia. La reiteración de un modo de ser, de una manera de reaccionar, de un estilo de relacionarse, de una modalidad de juzgar frente a contingencias variadas es la fuente principal de información. Esa reiteración es la prueba que el terapeuta dispondrá para ilustrar al paciente la existencia de un rasgo que no es asequible para él por observación directa. Es importante no apresurarse en señalar al paciente ese hallazgo con el fin de reunir los recursos heurísticos necesarios.

Esta tarea y la consiguiente labor tendiente a que el paciente pueda conectar esos rasgos con las consecuencias negativas que se expresan en sus perturbaciones emocionales es un objetivo difícil de alcanzar. Se requiere una labor muy paciente y una elevada tolerancia frente a la elevada resistencia



que acompaña estos procesos lentos y a largo plazo. Hay dos requisitos fundamentales para poder lograr ese objetivo: a) será necesario contar con un diseño terapéutico que otorgue relevancia al papel que cumplen las funciones metacognitivas; b) convocar en todo momento al paciente para tener una actitud muy activa de auto-observación.

Una vez identificado dicho patrón y establecida la vinculación con el trastorno emocional, el terapeuta deberá ayudar al paciente para que intente algún cambio. Cambiar un patrón básico es algo muchísimo más difícil que cambiar un hábito o una conducta específica. Más aún, un principio fundamental en este trabajo es tener presente que los cambios son graduales y lentos, pues requieren un esfuerzo sostenido de expansión de la conciencia. Las personas somos altamente resistentes frente al cambio de nuestros patrones básicos pues tenemos necesidad de defenderlos para asegurar nuestra identidad. Cuanto más primario un patrón y cuánto más nucleares sean los significados que alojan, la disposición del paciente a cambiar será menor.

Esto no significa la imposibilidad de cambiar. Supone que los cambios que se deben intentar son pequeños y requieren un proceso persistente que busque consolidar cualquier logro, pues el paciente siempre mostrará tendencia a la restauración del modo anterior. Pequeños cambios no significa cambios poco relevantes. En este terreno rige con plenitud aquel principio que nos enseña que en los fenómenos más complejos, las pequeñas modificaciones pueden acarrear importantes consecuencias. Y eso es, precisamente, lo que debe guiar la tarea terapéutica en este caso.

Un rasgo es un molde que tiende a repetirse, pero al mismo tiempo, es un cauce que admite diversas expresiones. Flexibilizar un patrón no es solamente una cuestión cuantitativa, es también un cambio de modalidad. Flexibilizar el poder de un rasgo básico es influir sobre una disposición temperamental, tanto sea atenuando o incrementando su potencia, como

llevándolo a transitar por otras sendas. Los ensayos de conducta, los juegos de rol, la construcción de escenarios imaginarios y la elaboración de relatos son algunas de las muchas herramientas de que disponen los terapeutas para inducir cambios que se lograrán por medios retóricos e indirectos antes que con instrucciones directivas.

En aquellas situaciones clínicas donde las perturbaciones emocionales están fuertemente atadas a ese tipo de patrones, sólo dicha flexibilización ayudará a sostener la mejoría del paciente.

Referencias

Addis, M.E., Hatgis, C., Cardemil, E., Jacob, K., Krasnow, A.D., y Mansfiel, A. (2006). Effectiveness of cognitive-behavioral treatment for panic disorder versus treatment as usual in a managed care setting: 2-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(2), 377-385.

Barlow, D. (2010). Negative effects from psychological treatments. *American Psychologist, 65* (1), 13-19.

Beutler, L.E., Blatt, S.J., Alimohamed, S., Levy, K.N., y Angtuaco, L. (2006). Participant factors in treating dysphoric disorders. En L.G. Castonguay y L.E. Beutler, *Principles therapeutic change that work* (pp.13-63). Oxford: Oxford University Press

Castonguay, L.G., y Beutler, L.E. (2006). *Principles of therapeutic change that work*. Oxford: Oxford University Press.

Clark, L.A., Watson, D., y Mineka, S. (1994). Temperament, personality and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 103* (1), 103-116.

Craighead, W.E., Sheets, E.S., Brosse, A.L., e Ilardi, S.S. (2007). Psychosocial treatments for major depressive disorder. En P.E. Nathan y J.M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (pp. 289-

307). Oxford: Oxford University Press.

Cuijpers, P., Geraedts, A.A., van Oppen, P., Andersson, G., Markowitz, J.C., y van Straten, A. (2011). Interpersonal psychotherapy for depression: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry, 168*(6), 581-592.

De Maat, S., Dekker, J., Schoevers, R., y De Jonghe, F. (2006). Relative efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *Psychotherapy Research, 16*(5), 562-572.

DeRubeis, R.J., Hollon, S.D., Amsterdam, J.D., Shelton, R.C., Young, P.R., Salomon, R.M., O'Reardon, J.P., Lovett, M.L., Gladis, M.M., Brown, L.L., y Gallop, R. (2005). Cognitive Therapy vs. medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry, 62*(4), 408-416.

Gray, G.V., Brody, D.S., y Johnson, D. (2005). The evolution of behavioral primary care. *Professional Psychology: Research and Practice, 36*(2), 123-129.

Hofmann, S.G., Sawyer, A.T., Witt, A.A., y Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(2), 169-183.

Hollon, S.D., DeRubeis, R. J., Shelton, R.C., Amsterdam, J.D., Salomon, R.M., O'Reardon, J.P., Lovett, M.L., Young, P.R., Haman, K.L., Freeman, B.B., y Gallop, R. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs. medication in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry, 62*(4), 417-422.

Hollon, S.D., Stewart, M.O., y Strunk, D. (2006). Enduring effects for cognitive therapy in the treatment of depression and anxiety. *Annual Review of Psychology, 57*, 285-315.

Lambert, M.J., y Ogles, B.M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. En M.J. Lambert,



Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (5ta. Ed.) (pp.139-193). Washington: A.P.A.

Mitte, K. (2005). A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. *Journal of Affective Disorder, 88*(1), 27-45.

O'Connor, B.P. (2005). A search for consensus on the dimensional structure of personality disorders. *Journal of Clinical Psychology, 61*(3), 323 – 345.

Otto, M.W., y Deveney, C. (2005). Cognitive-behavioral therapy and the treatment of panic disorder: efficacy and strategies. *Journal of Clinical of Psychiatry, 66*(4), 28-32.

Powers, A., y Westen., D. (2009). *Personality subtypes in patients with panic disorder*. *Comprehensive Psychiatry, 50*(2), 164-172.

Rosellini, A.J. y Brown, T.A. (2011). The NEO Five-Factor Inventory latent structure and relationships with dimensions of anxiety and depressive disorders in a large clinical sample. *Assessment, 18*(1), 27-38.

Segal, Z.V., Williams, J.M.G., y Teasdale, J.D. (2006). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la conciencia plena*. Bilbao: Descleé de Brouwer.

Skodol, A.E., Grilo, C.M., Keyes, K.M., Geier, T, Grant, B.F., y Hasin, D.S. (2011). Relationship of personality disorders to the course of major depressive disorder in a nationally representative sample. *American Journal of Psychiatry, 168* (3), 257-264.

Vittengel, J.R., Clark, L.A., Dunn, T.W., y Jarret, R.B. (2007). Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: a comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(3), 475-488.

Watson, D. (2005). Rethinking the mood and anxiety disorders: a quantitative hierarchical model for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology, 114*(4), 522-536.



COGNICIÓN Y
COMPORTAMIENTO

Web:
www.alamoc-web.org