

ALAMOC



Mayo 2021
Ed. N°: 006
ISSN 2683-9423

COGNICIÓN Y COMPORTAMIENTO



Publicación semestral
de ALAMOC

Web:
www.alamoc-web.org





COGNICIÓN Y COMPORTAMIENTO.

Mayo 2021 | Ed: N°: 006 | ISSN 2683-9423

Director:

Ricardo Rodríguez Biglieri

Comité científico:

Luis O. Perez Flores (PSICOSEX)
Héctor Fernández Alvarez (AIGLE)
Juan José Moles Alvarez (CIPPS)
Andrés Roussos (CONICET)
Junta Directiva de ALAMOC

Editor: FUNDACIÓN CATREC

Av. Cabildo 3073 3 "B" +5491147035269
catrecsecretaria@gmail.com

Comité Editorial:

Edgard Pacheco Luza
Julio Obst Camerini
Giselle Vetere
Oswaldo Rodrigues

Diseño gráfico: Luján Pagano

JUNTA DIRECTIVA (2019-2023)

Presidente:

Julio Obst Camerini (Argentina)

1er. Vicepresidente:

Luis Pérez Flores (Perú)

2do. Vicepresidente:

José Britos (Paraguay)

Secretario General:

Alejandro Hernandez (México)

Secretario Ejecutivo:

Martín Gomar (Argentina)

Tesorera:

Marina Galimberti (Argentina)

1er Vocal:

Oswaldo Rodrigues (Brasil)

2do Vocal:

Wilber Roberto Castellón (El Salvador)

3er Vocal:

Adriana Martinez (Uruguay)

Past-President:

Edgard Pacheco Luza (Perú)

COORDINADORES NACIONALES

Argentina: Ricardo Rodríguez Biglieri

Bolivia: Juvenal Aguilar Pacheco

Brasil: A designar

Chile: Bryan Oyarzún Quintanilla

Colombia: A designar

Costa Rica: A designar

Ecuador: Sergio Paz Wactson

El Salvador: María José Chavarría Bolaños

Guatemala: Beverly Denise Humes Guzmán

Honduras: Fátima Duarte Ortíz y Johan Leiva Yanes

México: Gerardo Salinas

Nicaragua: A designar

Panamá: Ricardo Turner

Paraguay: Licia Martínez Vazquez

Perú: Elsa Farfán Gonzáles

República Dominicana: Mayra Dietsch Rodriguez

Uruguay: Mariela Goldberg

Venezuela: Navidia García Rodríguez



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 como sobre la aplicación de distintos enfoques de las Terapias Cognitivas Conductuales y de Modificación del Comportamiento.

Además de los trabajos inéditos sujetos al reglamento, también publica artículos de profundización, de opinión o de información general sobre temas relacionados con las Terapias Cognitivas Conductuales, las psicoterapias, las ciencias sociales o la psicología en general.

INDICE:

Comentario editorial.....	05
Fundamentos de la Terapia Conductual Dialéctica para el trastorno de la personalidad borderline	07
Optimizar la calidad del envejecimiento activo en las sociedades occidentales.....	24
Artículos de opinión:	
Los Modelos y la Terapia Cognitiva.....	34
Un terapeuta sexual sexo-positivo.....	36

REGLAMENTOS:

Reglamento de publicaciones en [Español](#)
(Descargar)

Regulamento de Publicações em [Português](#)
(Descargar).



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.

XVIII CLAMOC: Lima (Perú) - 2019.



COMENTARIO EDITORIAL

En este número tenemos que despedir con un abrazo al Dr. Ricardo Rodríguez Biglieri agradeciéndole su importante trabajo a cargo del inicio y desarrollo de esta revista. Ha sido una decisión suya que respetamos renunciaren beneficio de su salud. Aprovechamos este número también para dar una cálida bienvenida a quien será a partir de ahora el nuevo director, el Dr. Guillermo Rivera Arroyo que seguirá logrando con esta revista apoyar el progreso y la difusión de las terapias cognitivas conductuales, contextuales y basadas en la evidencia.

También queremos compartir nuestra alegría por los 115 nuevos miembros de ALAMOC incorporados en los últimos 6 meses, entre los cuales deseamos destacar tres importantes asociaciones: SUAMOC (Uruguay), APTCC (Panamá) y APPCCO (Perú). Y también deseamos destacar la afiliación de dos nuevos importantes miembros individuales que nos honran con su decisión: El Dr. Wilson Vieira Melo, de Brasil, y el Dr. Héctor Fernández Álvarez, de Argentina. (Este último, acreditado como miembro honorario).

Finalmente deseamos agradecer la excelente tarea de cooperación desarrollada por la Universidad Privada de Santa Cruz (Bolivia) que nos ha permitido iniciar el entrenamiento de posgrado en TCC de 56 psicoterapeutas de Bolivia. Y también, igual cooperación hemos encontrado con la ADTCC (Rep. Dominicana) para iniciar igual plan de entrenamiento para 31 psicoterapeutas de ese país.

Como los hechos mencionados son solo los pasos iniciales del plan de ALAMOC en el corriente año, esperamos en el próximo número de esta revista informar más nuevas membresías y más nuevos cursos de entrenamiento que ya estamos gestando.

Julio Obst Camerini

Fundación CATREC

Contacto: catrecdirector@gmail.com



Fundamentos de la Terapia Conductual Dialéctica para el trastorno de la personalidad borderline

D.B.T. foundations for borderline disorders

Wilson Vieira Melo

Federación Brasileña de Terapias Cognitivas (FBTC)

Contacto: wilsonmelo1@gmail.com

Resumen:

La Terapia Dialéctica Conductual es un tratamiento estructurado, específicamente diseñado para el tratamiento de pacientes borderline graves, aunque, especialmente en la última década, se ha probado en diferentes poblaciones. Se puede realizar de forma individual y también en formato grupal para la enseñanza de habilidades. En cuanto a la comprensión de la personalidad borderline, la principal diferencia entre el enfoque convencional de la terapia cognitivo-conductual y la terapia dialéctica conductual es que la primera considera la interpretación distorsionada de los eventos como asociada con la génesis y el mantenimiento de la psicopatología. Mientras que el segundo asume que la desregulación emocional estaría asociada a las otras dificultades que enfrenta el paciente borderline en su vida, es decir, la desregulación emocional conduciría a una desregulación cognitiva, conductual e interpersonal. El propósito de este artículo es presentar los aspectos generales de la terapia conductual dialéctica.

Palabras Clave: Terapia Conductual Dialéctica, Trastorno borderline de la personalidad.

Abstract

Dialectical Behavioral Therapy is a structured treatment, specifically designed for the treatment of severe borderline patients, although, especially in the last decade, it has been tested in different populations. It can be done individually and also in a group format for the teaching of skills. Regarding the understanding of borderline personality, the main difference between the conventional approach to cognitive-behavioral therapy and dialectical behavior therapy is that the former considers the distorted interpretation of events as associated with the genesis and maintenance of psychopathology. While the second assumes that emotional dysregulation would be associated with the other difficulties that the borderline patient faces in his life, that is, emotional dysregulation would lead to cognitive, behavioral and interpersonal dysregulation. The purpose of this paper is to present the general aspects of dialectical behavior therapy.

Keywords: Dialectical Behavioral Therapy, Borderline personality disorder.



INTRODUCCIÓN

La Terapia de Conducta Dialéctica (DBT) es un tratamiento desarrollado en los años 80 y principios de los 90, inicialmente orientado a tratar a mujeres con niveles severos de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) (Linehan, 2010a). El grupo de trabajo de la división 12 de la APA lo considera el tratamiento de elección para los pacientes con TLP grave o que presentan una conducta suicida grave (Critchfield & Benjamin, 2006; Linehan et al., 2006). Tal enfoque se desarrolló después de su creadora, la psicóloga estadounidense Marsha M. Linehan, ante las innumerables dificultades que existen en los intentos, a menudo frustrados, de los profesionales por tratar a pacientes con tales características (Boritz, Barnhart, Eubanks & McMMain, 2018). Las personas diagnosticadas con TLP suelen ser muy inestables y, en cierto modo, se puede decir que lo único relativamente estable en la vida de estos individuos es su inestabilidad (DeCou, Comtois, & Landes, 2019).

Como Linehan tenía un interés personal en comprender la personalidad límite, se encargó de estudiar y leer todo lo que ya se había discutido sobre el tema, en los diferentes enfoques teóricos disponibles hasta entonces (Linehan, 2010a). A partir de entonces, se inició un tratamiento altamente estructurado, que mezcla elementos de diferentes enfoques teóricos, tanto para el tratamiento como para la gestión de situaciones de crisis a lo largo del mismo (DeCou, Comtois, & Landes, 2019). A pesar de dividir elementos con sistemas psicodinámicos, centrados en el cliente, gestálticas y estrategias paradójicas (Heard & Linehan, 1994), es la aplicación de la ciencia del comportamiento, el mindfulness y la filosofía oriental lo que define sus características esenciales.

Las personas con TLP pueden presentar numerosos patrones disfuncionales en las esferas cognitiva, emocional, conductual e interpersonal (APA, 2013). DBT propone un enfoque organizado y sistemático,

en el que un gran equipo de tratamiento comparte algunos supuestos fundamentales sobre la terapia y también sobre el paciente (Boritz, Barnhart, Eubanks & McMMain, 2018). Los individuos borderline graves a menudo intentan suicidarse como una forma de obtener alivio de su sufrimiento, o incluso debido a sus características de intensa impulsividad (APA, 2013). Este enfoque considera las conductas suicidas, por ejemplo, como una estrategia de resolución de problemas desadaptativa y utiliza las técnicas bien estudiadas y validadas empíricamente de la Terapia Cognitivo-Conductual para ayudar a los pacientes a resolver sus problemas de vida de una manera más adaptativa.

Trastorno Borderline (límite) de la personalidad

TLP se caracteriza por un patrón constante de inestabilidad en diferentes áreas de la vida de un individuo (Boritz, Barnhart, Eubanks & McMMain, 2018). Tal característica incluye las relaciones interpersonales, la autoimagen, el afecto, así como una considerable impulsividad que comienza en la edad adulta temprana y está presente en una variedad de contextos. Estos patrones son difíciles de manejar y justifican por qué estos individuos se consideraban prácticamente intratables hasta principios de la década de 1990.

Las personas con TLP suelen hacer un esfuerzo enorme para evitar el abandono, que puede ser real o incluso imaginario (Criterio 1) (APA, 2013). La percepción de abandono o rechazo inminente puede conducir a cambios profundos en la autoimagen, el afecto, la cognición y el comportamiento, lo que hace que estos individuos sean muy susceptibles a las circunstancias ambientales (Boritz, Barnhart, Eubanks & McMMain, 2018). Suelen experimentar intensos miedos ante la posibilidad de abandono e incluso enfados inapropiados ante una separación realista por un tiempo limitado o, en algunos casos más graves, cuando hay cambios inevitables en los



planes, como reacciones repentinas de intensa emoción frente a ellos, hasta el anuncio del terapeuta de que viajará unos días, o incluso antes de que finalice la cita. Tales reacciones pueden aparecer en forma de furia intensa o incluso pánico, cuando alguien importante para ellos llega unos minutos tarde o necesita cancelar una cita programada previamente. El miedo al abandono es una de las características más llamativas de TLP (Linehan, 2010a).

Las personas con TLP pueden creer que tales situaciones, interpretadas como abandono, son evidencia de que son malas o inaceptables, lo que a menudo denota creencias centrales sobre sí mismas (Beck, Freeman & Davis, 2005). Este intenso miedo al abandono está relacionado con la intolerancia de estar solo y la necesidad de tener a otras personas alrededor. Tales esfuerzos frenéticos para evitar el abandono pueden incluir actos impulsivos como la automutilación o el comportamiento suicida.

Esbastante común que las personas con TLP muestren patrones significativos de intensa inestabilidad en sus relaciones interpersonales (Criterio 2) (APA, 2013). Pueden idealizar a sus cuidadores o parejas en la primera o segunda cita, buscando pasar mucho tiempo juntos y compartiendo detalles íntimos de sus vidas en las primeras semanas o días de relación. Sin embargo, pueden pasar rápidamente de la idealización a la devaluación extrema, interpretando y consecuentemente sintiendo que el otro no los cuida o dona lo suficiente, o incluso si no están suficientemente disponibles.

Debido a este patrón, crean una persona ideal que puede ser bastante peligrosa, ya que la frustración puede inducirlos a un sentimiento de intensa decepción (Boritz, Barnhart, Eubanks & McMMain, 2018). Estos individuos pueden sentir empatía y cuidado por otras personas, pero solo con la expectativa de que la otra persona esté disponible para satisfacer sus propias demandas de necesidades afectivas. Las personas con TLP son propensas a cambios repentinos y dramáticos en su punto de vista sobre los demás, quienes, alternativamente,

pueden ser vistos como apoyos caritativos o como cruelmente punitivos (Lotufo Neto & Saffi, 2011). Tales características representan una inmensa dificultad en el tratamiento de estos pacientes, ya que el terapeuta puede pasar rápidamente de ser un "salvavidas" a ser un villano, despertando todo el miedo al rechazo y abandono característico del funcionamiento de la personalidad límite.

Otro aspecto importante es que puede haber una alteración marcada y constante de la autoimagen y el sentido de identidad (Criterio 3) (APA, 2013). Esta inestabilidad puede manifestarse a través de cambios en metas, valores o incluso aspiraciones vocacionales. Pueden cambiar repentinamente de opinión y planes sobre su carrera, identidad sexual, valores personales y amigos. Estos individuos pueden cambiar repentinamente del papel de un suplicante, que necesita ayuda, al de un justo vengador de abusos pasados (Boritz, Barnhart, Eubanks & McMMain, 2018). Aunque suelen tener una autoimagen de que son malos o malvados, las personas con este trastorno a veces pueden sentir que no existen (Melo & Fava, 2012). Tales experiencias generalmente ocurren en situaciones en las que las personas pierden una relación significativa, calidez y apoyo. Como resultado, pueden presentar una desorganización o empeoramiento del rendimiento escolar o laboral. Las vidas emocionales de las personas en el límite pueden ser sorprendentemente turbulentas y esto interfiere directamente con todas las demás áreas de sus vidas.

Una de las señas de identidad de los individuos con TLP es la impulsividad marcada, que debe estar presente en al menos dos áreas potencialmente autodestructivas (Criterio 4) (APA, 2013). Como resultado, pueden apostar dinero, gastar recursos financieros de manera irresponsable, tener un consumo compulsivo de alimentos, abusar de sustancias como el alcohol y otras drogas, tener relaciones sexuales promiscuas y sin protección o conducir peligrosamente. Las personas con personalidad límite pueden, de forma recurrente,



cometer comportamientos suicidas o actos, gestos o amenazas parasuicidas y también comportamientos de automutilación (Criterio 5) (APA, 2013). El suicidio consumado ocurre en el 8 al 10% de los casos y los comportamientos autolesivos, como cortarse o quemarse, y las amenazas y los intentos de suicidio son bastante comunes (APA, 2013; Linehan, 2010).

Los comportamientos y gestos suicidas son una forma desadaptativa para que estos individuos resuelvan sus problemas y pidan ayuda a los demás (Heard & Linehan, 1994; Melo & Fava, 2012). Estos actos autodestructivos suelen ser precipitados por la amenaza de separación o rechazo, o por expectativas de que el individuo está a punto de asumir un aumento de responsabilidades (Boritz, Barnhart, Eubanks & McMMain, 2018). Esto puede ocurrir debido a la frágil autoestima presente y la falta de confianza en uno mismo. Los episodios de automutilación pueden ocurrir durante las crisis y experiencias disociativas y, a menudo, brindan alivio debido a la reafirmación de la capacidad de sentir emociones o de confirmar y dar sentido a la creencia de que son malas. Los pacientes límite a menudo informan que el dolor físico parece aliviar el dolor emocional y la sensación de vacío que a menudo experimentan.

Las personas con TLP pueden tener una inestabilidad emocional derivada de una marcada reactividad del estado de ánimo, como episodios de disforia intensa, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas pocas horas y rara vez más de unos pocos días (Criterio 6) (APA, 2013). El estado de ánimo disfórico de estos individuos, caracterizado por sentimientos de tristeza concomitantes con irritabilidad, comúnmente se ve perturbado por períodos de ira, pánico o desesperación y rara vez se alivia con períodos de bienestar o satisfacción. Tales episodios pueden reflejar la extrema reactividad de estos individuos ante situaciones interpersonales estresantes, presentando a menudo un sentimiento crónico de vacío (Criterio 7) (APA, 2013).

Uno de los criterios diagnósticos que refleja claramente la intensa inestabilidad y desregulación

emocional de los individuos con TLP es que tienen una ira inapropiada o intensa (Criterio 8) (APA, 2013). Tal sentimiento de ira puede hacer que exhiban una desregulación conductual significativa, ya que puede ser difícil para ellos controlar sus actos de ira e impulsividad. Linehan (2010a) cuestiona el texto presentado por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5), pues, según su hipótesis teórica, los individuos borderline presentan una desregulación emocional que abarca todas las emociones. Para ella, la ira acaba siendo más observada porque se asocia más a conductas externalizantes, como la agresión, la automutilación y otras conductas impulsivas. Según este punto de vista, en las personas con TLP, las emociones negativas en su conjunto son intensas y pueden ser inapropiadas y no limitadas a la ira, como propone la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA, 2013).

Imagen 1: representación desregulación emocional



Fuente: Elaboración propia en base a Google images



Debido a esta intensa desregulación emocional, pueden demostrar un intenso sarcasmo, resentimiento permanente y arrebatos o ataques verbales (Boritz, Barnhart, Eubanks & McMMain, 2018). La ira a menudo se provoca cuando un cuidador o pareja es visto como negligente, indiferente o propenso al abandono. Estas expresiones de ira suelen ir seguidas de vergüenza y culpa y contribuyen a confirmar que son malas o intrínsecamente inaceptables (Beck et al., 2005). Tales comportamientos interfieren directamente en el manejo terapéutico de estos pacientes ya que este patrón también puede ocurrir durante las consultas, hospitalizaciones e incluso durante las llamadas telefónicas.

Durante períodos de estrés intenso, pueden ocurrir ideas paranoides transitorias o síntomas disociativos, como despersonalización y desrealización (Criterio 9) (APA, 2013), pero estos suelen ser de gravedad o duración insuficientes para garantizar un diagnóstico adicional. Estos episodios ocurren con mayor frecuencia en respuesta a un abandono real o imaginario y tienden a ser transitorios, con una duración de solo minutos u horas. El regreso o el contacto, real o percibido, del cuidador o la pareja, a menudo resulta en la remisión de tales síntomas.

El TLP es un diagnóstico menos frecuente en los hombres; El 75% de los casos corresponden a mujeres (APA, 2013). Dado que la mayoría de los pacientes son mujeres, los ejemplos cubiertos en el texto de este capítulo serán con mujeres. La prevalencia poblacional promedio se estima entre 1.6% y 5.9%, en las estimaciones más altas. En los servicios de atención primaria de salud, la prevalencia puede alcanzar el 6% y entre las personas atendidas en los servicios de salud mental para pacientes ambulatorios, la prevalencia es del 10%. Sin embargo, en los servicios de internación en clínicas y hospitales psiquiátricos, la estimación es que el 20% de los pacientes son diagnosticados con TLP (APA, 2013). Por tanto, el TLP es el trastorno de personalidad más prevalente en las poblaciones clínicas (DeCou, Comtois, & Landes, 2019). A pesar de ser un diagnóstico serio y con altos

niveles de disfuncionalidad, un dato de investigación prometedor es que su prevalencia ha disminuido con los años (APA, 2013). Hasta los 50 años, la mayoría de las personas con TLP logran una gran estabilidad en sus relaciones y funcionamiento ocupacional.

Dado que el TLP es un diagnóstico con síntomas que pueden confundirse o incluso compartirse con otros trastornos mentales, es muy importante realizar una evaluación diagnóstica adecuada. Entre los principales diagnósticos diferenciales se encuentran los trastornos depresivos y bipolares. La inestabilidad del estado de ánimo puede confundir la evaluación del médico y hacer que el diagnóstico sea poco claro o inexacto. Además, otros trastornos de personalidad, especialmente los del Cluster B (APA, 2013): trastorno de personalidad antisocial, trastorno de personalidad histriónico y trastorno de personalidad narcisista, pueden presentar características de seducción, drama y manipulación, frecuentemente observadas también en pacientes con TLP. También es importante considerar el diagnóstico de cambios de personalidad debido a otra afección médica, siempre que los datos relevantes de la historia clínica del individuo puedan estar relacionados con dichos patrones de funcionamiento de la personalidad. Además, los trastornos por uso de sustancias pueden confundirse con el TLP, ya que el uso de sustancias puede exacerbar, enmascarar o incluso atenuar las características del funcionamiento de la personalidad del individuo.

El TLP es un diagnóstico muy complejo, en el que a menudo se encuentran diagnósticos adicionales (DeCou, Comtois, & Landes, 2019). Las comorbilidades pueden hacer que la evaluación y el tratamiento sean considerablemente más complejos. Los eventos traumáticos a lo largo de la vida, como el abuso sexual, emocional y físico, pueden estar directamente asociados con la etiología de la personalidad límite. Este estilo de personalidad, según Linehan (2010a), se habría originado a partir de una vulnerabilidad biológica y temperamental, en interacción con lo que ella, en su Teoría Biosocial, denominó Entornos Invalidantes.



Teoría biosocial

La conceptualización de un caso en el DBT se basa en la Teoría Biosocial y también en el nivel de deterioro y gravedad del trastorno. Varios elementos de DBT proporcionan una estructura claramente definida para la intervención terapéutica. Esta estructura, a su vez, se traduce en una postura terapéutica colaborativa y metas y objetivos de tratamiento que se organizan jerárquicamente según la importancia que se le atribuye (Koerner & Dimeff, 2007).

Según Linehan (2010a), el problema principal del TLP es un patrón invasivo de regulación del sistema emocional. Sobre la base de esta premisa, todos los problemas de conducta (p. Ej., Comportamientos suicidas y de automutilación), así como la desregulación cognitiva (p. Ej., Pensamiento dicotómico e ideación paranoide transitoria) y problemas interpersonales (p. Ej., Inestabilidad en las relaciones) y buscar aceptación) serían consecuencias de esta desregulación emocional.

Se supone que esta desregulación emocional se deriva y se mantiene mediante factores biológicos y ambientales. Con respecto a los aspectos biológicos, dichos individuos serían vulnerables y estarían predispuestos a tal dificultad para regular sus emociones (Ebner-Priemer et al., 2005) debido a cambios en su Sistema Nervioso Central. Los pacientes con TLP tienen activaciones emocionales con mayor frecuencia y con mayor intensidad y tienden a tardar más en volver a los niveles emocionales iniciales que los individuos sin el trastorno (Stiglmayr, Grathwol, Linehan, Ihorst, Fahrenberg & Bohus, 2005).

Sin embargo, la predisposición biológica no sería suficiente para desencadenar TLP. Según Linehan (2010a), la invalidación de las necesidades emocionales del niño estaría directamente ligada a la aparición de las características de los individuos borderline. Tales experiencias se derivarían de lo que ella llamó Entornos invalidantes. Linehan (2010a) define con ese concepto aquel entorno donde el niño se percibe castigado por ser como es, comportarse como se comporta y sentir como

se siente. El individuo que crece en un entorno invalidante termina sin desarrollar un yo estable, ya que comienza a sondear el entorno en busca de pistas sobre cómo interpretar, sentir y actuar. Además, tales contingencias ambientales no brindan instrucciones claras sobre cómo actuar. La falta de una instrucción definida provoca que la personalidad se desarrolle de forma errática e inestable.

El abuso sexual infantil es el prototipo de entorno invalidante relacionado con TPB, dada la correlación observada entre el trastorno, la conducta suicida y los informes de abuso sexual infantil (Wagner & Linehan, 1997). Sin embargo, debido a que no todas las personas con TLP tienen antecedentes de abuso sexual infantil, y también porque no todas las víctimas de abuso sexual infantil desarrollan TLP, tal asociación sigue sin estar clara con respecto a las diferencias individuales. Hallazgos interesantes sugieren que la intensidad / reactividad del afecto negativo es un predictor mayor de los síntomas del TLP que el abuso sexual (Rosenthal, Cheavens, Lejuez & Lynch, 2005).

El resultado de este patrón invasivo de desregulación emocional interfiere con la capacidad de resolver problemas, lo que inevitablemente conduce a otras situaciones problemáticas. Por ejemplo, una paciente llega a su cita de terapia después de tener una discusión intensa con su pareja, que resultó en el final de la relación. Cuando el terapeuta le pregunta por el hecho, la paciente se siente muy avergonzada, permanece en silencio y se acurruca abrazándose las piernas y golpeándose la cabeza contra la silla (DeCou, Comtois, & Landes, 2019). Esta respuesta socava cualquier intento de ayuda que la terapeuta pudiera haberle ofrecido respecto al manejo de la ira en la relación con su novio y crea una nueva situación de la que la paciente se siente avergonzada, es decir, la forma en que actúa en terapia (Melo & Fava, 2012). Tales comportamientos desadaptativos, incluidos los comportamientos extremos como las acciones suicidas y parasitarias, se utilizan en un intento de resolver problemas y, en particular, ocurren durante

estados emocionales dolorosos, a menudo buscando brindar alivio (Koerner & Dimeff, 2007). A muchos pacientes les resulta difícil saber cuándo culparse a sí mismos o a otros. "Cualquiera puede controlar su propio comportamiento [como otros creen o esperan]. Como no puedo, soy manipulador o no puedo controlar mis emociones, como lo demuestra toda una vida. Esto significa que la vida siempre será una pesadilla de control sin fin".

En DBT, no se deben esperar habilidades, sino que se deben enseñar (Linehan, 2010a). Cuando una persona trata de cumplir con expectativas que no concuerdan con sus verdaderas habilidades, puede fallar, sentirse avergonzado y decidir que lo que se merece es ser castigado o incluso morir. Del mismo modo, cuando una persona adapta sus expectativas para adaptarse a sus vulnerabilidades, pero otras no lo hacen, es posible que se enoje porque nadie le ofrece ayuda. Este es el gran dilema de la terapia. El terapeuta debe mantener un equilibrio dialéctico para aceptar las dificultades y validar las necesidades emocionales del paciente, mientras exige cambios. Cada proceso de terapia implica aceptar lo que eres y cambiar lo que eres.

Estructura del tratamiento en la terapia conductual dialéctica

En cualquier tratamiento psicoterapéutico, es importante que el paciente pueda ser evaluado desde el punto de vista del diagnóstico descriptivo y ateo. El diagnóstico nosológico será la contraseña para saber si el paciente tiene o no indicación de DBT, así como si puede beneficiarse de un seguimiento psicofarmacológico adicional. Una adecuada evaluación diagnóstica implica la búsqueda de posibles comorbilidades, así como otra información clínica relevante para el desarrollo de una hipótesis diagnóstica confiable. Como se dijo anteriormente, la DBT se desarrolló inicialmente y se probó con éxito en el tratamiento de pacientes con TLP, especialmente aquellos con síntomas más graves (Linehan, 2010a).

DBT es un enfoque con una estructura de

intervención muy clara, en la que se requiere un compromiso total con los objetivos del tratamiento. El adecuado establecimiento de metas es condición indispensable para que el trabajo sea exitoso y, así mismo, para obtener resultados. He aquí una frase de un autor desconocido: "Donde todo es una prioridad, nada se prioriza". El DBT prioriza los problemas que primero deben abordarse como punto de partida de la terapia según la amenaza que representan para la vida, la integridad física y la calidad de vida del paciente.

El primer paso es la llamada etapa de pretratamiento, seguida de las etapas posteriores de la primera a la cuarta (Linehan, 2010a). En la etapa de pretratamiento, como en otros enfoques de terapia cognitiva, el terapeuta y el paciente establecen una relación de trabajo colaborativo y acuerdan los objetivos esenciales y el método de tratamiento. No es necesario establecer un contrato por escrito, pero es esencial que exista un acuerdo verbal genuino sobre los objetivos del tratamiento.

Las combinaciones pueden variar de un paciente a otro, según el alcance de los objetivos y la gravedad del trastorno. Comúnmente, estos aspectos implican no estar intoxicado para las consultas y tampoco llegar tarde a ellas, advirtiéndole que no podrá asistir, en lugar de simplemente perderse, los arreglos generales sobre el uso de las llamadas telefónicas como recurso terapéutico, además de otros arreglos financieros y de compromiso. con investigación, cuando corresponda. Dada la gravedad de muchos casos, uno de los acuerdos que se deben realizar en esta etapa de pretratamiento es el compromiso de un año de tratamiento. El paciente se compromete, dentro de estos primeros 12 meses, a no intentar suicidarse, a no mutilarse, a no consumir sustancias como el alcohol y otras drogas de forma abusiva, a utilizar la medicación según la prescripción y a seguir todas las combinaciones establecidas por la terapia. Solo después de que se haya contraído este compromiso, podrá iniciarse la primera etapa de DBT. La duración de la etapa de pretratamiento



puede variar desde solo una o dos visitas hasta varios meses, dependiendo de cada individuo. A menudo, en esta etapa del tratamiento, los principios de la Entrevista Motivacional (Miller & Rolnick, 2001) pueden utilizarse como estrategia terapéutica para ayudar en el compromiso con el trabajo que comienza (Esposito-Smythers, Walsh, Spirito, Rizzo, Goldston, & Kaminer, 2012; McMurrin, Cox, Coupe, Whitham & Hedges, 2010).

Después de la fase de pretratamiento, comienza la primera etapa, indicada para los casos más graves de DBP. En esta etapa, el objetivo son las conductas necesarias para lograr un aumento inmediato de la esperanza de vida, control de las acciones y vínculo suficiente para el tratamiento, además de las capacidades conductuales para lograr estos objetivos (Linehan, 2010a). El tiempo de tratamiento debe asignarse para dar prioridad a los siguientes brotes, enumerados en orden de importancia:

I. Comportamientos suicidas y homicidas u otras amenazas inminentes a la vida. Por razones obvias, el paciente debe estar vivo para que los demás objetivos se puedan lograr más adelante.

II. Comportamientos del paciente o terapeuta que interfieren con la terapia. El terapeuta debe intentar eliminar cualquier obstáculo que interfiera con el buen funcionamiento de la relación terapéutica que comienza. Por ejemplo, puede abordar directamente el comportamiento hostil del paciente para decirle que debe comportarse correctamente durante todo el tratamiento, de modo que él, el terapeuta, quiera seguir tratando su caso. Otros comportamientos, como los que violan las reglas de la terapia, también deben abordarse en esta etapa temprana.

III. Comportamientos que interfieren en la calidad de vida del paciente, como comorbilidades con otros trastornos menos graves, enfermedades, problemas en las relaciones interpersonales, con el sistema legal, con el trabajo / escuela o incluso con la vivienda.

IV. Déficits en las habilidades conductuales

necesarias para producir tales cambios en su vida. En DBT, la enseñanza de habilidades está presente desde las etapas iniciales del proceso hasta el momento del alta.

La DBT asume que existen algunos déficits de habilidades que son particularmente relevantes en la personalidad límite y que proporcionar el aprendizaje de estas habilidades puede ayudar a los pacientes a regular sus emociones, tolerar mejor el sufrimiento y reaccionar con mayor habilidad ante situaciones interpersonales. Además, el desarrollo de tales habilidades puede hacer que los pacientes aprendan a observar, describir y participar sin juzgar, con más conciencia y enfoque en la efectividad interpersonal (Linehan, 2010a; Melo & Fava, 2012). De esta manera, será más fácil manejar su propio comportamiento con estrategias diferentes a las empleadas anteriormente.

El trabajo en estas habilidades tiene como objetivo disminuir la desregulación cognitiva, emocional, conductual e interpersonal (DeCou, Comtois, & Landes, 2019). Por tanto, el uso de estrategias como Mindfulness se ha ampliado enormemente en el trabajo con pacientes Borderline (Bohus et al., 2004). El uso de la atención plena ayuda a estos pacientes a desarrollar la capacidad de prestar atención a sus sensaciones y sentimientos. Así, Mindfulness brinda oportunidades, además de la atención total al momento presente, la descripción sin prejuicios de los eventos y sus propias reacciones ante ellos, la participación activa en los eventos y momentos vividos y actuando de acuerdo con sus valores y metas de vida (Vandenberghe & Aquino de Souza, 2006).

Linehan (2010a) diferencia entre tres estados mentales primarios. La "mente racional" es aquella por la cual la persona se enfoca en el aspecto intelectual, el razonamiento es puramente lógico o racional. El segundo estado sería la "mente emocional", a través del cual los eventos se distorsionan para que sean consistentes con el estado emocional. Finalmente, habría una "mente sabia", responsable de agregar



conocimiento intuitivo a la experiencia emocional y al análisis lógico. Mindfulness en DBT se usa para lograr la "mente sabia" y para eso, se consideran las habilidades de "qué" y "cómo". Los del tipo "qué" implican: a) observar; b) describir y; c) participar. Las habilidades de "cómo" son: i) postura acrítica; ii) aprender a concentrar la mente y la conciencia en el momento; y iii) hacer lo que sea realmente necesario en una situación. Los ejercicios prácticos pueden servir de guía para que el paciente sienta las sensaciones de su cuerpo, los sonidos del entorno e incluir, en su caso, la solicitud de alejarse de la escena y simplemente observar (Bohus et al., 2004). Es importante recordar que observar o describir lo que sienten y piensan no significa disociarse.

Los pacientes borderline siempre se han considerado difíciles de tratar y gran parte de esta reputación se debe a dificultades en las relaciones interpersonales, ya que el terapeuta es, antes de ser terapeuta, una persona. Así, uno de los objetivos a alcanzar desde el inicio de la terapia es reducir las conductas que interfieren directamente con el tratamiento, tanto por parte del paciente como del terapeuta (Linehan, 2010a). Es decir, las conductas del paciente que interfieren con la recepción de la terapia, como no presentarse a las citas, presentar una postura no colaborativa o falta de compromiso, o la manifestación de conductas que lleven al terapeuta al límite de sus límites o que reduzcan su motivación para tratarlos, se los considera en pie de igualdad con los comportamientos del terapeuta que pueden desequilibrar la terapia. Entre las conductas del terapeuta que desequilibran la terapia se encuentra la dificultad de permanecer dialéctico (Heard & Linehan, 1994). Esto incluye aceptar demasiado las dificultades del paciente o ser extremadamente intolerante con ellas, es decir, ser demasiado flexible o demasiado rígido, etc.

Es importante señalar que en DBT las metas y los objetivos de la terapia no son solo suprimir comportamientos disfuncionales graves, sino construir una vida que valga la pena vivir para

cualquiera. De esta forma, los objetivos de la segunda etapa de la terapia son lograr experiencias no traumáticas y la conexión con el entorno (Bohus et al., 2004; Ebner-Priemer et al., 2005). Trabajar con recuerdos traumáticos derivados del entorno invalidante y experiencias negativas de la historia de la vida es la prioridad en esta etapa. El trabajo realizado en la etapa anterior es crucial para el desarrollo de la estabilidad emocional necesaria para acceder a estos recuerdos y reinterpretarlos a través de las estrategias terapéuticas de la terapia cognitiva. No hay límite de tiempo para cada etapa, variando enormemente de un paciente a otro, dependiendo de las características de cada historia de vida, recursos y habilidades individuales.

En la tercera etapa, el paciente sintetiza lo aprendido en las etapas previas, con énfasis en incrementar el autorrespeto y un sentido permanente de conexión, así como en la resolución de problemas de la vida (Heard & Linehan, 1994; Koerner & Dimeff, 2007). En esta etapa del tratamiento, la psicoterapia es similar a la psicoterapia de un paciente sin TLP, con problemas de la vida cotidiana que se pueden encontrar en la vida de cualquier persona. Los objetivos aquí son el respeto por uno mismo, el dominio de sus comportamientos y emociones, la autoeficacia, el sentido de la moralidad y una calidad de vida aceptable.

El objetivo de la terapia no es hacer que el paciente olvide las experiencias dolorosas del pasado, sino hacer posibles los recuerdos sin sufrimiento, o al menos asegurar que esos recuerdos no conduzcan a una falta de control por sobreactivación emocional. Al igual que con otros enfoques para el tratamiento del trauma (Follette & Ruzek, 2006), el DBT fomenta la adquisición de habilidades a un nivel suficiente para tener una calidad de vida razonable, así como la estabilidad del control conductual, antes de la exposición sistemática. Para los estímulos que están asociados con un trauma pasado. Así, el trabajo en la segunda etapa del DBT puede considerarse análogo al tratamiento utilizado en los casos de trastorno por estrés postraumático (APA, 2013).



La disminución en la frecuencia de conductas disfuncionales, presentes en la primera etapa, así como la velocidad de reanudación de la estabilidad emocional definen la diferencia entre las etapas. Prepararse para la segunda etapa es un proceso muy personal e idiosincrásico. En general, los pacientes están listos para la transición cuando ya no muestran comportamientos gravemente disfuncionales y pueden mantener una relación fuertemente estable en la terapia (Linehan, 2010a). En la tercera etapa, los pacientes ya demuestran mayores habilidades para afrontar por sí mismos las pistas relacionadas con las experiencias traumáticas, y es cuando se hace una revisión y síntesis de las fases anteriores, con énfasis en la resolución de problemas.

La cuarta etapa se centra en la sensación de incompletitud que experimentan muchas personas en el límite, incluso después de que sus problemas de vida se hayan resuelto esencialmente (Koerner & Dimeff, 2007). Para muchos, los objetivos de esta etapa final del tratamiento quedan fuera del ámbito de la terapia tradicional y dentro de una práctica espiritual que da lugar a una mayor capacidad de libertad, alegría o incluso realización espiritual. Linehan (2010a) afirma que muchos pacientes pueden buscar esta sensación de plenitud a través de la meditación, la religión y otras prácticas espirituales, y que no todos los pacientes necesitan o pueden llegar a esta última etapa del tratamiento.

Aunque las cuatro etapas se presentan de manera lineal, la progresión a través de ellas no ocurre necesariamente de esta manera. A menudo, la redefinición de los objetivos del tratamiento y la recombinación con respecto al compromiso que ya se había discutido en la etapa de pretratamiento vuelve a ponerse de relieve durante las fases posteriores del mismo (Linehan et al., 2006). La transición de la primera a la segunda etapa, por ejemplo, puede resultar bastante difícil para muchos pacientes porque el trabajo de exposición puede conducir a una activación emocional intensa y dolorosa y, en consecuencia, a una falta de control conductual.

Solución de problemas de la terapia conductual dialéctica

Muchos pacientes con TLP tienen comorbilidades con otros trastornos mentales (APA, 2013). DBT utiliza protocolos validados empíricamente para el tratamiento de diferentes trastornos que pueden estar asociados con el diagnóstico de TLP. Al igual que con otros enfoques de la terapia cognitiva, los principios de la ciencia del comportamiento y el análisis del comportamiento se utilizan para determinar el control de variables para tratar los problemas de comportamiento.

Una vez que el terapeuta y el paciente desarrollan los objetivos y las combinaciones, el paciente comienza a monitorear los comportamientos que han acordado apuntar en el tratamiento (Linehan, 2010a). Tan pronto como ocurre una de las conductas problemáticas, el terapeuta dual y el paciente realizan un análisis exhaustivo de los eventos y factores situacionales que han ocurrido antes, durante y después de la situación en cuestión. El propósito de proporcionar un análisis de la cadena es proporcionar una descripción precisa y razonablemente completa de los eventos de comportamiento y ambientales asociados con el problema de comportamiento (Zeifman, Boritz, Barnhart, Labrish, & McMMain, 2020). Mientras el terapeuta y el paciente discuten una cadena de eventos, el primero destaca los comportamientos disfuncionales, enfocándose en las emociones y ayudando al paciente a darse cuenta y reconocer los patrones entre esta y otras situaciones problemáticas en su vida. Juntos identifican dónde una respuesta alternativa del paciente podría haber producido cambios positivos y por qué no se produjeron respuestas más hábiles (Heard & Linehan, 1994; Koerner & Dimeff, 2007). Este proceso de análisis en cadena, momento a momento a lo largo del tiempo, determina qué variables controlan e influyen en la ocurrencia de cada comportamiento problemático señalado y la forma en que ocurre.

Cuatro pilares sustentan este proceso de cambio de patrones relacionados con las conductas

problemáticas: entrenamiento de habilidades, procedimiento de exposición, manejo de contingencias ambientales y reestructuración cognitiva (Linehan, 2010a). Si el análisis de la cadena revela un déficit de capacidades, como la falta de habilidades necesarias en el repertorio del paciente, estas habilidades deben enseñarse (DeCou, Comtois, & Landes, 2019). Por otro lado, si el individuo tiene las habilidades, pero las emociones, las contingencias ambientales y las distorsiones cognitivas interfieren con el comportamiento más hábil, el terapeuta usa los principios básicos de exposición, manejo de contingencias y reestructuración cognitiva para ayudar al paciente a superar estas barreras usando sus habilidades (Zeifman et al, 2020). Capacidades en cualquiera de las situaciones, es el análisis de la cadena el que proporcionará los elementos que definirán la mejor estrategia a utilizar en cada uno de los diferentes casos.

Tratar a pacientes con trastornos graves, crónicos y múltiples requiere conocer los diferentes protocolos de tratamiento para cada una de las diferentes psicopatologías, pero también requiere que el terapeuta presente una forma cohesiva de integrarlos para tratar un escenario nunca antes cambiado (Esposito-Smythers, 2012). La tarea se vuelve aún más compleja porque el trabajo debe establecer y mantener una relación terapéutica colaborativa y productiva (DeCou, Comtois, & Landes, 2019). La aplicación de estrategias de resolución de problemas de forma flexible, asociadas al uso de protocolos de psicoterapia basados en la evidencia y también a la filosofía dialéctica, ayudan a resolver estos impasses terapéuticos.

Entrenamiento de habilidades en terapia conductual dialéctica

Según Linehan (2010a), se propone que dentro de la estructura del tratamiento existe un espacio específico para la formación de dichas habilidades. Este trabajo puede ser realizado por el terapeuta individual (primario) o por un segundo profesional,

llamado entrenador de habilidades. El capacitador de habilidades tiene la función específica de desarrollar habilidades que están dañadas en el funcionamiento del paciente y debe mantener un contacto semanal con el terapeuta individual (Wilks, Lungu, Ang, Matsumiya, Yin, & Linehan, 2018). En DBT, al terapeuta individual se le asigna la tarea de planificar el tratamiento y guiar a los otros miembros del equipo que interactúan directamente con el paciente (Zeifman et al, 2020).

El trabajo en DBT incluye el entrenamiento de habilidades como uno de los modos de tratamiento dedicado a aumentar las habilidades en áreas donde el individuo con TLP tiene déficits (Linehan, 2010a; 2010b). La formación implica enseñar y fortalecer las habilidades para regular las emociones, tolerar el sufrimiento emocional, ser más eficaz en los conflictos interpersonales y desarrollar un mayor control atencional. Como se dijo anteriormente, las habilidades en DBT no se esperan, pero se enseñan (Wilks et al, 2018). Por lo tanto, el trabajo en el desarrollo de habilidades comienza en la primera etapa del tratamiento.

El entrenamiento en habilidades de regulación emocional enseña una serie de estrategias conductuales y cognitivas para reducir las respuestas emocionales no deseadas, así como las conductas disfuncionales impulsivas que ocurren en el contexto de emociones intensas (Melo & Fava, 2012; Rosenthal et al., 2005). De esta manera, buscamos enseñar a los pacientes formas de identificar y describir emociones, dejar de evitar las emociones negativas, incrementar las emociones positivas y también cambiar las emociones negativas no deseadas (Wilks et al, 2018).

Dado que los pacientes límite tienen una hiperreactividad emocional, también es importante desarrollar habilidades para reducir y tolerar mejor el sufrimiento (Zeifman et al, 2020). El entrenamiento de habilidades para aumentar la capacidad de tolerancia al sufrimiento ayuda en el desarrollo de estrategias para controlar la impulsividad y el



control de la ira, estrategias dirigidas a enseñar cómo sobrevivir a las crisis sin consumir drogas, intentar suicidarse o realizar otras conductas disfuncionales (Bohus et al., 2004; Rosenthal et al., 2005).

Otra característica presente en la vida de la mayoría de los individuos borderline es la inestabilidad de las relaciones interpersonales (Ebner-Priemer et al., 2005). El aumento de la eficacia interpersonal se enseña a través de una variedad de habilidades de asertividad para lograr una meta, mantener relaciones y preservar el respeto por uno mismo (Zeifman et al., 2020). Finalmente, las habilidades de control de la atención se trabajan a través de estrategias de Mindfulness, centrándose en la conciencia y el desarrollo de la efectividad (Wilks et al., 2018). Dichas habilidades incluyen centrar la atención en la observación de uno mismo o en un contexto inmediato, describir las observaciones, participar espontáneamente y asumir una postura que evita el juicio (Vandenberghe & Sousa, 2006).

Si, en terapia cognitiva, la generalización de habilidades es algo muy deseado, en DBT esto es aún más necesario. Para ayudar en el proceso de generalización de las habilidades aprendidas recientemente en terapia, el terapeuta emplea recursos como el uso de llamadas telefónicas, consultas grupales y consulta con el paciente en el entorno, es decir, fuera del consultorio, cuando sea necesario (Linehan, 2010a). Aunque la adquisición de habilidades y el fortalecimiento de habilidades son responsabilidad de los entrenadores de habilidades en el contexto del grupo de entrenamiento de habilidades, es tarea del terapeuta individual ayudar a generalizar esas habilidades en todos los contextos relevantes (Wilks et al., 2018).

Validación en la terapia conductual dialéctica

Todos los pacientes se benefician de la validación de sus necesidades emocionales, pero la validación es particularmente esencial para el éxito de las estrategias de cambio para aquellos que son sustancialmente sensibles emocionalmente y

propensos a la desregulación emocional (Linehan, 2010a). Las estrategias de validación de DBT no solo están destinadas a comunicar una comprensión empática, sino también a comunicar la validez de las emociones del paciente, así como de sus pensamientos y acciones (Coyle, Shaver, & Linehan, 2018).

Los pacientes límite a menudo están acostumbrados a tratar sus propias respuestas válidas como inválidas, al igual que los propios terapeutas pueden acostumbrarse a percibir las respuestas normales como patológicas (Ebner-Priemer et al., 2005). Las estrategias de validación equilibran este punto de vista, haciendo que el terapeuta busque los puntos positivos del paciente siempre que sea posible, además de enseñarle a validarse (Coyle et al., 2018).

Por otro lado, incluso un comportamiento claramente inválido puede ser válido en términos de su eficacia (Rosenthal et al., 2005). Cuando un paciente dice que se odia a sí mismo, el odio puede ser válido, ya que es una respuesta justificable si la persona ha actuado de una manera que viola valores importantes, como si, deliberadamente y por rabia, ha hecho daño a otra persona. Cortarse los brazos en respuesta a un estrés emocional abrumador es válido, es decir, tiene sentido, ya que muchas veces produce alivio de emociones insoportables (Zeifman et al., 2020). Por otro lado, sin embargo, no es válido, ya que impide el desarrollo de otros medios para regular las emociones, provoca cicatrices y mantiene alejados a los demás. El mismo comportamiento puede ser válido e inválido al mismo tiempo (Linehan, 2010a; Wagner & Linehan, 1997). Desde esta perspectiva, todos los comportamientos pueden ser válidos de alguna manera, y el terapeuta debe esforzarse por identificar y comunicar lo que es válido con cada paciente.

En casi todas las situaciones dentro del DBT, el terapeuta puede validar que los problemas del paciente son importantes, que la tarea es difícil, que el dolor emocional y la sensación de estar fuera de control es comprensible (Coyle et al., 2018).



Asimismo, a menudo es útil validar el punto de vista del paciente sobre los problemas de la vida y sus creencias sobre cómo se podrían o no hacer cambios. En otras palabras, a menos que el paciente crea que el terapeuta realmente comprende lo doloroso, difícil de cambiar o importante que es el problema, no confiará en que las soluciones del terapeuta sean apropiadas o apropiadas. De esta forma, la colaboración y, en consecuencia, la capacidad del terapeuta para ayudar al paciente a cambiar, será inevitablemente limitada.

El proceso de validación en el DBT es fundamental para cambiar los patrones disfuncionales del paciente (Coyle et al., 2018). Por lo tanto, es necesario que el terapeuta, al mismo tiempo, comprenda completamente la perspectiva del paciente y mantenga la esperanza y la claridad sobre cómo efectuar el cambio. Es necesario navegar en aguas turbulentas, sin perder de vista el punto de llegada o, en palabras de Marsha M. Linehan, “es necesario bucear por donde los ángeles temen pasar” (Linehan, 2010a).

Dialéctica en la terapia conductual dialéctica

Dialéctica es un término derivado de la filosofía que puede tener más de un significado, según el autor o filósofo que lo emplee (Schopenhauer, 2009). Tal concepto puede ser un método de persuasión, una cosmovisión o un conjunto de suposiciones sobre la naturaleza de la realidad. En DBT, proporciona los medios prácticos para que el terapeuta y el paciente mantengan la flexibilidad y el equilibrio durante todo el proceso terapéutico (Linehan, 2010a). Una cosa puede ser tanto buena como mala, alguien puede querer y no querer una relación amorosa, y un paciente suicida puede querer vivir y morir al mismo tiempo. Decir alto y claro al terapeuta que quieres morir, en lugar de suicidarte simplemente y en silencio, contiene en tu propia acción la posición opuesta de querer acabar con tu propia vida.

La cosmovisión dialéctica impregna todo el DBT y esta perspectiva sostiene que no se puede dar

sentido a las partes, sin considerar el todo, y que la naturaleza de la realidad es holística (Melo & Fava, 2012). El terapeuta que interactúa con la paciente en terapia individual, el capacitador de habilidades y el grupo, la familia que convive con la paciente a diario, los amigos que interactúan con ella en el trabajo o el novio que vive con su intimidad (Coyle et al., 2018). Cada perspectiva es cierta, pero cada una es solo parcial. En DBT las cosas no se interpretan en términos de esto o aquello, sino de ambas alternativas, y qué más, además, puede ser (Linehan, 2010a).

Las estrategias de modificación cognitiva se basan en la persuasión dialéctica. Aunque el terapeuta a veces puede desafiar las creencias disfuncionales con técnicas como la disputa racional, el diálogo socrático o la comprobación de evidencias y pensamientos disfuncionales, como en los enfoques de segunda ola en la terapia cognitiva (Beck et al., 2005), en el DBT hay un especial énfasis en los cambios cognitivos a través de la conversación que crea una experiencia de contradicción inherente a la propia posición (Heard & Linehan, 1994; Koerner & Dimeff, 2007). Para ello, se utiliza un conjunto de estrategias terapéuticas específicas para DBT.

Estrategias dialécticas en la terapia conductual dialéctica

Las diversas estrategias dialécticas que se utilizan en DBT tienen la función de ayudar a mantener el equilibrio del proceso terapéutico, además de brindar apoyo a la cosmovisión dialéctica que sustenta la terapia (Bohus et al., 2004). La primera es que se utilizan estrategias centrales para mantener el equilibrio entre aceptación y cambio (Wilks et al., 2018). Tales estrategias dependen de la forma en que el terapeuta estructura las intervenciones, la forma en que define los comportamientos hábiles y el uso de estrategias dialécticas específicas (Coyle et al., 2018).

Las intervenciones de DBT se basan en dos formas de interactuar con el paciente, que se denominan Estilística Interacción Recíproca y Estilística Irreverente (Linehan, 2010a). El primero corresponde a la mayoría



de interacciones con el paciente y tiene la función de promover la validación. Es una forma de intervención común a muchas escuelas psicoterapéuticas, como los enfoques psicodinámicos, Gestalt, Client Centered, entre otros (Heard & Linehan, 1994). El estilístico denominado Irreverente, en cambio, tiene la función de llamar la atención del paciente, con especial utilidad en aquellos momentos en los que el terapeuta se siente manipulado o necesita cambiar el rumbo de la intervención (Linehan, 2010a).

Con fines ilustrativos, imagine la siguiente escena de una paciente de veintitantos años, diagnosticada con TLP, que, después de no estar de acuerdo con la orientación de un terapeuta, le dice: “Si crees que me vas a dar órdenes, estás jodido”, y sale por la puerta, dejando la sesión antes de que termine. Un tiempo después, llama a la terapeuta y le dice que está en un puente y que tiene la intención de arrojar allí porque nadie la entiende. Si el terapeuta opta por el estilo de Interacción Recíproca, puede hablar con calma: “Entiendo tu sufrimiento y puedo ver lo difícil que puede ser este momento para ti. Me gustas mucho y quiero poder ayudarte. ¿Crees que debería encargarme de las cosas ahora mismo? Quizás deberíamos hacer una pausa en nuestro tratamiento, o pensar en alternativas para que podamos lograr nuestros objetivos”. Por otro lado, en Irreverente estilística, el terapeuta podría simplemente responder al ataque del paciente diciendo: “Conozco buenos hospitales para tratar fracturas, si quieres una derivación”. La estilística irreverente consiste en decir lo que la paciente no espera escuchar del terapeuta y pretende llamar su atención (Linehan, 2010a). Luego, el terapeuta podría seguir el diálogo con una intervención de la Interacción Recíproca estilística.

El vínculo terapéutico es una herramienta fundamental en el tratamiento de pacientes borderline (Lotufo Neto & Saffi, 2011). Se utilizará para negociar cambios de comportamiento con el paciente durante el tratamiento. Sin embargo, “es necesario tener dinero en el banco para poder

gastarlo” (Linehan, 2010a). Una de las estrategias que ayudan a establecer el vínculo terapéutico es el uso de llamadas telefónicas. Las llamadas telefónicas se utilizan con el propósito de enseñar a los pacientes a aplicar las habilidades aprendidas en terapia en situaciones cotidianas (Coyle et al, 2018). Además, brindan tiempo de terapia adicional entre sesiones durante los períodos de crisis. Los pacientes límite a menudo necesitan apoyo adicional.

Una técnica importante en el manejo de pacientes con TLP que tienen una fuerte impulsividad y riesgo de suicidio es la técnica de 24 horas. Dicha técnica consiste en hacer un arreglo previo con el paciente de que no podrá llamar al terapeuta hasta 24 horas después de un intento de suicidio (Linehan, 2010a). Esta combinación tiene como objetivo que la paciente controle su impulsividad y busque la ayuda de los recursos terapéuticos antes de utilizar las estrategias a las que está acostumbrada. Además, el terapeuta será más útil antes del intento que después (DeCou, Comtois, & Landes, 2019).

Dado que tales comportamientos disfuncionales se consideran estrategias de resolución de problemas desadaptativos, el objetivo de la terapia también es capacitar a los pacientes para que soliciten ayuda de una manera más asertiva. Muchos llaman a la menor señal de problemas, en momentos inapropiados y, a menudo, se expresan de manera hostil (Rosenthal et al., 2005). El papel de la terapia será proporcionar nuevas habilidades para lidiar con los problemas, pero el terapeuta y el personal deben enseñar esas habilidades.

Equipo de Tratamiento y Supervisión de Terapia de Conducta Dialéctica

Tratar a pacientes en el límite es inmensamente estresante y permanecer dentro del sistema terapéutico de DBT puede ser extraordinariamente difícil (Esposito-Smythers et al., 2012; Heard & Linehan, 1994). Trabajar dentro de un equipo de tratamiento es una de las formas de permanecer dialéctico durante todo el proceso terapéutico, ya



que las reuniones de equipo que deben realizarse semanalmente, permiten al terapeuta compartir sus dificultades y obtener el apoyo necesario para seguir siendo dialéctico (Coyle et al, 2018). Estas reuniones también ayudan al equipo a no disociarse, ya que los pacientes borderline a menudo pueden manipular contingencias que estructuran la intervención, haciendo frágil el proceso de mejora.

Según (Linehan, 2010a), el equipo de trabajo debe contener un terapeuta individual, un capacitador de habilidades, un supervisor y un equipo compuesto por otros profesionales que interactúan con el paciente y que comparten los mismos supuestos que subyacen en el DBT. El terapeuta individual, que suele ser el profesional que mejor conoce a la paciente y sus dificultades, suele ser también quien tiene el mejor vínculo con ella. Por estos motivos, suele depender de él orientar a otros profesionales sobre cómo gestionar y realizar el tratamiento.

Los grupos de entrenamiento de habilidades pueden ser coordinados por el terapeuta, el entrenador de habilidades u otro profesional del equipo de DBT, dependiendo de la estructura disponible en el sitio de tratamiento (Koener, Dimeff & Swenson, 2007). Todos los profesionales que interactúan con el paciente deben estar presentes en reuniones que discutan aspectos del tratamiento, manejo en situaciones de crisis y otras particularidades de cada caso. Otros profesionales que también interactúan con el paciente, pero que no comparten necesariamente los supuestos teóricos del DBT, se denominan “otros” (Linehan, 2010a). Suelen ser un psicofarmacólogo y otros médicos, enfermeras y personal hospitalario, un acompañante terapéutico, un nutricionista, un logopeda o cualquier otro profesional.

Otro aspecto importante del tratamiento dentro de DBT es la función de supervisión. Esto tiene la importante función de orientar al terapeuta sobre cómo interactuar con el paciente, no solo en momentos de crisis sino también en periodos entre crisis, cuando hay mayor estabilidad emocional, propicia para avances importantes (Linehan, 2010a).

En DBT, el supervisor individual o el equipo de orientación del caso puede ser fundamental para ayudar a los terapeutas a controlar su comportamiento de revelación personal. El supervisor también puede utilizar su experiencia y conocimiento para presentar una visión alternativa de comprensión del caso. Un punto importante es que, como una cosmovisión dialéctica propone que la verdad no es una, el terapeuta, el supervisor y los miembros del equipo pueden estar en desacuerdo entre sí, sin que esto sea un punto muerto. La dialéctica asume que la pluralidad de interpretaciones y divergencias se aceptan como naturales. Asimismo, el DBT ayuda al paciente a aprender a tratar con las personas y sus diferencias, y de ninguna manera enseñará al entorno cómo tratar con el paciente.

CONCLUSIONES

La DBT es el tratamiento de elección para el tratamiento de pacientes diagnosticados con TLP grave, además de ser uno de los enfoques mejor estudiados y estructurados para el tratamiento de casos complejos (Critchfield & Benjamin, 2006). Sin embargo, el uso de protocolos de tratamiento basados en la evidencia fuera de un contexto de investigación no es simplemente “conectar y listo”. Algunas preguntas son importantes para orientar el trabajo del clínico, entre ellas, decidir si la mejor estrategia para cada caso particular será adoptar o adaptar el modelo previamente probado.

Algunas implicaciones a considerar incluyen el hecho de que algunas modificaciones pueden o no funcionar tan bien como el modelo original (DeCou, Comtois, & Landes, 2019). Los protocolos de terapia basados en evidencias tienen un alto nivel de control metodológico para la intervención, que incluye una estructura de tratamiento que muchas veces no se puede reproducir en un contexto ecológico, es decir, en el mundo real. Además, en el caso de la investigación, ofrecer un modelo diferente al ya probado puede generar complicaciones por aspectos éticos.



Es importante tener en cuenta algunos puntos que pueden ayudar a resolver este dilema entre adoptar o adaptar el modelo de tratamiento original (Koener, Dimeff & Swenson, 2007). La primera cuestión es aceptar radicalmente la tensión dialéctica entre los dos polos y buscar la síntesis. En segundo lugar, es necesario identificar claramente si el plan a seguir es adoptar o adaptar el modelo ya probado. En los casos en que el modelo de tratamiento se utilice por primera vez en un servicio de salud mental, es mejor comenzar con un programa piloto pequeño y firmemente enfocado. Es importante pensar en los problemas típicos de su realidad, los problemas funcionales y operativos, así como los problemas relacionados con la falta de adherencia al tratamiento. Finalmente, es fundamental utilizar toda la literatura científica disponible para aumentar las posibilidades de éxito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM 5* (5ª edición). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Beck, A.T., Freeman, A., & Davis, D.D. (2005). *Terapia cognitiva para os transtornos da personalidade* (2ª Edição). Porto Alegre: Artmed.
- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M.F., Schmahl, C., Unkel, C., Lieb, K., & Linehan, M.M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavior therapy for Borderline personality disorder: A controlled trial. *Behavior Research and Therapy*, 42(5), 487-499.
- Boritz, T., Barnhart, R., Eubanks & McMMain, S. (2018). Alliance Rupture and Resolution in Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 32, 115-128.
- Coyle, T.N., Shaver, J.A., & Linehan, M.M. (2018). On the potential for iatrogenic effects of psychiatric crisis services: The example of dialectical behavior therapy for adult women with borderline personality disorder. *Journal of Consulting and*

- Clinical Psychology*, 86(2), 116-124.
- Critchfield, K.L. & Benjamin, L.S. (2006). Principles for psychosocial treatment of personality disorder: Summary of the APA Division 12 Task Force/NASPR review. *Journal of Clinical Psychology*, 62(6), 661-674.
- DeCou, C.R, Comtois, K.A., & Landes, S.J. (2019). Dialectical Behavior Therapy Is Effective for the Treatment of Suicidal Behavior: A Meta-Analysis. *Behavior Therapy*, 50(1), 60-72.
- Ebner-Priemer, U.W., Badeck, S., Beckmann, C., Wagner, A., Feige, B., Weiss, I.; Lieb, K., & Bohus, M. (2005). Affective dysregulation and dissociative experience in female patient with Borderline personality disorder: A startle response study. *Journal of Psychiatric Research*, 39, 85-92
- Esposito-Smythers, C., Walsh, A., Spirito, A., Rizzo, C., Goldston, D.B., & Kaminer, Y. (2012). *Working with suicidal client who also abuses substances. Cognitive and Behavioural Practice*, 19(2), 245-255.
- Follette, V.M. & Ruzek, J.I. (2006). *Cognitive-behavioral therapies for trauma* (2nd edition). New York: Guilford Press.
- Heard, H.L. & Linehan, M.M. (1994). Dialectical behavior therapy: An integrative approach to the treatment of Borderline personality disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*, 4, 55-82.
- Koerner, K. & Dimeff, L.A. (2007). Overview of dialectical behavior therapy. In L.A. Dimeff & K. Koerner. *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Application across disorders and settings* (pp. 1-18). New York: The Guilford Press.
- Koener, K., Dimeff, L.A., & Swenson, C.R. (2007). Adopt or adapt? Fidelity Matters. In L.A. Dimeff & K. Koerner. *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Application across disorders and settings* (pp. 19-36). New York: The Guilford Press.
- Linehan, M.M. (2010a). *Terapia cognitivo-comportamental para o transtorno da*



- personalidade borderline: Guia do terapeuta*. Porto Alegre: Artmed.
- Linehan, M.M. (2010b). *Vencendo o transtorno da personalidade borderline com terapia cognitivo-comportamental: Manual do paciente*. Porto Alegre: Artmed.
- Linehan, M.M., Comtois, K.A., Murray, A.M., Brown, M.Z., Gallop, R.J., Heard, H.L., Korslund, K.E., Tutek, D.A., Reynolds, S.K., & Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(7), 757-766.
- Lotufo Neto, F. & Saffi, F. (2011). O vínculo terapêutico e a terapia comportamental dialéctica no transtorno da personalidade borderline. In M.R. Louzã Neto & T.A. Cordás. *Transtornos da personalidade* (pp. 293-308). Porto Alegre: Artmed.
- McMurran, M., Cox, W.M., Coupe, S., Whitham, D., & Hedges, L. (2010). The addition of a goal-based motivational interview to standardized treatment as usual to reduce dropouts in a service for patients with personality disorder: A feasibility study. *Trials*, 11(98), 1-5.
- Melo, W.V. & Fava, D.C. (2012). Oito ou oitenta? In C. B. Neufeld. *Protagonistas em terapias cognitivo-comportamentais: Histórias de vida e de psicoterapia* (pp. 165-188). Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Miller, W.R. & Rolnick, S. (2001). *Entrevista motivacional*. Porto Alegre: Artmed.
- Rosenthal, M.Z., Cheavens, J.S., Lejuez, C.W., & Lynch, T.R. (2005). Thought suppression mediates the relationship between negative affect and

- borderline personality disorder symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1173-1185
- Schopenhauer, A. (2009). *A arte de ter razão* (3ª edição). São Paulo: Martins Fontes.
- Stiglmayr, C.E., Grathwol, T., Linehan, M.M., Ihorst, G., Fahrenberg, J., & Bohus, M. (2005). Aversive tension in patients with borderline personality disorder: A computer-based controlled field study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 372-379.
- Vandenberghe, L. & Sousa, A.C.A. (2006). Mindfulness nas terapias cognitivas e comportamentais. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2(1), 35-44.
- Wagner, A.W. & Linehan, M.M. (1997). Biosocial perspective on the relationship of childhood sexual abuse, suicidal behavior, and Borderline personality disorder. In M. Zanarini. *The role of sexual abuse in the etiology of borderline personality disorder* (pp. 203-223). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Wilks, C.R., Lungu, A., Ang, S.Y., Matsumiya, B., Yin, Q. & Linehan, M.M. (2018). A randomized controlled trial of an Internet delivered dialectical behavior therapy skills training for suicidal and heavy episodic drinkers. *Journal of Affective Disorders*, 232, 219-228.
- Zeifman, R. J., Boritz, T., Barnhart, R., Labrish, C., & McMMain, S. F. (2020). The independent roles of mindfulness and distress tolerance in treatment outcomes in dialectical behavior therapy skills training. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 11(3), 181-190



Optimizar la calidad del envejecimiento activo en las sociedades occidentales

Factors to optimize the quality of aging Western societies

Navidia García Rodríguez.

ALAMOC Caracas- Venezuela

Contacto: navidia@hotmail.com

Resumen:

El envejecimiento preocupa por el aumento de la expectativa de vida; en la actualidad la esperanza de vida sobrepasa los 75 años. Esta situación lleva a considerar el qué hacer con los adultos mayores en virtud de los preconceptos arraigados en la sociedad, como son considerarlos como personas inútiles e improductiva que poco pueden aportar; lo que ocasiona un déficit conductual en la interacción social, quedando relegados en la sociedad. Para tratar de minimizar esta realidad se analizaron principios de la psicología cognitiva, positiva y de la neurociencia sobre la neuroplasticidad del cerebro. Enmarcada en la modalidad de compilación sustentada en el diseño de investigación documental, a un nivel de descriptivo. Para ello se refieren las etapas del desarrollo evolutivo del adulto, las bases teóricas que explican el envejecimiento y los factores que sugieran bienestar y calidad para un envejecimiento activo. Como conclusión se resalta que el envejecer es un proceso natural que no impone pérdidas de facultades cognitivas, es la sociocultura quien le ha dado una imagen negativa. Con una debida estimulación del cerebro y un ambiente enriquecedor se puede alcanzar un envejecimiento óptimo. Ello, impone modificar las creencias irracionales sobre el adulto mayor. Y educar sobre como envejecer en plenitud

Palabras Clave: cogniciones, envejecimiento, estímulo.

Abstract

The aging worries for the increase of the life expectancy; at present the life expectancy exceeds 75 years. This situation leads to considering them to be what to do with the major adults by virtue of the previous concepts established in the company, since they are consider to be useless persons and unproductive that small can reach; what causes a behavioral deficit in the social interaction, remaining relegated in the company. To try to minimize this reality there was analyzed beginning of the cognitive, positive psychology and of the neuroscience on the neuroplasticity of the brain. Framed in the modality of compilation sustained in the design of documentary investigation, to a level of descriptive. For it there refer the stages of the evolutionary development of the adult, the theoretical bases that explain the aging and the factors that should suggest well-being and quality for an active aging. Since conclusion highlights that aging is a natural process that does not impose losses of cognitive powers, is the sociocultura who has given him a negative image. With a due stimulation of the brain and a wealth-producing environment it is possible to reach an ideal aging. It, it imposes to modify the irrational beliefs on the major adult and the s And to educate on since aging in fullness

Keywords: Cognitions, aging, stimulation



INTRODUCCIÓN

En un futuro no muy lejano los problemas para la Tierra no solo serán por, los cambios climáticos, por en la capa de ozono o por en el recalentamiento del planeta, poco a poco, se acerca otro de mucha importancia para la humanidad. La población mundial envejece cada vez más rápido, y la estadística de 9.000 millones de habitantes se habrá superado en 2050, según previsiones de la Organización de Naciones Unidas (ONU). Las proyecciones determinan que cada vez serán más los adultos mayores. Por ello la Asamblea General de las Naciones Unidas declaró la 2020-2030 como la década del envejecimiento saludable, cuya principal estrategia es lograr el apoyo de acciones para construir una sociedad para apta para todas las edades

Aunado a esta situación poblacional la ciencia y la tecnología están asegurando al ser humano una vida más larga. Lo cual debe obligar, entonces a cada ser humano a tomar con más responsabilidad su proceso de envejecimiento, considerado este como un proceso universal, constante, irreversible e individual. Los hábitos que se adquieren y refuerzan desde el inicio del ciclo vital serán las bases para el tipo de envejecimiento que el ser biopsicosocial despliega.

Además estamos ante la paradoja, mientras los científicos hacen esfuerzos enormes para alcanzar mayor longevidad e incrementar la esperanza de vida, en términos sociales se rechaza y se descalifica a la persona, por haber envejecido. En ese perfil social que se ha impuesto la sociedad occidental se hacen procedimientos que se podrían llamar milagrosos pues niegan lo inevitable: envejecer. Estos son los llamados tratamientos anti envejecimiento.

La presente investigación resalta lo importante de envejecer con calidad de vida, pues ella denota bienestar y plenitud para el ser humano. La mayoría de los “achagues”, considerados como propios de la edad, responden más a las creencias irracionales con esta etapa de la vida. Un mejor envejecimiento

garantiza mayor suma de felicidad, aspecto necesario en la consecución se calidad de vida. Dado que no hay una fecha para decir cuando la persona es vieja, es el entorno sociocultural quien lo dice. Sin duda alguna, cuando se habla de cómo mejorar el envejecimiento se estará repercutiendo en la calidad de vida

Imagen 1: Representación calidad del envejecimiento.



Fuente: Elaboración propia en base a google images.

La calidad del envejecimiento está determinada por factores biológicos, psicológicos y sociales. Los cambios biológicos son inevitables dentro del ciclo vital. Ante estos, la conducta que ha de asumirse es enfrentarse como escultores de la propia historia de vida, valorando cada instante como una oportunidad para aprender, compartir o simplemente vivir y dejar vivir. Al asumir el propio envejecimiento, hay oportunidad de explorar las capacidades y potencialidades que se tienen para alcanzar el éxito y desarrollarse en el ámbito intelectual, corporal,



social, familiar, recreativo, afectivo, sexual.

Este comportamiento del adulto mayor debe ser activo, protagónico, conquistando espacios en la sociedad que le permitan aprender, trabajar y recrearse, acorde a las distintas etapas que pueda alcanzar.

La conducta activa y protagónica del adulto mayor le permitiera conquistar espacios en la sociedad para aprender a trabajar y recrearse, acorde a la etapa evolutiva en la que se encuentra. El fin último que todo ser humano debe aspirar es desarrollar una vida plena y activa, fortaleciendo lazos afectivos y sociales para romper con el imaginario social que segrega y excluye a la persona en la medida que envejece.

Fundamentos Teóricos

Para comprender el cómo se puede optimizar el proceso de envejecimiento es necesario tomar en cuenta que en la sociedad occidental se “castiga” el envejecer, pero cada vez se realizan más avances para garantizar la esperanza de vida. La importancia de este hecho está en que este colectivo del adulto mayor representa la cuarta parte de la población mundial, y reclama una cobertura de sus necesidades cuya satisfacción se debe realizar desde la perspectiva de los derechos humanos. Esto tiene implicaciones específicas en los ámbitos político, cultural y socioeconómico, entre otros, lo cual debería ser un desafío para las sociedades modernas.

Las causas del acelerado crecimiento de la población son múltiples, la primordial es la disminución de la mortalidad. Este descenso se ha producido como consecuencia de los avances sanitarios, económicos y tecnológicos que posibilitaron la desaparición de epidemias y la difusión de nuevas técnicas industriales. La expansión de este progreso en los países en desarrollo se produjo con celeridad, paralelo a la existencia de tasas de natalidad altas, dando lugar al fenómeno de la explosión demográfica.

Otra de las causas a señalar es el impulso demográfico el cual está referido a la tendencia que

tiene la población y sobre todo la Latinoamericana por ser una población joven, se espera de ella que al entrar en edad reproductiva tenga cada mujer por lo menos 2 hijos, lo que garantiza suficientes nacimientos y un crecimiento demográfico. En la actualidad, la tasa de crecimiento anual es de 1,2% aunque se observan grandes disparidades a nivel mundial. A su vez, el mayor crecimiento de la población se produce principalmente en los países en desarrollo.

Desarrollo Evolutivo del Adulto

Una vez conocido el crecimiento poblacional se hace necesario mostrar el desarrollo evolutivo del adulto. Este aspecto ha sido motivo de estudios recientes, pues se creía que la evolución de las personas sólo ocurría hasta la adolescencia. No obstante, la psicología evolutiva ha ocupado del desarrollo del hombre desde su nacimiento hasta el fin de sus días.

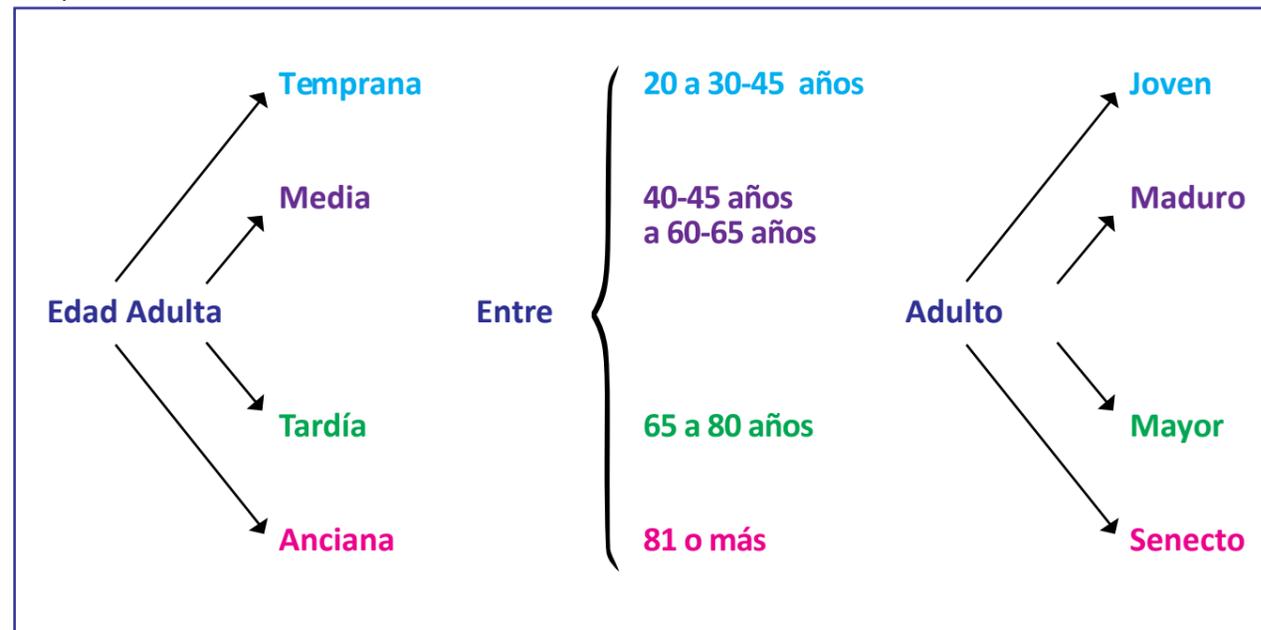
El momento de inicio de la adultez está determinado fundamentalmente por factores socioculturales. En las sociedades industrializadas se requiere de un espacio de tiempo en el ciclo vital para que las personas se formen y se preparen para asumir responsabilidades de adulto, este momento es llamado adolescencia.

El término adulto hace referencia aquella etapa de la vida en la cual se adquiere autonomía, hay plena responsabilidad en la toma de decisiones, se deben alcanzar las máximas metas desde el punto de vista sociocultural, laboral y/o profesional, afectivo, erótico, sexual así como las alianzas requeridas para el curso vital y poder observarse como un activo constructor de su propio desarrollo y contribuir en el de su comunidad o entorno sociolaboral.

Aun cuando fundamentalmente es el entorno sociocultural quien determina el inicio y final de las etapas evolutivas son sus hitos sociales en este trabajo se expone en el siguiente cuadro cronológico que la mayoría de los estudiosos del adulto asumen en cuanto a las etapas de la adultez.



Cuadro 1
Etapas de la Adultez



Fuente: Cuadro elaborado con datos tomados de Craig y Woolfolk (1988)

Teorías sobre el Envejecimiento

Por qué envejecemos es una interrogante objeto de interés desde que la especie humana fue consciente de lo perecedero de su existencia y de su inevitable limitación en el tiempo. Ya en papiros egipcios se encuentran descripciones de remedios y ungüentos que retrasaban el proceso de envejecimiento. La búsqueda de la fuente de la eterna juventud o los mitos sobre la inmortalidad que han dado lugar a páginas inolvidables en la historia de la literatura universal. En la actualidad, los científicos continúan sus estudios para dar una explicación y de ellas se han derivados teorías biológicas, psicológicas y sociales la cual se exponen a continuación.

Cuadro 2
Síntesis de las Teorías sobre el envejecimiento.

Teorías Biológicas	Teorías Psicosociales
Desgaste: Los hábitos inadecuados y la desprotección de los tejidos aceleran el proceso de envejecimiento	Afirmación: Se envejece de acuerdo a los hábitos y esquemas cognitivos que se adquieren en el curso de la vida.
Conjunción de alteración: El uso de elementos físicos y sustancias químicas pueden alterar el ADN acelerando el envejecimiento	Reciprocidad: En virtud de los cánones de belleza, la imagen negativa y las pocas opciones de participación para el adulto mayor y/o senecto, este responde aislándose
Termodinámica: La relación del hombre con su medio genera un intercambio de energía, con el tiempo la relación o intercambio varía significativamente, afectando la velocidad del envejecimiento	Productividad: La sociedad no ofrece espacios para que el adulto mayor y/o senecto pueda utilizar sus potencialidades y experiencia en el mercado laboral

Fuente: Elaboración propia.



Condicionamiento Social de la Vejez

La vejez en término social, por lo menos en las sociedades occidentales, comienza más o menos al ser adulto medio. Pero hay un indicador para todos los seres humanos, la edad biológica. Ella se entiende como la posición presente y a la expectativa respecto a su permanencia de la capacidad funcional de los sistemas vitales durante el ciclo vital.

A este transitar por el ciclo vital se le reconoce como edad, en las sociedades occidentales en la medida que se va alcanzando años se hacen descalificaciones y para algunos se hace necesario mentir en cuanto a la edad, dado que “ser viejo no es bueno”. Y si al mismo tiempo la persona en su historia de vida se reforzó lo importante de la belleza física, tendrá serios problemas en su autoestima, por creer que no cumple con los parámetros de belleza socialmente establecidos. Se encontrará con los estereotipos referentes a la vejez que dicen: “la vejez es fea”, “que ser viejo(a) es deteriorarse”, por lo que la percepción de sí mismos se ve afectada, no pueden visualizarse en forma realista, sólo tienden a ver sus defectos, sus carencias y desestiman sus cualidades y valores. Esta situación afecta su autoestima y surgen creencias irracionales como: “soy viejo/a y feo/a”, “estoy arrugado/a”, “no sirvo para nada”.

Lososny, citado por Bonilla y Méndez (1999), piensa que “auto percibirse positivamente incluye una aceptación física de la imagen corporal, de los cambios por la edad, y en lo social, que los otros acepten esa persona mayor como un ser útil y valioso” (p. 57). Percibirse de una forma positiva cuando se es viejo no es fácil, pues se ve influido por los estereotipos que maneja la sociedad. Esto hace necesario que por diversos medios, se logren establecer espacios para que las personas mayores puedan verse tal y como son pero con esquemas cognitivos positivos hacia su imagen.

La autoestima es susceptible de sufrir alteraciones y se afecta aún más cuando comienza las pérdidas. Los mitos y estereotipos pudieran influir en su forma de valorarse el adulto, por eso se debe velar por

una autoestima equilibrada que le ayude a tener conciliación consigo mismo y se torne en una garantía de relaciones interpersonales satisfactorias. No obstante, si el adulto mayor no ha logrado desarrollar relaciones interpersonales llenas de amor no tendrá un referente, y su inseguridad puede ser mayor para dar y recibir afecto.

Cuando la autoestima del adulto mayor se valora como baja, los niveles de estrés, son altos, es infeliz y se siente insatisfecho y desalentado. Esto, unido a un proceso de pérdidas, no le permite disfrutar de una vida sana y plena a nivel integral, y su sentido de identidad se ve afectado

Entonces, se sienten incapaces de decir lo que piensan, expresar sus deseos y necesidades, pues muchas veces en sus casas les abusan, no les permiten hablar y mucho menos dar su opinión acerca de asuntos relacionados con la familia, hasta se les limita la expresión de su sexualidad.

Sexualidad en la Vejez

Se considera de gran importancia tocar el aspecto de la sexualidad en la vejez, por un lado, por ser uno de los aspectos más relevantes en la existencia del ser humano que se presenta en todas las etapas de la vida y varía sus expresiones de acuerdo a ellas; por otro lado, porque gran parte de los mitos y prejuicios que giran en torno a la vejez se derivan de aspectos relacionados con la sexualidad y por último porque de este tema también se derivan varias de las enfermedades que afectan tanto a hombres como a mujeres.

La sexualidad es un conjunto de creencias, valores, actitudes y conductas que influyen de manera determinante en el comportamiento erótico, sexual y afectivo; el cual se expresa de manera individual. Sin embargo, en la sociedad occidental se le ha asignado una función esencialmente reproductora y del goce y disfrute básicamente para el adulto joven y medio. Por tanto su práctica durante momentos distinto a ese no es bien visto socialmente.

Se ha comprobado que aunque las personas

sobrepasen los cien años, el interés en el ejercicio de la función sexual se mantiene, lo consideran de gran importancia para conservar el vigor y la vitalidad. Por otro lado estudios comprobados llegaron a la conclusión de que una regular y prolongada actividad sexual es importante para la longevidad (López y Olazábal, 1988).

La importancia de la función sexual en la senectud, no es su frecuencia, sino la oportunidad que ofrecen de renovar la intimidad establecida a través de los años, así como de fortalecer la identidad con su pareja que sabe que aún puede ofrecer algo valioso para el otro, a través de una relación en la que se puede gozar con plenitud y en forma recíproca, del amor y la comprensión sembrada durante la vida.

Se debe continuar estimulando el romanticismo, ser creativo cambiar el paradigma de la genitalidad como único modo de expresión de la sexualidad. La función sexual puede añadir diez años a nuestra vida, viviendo con placer sexual hasta los cien años o más. Sin embargo, en una sociedad como la nuestra con cultura de anti envejecimiento se tienen muchos mitos en torno a la sexualidad en la vejez, mitos que muchas veces ya han sido internalizados por el viejo.

Los adultos mayores presentan cambios en su respuesta sexual entre ellos tenemos:

En el adulto mayor son:

- Disminución de la sensibilidad peneana.
- Erección más lenta y débil.
- Reducción del volumen eyaculado.
- Orgasmo sin eyaculación.
- Menor percepción de eyaculación inminente.
- Detumescencia más rápida.
- Aumento del período refractario.

Las disminuciones de la sensibilidad peneana, junto con el control y la experiencia acumuladas por el adulto mayor, sobre todo cuando tiene una pareja conocida, pueden mejorar significativamente la función sexual con la edad.



En la adulta mayor son:

- Excitación más lenta.
- Resequedad vaginal.
- Reducción del tejido lipídico de las paredes de la vulva.
- Disminución de la erección del clítoris.
- Trofismo vaginal.
- Disminución en la masa y fortaleza muscular.
- Se presentan orgasmos más cortos y menos intensos.

Los cambios físicos que ocurren en el aparato genital femenino suelen guardar relación con la deficiencia estrogénica (resequedad vaginal) pero si mantiene una frecuencia sexual parecida a la de la adultez medio, se mantendrá funcional su vagina.

Tipos de Envejecimientos

A continuación se expone definiciones de los tipos de envejecimiento esperado y en particular la del envejecimiento activo, objetivo de este trabajo.

- **Envejecimiento patológico** se refiere al proceso en el que existen enfermedades físicas o mentales.

- **Envejecimiento normal** se refiere al proceso en el que no se dan circunstancias patológicas.

- **Envejecimiento activo:** aspecto relevante de esta investigación está referida por la interacción entre variables personales y el entorno. El bienestar y la salud en la vejez, dependen de diversas variables, entre ellas las intrínsecas, los factores sociales, psicológicos. La psicología tiene un peso decisivo en la promoción del envejecimiento saludable y activo. Como señalan Fernández-Ballesteros, Moya, Iñiguez y Zamarrón (1999), existen cuatro dominios en la promoción del envejecimiento activo, sobre los que el profesional de la psicología podría intervenir:

1. Estilos de vida y funcionamiento físico.
2. Funcionamiento cognitivo.
3. Funcionamiento afectivo y afrontamiento.
4. Funcionamiento social y participación.



Para alcanzar un envejecimiento activo se requiere activar el locus de control interno el cual lleva a percibir, que los eventos ocurridos son efecto de las propias acciones del individuo. Esto implica que el adulto debe asumir mayor responsabilidad en las actuaciones y en los hábitos saludables. El adulto mayor debe actuar sin esperar la aprobación de otros, ser el encargado de realizar los esfuerzos, mostrar sus habilidades y responsabilidad personal.

Por otra parte, los ejercicios físicos y mentales son buenos predictores del envejecimiento activo. Así, nos encontramos con que las actividades operativas como: deportes adecuados a la edad, actividades culturales, actividades sociales o de ocio y tiempo libre, predicen en gran medida la supervivencia de los sujetos. (Cailliet y Groos, 1988)

De igual modo indica Fernández-Ballesteros (2003), que en la actividad está la clave para el mantenimiento y optimización de la fisiología. Lo que lleva a sugerir o recomendar para la promoción de un envejecimiento activo y transformable. La actividad en forma de ejercicios la cual es capaz de entrenar funciones físicas y/o cognitivas y además permite, compensar el declive propio de la edad y optimizar capacidades preservadas, todo ello en aras de mantener buenos niveles de capacidad funcional.

Los mecanismos que explican estos beneficios sobre la salud parecen relativos al efecto sobre los niveles de ansiedad por la regulación de los niveles de cortisol o por el aumento de la percepción de autoeficacia, siendo dichos mecanismos los que están inherentemente unidos a lo favorecedor de la actividad física, ya que, por ejemplo, dicha actividad ayuda el transporte y la utilización de oxígeno en el cerebro, lo que arroja resultados positivos luego sobre el rendimiento intelectual. (Begley, 2008)

Para Seligman (2003) este rendimiento intelectual aporta un estado de felicidad, visto éste a través de las gratificaciones y los placeres. Definiendo los placeres bajo un componente sensorial y emocional, y las gratificaciones como la capacidad de realizar

actividades para el disfrute, las cuales aseguran la permanencia de los talentos, un carácter afable el establecimientos y consecución de metas asimismo generaran durante más tiempo un efecto de bienestar y optimismo, necesario en la interacción social.

La actividad desarrollada en la red social y participación en actividades, se asocia también con el mantenimiento de la salud y bienestar en los adultos mayores. Los mecanismos explicativos de esta asociación o vínculo entre variables hacen pensar que las relaciones sociales son factores protectores del estrés y por lo tanto, de sus efectos devastadores.

Esto lleva a destacar, la importancia de promover hábitos de vida saludables, la estimulación cognitiva, el entrenamiento en habilidades emocionales, percepción de control interno y desarrollo de habilidades sociales dentro de la vida del adulto mayor como factores protectores.

El adulto mayor que hace estas afirmaciones: “yo valgo por mí mismo, por lo que soy y por lo que a pesar de todo puedo llegar a ser”, logrará ser autónomo, desde el punto de vista psicológico, y al vivir bajo la experiencia de que en lo más profundo de sí mismo sigue existiendo su propio ser como algo todavía no acabado, proyectando siempre que habrá cosas que realizar con los cuales seguirá creciendo como persona libre, liberada y liberadora.

MARCO METODOLÓGICO

Este artículo es producto de un diseño documental como parte esencial del proceso de búsqueda y análisis de la información pertinente a esta temática.

Esta estrategia permitió observar y reflexionar sistemáticamente sobre realidades teóricas y empíricas, usando para ello diferentes tipos de documentos donde se indago, interpreto y se presentaron datos e información sobre este tema seleccionado.

Se utilizaron métodos e instrumentos que permitieron obtener resultados con base para el desarrollo de este análisis.



Se trabajó con un nivel descriptivo ya que se caracterizó el envejecimiento con el fin de determinar su estructura y comportamiento, aspectos que permitieron identificar los factores para optimizar la calidad del envejecimiento. Las fuentes de la investigación fueron: enciclopedias, diccionarios y libros; artículos, revistas, tesis, informes técnicos, manuscritos y monografías, las cuales se complementaron con informaciones registradas en conferencias, discusiones académicas, seminarios, congresos, mesas redondas, consulta a especialistas.

Las técnicas de procesamiento de datos se realizaron mediante el análisis y síntesis de los documentos previamente seleccionados. Evidenciando diversidad y complejidad en la temática en estudio.

CONCLUSIONES

Como producto del análisis y aportes de las fuentes consultadas se pudo determinar que son muchos los factores que convierten a la llamada tercera edad en algo que asusta e inclusive excluye al adulto mayor de actividades sociales. Todo esto debido a una sumatoria de cambios biológicos que aparecen en el transcurrir de la vida así como las creencias irracionales manejadas por la sociedad occidental sobre este periodo de vida.

En relación a esto, generalmente aparecerá la ansiedad o la depresión como respuesta inadecuada de adaptación del organismo a los cambios que ocurren y al estigma negativo que la sociedad occidental ha dado al envejecimiento. Además, se consideran estas respuestas como propias del adulto mayor y no como una enfermedad evitando así la atención debida a estos trastornos.

Por tanto, se debe reconocer que el envejecimiento es un proceso universal, natural, gradual, individual y adaptativo, caracterizado por modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas, psicológicas y sociales propiciadas por cambios inherentes a la edad y al desgaste acumulado a lo largo de la historia del individuo. Así como por distintos factores como la genética, el estilo de vida, el estado de salud, el status

socioeconómico, las influencias del aprendizaje, los aspectos cognitivos y sociales, ocupación laboral desempeñada, el momento histórico cultural. El envejecimiento no lleva implícita la enfermedad ni el sufrimiento.

En referencia a esto, el envejecimiento debe estudiarse con el criterio de la transdisciplinariedad ya que este criterio evita la parcelación y fragmentación del conocimiento que se requiere para convertir al adulto mayor en una persona que confía en sí mismo, mantiene su autonomía, capaz de amar ser amado, expresar su sexualidad y establecer relaciones interpersonales satisfactorias a lo largo del ciclo vital.

Este tránsito por el ciclo vital se inicia desde el mismo momento de la concepción hasta la muerte. La psicología evolutiva se ha encargado de dividir este transitar en etapas: niñez, adolescencia y adultez. Y esta a su vez se divide a la adultez en otras subetapas: adulto joven, medio, mayor y senecto.

Socialmente se ha impuesto que las grandes decisiones a nivel laboral y afectivo del adulto sean también hitos sociales y que una vez cumplidas estas metas ya no queda más nada que hacer, por lo tanto se refuerza socialmente la conducta de inutilidad o pasividad en el adulto mayor.

Esto ha llevado a tener, en la sociedad occidental, una percepción social de la vejez de dependencia, deterioro físico y/o cognitivo bajo un estigma negativo; como resultado de la sobre valoración dada a la juventud y a un estereotipo de belleza física, por encima de valores y experiencias.

Esta situación lleva a ver al adulto mayor como un ser disminuido, aspecto que la neurociencia niega, afirmando: la mayoría de las facultades cognitivas descritas en el inicio de la adultez se mantienen durante todo el ciclo vital. La neurociencia ha evidenciado experiencias que revelan, ante estimulaciones adecuadas y experiencias enriquecedoras, se pueden potenciar la actividad del cerebro como órgano responsable de las emociones y el comportamiento repercutiendo así en la calidad del envejecimiento.

Se requiere de la sociedad occidental otra



concepción del envejeciente para que pueda vivir con plenitud y pueda satisfacer sus diferentes necesidades afectivas, sexuales y de participación entre otras. La persona que envejece debe adoptar estilos de vida desde más saludables, ecológicos que conlleven a patrones conductuales de optimismo y de participación activa familiar y social. Esto es un desafío social, cultural, político y económico ante la obligación de satisfacer las necesidades del adulto mayor.

Todo esto nos lleva afirmar que los factores para la optimización de la calidad de vida en el envejecimiento son: la activación de esquemas cognitivos para la creación permanente de nuevas neuronas, esta le permitirá al cerebro explorar el entorno; discernir, ordenar y crear significado y a través de ello evaluar rápidamente una situación para poder realizar la acción adecuada de inmediato y con un alto grado de precisión.

Esta activación generará, una competencia clave del cerebro del adulto mayor, desafiando su mentalidad actual con una evolución. Las conductas esperadas son leer nuevos tipos de artículos y libros, y visitar lugares donde aprender. Todas estas actividades mejoraran el vocabulario, la conceptualización y las perspectivas generales realizándolas frecuentemente hasta que se constituyan en hábitos.

Asimismo, se requiere enriquecedor donde se promuevan experiencias nuevas para que el cerebro del adulto mayor procese esas experiencias con el fin de codificar el aprendizaje y desarrollar la capacidad de desempeño, para esculpir la mente desde el mundo interno.

De la misma forma, el pensar bien es determinante pues no se puede separar mente y cuerpo. La neuroplasticidad del cerebro hará que ante un pensamiento se activen los neurotransmisores generando actividad cerebral antes de que aparezca la conducta observable. El cerebro es el órgano de la cognición y de la emoción, lo que lleva afirmar que la acción mental genera actividad cerebral. Entonces, aun cuando los pensamientos sean sutiles también

afectan la actividad cerebral. Al activarse un patrón de neuronas, se activan los neurotransmisores y se genera una intención, la cual tiene una correlación neural, un estado cerebral correspondiente, marcado por la actividad de un circuito específico.

Al pensar bien se logra mediante la forma sostenida del esfuerzo cognitivo y conductual, capturar los pensamientos negativos que incordian constantemente y sustituirlos por una actitud mental positiva, aprovechando plenamente los momentos, también se logra relacionarse mejor con los demás expresando las emociones de manera adecuada. Eliminado las creencias irracionales sobre la inutilidad y pasividad motora y cognitiva del sobre el adulto mayor sustituyéndola por: es posible mantener el vigor, la capacidad motriz, la fuerza, la agilidad y la rapidez mental.

Igualmente, el juego como una actividad de goce que permite al cerebro generar impulsos de alegría y un neuroquímico que aparece en las regiones subcorticales inferiores activa el crecimiento y desarrollo de las funciones superiores del cerebro asociadas con la corteza frontal. Se genera así una sensación de bienestar y nutre las funciones cognitivas del más alto nivel, incluyendo aquellas relacionadas con el procesamiento de incentivos y recompensas, la representación de metas y habilidades, imaginaria mental, auto-conocimiento y memoria.

Por otra parte, hacer ejercicios físicos como parte de un programa adaptado a la realidad de cada adulto mayor activa una serie de procesos encargados de mantener y proteger a las células nerviosas, llamado sistemas de neuroprotección fisiológica.

Estos factores descritos permitirán una vejez plena y placentera aceptando los cambios que se presentan y adoptando un estilo de vida saludable. Y permitiendo a las personas que se encuentre cerca de ellos la oportunidad de disfrutarlos y valorarlos por lo que han sido, lo que son y lo que hacen. Además de ponerlos en contacto con la experiencia, la madurez y una sabiduría especial que sólo se expresa cuando se ha vivido.

Es importante ayudar al adulto mayor a centrarse en el presente y futuro inmediato para que se perciba como persona capaz de ofrecer, tenga expectativas, evitando con esto que estén pendiente del tiempo final porque ser viejo es la valía por existir.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Arias, F. (1997). *El Proyecto de investigación. Guía para su elaboración*. Caracas. Revisión por Carlos Sabino. Segunda Edición. Editorial Episteme, c.a.
- Begley, S. (2008). *Entrena tu mente, cambia tu cerebro*. Bogotá. Traducción: Santiago Ochoa. Grupo Editorial Norma.
- Bonilla, F. y Méndez, A., (1999). *Autopercepción en mujeres mayores costarricenses del área rural, en Anales en Gerontología*. Costa Rica Vol.1 - N° 1, 57-67.
- Cailliet, R. y Groos, L. (1988). *Técnicas de rejuvenecimiento*. Barcelona, España. Ediciones Urano.
- Craig, G. y Woolfolk, A. (1988). *Manual de psicología y desarrollo educativo*. México. Tomo 2. Prentice – Hall Hispanoamericana, S.A.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009) *Envejecimiento activo*. Contribución de la Psicología. Ediciones Piramide. Madrid.
- Fernández-Ballesteros, R. (2003). Calidad de vida ¿es un concepto psicológico? Madrid. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*.
- Fernández-Ballesteros, R.; Moya, R.; Iñiguez, J. y Zamarrón, M. (1999). *Qué es la Psicología de la Vejez*. Madrid. Biblioteca Nueva
- Sánchez del Pino, A. (s/f). Aspectos del envejecimiento. [Documento en línea] Disponible: http://www.foros.integracionclinica.comar/w-agma-2/view.php?site=amulen&bn=amulen_ev&key=1041117425 [Consultado 2019 mayo 8]
- Seligman, M. (2003). *La autentica felicidad*. Colombia. Editorial Vergara. Grupo Zeta.



ARTICULOS DE OPINION

Los Modelos y la Terapia Cognitiva

Julio Obst Camerini

Fundación CATREC

Contacto: catrecdirector@gmail.com

Los modelos son formas de representar los hechos o la "realidad" que solo se pueden valorar en tanto sean más o menos útiles para resolver los problemas que necesitamos resolver. A medida que la investigación y el conocimiento avanzan, también aparecen nuevos modelos que resultan más eficaces y eficientes. Por eso, en ciencia, todo conocimiento es corregido y perfeccionado a través del tiempo.

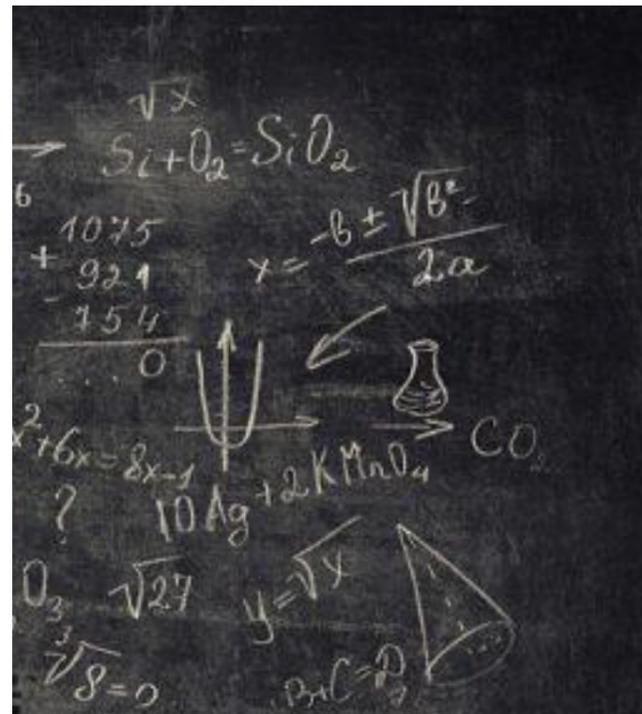
Los modelos se eligen ante cada problema de acuerdo a su eficacia y eficiencia. Esto significa que ante distintos problemas podemos usar distintos modelos. Eso es serio y científico, porque ningún modelo es "la verdad" ni es "falso", sino más útil, menos útil o nada útil.

Por ejemplo, en una ciencia rigurosa, como la física, los problemas y fenómenos de la luz se interpretan y resuelven con dos modelos totalmente distintos y hasta contradictorios. Ciertos temas se resuelven con el modelo ondulatorio (a) y otros con el modelo de los cuantos de energía (b)

Según (a), la luz es campos de fuerzas oscilatorias que se transmiten en infinitos planos en el vacío. Este modelo permite resolver problemas con lentes, prismas, espejos etc. También entender los colores.

Según (b), la luz está formada por partículas (cuantos) de energía que corresponden (o se pueden transformar) en cantidades definidas de materia. Este modelo no permite entender ni resolver los problemas citados para el modelo anterior, pero es el único que permite resolver problemas avanzados como las transformaciones de materia en energía y viceversa.

Imagen 1: Pizarrón como representación de la ciencia



Fuente: Elaboración propia en base a Perez (2019)

Actualmente ya no existen trastornos en los cuales se haya demostrado la eficacia del modelo psicoanalítico, excepto los poco frecuentes casos de los trastornos de conversión. De acuerdo a numerosas investigaciones realizadas (y según los problemas a resolver) hay por lo menos dos modelos de gran difusión y que son mayoritariamente elegidos por considerarse muy eficaces y eficientes en psicoterapia: El cognitivo

conductual y el sistémico (o interpersonal).

Posiblemente pronto sean superados por modelos más complejos basados en los crecientes conocimientos de las neurociencias (en intenso proceso de desarrollo). Un eficiente psicoterapeuta, personalmente considero que hoy debería conocer por lo menos los dos modelos que he mencionado y estar listo para considerar los que puedan empezar a aportar las neurociencias.

Las terapias cognitivas conductuales han recibido gran respaldo de la investigación desde la década del sesenta hasta la fecha y han demostrado ser sumamente eficaces en la clínica, destacándose especialmente con trastornos como la depresión, la ansiedad, los ataques de pánico, las fobias, las disfunciones sexuales, los conflictos de pareja, las adicciones, la ira y muchos otros.

Cuando me refiero a las terapias cognitivas conductuales incluyo a la Terapia Racional Emotiva Conductual originada por Albert Ellis en 1956 por preceder al mismo modelo presentado por Aaron Beck a principios de los años 1960 con otros nombres. Aunque los dos tienen algunos conceptos y propuestas diferentes, las mismas lejos de ser contradictorias son complementarias y enriquecen el modelo como he demostrado en mi tesis doctoral (Obst, J. 1999) y he desarrollado en mis libros (Obst, J. 2008 y 2014)

Algunas de las características de estas terapias son:

- Abordaje integral: emotivo, cognitivo y conductual.
- Centradas en el problema, pero muy profundas por el contenido abordado.
- Pueden considerarse breves en relación al promedio de otros abordajes.
- Incluyen tareas cotidianas, entre sesiones, que son fundamentales para el proceso de cambio.
- Perdurables en el tiempo por su acción educativa y transformadora.
- Apoyadas por las investigaciones más actuales en psicología.
- Amplia capacidad de integración de técnicas

y recursos eficaces provenientes de otros enfoques. Lo emotivo siempre ha sido parte fundamental de este modelo de terapias. El razonamiento es parte del proceso pero pocas veces es suficiente para lograr un cambio. La investigación ha confirmado que las causas de un cambio son las siguientes (en este orden de importancia):

1. Lo que nos sucede en la vida. Las experiencias fuertes que obligan a revisar y modificar creencias o esquemas.

2. Nuevos conocimientos adquiridos.

3. Auto-razonamiento (auto-reflexión).

Considero que los terapeutas tenemos que generar eso tres recursos en nuestros pacientes.

Lo primero lo logramos habitualmente a través de las tareas (fundamentales en toda terapia). Sin tareas es muy difícil e improbable lograr el cambio. No hay verdadera terapia cognitiva si no hay tareas.

Lo segundo lo logramos en las sesiones con explicaciones y con el conocido debate (que es lo que más se muestra en los textos y en los cursos, pero no es lo más importante).

Lo tercero es un objetivo de toda buena terapia cognitiva conductual: Que el paciente sea finalmente capaz de encarar y resolver futuros problemas sin necesidad de recurrir nuevamente a un psicoterapeuta.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

Obst Camerini, J. (1999) *Integración Cognitiva Social de los abordajes de Ellis (REBT), Beck (CT) y Moreno (Psicodrama)*. Universidad Argentina John F. Kennedy: Buenos Aires, Argentina.

Obst Camerini, J. (2008) *La terapia Cognitiva Integrada y Actualizada*. CATREC: Bs. Aires, Argentina.

Obst Camerini, J. (2014) *La Terapia Cognitiva Integrada y Actualizada. Segunda edición. Corregida y aumentada*. CATREC: Bs. Aires, Argentina.

Perez, M. (2019). ¿Qué es el Modelo Científico? (Ejemplo). Liferder. Recuperado de <https://www.liferder.com/modelo-cientifico/>.



Un terapeuta sexual sexo-positivo

Oswaldo Rodrigues Jr.

Instituto Paulista de Sexualidade

oswrod@uol.com.br

RESUMEN:

Un concepto de comportamientos sexuales pasa a tener importancia en la investigación y en la práctica clínica de los psicólogos en un momento histórico de globalización, de un mundo sin fronteras y que contiene gran variedad de identidades relativas a las expresiones sexuales y sociales. El comportamiento ético del psicoterapeuta debe tomar en cuenta estas posibilidades que antes eran generadoras de patologías mostradas en los manuales de enfermedades mentales. La propuesta de un psicoterapeuta sexo-positivo es poder atender a todas las personas que presentan comportamiento todavía considerados negativos o perversos.

Palabra clave: sexo positividad; perversión sexual; psicología clínica, comportamientos sexuales.

PRESENTACIÓN.

Vivimos en un mundo de constantes cambios y los psicólogos tenemos que vivir estos cambios en nuestro trabajo diario.

Nuevos términos y “nuevos” comportamientos surgen que muchas veces no estamos preparados para afrontarlos profesionalmente, tanto en la clínica como en la investigación.

Esta es la hora de la positividad sexual.

Partiendo de algunas cuestiones éticas en la psicología, tenemos que comprender nuestro rol en la sociedad. Necesitamos tener algunas competencias o capacidades además de las que recibimos del “entrenamiento formal” en la universidad y en nuestros estudios de pregrado y grado en la carrera de psicología:

- Conciencia de privilegios y apertura para cuestionar posturas
- Disposición para admitir cuando se cometen errores
- Capacidad para establecer relaciones horizontales, mostrando su condición humana
- Capacidad de manejar la psicoterapia
- Demostrar interés genuino en las personas y sus cuestiones personales
- Lograr discutir la relación y el proceso psicoterápico
- Capacidad de establecer límites en la relación

La Positividad Sexual

La positividad sexual toma en cuenta las intersecciones de la consejería en psicología con un encuadre de justicia social, bienestar y resiliencia.

Vamos a ver los aspectos fundamentales de la positividad sexual que los psicólogos deberían tomar en cuenta en su investigación, entrenamiento, teoría y práctica.

Vamos a movernos desde los modelos en sexualidad basados en la patología hacia modelos positivos de bienestar (World Health Organization, 2006).

Hay un término utilizado en inglés, “kink”, que representa un grupo de identidades y prácticas sexuales



consideradas no comunes o que no son moralmente bien aceptadas en el mundo occidental de origen ideológico europeo.

“Kink” es un término que ha sido traducido al español como perversión. Así, continúa siendo estigmatizado por muchos investigadores y profesionales en sus prácticas clínicas.

Mucho de esto es por la discreta asociación en la literatura forense de las prácticas sadomasoquistas consensuadas con la violencia sexual no consensual, lo que lleva a incluirlas a todas como psicopatología como, por ejemplo en el DSM (APA, 2013; Khan, 2015; Shindel & Moser, 2011).

El estigma y predisposición distorsionada se manifiestan en el consultorio de psicoterapia, conduciendo potencialmente a los clínicos a involucrarse en la patologización y a producir micro-agresiones y emociones de vergüenza en los clientes que se rotulan de “kink” (Barker, Iantaffi, & Gupta, 2007; Kolmes, Stock, & Moser, 2006).

Estas actitudes de los clínicos y otros profesionales contribuyen al estrés y al estigma, que perversamente justifican la patologización en una retroalimentación repetida (Khan, 2015 p. 55). Es un ejemplo de la transformación que los psicólogos tienen que aprender y comprender en un sentido más amplio.

Algunos investigadores científicos (e.g. Hook, 2007; Watkins, M., & Shulman, H, 2008) ya critican la forma en que la psicología ve la sexualidad y la terapia sexual.

Los abordajes que denominamos “sexo positivos” empiezan por asumir que existe una gran variedad de prácticas sexuales y deseos que son componentes innatos y saludables del desarrollo de los seres humanos que se conectan entre sí.

Tenemos que conocer y tener en cuenta las formas en que los clientes, los clínicos y los investigadores internalizaron en sus sistemas de creencias conceptos y actitudes negativas sobre el sexo.

Después de identificar estas influencias que denominaremos “sexo-negativas”, los psicólogos pueden explorar en forma colaborativa las maneras

en las cuales la negatividad sexual impacta en sí mismos, en sus clientes y en los que se entrenan profesionalmente para hacer investigaciones en sexualidad.

La incompreensión del aspecto central de la diversidad de la vida sexual de una persona conduce a la desconexión del terapeuta con los clientes, a un desentendimiento de las preocupaciones sexuales y a una imposición de las actitudes del psicólogo sobre sus clientes y sus supervisados. Esto involucra una visión estrecha sobre la sexualidad que será minimizada, desconsiderada y patologizada.

¿Cómo se asocian con la sexualidad los valores del psicólogo sobre el bienestar y el abordaje de la salud mental? ¿Cómo deben ser los cuestionamientos sobre la patologización de los conceptos de sexualidad?

Los textos más importantes sobre positividad sexual históricamente se publicaron afuera de la academia, en periódicos populares. (e.g., Easton & Hardy, 2009; Queen & Schimel, 1997; Queen, 2002; Taormino, 2008; Taormino, Shimizu, Penley, & Miller-Young, 2013).

Existe consenso acerca de que las prácticas sexuales y el deseo están fundamentados en perspectivas culturales, produciendo una variedad de identidades sexuales (Taormino, 2008; Williams et al., 2013). Desde las prácticas sexuales sagradas de las escrituras hindúes representadas en el Kama Sutra hasta las expresiones puritanas de la cultura anglosajona, el sexo y las creencias sobre sexo están asociadas a la cultura.

La cultura occidental tiende a conceptualizar la sexualidad saludable con parámetros culturales. Las normas culturales se documentaron en una larga variedad a través del mundo, en diferentes culturas y en diferentes momentos históricos (Popovic, 2006).

La sexo-positividad puede ser actualizada en varios temas que atraviesan la práctica de la psicología clínica:

- Justicia social
- Bienestar
- Resiliencia



Al adoptar el abordaje sexo-positivo en la práctica clínica, los psicólogos deben atender no solo a la diversidad sexual y a las diversas prácticas sexuales, sino también a las identidades culturales que en el desarrollo influyen sexo y sexualidad (Queen, 2002).

Desde esta perspectiva, la idea de “desvío” debe ser abandonada.

De esta manera, el psicólogo trataría las múltiples perspectivas relacionadas con tener amor a uno y avanzaría a la conexión con otros más (Queen, 2002).

Cuando un psicólogo trabaja las cuestiones de la sexualidad con las implicaciones de la multiculturalidad y la justicia social en mente, es importante que tenga atención y conocimiento sobre las personas que se identifican cómo asexuadas.

Por ejemplo, las personas asexuadas no se identifican o no se definen por su sexualidad. Las identidades asexuadas reflejan una gran variedad de experiencias que incluyen buscar relaciones románticas, afectuosas, pero sin foco en el sexo o la sexualidad (Scott, McDonnell, & Dawson, 2016).

El contexto cultural del deseo sexual debe ser reconocido en el entrenamiento, la supervisión y la práctica de la terapia sexual para permitir explorar los mensajes culturales que el cliente tiene sobre sexo y el deseo sexual. (Hall and Graham, 2013)

Por consiguiente, los psicólogos trabajando con personas de color, desde una perspectiva sexo-positiva deben integrar cuando trabajan la atención al racismo estructural y los traumas relativos a la raza (Hall & Graham, 2014).

Es necesario entender que la cultura, el ambiente y el contexto juegan un papel importante sobre las personas para comprender que es la sexualidad, sus auto-conceptos de ser sexual y sus habilidades (o falta de) para ver e integrar las actitudes, creencias y comportamientos relativos al sexo.

La transformación de los investigadores y de los psicoterapeutas para una práctica sexo positiva, permite que comprendan los términos y el lenguaje usados por determinados grupos.

Así, hay ciertos paralelos con los movimientos tempranos hacia las lesbianas, los gays, los bisexuales, los transgénero y los “queer”, cuando hubo un llamado de atención para el uso de un lenguaje nuevo de manera afirmativa entre los psicólogos.

Imagen 1: Pareja



Fuente: Elaboración propia en base a google images.

Aunque la mayor contribución de este llamado es más consistente con el entrenamiento y supervisión, el concepto de positividad sexual señala para clientes monógamos o no monógamos y comunidades los valores de las expresiones y deseos sexuales consensuados.

Por ejemplo, la literatura sobre HIV/SIDA y hombres gays — especialmente hombres gays de color — enfoca en los riesgos relativos al sexo anal. Esta perspectiva apunta hacia la prevención y más claramente patologiza el sexo anal, desatiende la exploración del papel del placer, los roles, los deseos, y otros factores en estos comportamientos. Desde una perspectiva sexo positiva, estos factores se



tornan primarios en pos de generar los caminos para entender y explorar — por ejemplo — el sexo anal, más que solo ver el comportamiento como un factor de riesgo para prevención de HIV/SIDA.

La positividad permite que se escape de la falsa dicotomía de normalidad versus patología, permitiendo abordar prácticas sexuales diferentes subculturas, y otros intereses con profesional curiosidad y apertura.

Este enfoque, en el caso de los “kink”, será no solo terapéutico, sino que también evitará el reforzamiento indeseado que mucha gente carga y que molesta con estigmas sexo-negativos.

La Sexo positividad, que celebra la inclusión y la diversidad en los enfoques de la sexualidad, podrá ayudar con aumentos de resiliencia en los clientes con actitudes eroto-fóbicas y podrá disminuir la negatividad internalizada que de otra manera sería generada.

Muchos individuos identificados como “kink” relatan vivencias significativas de vergüenza y angustia, desde el inicio de la comprensión de sus identidades sexuales, por ser éstas demonizadas, identificadas como perversas (Yost & Hunter, 2012).

Estamos hablando de un presente que apunta a nuestro futuro, un futuro de la profesión de psicoterapeutas sexuales apropiándose de una mirada más adecuada a la variedad de posibilidades humanas en los comportamientos y actitudes sexuales.

En un mundo donde no hay fronteras físicas, cómo en muchos acontecimientos y eventos científicos y profesionales, nosotros también debemos tener esta perspectiva.

No intentamos ser profesionales que cuidan de una comunidad pequeña, compuesta de personas iguales, estandarizadas por límites geográficos y contexto histórico que va a permanecer por décadas adelante. Desde ahora en adelante deseamos desarrollar una apertura que nos permita conocer y respetar las diversas posibilidades humanas en la expresión de la sexualidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Barker, M., Iantaffi, A., & Gupta, C. (2007). Kinky clients, kinky counselling? The challenges and potentials of BDSM. In L. Moon (Ed.), *Feeling queer or queer feelings: Radical approaches to counselling sex, sexualities and genders* (pp. 106–124). London, UK: Routledge.
- Burnes, TR; Singh, AA; Witherspoon, RG (2017). Sex Positivity and Counseling Psychology: An Introduction to the Major Contribution. *The Counseling Psychologist* 45(4):470–486
- Easton, D., & Hardy, J. W. (2009). *The ethical slut: A practical guide to polyamory, open relationships, and other adventures* (2nd ed.). Berkeley, CA: Celestial Arts/ Ten Speed Press.
- Hall, K. S. K., & Graham, C. A. (2014). Culturally sensitive sex therapy. In Y. M. Binik, & K. S. K. Hall (Eds.), *Principles and practice of sex therapy* (5th ed., pp. 334–358). New York, NY: Guilford.
- Hall, K. S. K., & Graham, C. A. (Eds.). (2013). *The cultural context of sexual pleasure and problems: Psychotherapy with diverse clients*. New York, NY: Routledge.
- Hook, D. (2007). *Foucault, psychology, and the analytics of power*. New York, NY: Palgrave MacMillan.
- Khan, U. (2015). Sadomasochism in sickness and in health: Competing claims from science, social class, and culture. *Current Sexual Health Report*, 7, 49–58. doi:10.1007/s11930-014-0039-1
- Kolmes, K., Stock, W., & Moser, C. (2006). Investigating bias in psychotherapy with BDSM clients. *Journal of Homosexuality*, 50, 301–324. doi:10.1300/J082v50n02_15
- McGoldrick, M., Loonan, R., & Wohlsifer, D. (2006). Sexuality and culture. In S. Lieblum (Ed.), *Principles and practice in sex therapy* (pp. 416–441). New York, NY: Guilford Press.
- Popovic, M. (2006). Psychosexual diversity as the best representation of human normality across cultures. *Sexual and Relationship Therapy*, 21, 171–186. doi:10.1080/14681990500358469



- Queen, C. (2002). *Real live nude girl: Chronicles of sex-positive culture* (2nd ed.). San Francisco, CA: Cleis Press.
- Queen, C., & Schimel, L. (Eds.). (1997). *PoMoSexual: Against essentialist notions of gender and sexual orientation*. San Francisco, CA: Cleis Press.
- Scott, S., McDonnell, L., & Dawson, M. (2016). Stories of non-becoming: Nonissues, non-events and non-identities in asexual lives. *Symbolic Interaction*, 39(2), 268–286. doi:10.1002/symb.215
- Shindel, A. W., & Moser, C. A. (2011). Why are the paraphilias mental disorders? *Journal of Sex Medicine*, 8, 927–929. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.02087.x
- Taormino, T. (2008). *Opening up: A guide to creating and sustaining open relationships*. San Francisco, CA: Cleis Press.
- Taormino, T., Shimizu, C. P., Penley, C., & Miller-Young, M. (Eds.). (2013). *The feminist porn book: The politics of producing pleasure*. New York, NY: Feminist Press/CUNY.
- Watkins, M., & Shulman, H. (2008). *Toward psychologies of liberation: Critical theory in the practice of psychology and the human sciences*. Basingstroke, UK: Palgrave MacMillan.
- World Health Organization (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Retrieved from http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf?ua=1
- Yost, M. R., & Hunter, L. (2012). BDSM practitioners' understandings of their initial attraction to BDSM sexuality: essentialist and constructionist narratives. *Psychology & Sexuality*, 3(3), 244–259. doi:10.1080/19419899.2012.700028

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



COGNICIÓN Y
COMPORTAMIENTO

Web:
www.alamoc-web.org