

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

**Trastorno de Personalidad Dependiente: Manejo de la terapia utilizando
Terapia Humanista con apoyo de Terapia Cognitiva**

Karla Villagómez Cifuentes

Tesis de grado presentada como requisito para la obtención del título de
Psicóloga Clínica

Quito

Mayo de 2011

Universidad San Francisco de Quito

Colegio de Artes Liberales

HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS

Trastorno de Personalidad Dependiente: Manejo de la terapia utilizando

Terapia Humanista con apoyo de Terapia Cognitiva

Karla Villagómez Cifuentes

Teresa Borja, Ph.D.
Directora de Tesis y
Miembro del Comité de Tesis

Dra. Mónica Barrera
Miembro del Comité de Tesis

Monserrat Checa, M.A.
Miembro del Comité de Tesis

Carmen Fernández-Salvador, Ph.D.
Decana del Colegio de Artes Liberales

Quito, Mayo de 2011

© Derechos de autor

Karla Villagómez Cifuentes

2011

Para mis padres, mi hermana y mi familia, quienes me han apoyado siempre con su confianza. Para mi abuelito que siempre está conmigo como un ángel.

Karla

Agradezco a mi familia y amigos por hacer de mi vida algo maravilloso.

Quiero agradecer también el apoyo de mis compañeros y profesores, con quienes he recorrido un camino lleno de entendimiento y aprendizaje.

Karla

Resumen

El presente trabajo describe el tratamiento psicológico de un caso de estudio de una paciente (NN), de veinte y un años, que acude a terapia, gracias al servicio gratuito de terapias psicológicas de la Universidad San Francisco de Quito. Su motivo de consulta fue por un rompimiento amoroso que le causaba demasiado dolor y afectaba tanto en su vida familiar, como estudiantil y social. La paciente fue atendida durante una hora semanal durante tres meses aproximadamente. Se evaluó a la paciente bajo criterios del DSM-IV y se aplicó el Inventario de Síntomas SCL-90R para registrar sus síntomas y mejoras. Bajo este criterio se le diagnosticó a la paciente en el eje II: Trastorno de Personalidad por Dependencia. El tratamiento psicológico que recibió NN estuvo basado desde la Teoría Humanista con apoyo de Teoría Cognitiva. Por tanto se utilizaron técnicas Gestalt y también razonamientos basados en la teoría racional emotivo conductual.

Los resultados indican que la combinación de la Terapia Humanista y técnicas Gestalt, junto con la Terapia Cognitiva tuvo un efecto positivo en la reducción de síntomas y aumento del bienestar de la paciente. Sin embargo, se recomienda hacer un seguimiento para poder formalmente generalizar estos resultados.

Palabras claves: Trastorno de personalidad por dependencia, terapia humanista, terapia cognitiva, técnicas gestalt.

Abstract

The present paper is a case of study which describes a psychological treatment of twenty year old female student (NN), whom searches for therapy in the free service of psychological therapies in the San Francisco de Quito University. The motive of consult was the break up with her boyfriend, which cause her a lot of pain that affects her social, family and student life. The patient was attended for one hour a week for approximately three months. She was evaluated by the DSM-IV and the SCL-90R. Under these evaluations, NN's diagnostic was Dependent Personality Disorder (DPD). Her treatment was based on Humanistic Psychotherapy in combination with Behavior Psychotherapy. Gestalt techniques and Rational Emotion Behavior techniques were applied. The result indicates that the combination of humanistic therapy with gestalt techniques and behavior therapy had a positive effect in reduce bad symptoms and improve emotional health to the patient. However, it is recommendable to continue studding other cases and the effects in a long term before generalize the results.

Key words: Dependent Personality Disorder, humanistic therapy, cognitive therapy, gestalt techniques.

Tabla de Contenido

I. Base Teórica	1
1. Definición del trastorno.....	1
2. Introducción a los diversos tratamientos existentes	9
3. Teoría y tratamiento Cognitivo	14
4. Teoría y tratamiento Humanista	21
5. Integración de la terapia cognitiva y la terapia humanista.....	28
II. Introducción al Caso	33
III. Presentación del Problema.....	33
IV. Historia	34
1. Familia	34
2. Educación	35
3. Social.....	35
4. Historia Médica	36
V. Evaluación previa	36
1. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV).....	37
2. El Inventario de Síntomas SCL- 90 R de L. Derogatis	38
VI. Conceptualización del caso.....	41
VII. Tratamiento	45
VIII. Evaluación posterior	58
1. Evaluación general.....	58
2. El Inventario de Síntomas SCL- 90 R de L. Derogatis	61
IX. Conclusiones	64
X. Bibliografía.....	67

I. Base Teórica

1. Definición del trastorno

La personalidad es la combinación de varias operaciones mentales; es la forma como nos vemos a nosotros mismos, el significado que le damos al mundo, como nos relacionamos con los demás, como actuamos y encontramos soluciones a los problemas que se presentan (Semerari & Dimaggio, 2008). Cuando estas operaciones funcionan de manera incorrecta o deficiente, afectando tanto la vida interna como social del individuo, se crea un trastorno de personalidad (Semerari & Damaggio, 2008). Un trastorno de personalidad, según criterios del DSM-IV,

“es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de la expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto” p. 721

La persona que manifiesta un trastorno de personalidad dependiente, muestra un comportamiento pegajoso y sumiso combinado con una extrema necesidad de ser cuidado. El DSM-IV cataloga al trastorno por dependencia junto con los trastornos evitativo y obsesivo-compulsivo dentro del grupo C por sus características similares: mostrarse temerosos y ansiosos. De la población en general, entre el 1.5 y 2.5% presentan un trastorno de personalidad por dependencia y en combinación con los otros trastornos del grupo C, representan un 10% de la población que presenta algún tipo de trastorno de personalidad (Simon, 2009).

Se relaciona con los trastornos dependientes de la personalidad, a los trastornos de estructura afectivos del Eje I, especialmente depresión mayor y distimia (Moreno & Medina, 2006). También, el trastorno dependiente de personalidad tiene comorbilidad con trastornos

de la conducta alimentaria, de somatización y de ansiedad (Moreno & Medina, 2006). Las complicaciones que suelen encontrarse junto con este trastorno son síntomas de depresión, sufrir de abusos sexuales, emocionales o físicos y tendencia a consumir drogas o alcohol (Clínica Dam, 2006). Los autores Semerari & Damaggio, 2008, coinciden, señalando que se observa que el trastorno por dependencia se asocia con dependencia a drogas o alcohol, y una elevada comorbilidad con trastornos de depresión mayor, ciclotimia, fobia social y trastorno de pánico. Los pacientes diagnosticados con trastorno de personalidad por dependencia tienen un alto riesgo de sufrir abuso físico por parte de sus parejas, al igual que las personas con personalidad límite (Loas, G., Cormier, J., Pérez-Díaz, F. 2009). Otros estudios demuestran que los trastornos de alimentación se asocian con trastorno de dependencia, “53% de las pacientes anoréxicas y 46% de las pacientes bulímicas presentan comorbilidad con el trastorno de la personalidad por dependencia” (Semerari & Damaggio, 2008, pp. 326).

Los trastornos de personalidad definidos por el DSM-IV-TR, son patrones de personalidad inflexibles y permanentes que hacen que el sujeto se aparte de las expectativas que la cultura tiene sobre él (Feixas, Antequera, Almuedo & Bach, 2006). Esto provoca un malestar muy grande que se mantiene a través del tiempo en estos pacientes, lo cual, si se añade un diagnóstico en el Eje I, su tratamiento resultaría mucho más extenso y complicado (Feixas, et al., 2006). Las personas diagnosticadas con trastornos de personalidad dependiente presentan dificultades para tomar decisiones del día a día, sin que haya otro que le reafirme y le dirija, por lo que suelen ser pasivos, permitiendo que otros sean los que sean responsables por ellos, generando sentimientos de insuficiencia y autoestima baja (Feixas, et al., 2006).

El trabajo de Skodol, Gallaher & Oldham, (1996) acerca de la relación que hay entre depresión y dependencia, citado en Moreno y Medina (2006), dice que los trastornos de

personalidad dependientes son un conjunto de características de comportamiento y conducta desadaptativa presentes en varios aspectos de la personalidad, los cuales están relacionados con “diferentes tipos de sufrimiento psicológico, no encontrándose una relación específica entre trastorno depresivo y trastorno de personalidad dependiente”. Los rasgos de personalidad, por otro lado, son patrones constantes en la manera como el individuo piensa, percibe y se relaciona consigo mismo y con el mundo (DSM-IV).

Se debe tener cuidado al momento de diagnosticar un trastorno de personalidad por dependencia del diagnóstico diferencial según los criterios del DSM-IV. El trastorno dependiente de personalidad es diferente de los trastornos de estado de ánimo, de angustia, y del resultado de enfermedades médicas, de los trastornos de personalidad límite, histriónico, de evitación; cambios en la personalidad por consumo de sustancias y por razones de enfermedad médicas. Según el DSM-IV, la diferencia con el trastorno límite, si bien tanto el trastorno dependiente como el límite comparten el temor del abandono, los trastornos límite de personalidad reaccionan al abandono con ira, vacío emocional y demandas; los individuos con personalidad dependiente en cambio, aumentan la sumisión y buscan otra fuente de cuidados de quien puedan depender. Con respecto al trastorno de personalidad histriónico y el dependiente, si bien los dos se caracterizan por ser pegajosos en su historial de relaciones amorosas intensas e inestables de las cuales necesitan constante aprobación, la diferencia está en que las personas con trastorno histriónico muestran extravagantes demandas de atención, mientras que los individuos con trastorno dependiente se comportan de manera sumisa, llegando al punto de anularse. La diferencia con los individuos con trastorno de evitación y los dependientes es que a pesar de que los dos tienen sentimientos de inferioridad, necesidad de reafirmación, e hipersensibilidad a la crítica, los individuos con personalidad dependiente sí

buscan mantenerse en contacto con ciertas personas que son importantes para ellos, mientras que los individuos con trastorno de evitación, temen tanto al rechazo que hasta no sentirse aceptados, se alejan.

Con respecto a las consecuencias de una enfermedad médica o de abuso de sustancias, se debe diferenciar que las personas con trastorno dependiente no hayan desarrollado su dependencia por consecuencias de enfermedades del sistema nervioso central que las haga depender de cuidados todo el tiempo, ni que sus síntomas sean por consumo de sustancias.

Por esta razón, el DSM-IV cataloga lo siguiente,

“Muchos sujetos muestran rasgos de dependencia de personalidad. Estos rasgos sólo constituyen un trastorno de personalidad por dependencia cuando son inflexibles, desadaptativos y persistentes, y ocasionan deterioro funcional significativo o malestar subjetivo” p. 722

Para desarrollar un trastornos de personalidad dependiente, no hay una causa específica, muchos pueden ser los factores que puedan intervenir para que la persona exprese este trastorno (Psych Central, 2011). La gran mayoría de los profesionales de la salud mental sugieren que este trastorno se debe a un modelo biopsicosocial. Esto significa la combinación de factores genéticos y biológicos, sociales y psicológicos dan como resultado la expresión de este trastorno (Psych Central, 2011). Los factores sociales se refiere a cómo la persona interactuó en la infancia con su círculo familia, de amistades y con sus pares, es decir con niños de su edad (Psych Central, 2011). Los factores psicológicos se refiere al temperamento y personalidad de la persona influenciada por su ambiente, su manera de adaptarse a los cambios y manejar el estrés (Psych Central, 2011). Los factores biológicos – genéticos hacen referencia a la historia genética del paciente, si hay en la familia comportamientos similares que sugieran que pueda trasmitírsele a futuras generaciones un patrón de este tipo o de cualquier carácter disfuncional psicológico (Psych Central, 2011). Un trastorno de

personalidad, según Semerari & Damaggio, (2008, pp.36) “no es una entidad monolítica sino compuesta”.

Los trastornos de personalidad dependiente son diagnosticados por personas profesionales de la salud, como son los psicólogos y los psiquiatras (Psych Central, 2011). Por desgracia, muchas de las personas que padecen de un trastornos de personalidad por dependencia no buscan ayuda en tratamientos terapéuticos, si no hasta que este desorden comienza a afectar seriamente en la vida cotidiana de esa persona, impidiendo su normal funcionamiento (Pysch Central, 2011).

Los desórdenes de personalidad diagnosticados en el Eje II han sido vistos como intratables, al no presentar respuesta a los tratamientos (Eskedal & Demetri, 2006). Esta categoría de desórdenes han sido vistos como complicados por sus actitudes maladaptativas y comportamientos egosintónicos (Eskedal & Demetri, 2006). Las áreas que se han visto afectadas por este mal funcionamiento en los trastornos de personalidad, son la percepción y el entendimiento tanto de uno mismo como de ambiente que le rodea; a nivel de emociones, tienen dificultades en expresarse adecuadamente; a nivel social, son poco hábiles para relacionarse a nivel interpersonal y tienden a ser impulsivos (Eskedal & Demetri, 2006). Todos estas características, actitudes, creencias, y comportamientos, hacen que las personas que padecen de un desorden de personalidad se muestren rígidas, creando un importante mal funcionamiento de la persona (Eskedal & Demetri, 2006). Millon clasifica a los trastornos de personalidad en tres categorías, análoga al DSM-IV-TR, de acuerdo con la posibilidad de ser tratados. Estos son, Grupo A de la personalidad esquizoide, esquizotípica y paranoide, vistos como pacientes resistentes al cambio, los cuales se benefician muy poco de la terapia; el Grupo B de la personalidad antisocial, borderline, histriónica y narcisista, los cuales tiene

resultados variados con la terapia, dependiendo de la estructura de cada individuo; y finalmente el Grupo C de la personalidad evitativo, dependiente y obsesivo compulsivo, vistos como pacientes que responden bien al tratamiento de manera casi generalizada (Eskedal & Demetri, 2006). A diferencia de los otros grupos de trastornos de personalidad, el Grupo C, dependiente, evitativo y obsesivo compulsivo, tienen menos problemas para funcionar y tienen un mejor pronóstico ya que por lo general están más concientes de su patología, por lo que desean cambios y están dispuestos a someterse a un tratamiento (Eskedal & Demetri, 2006). Por lo general tienen mejoras en todos los tipos de psicoterapia de corto tiempo, sea cual sea la teoría de las mismas, lo cual es beneficioso para este tiempo en el cual se espera que todo tenga un cambio rápido, las técnicas rápidas de tratamiento son efectivas y son las preferidas por los profesionales de la salud mental (Eskedal & Demetri, 2006). Se ha confirmado con algunos estudios realizados, que las personas diagnosticadas con trastornos del Grupo C, evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo, si han tenido una mejora en sus síntomas después de haber tenido tratamiento psicoterapéutico (Simon, 2009).

Etimológicamente, las personas que tienen un trastorno de personalidad dependiente, según Millon y Davis, tiene una predisposición biológica que los hace mostrarse como miedosos, ensimismados, tristes, cómo si fueran niños, buscan continua protección de figuras importantes (Eskedal & Demetri, 2006). La sobreprotección de los padres puede conducir a que los individuos se desarrollen como temerosos e inseguros, que sientan que no pueden hacerse cargo de ellos mismos, y que siempre tiene que haber alguien que los cuide y tome responsabilidad por ellos (Eskedal & Demetri, 2006). Muchos estudios han encontrado que existe una correlación positiva entre la sobreprotección de los padres y el desarrollo del trastorno por dependencia en sus hijos, así como también se encontró que los padres

sobrepotectores tienen a su vez en muchos casos ellos mismos un trastorno por dependencia (Eskedal & Demetri, 2006). La vasta mayoría de los estudios confirman que en cuestiones de género, es la población femenina la que presenta mayor número de diagnóstico de trastorno por dependencia que los hombres (Eskedal & Demetri, 2006).

Millon expone que las personas que presentan trastorno por dependencia se caracterizan por un comportamiento muy dócil, necesidad de ser cuidados, ausencia de asertividad, evitación de tomar responsabilidades, sumisión en las relaciones interpersonales, imagen de sí mismo ingenua, sentimientos de inadaptación e introyección como defensa (Semerari & Damaggio, 2008). Para Beck, Freeman y otros autores, los individuos con trastorno dependiente tienen una imagen del sí mismo necesitado, indefenso y débil (Semerari & Damaggio, 2008). Debido al sufrimiento que tiene el individuo a nivel subjetivo y la inadecuada adaptación en los estilos de vida de las personas que presentan un trastorno de personalidad dependiente, la terapia debe tener un dos objetivos importantes: mejorar la calidad de vida y reducir el sufrimiento (Semerari & Damaggio, 2008).

El fundador de la terapia humanista, Carl Rogers, da un giro a lo que comúnmente se pensaba acerca de la visión de las personas, sus conflictos y la manera de tratarlas (Cain & Seeman, 2008). Dice que el la psicoterapia sirve para lograr cambios en la estructura de la personalidad de un individuo tanto a nivel superficial como a nivel profundo, de una manera en la cual se logre menos conflictos internos, mayor integración y mayor nivel de energía hacia comportamientos que inciten la madurez (Mahrer, 2009). Siguiendo la línea de pensamiento de Rogers, la terapia humanista tiene sobre la persona una visión optimista de sus capacidades (Cain & Seeman, 2008). Combs postula que “los clientes pueden, quieren y deben encaminarse hacia la salud, si el camino está dispuesto para lograrlo” (Cain & Seeman,

2008, pp. 4). La resiliencia es un concepto fundamental que apoya la manera positiva que ve la terapia humanista a las personas (Cain & Seeman, 2008). Ser resiliente significa que las personas tienen una innata inclinación a crecer y sobrevivir, aún si el ambiente en donde se encuentren es desfavorable (Cain & Seeman, 2008). El humanismo apuesta a que las personas deben ser los autores de sus propias vidas, que están en la capacidad para reescribir su historia, de cambiar por medio de nuevas experiencias que refuercen su potencial, como una terapia que les brinde aceptación positiva (Cain & Seeman, 2008). Por esta razón, el humanismo no está de acuerdo con que las personas ya están predeterminadas en sus patologías, por el contrario, piensan que las personas eligen lo que les es naturalmente satisfactorio (Cain & Seeman, 2008).

El humanismo tiene una visión distinta acerca del resto de corrientes psicológicas sobre los trastornos de la mente (Cain & Seeman, 2008). Si bien, consideran que puede existir un lado oscuro en las personas que sería una patología, la piensan como un impedimento que se desarrolle por un mal ambiente, pero que las personas tienen una innata inclinación a la salud (Cain & Seeman, 2008). Para los terapeutas humanistas, las patologías etiquetan a las personas y por tanto obstaculizan su natural crecimiento (Cain & Seeman, 2008). Etiquetar a un individuo hace que este individuo pierda su cualidad de ser único, irrepetible y especial, es decir lo cataloga y generaliza (Cain & Seeman, 2008).

Varios factores se confabulan para dar paso a un mal funcionamiento de los seres humanos (Cain & Seeman, 2008, Eskedal & Demetri, 2006; Psych Central, 2011). Sea por razones biológicas, psicológicas, familiares o ambientales (Psych Central, 2011), las personas pueden sufrir modificaciones en su nivel de pensamiento y comportamiento que los limitan para un buen desarrollo (Cain & Seemari, 2008, Esekdal & Demetri, 2006). De los trastornos

de personalidad, afortunadamente los trastornos por dependencia, son trastornos que han sido vistos como los que tienen mejores resultados después de haber tenido psicoterapia (Eskedal & Demetri, 2006). Los pacientes buscan y responden adecuadamente al tratamiento, lo que ayuda a que tengan un mejor nivel de bienestar y funcionamiento en todos los aspectos de su vida, emocional, físico, familiar, de pareja y hasta laboral (Eskedal & Demetri, 2006).

2. Introducción a los diversos tratamientos existentes

La psicoterapia es el tratamiento preferido para desórdenes mentales y los síntomas y problemas asociados a estos trastornos, su objetivo es lograr que los pacientes puedan retomar un funcionamiento adecuado reduciendo su malestar (Mahrer, 2009). La psicoterapia es el tratamiento de mayor preferencia para este tipo de trastornos (Verheul & Herbrink, 2007).

Históricamente, y desde el punto de vista de varias corrientes psicológicas, el trastorno de la personalidad por dependencia se ha entendido como una extremada demanda de ayuda y seguridad (Semerari & Damaggio, 2008). El tratamiento para personas que manifiestan un trastorno de personalidad dependiente incluye normalmente un período largo de psicoterapia (Psych Central, 2011). Se puede combinar también con medicamentos, especialmente si la persona tiene muchos problemas con los síntomas, a manera de regular y atenuarlos para poder tener un mejor manejo en la psicoterapia (Psych Central, 2011). Si bien no hay un tratamiento específico para este tipo de trastorno, la psicoterapia ayuda en la manera que puede lograr que los individuos poco a poco vayan teniendo las herramientas que les permitan tomar decisiones más independientes acerca de su vida, por lo que mejorías se pueden ver sólo a largo plazo (Clínica Dam, 2006).

La terapia de grupo ha demostrado tener un efecto positivo en el tratamiento de pacientes con trastorno por dependencia (Eskedal & Demetri, 2006). Su éxito se debe a que

esta técnica de tratamiento alienta a los pacientes a tener la oportunidad de experimentar nuevas maneras de autoexpresarse y relacionarse mientras reciben apoyo en un ambiente seguro de terapia (Eskedal & Demetri, 2006). Los pacientes con trastorno dependiente necesitan apoyo sustancioso, lo cual es provechoso de encontrar en las terapias grupales (Eskedal & Demetri, 2006). Tener el contacto con un grupo heterogéneo (con otros trastornos del grupo C por ejemplo), brinda al paciente dependiente otros puntos de vista, que no son necesariamente la idea de que el individuo tenga que someterse a otros o que tenga que estar en control (Eskedal & Demetri, 2006). De igual manera la terapia grupal le permite al paciente que pruebe distintos comportamientos en un ambiente de apoyo (Eskedal & Demetri, 2006).

Adicionalmente de la terapia grupal, la terapia psicodinámica también ha sido utilizada para tratar trastornos de personalidad dependiente. El propósito de la terapia psicodinámica es ayudar a los pacientes a adaptarse de mejor manera revisando en el pasado de su vida como fueron las separaciones de personas importantes (Eskedal & Demetri, 2006). En esta teoría se da énfasis a la identificación y transferencia para ayudar al paciente a que logre hacer insight de los problemas no resueltos en el pasado (Eskedal, 2006). Sin importar si la terapia es de corta o de larga duración, la efectividad del tratamiento se logra mediante la alianza que haya logrado el paciente con el terapeuta, ya que si es sólida no hay peligro de una regresión o pasaje al acto (Eskedal & Demetri, 2006). Muchas veces junto con el tratamiento psicodinámico, en casos de pacientes muy graves, con niveles muy altos de ansiedad se suele medicar o hacer terapia de acompañamientos (no implica análisis profundo, sino más bien es de apoyo) (Eskedal & Demetri, 2006).

Tradicionalmente, el tratamiento para pacientes con trastornos de personalidad se basaba en teoría psicodinámica y el tratamiento de larga duración, era el más recomendable (Eskedal & Demetri, 2006). Por lo general se buscaba lograr el objetivo de cambiar la estructura de carácter o el estilo de vida de los pacientes (Eskedal & Demetri, 2006). En la actualidad, los métodos de tratamiento son más estructurados, en los cuales el terapeuta no es un agente pasivo, si no que adopta un rol mucho más activo en el proceso terapéutico (Eskedal & Demetri, 2006).

Simon (2009), debido a la naturaleza crónica que tienen los trastornos de personalidad, realizó un meta-análisis, en el cual revisa los tratamientos que han sido utilizados para los pacientes con estos trastornos y observa si las mejoras han durado después del tratamiento. Los requisitos para incluir los datos obtenidos mediante PsychINFO y MEDLINE era que sean pacientes diagnosticados con desórdenes de personalidad únicamente del grupo C que hayan tenido un proceso de terapia y ya lo hayan terminado (Simon, 2009). 15 estudios, publicados entre los años 1982 y 2006, fueron finalmente aceptados para hacer el análisis estadístico, los países participantes fueron Estados Unidos, Canadá, Noruega, Inglaterra y Holanda (Simon, 2009).

El objetivo de Simon (2009) al realizar este meta análisis fue evaluar el número de pacientes que mantienen las mejorías obtenidas en terapia después del tratamiento es un tema importante para evaluar que tan efectivo resultó el proceso psicoterapéutico (Simon, 2009). Los trastornos de personalidad evitativo, dependiente y obsesivo compulsivo, pertenecen al Grupo C de trastornos de la personalidad, por compartir los mismos síntomas ansiosos y temerosos (Simon, 2009). Este tipo de pacientes tiende a responder al tratamiento psicoterapéutico de manera lenta y aún después de éste siguen presentando compartimientos

bajo el nivel de normalidad; las pocas mejorías que presentan suelen ser una vez terminada la psicoterapia (Simon, 2009). Su enfoque fue averiguar si después del tratamiento con pacientes diagnosticados con trastornos de personalidad, hay una mejora en disminuir la severidad de los síntomas, en desarrollar habilidades sociales; si después de terminado el tratamiento, siguen estas habilidades aprendidas en terapia presentes en el paciente; si alguno de los trastornos de personalidad del grupo C se beneficia más que otro; y finalmente, si hay un enfoque terapéutico más eficaz para tratar con este tipo de patología (Simon, 2009).

Por un lado, fue bueno tener tanta diversidad de tratamientos, orientaciones psicoterapéuticas y poblaciones. Sin embargo, tanta diversidad limita poder sacar conclusiones generalizadas (Simon, 2009). Dentro de las escalas utilizadas para comprobar la mejoría de los pacientes, constan en primer lugar el Inventario de Síntomas SCL-90-R, seguido por el Inventario de Problemas Interpersonales IIP y finalmente la Evaluación Global de Funcionamiento GAF (Simon, 2009).

Entre los tipos de tratamientos que se obtuvieron en este meta análisis, la terapia de grupo fue la más usada, ya sea en combinación con terapia individual o sola (Simon, 2009). La terapia Cognitivo-conductual fue el tratamiento, después de la grupal, el que mayor se aplicó, seguido por diferentes formas de terapia dinámica (Simon, 2009). El tiempo comprendido después de haber recibido terapia fue de un rango de 3 meses y 12 años (Simon, 2009).

Los resultados obtenidos de este meta análisis revelan que, los pacientes diagnosticados con trastornos de personalidad del grupo C que recibieron cualquier tipo de tratamiento tuvieron una mejora significativa en comparación con los sujetos de control (Simon, 2009). También se reveló que las mejorías obtenidas por los pacientes, se mantienen

en el tiempo una vez terminada la terapia, sin importar el tipo de tratamiento recibido (Simon, 2009). Sin embargo, el entrenamiento de herramientas para mejorar las relaciones interpersonales sociales (ISST) se encontró que es el más efectivo para pacientes con trastornos de personalidad del grupo C (Simon, 2009). Para tratamientos con terapia Cognitivo- conductual y Psicodinámica, los resultados no fueron consistentes. En algunos estudios se vio una mejora importante en pacientes que habían recibido terapia cognitiva, en comparación con terapias psicodinámicas. Sin embargo, en otros estudios no se encontraron diferencias significativas entre estos dos terapias (Simon, 2009). De todas maneras, en general, los resultados afirman que hay una mejora significativa para pacientes con diagnóstico de desórdenes de personalidad evitativo, dependiente y obsesivo compulsivo, después de haber recibido psicoterapia (Simon, 2009). Sin embargo, no hay evidencia consistente de si un tipo de trastorno se beneficia más que otro, aunque los pacientes diagnosticados con trastorno dependiente de la personalidad mantienen sus mejorías hasta 12 años después de haber terminado la terapia (Simon, 2009). También se encontraron resultados que indican que de todos los trastornos de personalidad, los que pertenecen al grupo C, tienen mejor pronóstico de mejora en comparación con el grupo A y B (Simon, 2009). También se demostró que las mejoras no sólo son a nivel de disminuir los síntomas negativos presentes en los pacientes con trastorno de personalidad, la terapia de grupo resultó ser muy eficaz para mejorar las habilidades sociales de estos pacientes (Simon, 2009). Adicionalmente, se demostró que no importa la orientación teórica del tratamiento, cognitiva o psicodinámica, lo que más pareció influir en la mejora de los pacientes fue la alianza terapéutica (Simon, 2009).

Las terapias humanistas por otro lado, enfatizan su tratamiento en los valores de autoderminación, la relación de persona a persona, el pluralismo, el holismo, y que por medio

la de experiencia se llega al cambio (Cain & Seeman, 2008). Varios estudios realizados sobre la eficacia de las terapias humanistas, han demostrado que después del tratamiento los pacientes presentan cambios en reducción de síntomas y mejoras en síntomas personales (Cain & Seeman, 2008). De hecho, se afirma que la terapia humanista es clínicamente equivalente a la terapia cognitiva, en cuanto a la efectividad como tratamientos psicoterapéuticos (Cain & Seeman, 2008). También, los estudios realizados demostraron que las técnicas Gestalt, la terapia enfocada en la emoción y la técnica de procesar la experiencia con la emoción han sido efectivas para disminuir síntomas negativos en los pacientes, en aumentar su bienestar en general y mantener estos cambios a lo largo del tiempo (Cain & Seeman, 2008).

Como conclusión, es importante tener en cuenta que para que la psicoterapia sea efectiva, se debe escoger claramente el tratamiento que se quiera trabajar con el paciente, sea cual sea la línea teórica que ésta tenga (Verheul & Herbrink, 2007). Para los pacientes que tienen poca motivación intrínseca como es el caso de las personas con trastorno de dependencia, es recomendable que se apliquen técnicas de valoración y motivación al inicio de la terapia (Verheul & Herbrink, 2007). Para lograr que los pacientes disminuyan sus síntomas, establezcan mejores relaciones interpersonales y aumenten su nivel de autoestima, tanto las terapias grupales, cognitivas y humanistas son efectivas (Cain & Seeman, 2008, Eskedal & Demetri, 2006; Simon, 2009).

3. Teoría y tratamiento Cognitivo

La psicoterapia cognitiva individual ha demostrado ser efectiva para reducir síntomas y mermar la patología de la personalidad, a la par que se incrementa las habilidades sociales de las personas con diagnósticos de trastornos de personalidad del grupo C, en la cual se incluye en trastorno por dependencia (Verheul & Herbrink, 2007). Para lograr una terapia efectiva

para el tratamiento de personalidad por dependencia, debe estar enfocado a ayudar al paciente a actuar de manera independiente, manteniendo un cierto grado de intimidad y compromiso para mantener relaciones interpersonales (Semerari & Damaggio, 2008).

Dentro de la terapia cognitiva, la terapia racional emotivo conductual de A. Ellis es la primera terapia cognitiva como tal (Caro, 2007). Esta terapia tiene la ventaja de que es flexible en el sentido de que se adapta a cualquier tipo de paciente, estructura y edad (Caro, 2007).

Según Dryden y DiGiusseppe (1990), citado en Carol, 2007, pp.93,

“la terapia racional emotivo conductual sería un enfoque estructurado para la resolución de problemas emocionales en el cual el terapeuta adopta un acercamiento activo-directivo a la hora de ayudar a los clientes a resolver sus problemas. La terapia es de naturaleza multimodal, en el sentido de que el terapeuta utiliza y alienta a los clientes para que esos empleen una amplia variedad de técnicas cognitivas, en imaginación, conductuales, o emotivas y evocadoras que faciliten el cambio emocional”.

El núcleo central para los cambios terapéuticos, según los terapeutas enfocados en lo racional emotivo, está en el logro que tengan sus clientes no en las sesiones de terapia, si no en su día a día en su cotidianidad (Caro, 2007).

Dentro de los principales conceptos de la terapia racional emotivo conductual, constan: diferenciar los pensamientos entre racional e irracional, el concepto del ABC, la filosofía racional y la filosofía irracional, las distorsiones cognitivas y la teoría sobre el cambio racional-emotivo-conductual (Caro, 2007). El pensamiento racional e irracional postula que los seres humanos somos organismos complejos, que buscamos la felicidad, mediante construcción de metas y valores para dar significado a la vida (Caro, 2007). Por tanto los seres humanos, hedonistas, buscan satisfacer sus intereses personales y sociales, los cuales deben perseguirse de manera activa no pasiva (Caro, 2007). En el modelo de Ellis, todo aquello que es lógico, verdadero, basado en la realidad, pragmático es lo racional, es decir que

permite lograr metas, valores básicos y la manera de cómo lograrlo (Caro, 2007). Lo irracional por el contrario comprende lo ilógico, falso, que interfiere en el logro de las personas a conseguir sus propósitos y metas; se interpone en la felicidad y supervivencia (Caro, 2007). Tener una conducta irracional significa, no permitirse un adecuado funcionamiento satisfactorio, bloquear relaciones interpersonales adecuadas, trabajar de manera inmadura y poco productiva, no aceptarse a sí mismo y rebajarse (Caro, 2007).

El concepto ABC, también tiene que ver con el pensamiento racional e irracional explicado anteriormente y cada uno está relacionado entre sí (Caro, 2007). Los hechos activadores se refiere al principio A, el principio B son los pensamientos, creencias y evaluaciones; y finalmente el C son las consecuencias emocionales y conductuales de tales pensamientos frente a los hechos que los activaron desde un principio (Caro, 2007). Para Ellis el cambio está en que el paciente puede modificar su manera de pensar de irracional a racional en el bloque B, ya que hechos desagradables van a suceder en la vida cotidiana no se puede hacer nada, y cada hecho tiene su consecuencia, pero ésta estará determinada en la visión que se tenga sobre el hecho desagradable, es decir sobre el bloque B; es ahí donde el paciente aprende a pensar distinto (Caro, 2007).

Cuando se vaya cambiando la manera de pensar, en el bloque B, se pasa a tener una filosofía racional, que es la meta de la terapia racional emotivo conductual, según Ellis (Caro, 2007). Uno de los ejemplos de filosofía irracional, son: necesidad extrema del ser humano adulto de ser amado y aprobado, que la desgracia que viven las personas son por causas externas que nada de control se tiene sobre ellas, se debe sentir muy inquieto todo el tiempo si algo es o puede ser peligroso, es mejor evitar ciertas responsabilidades que afrontarlas, se necesita de alguien más fuerte para confiar y se debe depender de los demás, la vida pasada es

muy determinante en lo que nos puede pasar en el futuro, entre otras (Carol, 2007). Esta manera es una visión absolutista sobre la vida de sí mismo y los otros y son estos debos absolutistas las fuentes que ocasionan algunos trastornos psicológicos (Carol, 2007).

Según el modelo de Ellis, las distorsiones cognitivas son todos los debos y deberías que los pacientes piensan y asumen sobre las situaciones de la vida (Caro, 2007). En terapia se debe confrontar a los pacientes con estas distorsiones cognitivas para que una vez expuestas frente a ellos, puedan manejarlas o desarrollar nuevas ideas racionales, es decir deseos, metas y preferencias basadas en lo real; así se eliminan los sentimientos de abandono o rechazo (Carol, 2007). Algunas distorsiones cognitivas son: pensamiento todo o nada, saltar a conclusiones apresuradas, descalificar lo positivo, adivinar el porvenir, siempre y nunca, perfeccionismo, sobregeneralización y etiquetado (Carol, 2007).

Según el modelo de Ellis, para vivir una salud psicológica adecuada, hay que lograr las siguientes cuestiones: interés por nosotros mismos, flexibilidad, pensamiento científico, aceptarnos, no seguir utopías, tomar riesgos, interés social, alta tolerancia a la frustración, tener autonomía sobre nosotros mismos, aceptar la incertidumbre, ser responsables de nuestro propio trastorno emocional, comprometerse con logros creativos, y hedonismo a largo plazo (Caro, 2007). En terapia cognitiva, el empleo de tareas es muy importante para el modelo de Ellis, y se basan en conseguir, la reducción de pensamientos erróneos reemplazándolos por otros saludables y cambiar la conducta disfuncional por una más adaptativa (Caro, 2007). Estas tareas son, de imaginación, de pensamiento, de relajación y distracción, de acción, de lectura, y de escucha (Caro, 2007). Adicionalmente, existen precondiciones que son básicas para el desarrollo óptimo de la terapia (Semerari & Damaggio, 2008). Estas son: la alianza terapéutica y el tono emocional que tiene la intervención (Semerari & Damaggio, 2008).

Asegurar un buen clima emocional de intervención en la terapia es sumamente importante porque para las personas que tienen un trastorno de personalidad dependiente, “es particularmente acentuado el efecto de congruencia del estado de ánimo, es decir, la tendencia a evocar y a seleccionar las informaciones según el estado emocional actual” (Semerari & Damaggio, 2008, pp. 116).

Un estudio sobre la estructura cognitiva de los trastornos de personalidad por dependencia y evitación utilizando la Técnica de Rejilla, realizado por Feixas, Antequera, Almuedo y Bach, (2006), demostraron que las personas que padecen de estos trastornos muestran diferencias significativas en cuanto a un pobre nivel de diferenciación (menor complejidad cognitiva), mayor tendencia a ser incongruentes en su manera de pensar, tienen pobre autoestima, mayor aislamiento y un cierto nivel de resentimiento. Adicionalmente, presentaban relaciones personales inflexibles y limitadas, a la vez de tener restrictivas metacogniciones relacionadas a la diferenciación, autorreflexión, a las estrategias de afrontar problemas y descentramiento (Feixas, et al., 2006).

La técnica de Rejilla (TR), creado por George Kelly en el año de 1955 es un instrumento que sirve para estudiar aspectos cognitivos en el contexto que llamó Teoría de los Constructos Personales (TCP) (Feixas, et al., 2006).

“Kelly concibió al ser humano como un científico que construye hipótesis sobre sí mismo, los demás y en definitiva de la experiencia, donde ocurren las emociones, los pensamientos y los comportamientos en un flujo continuo e interdependiente, es donde se ponen a prueba tales hipótesis, resultando en su validación o bien en su invalidación, y consecuente reconstrucción de significados” (Botella y Feixas, 1998; Kelly, 2001, en Feixas, et al, 2006).

La teoría de constructos personales propone que no hay una realidad que sea única y verdadera, por el contrario, cada persona construye su propia visión y perspectiva de sus propios significados que tenga en la experiencia (Feixas, et al., 2006). Por esta razón con la

Técnica de Rejilla es una “medida semiestructurada fundamentada en la obtención de los distintos constructos de la persona a estudiar.....no es un test estándar en que cada sujeto tiene que contestar las mismas preguntas, sino que cada uno elabora de alguna manera los –ítems- que se emplearán” (Feixas, et al., 2006, p. 148-149). Esta técnica idiosincrática, es considerada una de las técnicas subjetivas fundamentales (Feixas, et al., 2006).

Para lograr este estudio se tomaron dos grupos, las personas diagnosticadas con trastorno de personalidad dependiente y evitativo y se las comparaba con el grupo control, es decir personas no diagnosticadas, para poder comprobar las diferencias a partir del análisis de los constructos cognitivos por medio de la TR (Feixas, et al., 2006). Se seleccionaron 90 participantes, de los cuales 45 era el grupo denominado clínico, compuesto por 24 pacientes diagnosticados con trastorno de personalidad por dependencia, y 21 por evitación; los 45 restantes eran los participantes del grupo control (Feixas, et al., 2006). La media de edad de los sujetos era de 31, 69 años, con un rango de edad comprendida entre los 20 y 55 años, de igual manera en cuanto al género 62% comprendían las mujeres y el 38% los hombres para ambos grupos (Feixas, et al., 2006).

Los resultados indican que efectivamente si hay diferencias significativas entre los dos grupos del estudio en los índices utilizados en el TR (Feixas, et al., 2006). Estos índices son:

- a). índices de medida de la estructura cognitiva, en el cual se analizan la capacidad de las personas para diferenciarse, así como también un análisis de los conflictos cognitivos o contradicciones;
- b). índices de la medida de la construcción del sí mismo, comprende la diferenciación del yo actual de los otros, indican aislamiento social, diferencias entre el yo ideal y otros, indica satisfacción o insatisfacción con la gente que le rodea (Feixas, et al., 2006).

Los resultados indican que “la mayor probabilidad de pertenecer al grupo con trastorno

de personalidad (por evitación o por dependencia), se da cuando los participantes presentan una baja autoestima y una menor diferenciación cognitiva” (Feixas, et al, 2006). El tratamiento por tanto, debe estar enfocado en aumentar la autoestima de estos pacientes, manteniendo una buena relación terapéutica (Feixas, et al 2006).

Desde el punto de vista de funciones metacognitivas, las personas que tienen un trastorno de personalidad por dependencia tienen problemas al expresar sus propios deseos, objetivos y cómo conseguirlos (Feixas, et al., 2006). Por tanto no logran una buena diferenciación, lo que ocasiona que tengan una,

“perspectiva egocéntrica con la que atribuyen procesos mentales al otros generalmente del tipo -yo soy el centro de lo que el otro piensa-...sus estrategias de afrontamientos son poco elaboradas, limitándose a afrontar los problemas buscando el apoyo constante del otro” (Feixas, et al., 2006, pp. 148).

Una vez establecido el proceso de la alianza entre paciente y terapeuta, se debe hacer el análisis de la evaluación de los esquemas, estilos y estresores que presenta el paciente (Eskedal & Demetri, 2006). Entre los estresores más comunes que tiene un paciente con trastornos de personalidad dependiente suelen ser el miedo a estar solo, a que lo abandonen, esto genera un elevado nivel de ansiedad, sea o no real el abandono o el que esté solo el paciente (Eskedal & Demetri, 2006). Una vez que el paciente puede identificar estos estresores, puede estar preparado para enfrentarlos o lidiar con situaciones de abandono o soledad de una mejor manera (Eskedal & Demetri, 2006). Cuando se reconoce el patrón maladaptativo de actuar del paciente (el patrón de análisis), se debe proceder al cambio de patrón, por uno mejor adaptativo (Eskedal & Demetri, 2006). Dado que la mayoría de pensamientos distorsionados son recibidos en la infancia, tanto el terapeuta como el paciente

deben ir a la raíz en donde se formaron estas distorsiones cognitivas, y así poder modificar estos esquemas de pensamiento (Eskedal & Demetri, 2006).

Por lo tanto, según lo expuesto, la Terapia Cognitiva es un tratamiento efectivo para tratar pacientes con diagnóstico de personalidad dependiente (Eskedal & Demetri, 2006). Enfocarse en la manera de pensar y lograr un cambio en los pensamientos negativos es un reto que debe estar presente en un tratamiento de terapia cognitiva para que pueda tener un resultado efectivo (Caro, 2007).

4. Teoría y tratamiento Humanista

La terapia humanista, por su manera positiva de ver al ser humano y sus capacidades para cambiar y mejorar, no cataloga bajo diagnósticos los problemas de las personas (Cain & Seeman, 2008). Combs, postula que las personas se dirigen naturalmente al cambio, a mejorar su salud si el ambiente es propicio para ello (Cain & Seeman, 2008). La resiliencia es un concepto fundamental que apoya la manera positiva que ve la terapia humanista al ser humano (Cain & Seeman, 2008). Esto significa que la persona, por más adversidades que presente en su vida, puede tener la oportunidad de encaminarse al cambio y conseguir sentirse bien (Cain & Seeman, 2008). El humanismo piensa que las personas son los autores de sus propias vidas, es decir que tienen la capacidad para reescribir su historia, de cambiar por medio de nuevas experiencias que refuercen su potencial, como una terapia que les brinde aceptación positiva (Cain & Seeman, 2008). Es por esto que la terapia humanista no considera los diagnósticos determinantes para las personas, (Cain & Seeman, 2008). Si bien, si consideran que puede existir un lado oscuro, en la persona que sería una patología, la piensan como un impedimento que se desarrollo por un mal ambiente, pero que las personas tienen una innata inclinación a la salud (Cain & Seeman, 2008). Para los terapeutas humanistas, las

patologías etiquetan a las personas y por tanto obstaculizan su natural crecimiento (Cain & Seeman, 2008). Etiquetar a un individuo hace que este individuo pierda su cualidad de ser único, irrepetible y especial, es decir lo cataloga y generaliza (Cain & Seeman, 2008).

La alianza terapéutica es un pilar fundamental sobre el que descansa la terapia humanista (Cain & Seeman, 2008). Es de gran importancia la relación terapéutica en las investigaciones de psicoterapia (Cain & Seeman, 2008). La alianza terapéutica es el vínculo entre el terapeuta y el paciente (Cain & Seeman, 2008). Se ha comprobado que la alianza terapéutica es el factor que mayor contribución brinda al resultado que tenga la terapia, independientemente de la corriente terapéutica que prefiera el terapeuta (Cain & Seeman, 2008). Como dicen los autores Horvath & Luborsky en Cain & Seeman (2008), “El concepto de alianza terapéutica recientemente ha recibido una considerable atención y ha incrementado la manera de verla como un importante componente para que la psicoterapia sea exitosa” (traducido por autor, pp. 538). “...todas las psicoterapias, incluidas las de los trastornos de la personalidad, necesitan una buena alianza terapéutica” (Semerari & Damaggio, 2008, pp. 112).

El primero en hablar de la alianza terapéutica fue Freud en el año de 1912, cuando expuso sobre la importancia que tiene el apego que tenga el paciente con su terapeuta y el interés que tenga éste último en simpatizar con el problema del paciente para el éxito de la terapia (Cain & Seeman, 2008). Gatson expone los elementos que componen la alianza terapéutica, los cuales son: el afecto que tiene el paciente por el terapeuta, la capacidad que tenga el paciente para trabajar efectivamente en la terapia, el entendimiento empático y el involucramiento que tenga el terapeuta y finalmente, el acuerdo que hay entre paciente y terapeuta acerca de las tareas y metas de la terapia (Cain & Seeman, 2008). Bordin también

propone tres componentes de la alianza terapéutica: tareas, que involucran comportamientos y progresos que se tenga de sesión en sesión, que deben ser consideradas importantes tanto para el paciente como para el terapeuta; metas, acordadas como objetivos del proceso terapéutico, las cuales tanto terapeuta como paciente deben evaluar; y vínculos, que es la relación positiva interpersonal entre el paciente y el terapeuta, que se evidencia por la confianza, confidencialidad y aceptación mutua (Cain & Seeman, 2008). La relación entre alianza terapéutica y éxito de la terapia, es una correlación positiva, esto quiere decir que el éxito de una buena terapia, cual sea su orientación teórica, está directamente relacionado con la alianza terapéutica (Cain & Seeman, 2008).

La aceptación incondicional positiva es el principio fundamental de la terapia humanista (Cain & Seeman, 2008). Por medio de la aceptación incondicional positiva, el terapeuta acepta, respeta y entiende profundamente al paciente porque la base está en que por medio de esta cualidad, el paciente se siente valorado, así podrá descubrirse, aceptarse y desarrollar su máximo potencial (Cain & Seeman, 2008).

La ansiedad, vista como patológica para otros pensadores terapéuticos, para el humanismo es una parte inevitable de la vida de las personas (Cain & Seeman, 2008). Es la ansiedad la que moviliza al paciente a buscar nuevas estrategias para problemas o conflictos que se presenten, como un indicador de que algo no está funcionando bien y que se debe buscar otra manera de resolverlo (Cain & Seeman, 2008). Al igual que con la ansiedad, los terapeutas humanistas ubican la emoción como una herramienta adaptativa que tiene el sujeto al momento de tomar decisiones (Cain & Seeman, 2008). Las emociones deben ser sentidas, integradas y exploradas ya que consideran que tiene un rol importante para el comportamiento humano (Cain & Seeman, 2008). Mediante la emoción se puede lograr que los pacientes

entren en un nivel de mayor profundidad de pensar y sentir (Cain & Seeman, 2008), lo cual es beneficioso para que puedan ver al problema desde otra perspectiva, que es el objetivo de la psicoterapia. “Las emociones son la manera en que el cuerpo interpreta la experiencia más allá de la cognición” (Cain & Seeman, 2008, pp. 38).

Dentro de la terapia humanista, la Gestalt es una terapia eficaz para trabajar con los pacientes, ya que por medio de ejercicios integrativos, la persona se mira como un todo, lo que logra que el paciente se ponga en contacto con la experiencia, afectando su manera de pensar (Cain & Seeman, 2008). Cuando se crea un gestalt, se experimenta un insight, en donde la persona se da cuenta de sí mismo, comprende y entiende (Cain & Seeman, 2008). Para la Gestalt procesar las emociones es fundamental para el proceso terapéutico (Cain & Seeman, 2008).

La Gestalt pone énfasis en el fenómeno de que el todo es mayor que la suma de sus partes (Columbia Electronic Encyclopedia, 2010). El término Gestalt fue propuesto por el filósofo Christian von Ehrenfels en el año de 1890, para explicar experiencias que requerían más de la capacidad sensorial básica para comprenderlas (Columbia Electronic Encyclopedia, 2010). La terapia Gestalt fue desarrollada por Frederich Perls después de la Segunda Guerra Mundial, bajo la premisa de que la incapacidad de poder integrar las partes en su personalidad en un todo saludable es la raíz de un desorden psicológico (Columbia Electronic Encyclopedia, 2010). En el proceso psicoterapéutico, el terapeuta debe alentar a los pacientes a que liberen y reconozcan sus emociones para poderlas aceptarlas e integrarlas sin juicios de valor, únicamente por lo que son (Columbia Electronic Encyclopedia, 2010).

Otro aspecto importante de esta terapia es que se trabaja en el aquí y ahora, aun cuando se trabajen aspectos del pasado, la terapia se enfoca en el “darse cuenta” de sentimientos,

emociones y acciones de determinada situación (Cain & Seeman, 2008). Así la persona que se da cuenta de la situación, la trae al presente, con todos sus emociones y la procesa, está cerrando círculos, los cuales son fundamentales trabajar en la Gestalt para avanzar al crecimiento de la persona (Cain & Seeman, 2008).

Las técnicas de la terapia Gestalt son: 1. silla vacía, trabajo imaginario del paciente en donde el paciente “sienta” en una silla vacía a la persona o personas a las cuales antes inhibió las emociones que quería expresar, es una técnica que implica enfrentamiento con las emociones que no fueron resueltas anteriormente, pero que el espacio terapéutico permite que sean legitimizadas y aceptadas; 2. repetición de gestos, el terapeuta le pide al paciente que repita un gesto o expresiones corporales, sirve para que el paciente profundice con sus sentimientos más escondidos; 3. dramatización o imaginación, el terapeuta le pide al paciente que represente o imagine roles de personas cercanas a él, haciendo que se modifiquen patrones conflictivos que causan malestar en el paciente, mediante la conciencia que pone el paciente y así romper con la cadena disfuncional; 4. dos sillas, es un diálogo imaginario entre dos partes en conflicto del yo o self, la parte crítica y la parte experiencial, sirve para resolver conflictos internos porque se conecta con lo más profundo del self integrando sus partes; 5. identificación, en esta técnica el paciente se enfoca en una experiencia sensorial otorgándole una personalidad, permitiendo que el paciente proyecte y descubra emociones primarias que se esconden en esta experiencia; y 6. exageración o elaboración, el paciente debe exagerar un comportamiento para traer a la conciencia emociones de este comportamiento que están inconscientes (Cain & Seeman, 2008).

Los aspectos relacionados con la efectividad de la terapia, sea cual sea la problemática del paciente tiene que ver con las cualidades que se mencionan a continuación. 1). alianza

terapéutica, 2). directividad, que significa que el terapeuta conduce al paciente para ciertos tipos de dinámicas y ejercicios que puedan agilizar el proceso terapéutico, 3). reacciones afectivas positivas, es decir, que se mantenga un buen vínculo entre terapeuta y paciente, 4). trabajo de explicación constructiva, en donde el terapeuta normaliza lo que puede ir sucediendo con el paciente para que pueda éste tener un mejor entendimiento y confianza, 5). fijarse en las emociones, sean cuales sean las emociones o el por qué se produjeron, el terapeuta debe estar atento y trabajar estas emociones junto al paciente, 6). utilización de metáforas o imaginación, 7). confrontación, debe en toda terapia necesariamente haber un nivel de confrontación de lo que trae el paciente, para esto, es importante que se haya desarrollado un buen vínculo terapéutico entre paciente y terapeuta (Cain & Seeman, 2008).

La terapia enfocada en la emoción y en la experiencia fue desarrollada por Leslie Greenberg, Robert Elliot y colaboradores (Cain & Seeman, 2008). Esta terapia resulta de la mezcla de la terapia centrada en el cliente de Rogers, técnicas de la terapia Gestalt, del existencialismo y métodos integrativos de experimentar sensaciones y emociones corporales. Esta terapia, como la describe Greenberg es tanto relacional y orientada a las tareas (Cain & Seeman, 2008). Esencialmente esta terapia se enfoca en la alianza terapéutica, la empatía y las tareas que permiten lograr el objetivo del paciente de sentirse mejor (Cain & Seeman, 2008). Para lograr que la terapia sea efectiva y produzca los cambios que el paciente busca para tener un mejor funcionamiento, la relación del paciente con el terapeuta debe ser sólida, para que el paciente pueda ir cumpliendo los distintos objetivos planteados y dirigidos por el terapeuta (Cain & Seeman, 2008). El objetivo principal que tiene la terapia enfocada en la emoción y la experimentación, es trabajar sobre el procesamiento de las emociones y la reconstrucción de

nuevos esquemas emocionales, mediante la reexperimentación de una determinada vivencia (Cain & Seeman, 2008; Greenberg, 2008).

Antiguamente se creía que las emociones tenían que ser controladas y evitadas ya que descontrolaban al individuo (Greenberg, 2008). Sin embargo el control de las emociones no siempre es una manera adaptativa y no aseguran un proceso saludable, ni conduce necesariamente a la felicidad (Greenberg, 2008). Es más, al parecer reprimir las emociones puede llevar a pobre nivel de salud tanto física como mental, cada vez hay más evidencia de la importancia de reconocer y adaptar las emociones para poder tener un desarrollo saludable (Greenberg, 2008). Se busca en psicoterapia que el paciente consiga integrar la información que le dan tanto su sistema emocional como su sistema cognitivo para lograr cambios satisfactorios (Cain & Seeman, 2008). La terapia enfocada en la emoción, le da un rol principal a la emoción para el correcto desenvolvimiento y funcionamiento de las personas (Cain & Seeman, 2008). Las emociones del paciente necesitan ser reconocidas y aceptadas para poder generar un cambio en la psicoterapia (Greenberg, 2008). La idea de acceder y explorar emociones dolorosas en un contexto psicoterapéutico seguro, promueve un cambio terapéutico que ha sido aceptado por varias orientaciones psicológicas. (Greenberg, 2008). La psicoterapia mediante la reexperimentación de la experiencia ayuda a que el paciente reviva la emoción que tuvo en esa determinada situación para poderla integrar con el respectivo pensamiento, haciendo que la persona tenga una conciencia más clara. (Greenberg, 2008).

En el proceso psicoterapéutico hay que tener en cuenta que si bien hay que trabajar las emociones, no todas es prudente hacerlo y los terapeutas deben tener cuidado en diferenciarlas (Greenberg, 2008). Los diferentes tipos de emociones son: 1). Las emociones primarias, que son las emociones fundamentales, de reacción inmediata ante la situación; 2). Las emociones

secundarias, son las reacciones emocionales que tiene el individuo ante sus propias reacciones ante estímulos mas que un simple reaccionar ante situaciones (Greenberg, 2008). Las emociones maladaptativas son aquellas respuestas aprendidas que no son adaptativas en sí y que deben ser transformadas y reguladas (Greenberg, 2008). Las emociones secundarias pueden ser defensivas ante sentimientos personales o ante pensamientos negativos, las cuales deben ser exploradas para acceder a lo más primario del pensamiento (Greenberg, 2008).

La terapia humanista es una buena opción para tratar malestar en las personas (Cain & Seeman, 2008). Ésta terapia se enfoca principalmente en la alianza terapéutica, la aceptación incondicional, y en procesar las emociones para lograr que los pacientes tengan un buen resultado terapéutico (Cain & Seeman, 2008). El trabajar sobre las emociones proporcionan un cambio positivo en los pacientes (Greenberg, 2008). Las emociones son una fuente adaptativa, porque informan a las personas de lo que significa determinado evento o sobre su estado de animo, lo que conduce a que la persona pueda adaptarse a una determinada acción. (Greenberg, 2008). Las emociones comunican intenciones, regulan la interacción y dan significado a la experiencia. (Greenberg, 2008). Adicionalmente, entrar en contacto con las emociones, permiten tener un conocimiento más real y claro sobre los que ocurre, y al integrar esta información al pensamiento, se obtiene un proceso integral efectivo, importante para la psicoterapia (Cain y Seeman, 2008, Greenberg, 2008).

5. Integración de la terapia cognitiva y la terapia humanista

La combinación de la terapia cognitiva, el uso de la metáfora, imaginiería guiada y técnicas de terapia Gestalt, según Abbatiello (2006), ha sido de mucha ayuda para utilizar en psicoterapia con sus pacientes. La integración y la inclusión de estos conceptos, según dice Abbatiello (2006), hace que los pacientes comprendan de un modo más fácil el rol que tiene su

manera de pensar negativa y puedan comprender la relación existente entre sus pensamientos y sus actitudes. La terapia Cognitiva se enfoca en los pensamientos y distorsiones cognitivas que causan estrés emocional negativo. El objetivo es ayudar al cliente a reemplazar estos distorsionados y disfuncionales pensamientos por unos pensamientos que sean saludables y adecuados (Abbatiello, 2006).

Tanto el pensamiento como la emoción, están íntimamente conectados de tal manera que, el pensamiento trabaja al servicio de objetivos afectivos, mientras que la emoción por lo general responde al pensamiento;”la emoción nos moviliza y la razón nos guía”. (Greenberg, 2008, p.50). Muchas veces las personas responden emocionalmente ante experiencias sin pensar, lo que produce una experiencia emocional sin una línea de pensamiento, es decir que se vive una experiencia en niveles separados. (Greenberg, 2008). Para que el paciente dé significado a la experiencia debe tener emoción y razón, porque sin la emoción, no hay motivación para cambiar la acción, así como tampoco sin conciencia de organización, no hay coherencia,” La profundidad, rango y complejidad de la emoción no puede ser desarrollada mas allá de su propio origen, sin articular la conciencia de ello” (Greenberg, 2008, p. 51).

Cuando se logra que los pacientes puedan tener una integración tanto a nivel cognitivo como emocional, el uso de las metáforas tienen una efectividad muy grande como herramientas educativas (Abbatiello, 2006). El lenguaje metafórico tiene la habilidad de reflejar el pensamiento distorsionado de la persona para que puedan ser comprendidas, a manera de espejo (Abatiello, 2006). Ricoeur dice que la metáforas es “una innovación semántica, y un surgir de significado...el poder de la metáfora sirve para romper antiguas categorizaciones de pensamiento y establecer otras nuevas” (Abbatiello, 2006, pp. 208).

Para obtener un proceso integral, el uso de técnicas de la terapia Gestalt, es de mucha ayuda para hacer que los pacientes tomen conciencia de la manera en cómo sus pensamientos afectan sus emociones, lo cual hace que el paciente no sólo se quede en el nivel de pensamiento, si no que pueda incorporar en la experiencia al nivel emocional también, como un todo integrado (Abbatiello, 2006). “Encontrar paz y calma significa un cambio en el pensamiento, girar un poco el lente del calidoscopio y mirar de manera diferente el evento” (Abbatiello, 2006, p. 208).

La mayoría de las personas dejan que sus mentes divaguen sin control haciendo que sus pensamientos tengan un efecto sobre sus emociones y comportamiento sin que se den cuenta de ello (Abbatiello, 2006). Es por esta razón que en psicoterapia, el terapeuta debe hacer un alto al diálogo del paciente y hacer que escuche sus propios pensamientos, que se de cuenta de la manera cómo éstos están afectando su aspecto emocional y comportamental (Abbatiello, 2006).

Abbatiello (2006), expone que el modelo cognitivo de psicopatología de Beck enfatiza que las modo de pensar de las personas que tienen diversos síntomas como ansiedad, ira o depresión es en base a pensamientos negativos que aumentan el malestar de las personas. “Estos pensamientos automáticos, que surgen de modo espontáneo, parecen válidos y están asociados con emociones problemáticas” (Abbatiello, 2006, p. 209). Los errores de percepción necesitan en psicoterapia ser identificados y modificados a una nueva perspectiva, pero este proceso no resulta tan sencillo por el miedo que tienen las personas al cambio (Abbatiello, 2006).

Es crucial lograr en psicoterapia que el paciente entienda y experimente la relación que existe entre su cuerpo, sus pensamientos y sus emociones, y una buena manera de lograr esta

integración es mediante la imaginería guiada (Abbatiello, 2006). Mediante la relajación, y la imaginación se puede encontrar un lugar en donde el paciente pueda ponerse en contacto con sus pensamientos y ver el impacto que estos tienen sobre sus emociones para poder tomar una decisión (Abbatiello, 2006).

Enseñar al paciente algunas técnicas cognitivas como, parar el pensamiento negativo y evitar juzgarlo, es de mucha ayuda en el proceso terapéutico, de esta manera se resta la ansiedad ante el pensamiento viéndolo simplemente como un pensamiento más, incorporándolo como parte de sí mismo “los pensamientos no son ni buenos ni malos, son sólo pensamientos” (Abbatiello, 2006, p. 209).

Las reacciones que tienen las personas hacia diversas situaciones, a pesar de ser propias, son un claro reflejo de la manera en como piensan (Abbatiello, 2006). Los pensamientos tienen poder y conocer este poder es la fórmula para poder escoger o cambiar ciertas actitudes que no son funcionales (Abbatiello, 2006).

Todas las orientaciones terapéuticas hoy en día parecen coincidir más en que la emoción es un sistema adaptativo, de acción rápida que orienta a las personas a tener conciencia de su entorno (Greenberg, 2008). Todos coinciden en que la emoción afecta la manera de reaccionar de las personas ante determinados eventos, afectando incluso su manera de pensar (Greenberg, 2008). La emoción y la cognición están conectadas íntimamente para poder dar significado a los eventos que viven diariamente las personas, por tanto es crucial integrarlas para el proceso psicoterapéutico (Greenberg, 2008). De igual manera todas las corrientes psicológicas reconocen que el darse cuenta o tener conciencia de las emociones y aceptarlas en un proceso terapéutico es importante para poder tener acceso a la información del paciente (Greenberg, 2008). Coinciden también en que la incongruencia y discrepancia

que hay entre la cognición, la emoción y lo fisiológico crea disfunciones que hace que las personas se sientan mal lo cual debe ser tratado en la terapia (Greenberg, 2008).

Varios estudios confirman la eficacia que tiene el trabajo sobre las emociones, tanto en terapia individual como de pareja (Greenberg, 2008). Realizar un trabajo terapéutico enfocado en las emociones como la depresión, reprocesando la experiencia, ha tenido buenos resultados para la eficacia de la terapia (Greenberg, 2008). Un estudio realizado por Watson, en el cual comparaban la terapia enfocada en la experiencia y la terapia cognitiva para pacientes con depresión mayor, reportó que no hubo diferencias significativas entre los grupos que se les aplicó las dos distintas terapias (Greenberg, 2008). Tanto la terapia enfocada en la experiencia y la cognitiva fueron efectivas para mejorar los niveles de depresión, autoestima, síntomas negativos, y actitudes disfuncionales, así como también en desarrollar mejor su reaccionar emocional para resolver problemas (Greenberg, 2008). La terapia enfocada en la emoción para tratar depresión resultó ser en algunos niveles igual o más efectiva que la terapia cognitiva (Greenberg, 2008).

Cada vez hay mayor número de estudios que comprueban empíricamente que el rol de la emoción en el proceso terapéutico produce cambios significativos “hay una correlación entre la efectividad de la terapia y la activación emocional dentro de las sesiones” (Greenberg, 2008, p. 55). Jones y Pulos descubrieron que las estrategias para traer a la conciencia, en la sesión terapéutica, el afecto, enfocarse en la emoción y los sentimientos problemáticos, tenían una correlación positiva para la efectividad de la terapia, independientemente de la orientación teórica (Greenberg, 2008). De igual, lograr integrar en la psicoterapia la parte emocional con la parte cognitiva, es fundamental para poder evidenciar y mantener cambios terapéuticos en los pacientes (Abbatiello, 2006). Este es el fin que se persiguió en este caso de estudio, que al

integrar los sistemas cognitivos y emocionales, se brindaría al paciente un tratamiento que logre mejorar su calidad vida en un corto tiempo.

II. Introducción al Caso

NN es una mujer de veinte y un años. Cursa su segundo año de estudios en la universidad. Se entera del servicio de consultas psicológicas por medio de los avisos publicados en los alrededores de la Universidad. Vive con sus abuelos y su hermano menor. Tiene un enamorado desde hace un año.

III. Presentación del Problema

NN dice que sus problemas comenzaron dos meses antes de iniciar la terapia, a partir de que su novio termina su relación con ella. Ella y su novio mantenían una relación de un año aproximadamente, lo cual significó para NN separarse de su novio un dolor intenso acompañado de una terrible ansiedad y necesidad de volver a estar junto a él. Cuando fue el rompimiento de la relación, NN reporta haber sentido que “se moría”. No podía dejar de pensar en él ni de buscarlo constantemente para reconciliarse.

Su nivel de desesperación era tal, que llegó al punto de dejar de estudiar, lo que le generó adicionalmente problemas académicos. Pero no sólo este problema estaba afectando su vida estudiantil, en su entorno familiar, las cosas no estaban resultando bien. Tenía que mentir constantemente negando que la situación no le afectaba para que no se preocuparan sus abuelos. Sin embargo, la situación era insostenible. NN no podía conciliar el sueño, no podía comer, le costaba concentrarse, se aisló de su círculo de amistades, padecía dolores de cabeza, e incluso pensó en un momento en que sería hubiera sido preferible desaparecer a estar sin él. Anímicamente estaba muy triste, lloraba todo el tiempo, sintiendo que su vida no valía nada si

no era junto con su enamorado. Sus sentimientos de valía estaban sumamente comprometidos. Se mostraba bastante insegura.

A esta situación se le añade otra complicación. Los padres de NN no les agradaba la relación que ella mantenía con su enamorado. Así como tampoco era del agrado de los padres del novio su relación con NN. Esto, para la paciente significaba un fracaso enorme, ya que sentía que hizo mucho esfuerzo para que su relación funcione sin conseguirlo. Sentía que había luchado en vano.

Adicionalmente, los padres de NN son divorciados y no mantienen una buena relación entre sí. Ponían a NN en la mitad del problema, haciendo que adopte un rol que no era pertinente para ella. Esto hacía que cada vez más NN se sumerja en su relación con su novio y se aleje del núcleo familiar. La madre es una persona distante, no es estable emocionalmente para NN y no vive con ella. El padre por otro lado, se volvió a casar, y tiene un hogar estable, incluso NN tiene dos hermanos por parte de padre y su nueva mujer. NN vive con sus abuelos y su hermano menor.

NN acude a terapia porque se siente “mal” de sentir que su novio hace lo que quiera con ella. Siente que la deja cuando él quiere y ella no lo puede dejar. Dice que estar con él es más fuerte que ella, incluso si el estar con él significa que la indisponga, que la tenga insegura todo el tiempo y que no la valore.

IV. Historia

1. Familia

NN vive con sus abuelos maternos y su hermano menor. Su estatus socio económico es medio-alto. Sus padres se divorciaron poco antes de que ella cumpliera 10 años. A partir de este suceso ella junto con su hermano fueron a vivir

ERROR: syntaxerror
OFFENDING COMMAND: --nostringval--

STACK: