

Abordajes desde la Terapia de Interacción Recíproca (TIR)

Aguado, R. (2010) ©®

Fernández Ugalde, Maider; García Fernández, Isabel; García López, Agurtzane;
Montejo Moreno, Nuria; Ortiz de Jimenez de Alesanco, Amaia; Sedano González,
Raquel

Con la colaboración de Lucía Oñate

Mayo, 2016

INDICE

- Presentación	1
- Terapia de Interacción Recíproca	2
- Psicoterapia a Personas Sordas en Lengua de Signos desde la Terapia de Interacción Recíproca	11
- Tratamiento de Terapia de Interacción Recíproca en el Trastorno Obsesivo Compulsivo.....	29
- Terapia de Interacción Recíproca en los Trastornos Alimenticios asociados a sucesos traumáticos	50
- Abordaje de un caso de Ansiedad en Infancia desde la Terapia de Interacción Recíproca	65
- Abordaje del diagnóstico de TDAH desde la Terapia de Interacción Recíproca con un ejemplo de caso único.....	78

Un grupo de profesionales de la Psicología Clínica y de la Salud, con años de experiencia y formación, y habiéndose formado entre otros autores con Roberto Aguado, autor de numerosos modelos como la Terapia de Interacción Recíproca, deciden escribir sobre la eficacia y los buenos resultados que esta terapia presenta en su día a día con sus pacientes y con distintos trastornos.

Así, estas psicólogas, presentan 5 casos reales abordados desde la Terapia de Interacción Recíproca.

Inicialmente se presenta un resumen de este modelo terapéutico para pasar a describir cada uno de los 5 casos:

- Psicoterapia a Personas Sordas en Lengua de Signos desde la Terapia de Interacción Recíproca
- Tratamiento de Terapia de Interacción Recíproca en el Trastorno Obsesivo Compulsivo
- Terapia de Interacción Recíproca en los Trastornos Alimenticios asociados a sucesos traumáticos
- Abordaje de un caso de Ansiedad en Infancia desde la Terapia de Interacción Recíproca
- Abordaje del diagnóstico de TDAH desde la Terapia de Interacción Recíproca con un ejemplo de caso único

La **Terapia de Interacción Recíproca (TIR)** es una Terapia de Tiempo Limitado diseñada en 1995 por Roberto Aguado.

Roberto Aguado es licenciado en Psicología, con un gran currículum y trayectoria profesional entre la que cabe destacar: Especialista en Psicología Clínica, Especialista Europeo EuroPsy en Psicoterapia, Máster en Psicología Clínica y Psicología de la Salud, Especialista en Hipnosis Clínica, además es Profesor, Escritor, Autor de varios libros sobre psicoterapia, investigador.... y Autor de los modelos de tercera generación *Terapia de Interacción Recíproca* y *Psicoterapia de Tiempo Limitado*; y de las técnicas *Focalización por Disociación Selectiva (F.D.S.)* y *Movimientos de Cabeza Inducidos (M.C.I.)*. Así como autor del modelo de Inteligencia Emocional V.E.C. (Vinculación Emocional Consciente), entre otras muchas facetas.

Con la Terapia de Interacción Recíproca (TIR) se propuso crear un modelo psicoterapéutico que cumpliera tres criterios:

- Conseguir eficacia terapéutica en menos de 10 sesiones.
- Trabajar la raíz del conflicto intrapsíquico. Diferenciándose de los modelos que acortan el tiempo de tratamiento por focalizar en puntos concretos del ecosistema del paciente (Psicoterapias Breves).
- Establecer un cambio en las memorias emocionales del paciente, para que de esta forma, tenga opción no sólo a dejar de tener sufrimiento por el trastorno que padece, sino que además pueda vivir su vida con satisfacción.

En la TIR se pone toda la energía en el **vínculo terapeuta – paciente** de tal forma que los cambios que se logran son la consecuencia de haber generado nuevas formas de interacción con aquello que hasta el momento determinaba el sufrimiento y la

enfermedad. Lo esencial y más importante en la terapia es conseguir que el paciente interactúe de forma recíproca con todos y cada una de sus estancias emocionales, sensitivas, cognitivas y por qué no interpersonales, con el fin de general y no tanto de reparar, como han planteado otros modelos.

La Terapia de Interacción Recíproca tiene su argumentación teórica en tres supuestos básicos:

1- ***"Sólo podemos realizar aquello que hemos imaginado haber realizado"***. Imaginar no debe ser entendido en este primer supuesto como un acto mental voluntario; imaginar es la expresión para referirnos a esa huella o memoria que debemos tener grabada en nuestro cerebro para que se pueda realizar el acto que deseamos. De esta forma el fóbico tiene grabada la memoria de evitar la situación temida o el depresivo vive fiel a la memoria nihilista de autolesión y de no encontrar un futuro para él. Todas estas huellas se traducen en imágenes que frenan una interacción con las partes sanas y adaptativas del sujeto que las padece. Estas imágenes, cualquiera que sea el tipo de memoria que la sustenta, en esencia es lo mismo: una asociación tal entre un grupo de neuronas que, cuando se dispara una, se disparan todas, creando un canon específico de actividad, es decir, un complejo de emoción-motivación-cognición, denominado *esquema emocional* (Greenberg y Safran 1987), que es advertido como una imagen que proporciona a cada persona un sentido integrado de él o ella misma y del mundo, así como también un significado subjetivamente sentido (Pascual Leone, 1991; Greenberg, Rice y Elliot, 1993).

2 - ***"Para imaginar aquello que queremos realizar, nuestro personaje referencial básico, debe haber imaginado que podemos realizar lo que deseamos"***. Al nacer e incluso en la vida uterina, el cerebro emocional (Sistema Límbico) del bebé está muy desarrollado, no siendo así su cerebro intelectual o racional (neocortex), el cual tarda en

mielinizarse del todo unos años. Al nacer el bebé necesita leche con amor. Si sólo se le da leche probablemente muera o padezca una enfermedad irreversible (Spitz 1946, Bowlby 1951-1958, Parker 1955). Esta relación comida-amor no es un tema poético. El cerebro límbico está diseñado para detectar los peligros sobre la supervivencia, por lo tanto sabe que si hay amor le darán alimento, de tal forma que si no recibe (aunque se lo den) la dosis de afecto que le tranquilice, comenzará a situarse en una dinámica de peligro vital, creándose las memorias oportunas, que si en la biografía del sujeto no son en algún momento reemplazadas por otras en las que se satisfagan estas necesidades emocionales, el sujeto lo expresara en forma de enfermedad en cualquiera de las vías biopsicosociales.

La relación con el personaje referencial va a ser determinante para que el ser humano pueda grabar memorias que le conduzcan a la satisfacción o al sufrimiento. En esencia nuestra conciencia y nuestro autodiálogo están muy ligados a cómo nos hablaron y sobre todo cómo fue la interacción recíproca con nuestro personaje referencial básico. No olvidemos que desde el punto de vista funcional, a nivel emocional no hay duda, el área que determina la comprensión (área de Wernicke), madura (se mieliniza) meses antes de la que genera el habla (el área de Broca).

3- *"La psicoterapia puede ser un equivalente de la relación con el personaje básico. El terapeuta ayudará a cambiar el esquema emocional primitivo fruto de la interacción primaria, liberando al paciente de su incapacidad para poder imaginar aquello que desea y posteriormente realizar dicho deseo, pero esta vez con la sensación de tener la confianza de su figura básica, en este caso secundaria".*

En Terapia de Interacción Recíproca, apoyándonos en las investigaciones de la neurología actual, mantenemos una ley esencial para trabajar en psicoterapia: *"La emoción decide y la razón justifica"*.

La TIR, es una terapia de tiempo limitado, que utiliza conceptos y fundamentos de las terapias psicoanalíticas, cognitivas, estratégicas, sistémicas e interpersonales, con elementos propios tanto en sus fundamentos teóricos como en su puesta en práctica clínica.

La TIR es un modelo terapéutico, de característica integradora o ecléctica que pretende amoldar el modelo al paciente y no el paciente al modelo.

El terapeuta TIR induce de forma habitual estados hipnóticos en el paciente. En estado hipnótico se facilitan los cambios terapéuticos, puesto que el paciente está mucho más receptivo y mantiene un vínculo singular, en el que puede imaginar que puede realizar sus deseos delante de una persona referencial, en este caso secundaria, como es el terapeuta.

La Terapia de Interacción Recíproca:

- Consigue eficacia terapéutica en un tiempo limitado
- Trabaja la raíz del conflicto intrapsíquico.
- Está diseñada para una psicoterapia con un solo paciente y un solo terapeuta.
- Se ocupa de lo relacional y de las normas que dirigen la interacción del sujeto con el mundo en el aquí y ahora.
- Tiene especial interés el complejo: emoción-motivación-cognición.
- Es totalmente compatible con la medicación psiquiátrica.

- Establece un cambio en las memorias emocionales del paciente, para que de esta forma, pueda **pasar del sufrimiento a la satisfacción**.

La Terapia de Interacción Recíproca ha sido cotejada empíricamente con resultados muy satisfactorios en los siguientes trastornos:

- Trastornos de ansiedad.
- Trastornos afectivos.
- Trastornos psicosomáticos.
- Trastornos del Comportamiento Alimentario.
- Dolor.
- Tratamiento psicológico en la intervención en quirófano (intervención quirúrgica con anestesia hipnótica).
- Tratamiento de tabaquismo.

“La Psicoterapia de Tiempo Limitado es una intervención psicológica que se comunica con las estructuras subcorticales, lugar donde se localizan las memorias que inciden en el aquí y ahora. Y eso cambiará posteriormente las memorias incapacitantes por otras más adaptadas, de tal forma que las bases de homeostasis integral del ser humano generan nuevas formas de comunicación con el mismo y su entorno.” (Aguado, R.).

Una vez establecido el vínculo terapéutico, el terapeuta debe analizar una serie de elementos claves en la anamnesis del sujeto, para conseguir el cambio terapéutico. De todos los elementos comunes en todos los pacientes, los más significativos son:

- Necesidades o deseos carenciales a los que el sujeto está fijado.
- Conflictos básicos que se desprenden de esta relación carencial con la realidad psicológica o simbólica del sujeto.
- Incapacidad de representación ideativa del deseo realizado.
- Impregnación en su autoconcepto de la imposibilidad o incapacidad de realizar el/los deseo/s carencial/es a los cuales está fijado.
- Manifestaciones de expresión de esta relación carencial. Estas expresiones pueden observarse en distintos planos.
 - Expresión emocional (capacidad para identificar, canalizar y expresar la/s emoción/es secundaria/s al/a los conflicto/s básico/s).
 - Dirección motivacional (inercia intrínseca al conflicto, que traslada al sujeto a posiciones más o menos negativas para su adaptación).
 - Carácter (esqueleto mental, rasgos que le identifican como individuo, personalidad...).
 - Ideación cognitiva (forma de representarse la realidad, representación simbólica de su existir).
 - Conducta (comportamiento adaptado o desadaptado).
 - Relaciones Interpersonales (capacidad de mantener vínculos sanos con el tú y el/los otro/os).
 - Psicósomática (expresión somática de su/s conflicto/s básico/s).
 - Corporal (espacio físico que ocupa, morbilidad corporal).

- Referencias aprendidas en el micro, meso y macrocontexto.
- Adherencia del deseo al que está fijado en cada uno de estos contextos.
- Distintas personas referenciales básicas que el paciente ha tenido en su existir.
- Trastorno/s Clínico/s.

Los deseos esenciales o básicos son necesarios para la supervivencia tanto física como psicológica. A nivel físico comprendemos perfectamente sin muchas explicaciones, que cuando un ser humano tiene una carencia, de una sustancia química esencial para el organismo (glucosa, insulina, hierro, glóbulos etc.) si esta carencia no se equilibra muere. Así, de forma idéntica, los seres humanos tenemos una serie de necesidades básicas a nivel psicológico, que si no se realizan, producen al igual que con las carencias químicas, un estado de desequilibrio en el sistema de supervivencia.

Estas necesidades o deseos básicos, han sido clasificados, tras el estudio de 4000 pacientes realizado por un centenar de terapeutas, de la siguiente forma:

Deseos centrales o de supervivencia

- Deseo de satisfacción de impulsos biológicos
- Deseo de satisfacción de impulsos psíquicos.
 - Deseos primarios
 - Deseos Exógenos o Transferidos
 - Deseo de Apego (Bowlby, 1969)
 - Deseo de admiración incondicional.
 - Deseo de Identificación como ser único.
 - Deseo de valoración.
 - Deseo de Contención.
 - Deseo de pertenecer a una familia.
 - Deseo de tener un lugar de convivencia.
 - Deseo de defensa y protección.
 - Deseo de Delimitación.
 - Deseo de ser limitado.

- Deseo de autoridad desde el cariño.
- Deseo de una segunda oportunidad.
- Deseos Endógenos o Enmarcadores.
- Deseo de Incorporación.
- Deseo de Retención.
- Deseo de Eliminación.
- Deseos secundarios.
 - Deseo Narcisista (Hugo Bleichmar).
 - Deseo del Bienestar del referente.
 - Deseo de Adquisición mágica.
 - Deseo de hedonismo constante.

Si el deseo carencial toca de lleno al deseo de supervivencia o conservación es muy probable que el sujeto necesite de una asistencia terapéutica de larga duración. Si además no ha tenido la confianza básica de su persona referencial básica es probable que nos encontremos con un cuadro psicopático grave o un trastorno psicótico.

El vínculo terapéutico intentará revivir la situación del conflicto, por lo tanto el terapeuta debe tener como guión en la terapia la consecución de dos objetivos:

- Que el sujeto tenga un autoconcepto en el que pueda imaginar realizar sus deseos.
- Conseguir que el sujeto introyecte una nueva relación vincular donde se le pueda otorgar la confianza básica.

“El vínculo terapéutico será la plataforma para conseguir el cambio terapéutico”.

Referencias Bibliográficas

- Aguado, R. (2002) *Terapia de Interacción Recíproca: Hipnosis Clínica en Psicoterapia*
- Aguado, R. (2005). *Manual práctico de terapia de interacción recíproca: hipnosis clínica en psicoterapia*. Síntesis.
- Aguado, R. (2014). La emoción decide y la razón justifica. *Padres y Maestros. Publicación de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales*, (357), 15-19.
- Aguado, R. (2014) *Es emocionante saber emocionarse*. Eos
- Barber, J. (2000). *Tratamiento del dolor mediante hipnosis y sugestión: una guía clínica*. Desclee de Brouwer.
- Carter, R. (2002): *El nuevo mapa del cerebro humano*. Integral. Barcelona.
- Rubia, F.J. (2002): *El cerebro nos engaña*. *Temas de Hoy*. Madrid

**Psicoterapia a Personas Sordas en Lengua de Signos desde la Terapia de
Interacción Recíproca**

Ortiz de Jiménez de Alesanco, Amaia

Mayo, 2016

Abstract

La psicoterapia en Lengua de Signos a Personas Sordas es un campo sumamente desconocido. Si una Persona Sorda decide comenzar un proceso psicoterapéutico es muy probable que se tope de nuevo con las barreras de comunicación, encontrando escasos recursos desde donde se le ofrezca Psicoterapia en Lengua de Signos. Las características psicosociológicas y comunicativas propias de las Personas Sordas, requieren de modelos de psicoterapia que se adapten a ellas, no siendo válidos los modelos que adaptan el paciente a la propia terapia. Se realiza el presente trabajo para comprobar como la Terapia de Interacción Recíproca (TIR) es una psicoterapia mucho más efectiva con las Personas Sordas que otras psicoterapias. Los supuestos sobre los que se sustenta la Terapia de Interacción Recíproca (TIR) son esenciales para construir las bases sobre las que se debe fundamentar una psicoterapia con Personas Sordas, contemplando el vínculo y la adaptación de la propia terapia al paciente como aspectos fundamentales para realizar psicoterapia con Personas Sordas. Se presenta el caso de una paciente sorda, con la cual se ha realizado el protocolo de la Terapia de Interacción Recíproca (TIR) exponiendo su motivo de consulta inicial, describiendo la metodología empleada a lo largo de la terapia y concluyendo con los resultados obtenidos.

Palabras clave: TIR, deseos básicos, personas sordas, MCI, vínculo, Lengua de Signos.

Introducción

Se estima que alrededor de un 10% de la población general padece algún tipo de déficit auditivo. Dentro de este porcentaje, encontramos una población de gran variabilidad. Existen fundamentalmente tres factores que determinan el nivel de integración dentro de la sociedad normoyente y su competencia comunicativa en lengua oral, así como la vivencia de su propia discapacidad; la edad de aparición de la sordera (prelocutiva o postlocutiva), el grado de pérdida (hipoacusia, ..cofosis) y la lengua escogida para comunicarse con su entorno (Lengua oral/ Lengua de Signos/ Bimodal/Lectura labial).

La sociedad en la que vivimos, es una sociedad de “oyentes”, y las barreras de comunicación a las que tienen y han tenido que enfrentarse a lo largo de su vida, favorecen la vivencia de experiencias de marginación y exclusión, vivencias que en muchas ocasiones son generadoras de emociones de rabia y rencor dirigida a la sociedad oyente, constituyendo traumas en sí mismos. Las Personas Sordas, al igual que las normoyentes a lo largo de su historia vital han ido acumulando una serie de experiencias, en algunos casos traumáticas, que contienen el conflicto básico, quedando expresado a través de los diferentes síntomas que configuran el motivo de consulta.

Los datos más relevantes de recientes investigaciones sobre salud mental y sordera, muestran que las Personas Sordas tienen una mayor probabilidad de ser diagnosticadas de trastornos de personalidad o trastornos adaptativos, por errores de diagnóstico fundamentados en los problemas de comunicación entre el profesional de la salud mental y la Persona Sorda.

Por lo tanto, las Personas Sordas presentan la misma probabilidad de sufrir esquizofrenia que las personas normoyentes, y no presentan una mayor probabilidad de sufrir un trastorno de tipo paranoide, ni trastornos de angustia ni trastornos afectivos, tal y como se había sugerido en anteriores investigaciones (Muñoz, 2010).

La discapacidad auditiva podría conceptualizarse como “una discapacidad invisible”, ya que a diferencia de otras discapacidades sensoriales como la ceguera, puede pasar inadvertida fácilmente a menos que la persona utilice la Lengua de Signos o lleve un audífono que sea visible.

Un aspecto central que determina la relación que la Persona Sorda mantiene con su sordera es la forma en la que haya sido entendida y vivida por su familia de origen, así como el contexto en el que haya sido educada, haciendo uso de una educación oralista o de una que permita la integración de la Lengua de Signos y la lengua oral.

La discapacidad auditiva, implica mucho más que el hecho de tener una pérdida de audición, condiciona la forma de relacionarnos con el mundo, como el mundo se relaciona con estas personas y como se representan ellas en el mundo.

El padecer una pérdida de audición, no implica necesariamente que la persona se reconozca como sorda, funcionando “como si fuera normoyente” en muchas áreas de su vida, identificándose con la sociedad oyente a la que probablemente en algún momento perteneció.

La pérdida de la audición en la edad adulta, así como la deficitaria elaboración por parte de la familia en la que nace un/a niño/a sordo/a, de su sordera, pueden contribuir a la generación de un conflicto con su “Identidad Sorda”.

El concepto Identidad Sorda, al igual que el de Persona Sorda, son conceptos acuñados por las propias Personas Sordas. El primero, Identidad Sorda hace referencia a su propio autoconcepto como Persona Sorda, en el cual se reconoce como sorda, perteneciente a una Comunidad Sorda y a una Cultura Sorda.

Cuando la familia, no ve al niño/a Sordo/a en su globalidad, entendiendo la discapacidad auditiva únicamente como una limitación auditiva, está dejando de contemplar una parte esencial para su desarrollo, su Identidad Sorda.

Un amplio porcentaje de la población sorda conoce y se comunica a través de la Lengua de Signos con su entorno sordo (Personas Sordas signantes), pero cabe señalar como existe un porcentaje relevante que no domina la Lengua de Signos y se comunica a través de la lengua oral y lectura labial.

Oliver Sacks (2004), neuropsicólogo y pionero en la investigación de la Lengua de Signos y de las Personas Sordas, aseveraba que dicha lengua está repleta de simbolismos, en la que las personas que se comunican a través de ella (personas signantes) se sumergen en una atmósfera de representaciones muy cercana al plano emocional, pero con las características propias que hacen de ella una lengua tan completa como la lengua oral.

Las Personas Sordas que hacen uso de la L.S. (Personas Sordas signantes), a la hora de acudir a una consulta de psicología, necesitan hacerlo acompañadas de un intérprete de Lengua de Signos ya que no es frecuente que los/as psicólogos/as posean formación en dicha lengua. Este hecho se traduce en que en muchas ocasiones estas personas sean reacias a acudir, ya que se tratan contenidos muy íntimos que no quieren revelar en presencia de un intérprete de Lengua de Signos, el/la cual frecuentemente

está presente en otras actividades dentro de la Comunidad Sorda.

Cabe señalar como la psicoterapia en presencia de la figura del/la intérprete en L.S., pierde en efectividad ya que se triangula intervención, impidiendo la comunicación directa entre paciente y terapeuta, pasando necesariamente por la figura del intérprete de Lengua de Signos, afectando al vínculo terapéutico.

Hay que destacar que el intérprete no es un/a profesional de la Psicología y al interpretar a L.S., se pueden perder contenidos o no dar con el giro o metáfora que el/la terapeuta quiere transmitir.

Para realizar una Psicoterapia eficaz con las Personas Sordas, no sólo es esencial dominar la Lengua de Signos, si no que también es necesario conocer en profundidad la Comunidad Sorda. Hay aspectos psicosociológicos propios y característicos de estas personas que el/la terapeuta, para garantizar una intervención de calidad y comprender a la persona en su globalidad debe conocer.

Se ha decidido emplear el protocolo de la Terapia de Interacción Recíproca (TIR) para el tratamiento psicológico del caso expuesto en el apartado metodología por constituir una terapia que da respuesta a las necesidades específicas de la paciente y en general a la mayor parte de las Personas Sordas.

El trabajo desde el vínculo constituye uno de los pilares esenciales dentro de la Terapia de Interacción Recíproca (TIR) con Personas Sordas. En su historia vital, es frecuente encontrar en estas personas experiencias de exclusión con personas normoyentes en su microcontexto, mesocontexto y macrocontexto.

El establecimiento de un vínculo adecuado entre terapeuta y paciente, puede constituir una primera experiencia emocional correctora, en la que el terapeuta es capaz

de ver en su globalidad al paciente y comunicarse desde su propio código comunicativo, la Lengua de Signos, admirando todas las partes de dicha persona (incluida su identidad como persona sorda).

Es de gran relevancia atender a los deseos básicos carenciados de la persona, entendiendo los mismos como necesidades fundamentales, aspecto contemplado por la TIR.

La mirada sesgada que en numerosas ocasiones realiza la familia hacia la Persona Sorda que nace en su seno, favorece que sus propias necesidades como Persona Sorda queden descubiertas. Es de vital importancia facilitar a estos niños y niñas sordos un contexto en el que puedan interactuar con otros niños/as sordos/as. Frecuentemente encontramos situaciones en las que la familia educa en un contexto exclusivamente oralista, que dificulta la adquisición de la Lengua de Signos como vehículo comunicativo así como su propia identificación con Personas Sordas.

En la primera fase, de recogida de información, evaluación y diseño de la intervención, se evalúan los aspectos a tratar con el paciente y se va diseñando el tipo de tratamiento más efectivo. En esta primera fase es fundamental ganarse el derecho como “persona normoyente” a entrar en el mundo sordo del paciente. El empleo del mismo código comunicativo, la Lengua de Signos y el conocimiento de la Comunidad Sorda, son primordiales para conseguir vincular con el paciente.

Posteriormente se van encontrando y marcando las situaciones y/o eventos que han sido traumáticos para el paciente. Los traumas o memorias emocionales traumáticas son redes de neuronas interconectadas que se grabaron ante un determinado acontecimiento que la persona (generalmente en su niñez o adolescencia), vivió como peligroso, amenazante. Es muy frecuente encontrar en estas personas la vivencia de

experiencias de rechazo y marginación. Con las personas sordas no es posible trabajar a través de la hipnosis hablada y se utilizan las técnicas M.C.I.; Movimientos de cabeza inducidos (Aguado, 2005). Son unas técnicas que permiten inducir un estado hipnótico en las personas sordas.

La aplicación de las técnicas M.C.I. es en sí un verdadero paradigma del vínculo terapeuta-paciente, siendo un gran medidor de la capacidad de interacción de ambos. El tiempo en el que podemos conseguir un estado hipnótico leve-moderado en un paciente con las técnicas M.C.I. pueden ser segundos, no teniendo que emplear si no se quiere el lenguaje, es decir el terapeuta no tiene por qué hablar para conseguir la inducción hipnótica.

Estas técnicas se ejecutan, tal como hemos dicho, sin hacer uso del lenguaje hablado, por lo que puede mostrarse efectivas con independencia de la cultura de procedencia del sujeto y de su nivel educativo y es ideal para las personas que no pueden oír.

Las técnicas MCI están incluidas como método auxiliar y complementario dentro de las técnicas del protocolo de la Terapia de Interacción Recíproca (TIR), pero pueden ser también útiles por sí mismas como Psicoterapia de Tiempo Limitado.

Las técnicas M.C.I. se configuran como un conjunto de técnicas realmente valiosas a la hora de acceder a la memoria emocional traumática con las Personas Sordas, ya que no necesitan hacer uso de la palabra hablada, colocando al/la paciente en una posición que le permite acceder a estados disociados de conciencia, favoreciendo el acceso a la memoria emocional traumática. Cabe señalar como característica diferencial de este colectivo, su especial sensibilidad cenestésica, acogiendo de forma muy favorable la aplicación de dichas técnicas.

Metodología

Participante

Mujer de 25 años, a la que llamaremos Anais, con hipoacusia congénita bilateral severa. Dominio de la Lengua Oral y de la Lengua de Signos. Trabaja en una cadena de montaje de una empresa de componentes electrónicos.

Instrumentos

Se utiliza una entrevista semiestructurada para la recogida de información durante las primeras sesiones. Posteriormente se aplica el Cuestionario en hipnosis de sucesos vitales (CHSV, Aguado, 2004) y más tarde el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).

Procedimiento

Como motivo de consulta plantea no saber qué le ocurre, su entorno le dice que ha cambiado y ella se siente profundamente triste e irritable. No se reconoce a sí misma, ya que antes se describía como una chica sociable, fría, pasota y caradura. Quiere saber “que tiene ahí”. Identifica como desde que sufrió un gran desengaño por parte de una amiga que era como una hermana para ella hace tres años, ha comenzado a encontrarse cada vez peor y más vulnerable. Existe afectación en todas las esferas de su vida (laboral, social y pareja). Las altas cotas de irritabilidad que está experimentando le están ocasionando serios problemas a todos los niveles por mantener acaloradas discusiones con un componente de gran agresividad (amigos, jefe y pareja).

Encontramos sintomatología en los ocho niveles que plantea la Terapia de Interacción Recíproca (TIR):

Motivación: desgana

Ideación cognitiva: obsesión con su amiga, culpable de todo

Emocional: hostilidad. Humor depresivo.

Conducta: agresividad

Psicosomático: sintomatología de tipo ansioso-depresivo como disminución del apetito, cefaleas continuadas, sensación de tener un nudo en el estómago.

Orgánico: escoliosis

Psicógeno: depresión

En el caso de Anais encontramos los siguientes deseos básicos carenciados:

Dentro de los deseos de apego, el deseo de admiración incondicional, el deseo de identificación como ser único y el deseo de valoración, se encuentran carenciados.

La admiración que la paciente ha recibido ha sido condicionada, estando mediatizada por su sordera, fijándose en los aspectos más limitantes de la misma, no permitiendo a su referente poder admirar a Anais en su globalidad. Los deseos de identificación como ser único y valoración parecen haber estado carenciados por el mismo motivo, atender únicamente a la parte sorda de la paciente, sin poder ver a Anais como Anais.

De los deseos de contención, el deseo de pertenecer a una familia (exclusión por ser sorda), está carenciado.

En la relación con su microcontexto familiar, Anais describe una relación actual caracterizada por la frialdad afectiva, en la cual los encuentros comunicativos se basan en aspectos operativos en las contadas ocasiones en las que se ven. En su infancia y

adolescencia la relación se caracterizaba por una gran distancia emocional, reducida únicamente en los momentos de enfrentamiento que experimentaban sobre todo ella y su madre.

Según la paciente, su familia, especialmente su madre, ha tenido una mala aceptación de su sordera aunque ha buscado recursos de atención para ella (prótesis auditiva, logopedia,...). Por su déficit auditivo refiere que la han dejado al margen de cambios familiares, sin contarle ni explicarle nada de lo que ocurría dentro de la familia.

En el mesocontexto y especialmente durante la etapa escolar, las dificultades comportamentales de Anais le llevaron a mantener interacciones conflictivas con algunos de sus compañeros y profesorado, mostrando respuestas agresivas y de pasotismo ante la falta de entendimiento hacia ella. Durante esta etapa de nuevo experimenta el rechazo por ser una persona con limitaciones auditivas.

Actualmente refiere una buena relación con sus amigos sordos, pero cierto hastío de la posición en la que parecen haberla colocado, experimenta el liderazgo del grupo como una carga con la que no quiere acarrear.

A nivel de macrocontexto, Anais procede de un entorno rural. “Para imaginar aquello que queremos realizar, nuestro personaje referencial básico debe haber imaginado que podemos lograr realizar lo que deseamos” (Aguado, 2004).

Como personaje referencial básico de la paciente encontramos a su madre, una mujer centrada en la búsqueda de soluciones para la sordera de su hija, vinculadas ambas a través de un vínculo ansioso-tenso. La sobreprotección que probablemente su madre haya dirigido hacia ella, ha podido contribuir a restringirle la información de los sucesos familiares que iban aconteciendo, favoreciendo en Anais la generación de

experiencias de marginación e inutilidad.

La única forma en la cual su madre dirigía una mirada más ampliada hacia su hija era a través de las conductas disruptivas que Anais llevaba a cabo en el contexto escolar. Las emociones que la paciente experimenta son una intensa ira a través de un universo emocional muy amplio (hostilidad, rencor, rabia, furia, ira, odio y violencia) (Aguado, 2014). Tras dicha emoción se esconden una intensa tristeza y culpa.

Se han mantenido un total de 16 sesiones psicoterapéuticas con Anais durante 8 meses, siguiendo el protocolo de la Psicoterapia de Tiempo Limitado con sus correspondientes fases:

Fase de Encuentro y marca:

La primera vez que acude a la consulta trae un cuaderno a modo de diario en el que desde hace un tiempo va recogiendo lo que siente hacía esta amiga y el título del diario es “te odio para toda la vida”.

En la anamnesis y exploración de soluciones intentadas, manifiesta como desde los 15 años viene teniendo problemas y como ha estado en tratamiento psicológico durante su adolescencia con varios profesionales diferentes, interrumpiendo todos los procesos psicoterapéuticos iniciados por realizar la terapia a través de la lengua oral y no conocer a las Personas Sordas. Señala como a los 17 años experimenta una gran depresión por las continuadas discusiones que mantenía con su familia, destacando la intensa sensación de vacío que experimentó en aquella época, llevándola a contemplar la idea de poner fin a su vida en tres ocasiones, pero no poder llevarla a cabo porque “el cuerpo no la seguía”.

En las primeras sesiones mantenidas se observa un alto grado de sufrimiento

psicológico, explicitado a través del gran odio que siente hacía su amiga, que no la “deja vivir”, refiriendo como es “como si su alma estuviera atrapada dentro de su amiga y ésta se la hubiera robado y se sintiera vacía”

Menciona la conflictiva relación que ha mantenido a lo largo de su historia vital con su madre, pero se evidencia su dificultad para profundizar en este tema. Refiere que todos los años de silencio y exclusión han generado en ella un intenso resentimiento en ella hacía su madre.

Inicialmente se observa una gran dificultad para establecer un sólido vínculo terapéutico a través del cual la paciente permita trabajar con su conflicto básico relacionado con su madre. Durante esta primera fase se trabaja desde un plano psicoeducativo, dando respuesta a la necesidad de la paciente de entender la acusada sintomatología que presenta. Se continúa trabajando con las emociones de miedo, rabia y con el concepto de confianza, tremendamente dañando en Anais.

Fase de Desencuadre y desplazamiento:

Posteriormente se comienza a trabajar a través de las técnicas MCI con la paciente el desengaño sufrido con su amiga, favoreciendo la expresión de la rabia de una forma controlada. En esta segunda fase, se pasa a trabajar desde un plano simbólico a través de dibujos, plastilina y telas que representen su conflicto.

Asimismo, se trabaja con Anais en la identificación y fortalecimiento de sus propios recursos para continuar con el trabajo psicoterapéutico. La paciente se encuentra en el momento adecuado para comenzar a trabajar con su conflicto básico, momento en el que experimenta un empeoramiento sustancial en su estado anímico, llegándosele a orientar hacía un tratamiento psicofarmacológico por presentar un cuadro depresivo de

intensidad moderada-grave. (Puntuación obtenida en el BDI-II de 46)

Asimismo se considera necesario contar con la presencia de su pareja en una de las sesiones para disponer de una red de soporte ante la reaparición de ideación de carácter autolítico.

Una vez se ha estabilizado el estado de Anais, se continúa trabajando su conflicto básico relacionado con las vivencias de exclusión durante su infancia empleando el Cuestionario en hipnosis de sucesos vitales (CHSV, Aguado, 2004) con el objetivo de encontrar aquellas experiencias que han generado en ella una intensa soledad, dolor y sensación de vacío. La falta de admiración por parte de su madre y las experiencias de traición de su madre hacia ella por revelar información que Anais había decidido compartir únicamente con ella parecen constituir dos de los elementos más significativos dentro de su conflicto.

A medida que Anais va pudiendo mirar de frente a su conflicto, se va permitiendo expresar la intensa tristeza que la ha acompañado durante su historia vital. En este punto del proceso psicoterapéutico, la paciente habla sin resistencias del dolor que siente, ya que se siente acompañada en este complicado momento y siente que alguien la mira y la ve (mirada incondicional del terapeuta).

Fase de Reencuadre y resolución:

Tras las 16 sesiones mantenidas, se decide finalizar la terapia ya que Anais ha realizado cambios a varios niveles y sobre todo ha dejado de experimentar la intensa tristeza e irritabilidad inicial, sintiendo un resentimiento hacia su amiga y su madre con el que es capaz de convivir. La relación con su madre ha experimentado un giro y en el momento de finalizar la terapia se encuentra inmersa en los preparativos de su boda, en

los cuales va permitiendo que su madre participe.

Resultados

Tabla 1. Análisis de los resultados cualitativos de la paciente.

PRE	POST
-Imposibilidad de hablar explícitamente del conflicto con su madre.	-Puede hablar de las diferencias con su madre, que van encontrando solución.
-Anclada en la rabia, incapacidad para sentir emociones placenteras.	-Capacidad para experimentar todo el abanico emocional.
-Discusiones frecuentes con la pareja, amigos, jefes.	-Descenso de las discusiones.
-Presencia de ideación obsesiva relacionada con la traición de su amiga, dificultad para poder estar en el mismo grupo con ella.	-Dedica menos tiempo a pensar en su amiga y cuando está cerca de ella, la evita.

Tras finalizar el tratamiento a través de la Terapia de Interacción recíproca (TIR) se observa una mejoría global en el estado de la paciente, explicitado por ella misma y observado en las diferentes áreas, social, laboral y familiar. A pesar de que continúa experimentando ciertas dificultades sobre todo en los encuentros con su madre, es capaz de manejarlos mejor sin mostrar conductas evitativas al respecto. El mayor indicador de

bienestar en Anais es el acusado descenso de los altos niveles de rabia y agresividad mostrados al inicio del tratamiento.

La puntuación obtenida por Anais en el Inventario de Depresión de Beck-II tras finalizar la terapia es de 9, sugiriendo altibajos que pueden considerarse normales.

Discusión

Esta investigación ha tenido como propósito describir la eficacia de la Terapia de Interacción Recíproca (TIR) en el tratamiento psicológico de una paciente Sorda. Sobre todo se pretendió demostrar como los preceptos así como las fases de la Terapia de Interacción Recíproca han dado respuesta a las necesidades específicas presentadas por la paciente Sorda. A continuación se discutirán los principales hallazgos de este estudio.

De los resultados obtenidos en esta investigación, se puede deducir en primer lugar que la Terapia de Interacción Recíproca (TIR) es capaz de conseguir satisfactorios resultados en un número muy reducido de sesiones a pesar de que el nivel de sufrimiento global de la paciente inicialmente era de gran intensidad.

Por otro lado de los datos obtenidos se puede concluir como la Terapia de Interacción Recíproca (TIR) realizada en Lengua de Signos permite la generación de un sólido vínculo terapeuta-paciente que hace descender las resistencias de la paciente derivadas de sus propias vivencias de marginación frente a la sociedad normoyente.

Cabe señalar como la aplicación de las técnicas MCI ha constituido una importante palanca movilizadora para poder abordar bloqueos emocionales de la paciente, pudiendo acceder a memorias emocionales traumáticas tempranas y como a

través de la terapia ha podido desbloquearlas y vivir en el paciente con un mayor grado de satisfacción global.

La psicoterapia con Personas Sordas es todavía un campo tremendamente inexplorado, siendo un ejemplo de ello la inexistencia de instrumentos psicométricos específicamente diseñados para este colectivo, así como las escasas investigaciones realizadas.

Este estudio ha tenido como objetivo contribuir a una mayor visibilización de las necesidades psicoterapéuticas de las Personas Sordas, encontrando en la Terapia de Interacción Recíproca (TIR) una terapia capaz de ajustarse a las necesidades específicas que presenta este colectivo.

Bibliografía

Aguado, R. (2005). *Manual práctico de terapia de interacción recíproca: hipnosis clínica en psicoterapia*. Síntesis.

Aguado, R. (2014). Es emocionante saber emocionarse. *Madrid: EOS*.

Muñoz, J., (2010). La Psicología Frente a la Deficiencia Auditiva. Sordera y Salud Mental: Infocop.

Rodríguez, A. M. (2000). *La comunidad sorda: aspectos psicológicos y sociológicos*.

Sacks, O. (2004). Veo una voz: viaje al mundo de los sordos. *Neurología*, 19(2), 86-87.

**Tratamiento de Terapia de Interacción Recíproca (TIR) en el Trastorno Obsesivo
Compulsivo (TOC)**

García Fernández, Isabel

Mayo, 2016

Abstract

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) ha sido objeto de estudio en los últimos años debido a los últimos datos, que demuestran que un alto porcentaje de la población lo sufre, aunque muchas de las personas que lo padecen tienden a ocultarlo y no buscan ayuda médica.

El TOC es un trastorno que se caracteriza por la presencia de pensamientos intrusivos y recurrentes (obsesiones) y conductas o actos mentales repetitivos (compulsiones) que el sujeto realiza con la finalidad de reducir su malestar o evitar algún acontecimiento negativo y a los que no puede resistirse o si lo hace le causa una grave angustia. A pesar de conocer los síntomas de este trastorno, las causas exactas de por qué surge se desconocen aún. Aplicando las técnicas de la Terapia de Interacción Reciproca (TIR) (como la importancia del vínculo con el terapeuta o la utilización de estados hipnóticos en el paciente para trabajar la raíz del conflicto y cambiar memorias emocionales del paciente) se ha visto que mejora el malestar psicológico y ha mostrado resultados satisfactorios en el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC).

Este estudio de caso único que presentamos se trata de una paciente con TOC (Maria), de 20 años, que acude a consulta con elevados niveles de ansiedad producidos por pensamientos obsesivos (relacionados con hacer daño a otros) y compulsiones encaminadas a neutralizar la ansiedad que le produce el pensamiento obsesivo, pero que no tienen relación con él y que ella no logra controlar y le ocupan varias horas al día. Tras 14 sesiones con TIR se logra una significativa mejoría de toda su sintomatología.

Palabras claves: TOC, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, TIR, Terapia de Interacción Reciproca, Vínculo, Hipnosis, MCI (Movimientos Inducidos de Cabeza).

Introducción

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) ha sido objeto de atención en los últimos años debido a que su prevalencia en la población general se aproxima a un 3%, (Pareja, 2003). Sin embargo, solo un 13% de estas personas presentan algún síntoma obsesivo compulsivo que interfiere en su vida (Fullana et al, 2009,2010).

Esta afectación no ha sido muy conocida hasta ahora, ya que muchas personas que padecen este trastorno tienden a ocultarlo y a no buscar ayuda médica. A su vez, el tiempo que transcurre desde el comienzo de este trastorno hasta que el paciente busca ayuda médica es elevado (en torno a los 10 años) (Asociación de Trastorno Obsesivo Compulsivo de Andalucía).

Así, se calcula que en el mundo son más de 100 millones las personas que sufren este trastorno, considerándolo el 4º en frecuencia (PNIE II). Por ello en estos últimos años ha habido un gran avance en la investigación del TOC (Pareja, 2003).

Si nos centramos en la incidencia de esta enfermedad según el género, no parecen existir diferencias entre hombres y mujeres. Aunque es en las mujeres donde predominan síntomas relacionados con la limpieza y agresiones y hay mayor comorbilidad con trastorno por pánico y depresión y mayores rasgos de personalidad borderline y dependiente, mientras que en los hombres predominan los síntomas sobre simetría y de acumulación, y rasgos de personalidad obsesiva y esquizotípica (Márquez, Illa, Oyhamburu, Velasco)

Otro dato importante es la mayor comorbilidad del trastorno obsesivo compulsivo es con depresión mayor (55%), fobia social (23%), fobia simple (21%) y ansiedad generalizada (20%), tricotilomanía, Tourette, y trastorno dismórfico corporal (50%), y psicosis (14%) (Márquez, Illa, Oyhamburu, Velasco)

Es importante señalar que se desconocen las causas exactas de esta enfermedad, aunque todas las investigaciones apuntan a varios factores (neuroquímicos, genéticos y alteraciones neuroanatómicas). Parece que, según los últimos estudios, existiría afectación de la corteza frontal orbital y de los ganglios basales y una alteración de algunos neurotransmisores, principalmente inhibición de la serotonina, hiperactivación de la noradrenalina y también, aunque en menor medida, la dopamina (Stephen, 2011).

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) es un trastorno que se caracteriza por la presencia de pensamientos intrusivos y recurrentes (obsesiones) y conductas o actos mentales repetitivos (compulsiones) que el sujeto realiza con la finalidad de reducir su malestar o evitar algún acontecimiento negativo y a los que no puede resistirse o si lo hace le causa una grave angustia. Las obsesiones y compulsiones son experimentadas por el individuo como excesivas e irracionales, y causan gran perturbación en el área social y/o personal.

Según el DSM V podríamos hablar de Trastorno Obsesivo-Compulsivo cuando cumpla los siguientes criterios:

A. Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas:

Las obsesiones se definen por (1) y (2):

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento durante el trastorno, como intrusas o no deseadas, y que en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importante.
2. El sujeto intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acto (es decir, realizando una compulsión).

Las compulsiones se definen por (1) y (2):

1. Comportamientos (p. ej., lavarse las manos, ordenar, comprobar las cosas) o actos mentales (p. ej., rezar, contar, repetir palabras en silencio) repetitivos que el sujeto realiza como respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que ha de aplicar de manera rígida.

2. El objetivo de los comportamientos o actos mentales es prevenir o disminuir la ansiedad o el malestar, o evitar algún suceso o situación temida; sin embargo, estos comportamientos o actos mentales no están conectados de una manera realista con los destinados a neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos.

Nota: Los niños de corta edad pueden no ser capaces de articular los objetivos de estos comportamientos o actos mentales.

- B. Las obsesiones o compulsiones requieren mucho tiempo (p. ej., ocupan más de una hora diaria) o causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. Los síntomas obsesivo-compulsivos no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica.
- D. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., preocupaciones excesivas, como en el trastorno de ansiedad generalizada; preocupación por el aspecto, como en el trastorno dismórfico corporal; dificultad de deshacerse o renunciar a las posesiones, como en el trastorno de acumulación; arrancarse el pelo, como en la tricotilomanía [trastorno de arrancarse el pelo]; rascarse la piel, como en el trastorno de excoriación [rascarse la piel]; estereotipias, como en el trastorno de movimientos estereotipados; comportamiento alimentario

ritualizado, como en los trastornos alimentarios; problemas con sustancias o con el juego, como en los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos; preocupación por padecer una enfermedad, como en el trastorno de ansiedad por enfermedad; impulsos o fantasías sexuales, como en los trastornos parafilicos; impulsos, como en los trastornos perturbadores, del control de los impulsos y de la conducta; rumiaciones de culpa, como en el trastorno de depresión mayor; inserción de pensamientos o delirios, como en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; o patrones de comportamiento repetitivo, como en los trastornos del espectro del autismo).

Especificar si:

- Con introspección buena o aceptable: El sujeto reconoce que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son claramente o probablemente no ciertas o que pueden ser ciertas o no.
- Con poca introspección: El sujeto reconoce que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son claramente o probablemente no ciertas o que pueden ser ciertas o no.
- Con ausencia de introspección/con creencias delirantes: El sujeto está completamente convencido de que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son ciertas.

Especificar si: El sujeto tiene una historia reciente o antigua de un trastorno de tics

En el cuadro 1 se refleja la definición en forma de esquema (Anexo 1).

El enorme avance que ha habido en los últimos años en la investigación del TOC ha permitido desarrollar posibles soluciones terapéuticas, considerándose actualmente que el tratamiento más eficaz es una combinación de tratamiento farmacológico (sobre

todo con ISRS) y psicoterapia (Vallejo)

A lo largo de la historia se han desarrollado diferentes terapias para lograr una mejora de este trastorno, entre ellas las terapias psicodinámicas, que han tenido pocos resultados en este trastorno, tampoco han funcionado bien técnicas concretas de la terapia cognitivo-conductual (Vallejo). No será hasta la década de los 70, cuando la técnica de “exposición con prevención de respuesta” (Meyer, 1966) comenzó a mostrar resultados (Vallejo).

Las terapias surgidas en las últimas décadas, llamadas de tercera generación (Terapia de Aceptación y Compromiso o Mindfulness) tampoco han mostrado una mayor eficacia que los tratamientos utilizados hasta el momento. La Terapia de Aceptación y Compromiso es utilizada como terapia complementaria a las técnicas cognitivo-conductuales dirigidas a eliminar la rigidez psicológica y trabajar sobre los trastornos comórbidos al TOC, como la depresión. El Mindfulness, también complementaría a las técnicas utilizadas hasta el momento, como un instrumento para el manejo de los pensamientos intrusos centrándose en el momento presente, la apertura a la experiencia y a los hechos, la aceptación no valorativa de la experiencia y la renuncia al control directo de las emociones, los pensamientos o las reacciones) (Miguel A. Vallejo Pareja, Guía de tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo).

Justificación del estudio- hipótesis

La TIR; Terapia de Interacción Reciproca, creada por Aguado, 1995 es una terapia de tiempo limitado, integradora y ecléctica, aunque con elementos propios (como la importancia del vínculo con el terapeuta o la utilización de estados hipnóticos

en el paciente para trabajar la raíz del conflicto y cambiar memorias emocionales del paciente) que mejora el malestar psicológico y ha mostrado resultados satisfactorios en múltiples trastornos, entre ellos el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC).

Así, hemos decidido presentar este estudio de caso único, ya que consideramos que puede aportar una nueva visión sobre el TOC y cómo poder abordarlo desde una perspectiva diferente a lo hecho hasta ahora.

La TIR no olvida la importancia de los factores neurológicos en este trastorno, por ello desde esta nueva terapia se reconoce la importancia de los psicofármacos para el tratamiento del TOC unido a la psicoterapia (el TOC requiere tratamiento farmacológico en el 80% de los casos).

Según la TIR, las personas que padecen TOC tienen miedo a realizar sus “deseos” (en el sentido de “deseos básicos” elaborados en la TIR), necesitan estar escrutando sus pensamientos porque se sienten culpables por el simple hecho de imaginar sus deseos. Buscan en la compulsión el orden para paliar de alguna forma el desorden provocado por el control de la emoción. No tienen acceso a su información emocional ya que la perciben como destructiva y hacen continuos esfuerzos por solucionar desde la razón todo lo que proviene de su mundo emocional. Pero cuanto más intentan ordenar el exterior más nos indica que tienen un desorden en su interior. Por tanto existe un predominio del control cognitivo sobre el emocional (Aguado, 2005).

En estos pacientes la dinámica del microcontexto está desestructurada (yo-tu-otros), no existen las personas, sino las familias, los sistemas, las normas (Aguado, 2005).

Por tanto, utilizando la Terapia de Interacción Reciproca lograremos acceder a la raíz del conflicto y trabajar, no solo en los síntomas del paciente, sino en el origen de los mismos, logrando resolver de forma más efectiva y definitiva el TOC. Todo ello a través del vínculo con el terapeuta y técnicas como la hipnosis. No olvidando la importancia de la reestructuración cognitiva. Y todo ello en un tiempo limitado.

Metodología

Participante

Presentamos el caso de una paciente (a partir de ahora “Maria”) de 20 años de edad que presenta sintomatología compatible con un Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) desde los 19 años.

En el momento de acudir a consulta está estudiando 3º de Derecho, vive en casa con sus padres y tiene novio desde hace 1 año y medio. Es una chica abierta y sociable, con gusto por múltiples actividades. Muy responsable con sus estudios y con inquietudes por otro tipo de actividades (ha ido algunos veranos a trabajar en campamentos de verano). Tiene, además de su novio, un grupo de amigas con los que comparte su ocio (a pesar de que se separó de su grupo de referencia de la infancia ha sido capaz de crear un nuevo grupo de amistades). Además de estudiar la carrera, estudia idiomas (inglés y francés). Es una “hija modelo” a la que casi no se le puede reprochar nada.

Acude a consulta con un elevado nivel de ansiedad producido por pensamientos obsesivos (relacionados con hacer daño a otros) y gran cantidad de compulsiones que no logra controlar y que le ocupan varias horas al día.

El detonante de su sintomatología fue una noticia que oyó en la televisión sobre un hijo que mató a sus padres. A partir de ahí se engancha a la idea de “me podría volver mala, írseme la cabeza y hacer daño a alguien”.

Refiere otro momento en su vida en el que también se obsesionó (con 11-12 años), creyó que le tendrían que operar de apendicitis y necesitaba ordenar las pulseras (compulsión). Se le paso rápido, sin tratamiento (cuando sus padres le dijeron que la tendrían que llevar al médico). Siempre ha sido perfeccionista y autoexigente.

Refiere tener “manías” desde siempre, pero no habían interferido en su vida de forma significativa.

Desde que comenzó a sentir los primeros síntomas acude a consulta de psiquiatría y se le receta LORAZEPAM, pero no llega a tomarlo por ser “anti pastillas”. Dos semanas antes de comenzar psicoterapia comienza a tomar antidepresivos y ansiolíticos.

Medicación:

- Escitalopram
- Lorazepam

Tolera mal el Escitalopram por lo que la psiquiatra le pauta:

- Cymbalta
- Rivotril

En el momento de elaborar el estudio se mantiene con Cymbalta, pero ha quitado Rivotril.

Los pensamientos obsesivos que angustian a Maria son, principalmente, de agresión

a otros. Y las compulsiones están encaminadas a neutralizar la ansiedad que le produce el pensamiento obsesivo, pero no tienen relación con él.

Sus “rituales se producen con mucha más frecuencia e intensidad en su casa.

Los síntomas se expresan de la siguiente forma:

Motivación: neutralizar el riesgo de hacer daño. “No puedo volver a fallar” Rigidez

Ideación cognitiva: “Puedo dañar a alguien si pierdo el control. Debo mantener el control”

Expresión emocional: Ansiedad. Inseguridad

Conducta: Compulsiones. Duda. Perfeccionismo

- Relaciones interpersonales: Reduce las más cercanas. Racionalizadora
- Psicosomática:
- Corporal: reducción del apetito
- Psicológica: TOC

Siguiendo con la terminología TIR, encontramos en Maria los siguientes deseos básicos carenciados:

- Deseo de admiración incondicional: siente que solo será admitida si hace las cosas de forma “correcta”
- Deseo de segunda oportunidad: no se le permite la equivocación
- Deseo de retención que compensa con el deseo secundario de:
- Bienestar del referente

Su persona referencial básica es su madre

Micro contexto: es hija única. La relación con sus padres es buena y tiene una

relación muy estrecha con su madre, sintiéndose muy dependiente de sus opiniones. Comenta cómo en algunos momentos los comentarios de su madre con respecto a alguna de sus decisiones le hacen dudar de las mismas y replanteárselas.

Siente la necesidad de “no hacer desconfiar a sus padres”, de “no fallarles”

Meso contexto: Hace 1 año perdió a sus “amigas de siempre”, se sintió “ninguneada” por ellas y se separaron (esto pudo ser el detonante que despertó toda su sintomatología). Lo pasó mal, pero ha logrado hacer un nuevo grupo.

Macro contexto: Vive en un entorno socio-económico y cultural medio-alto. Está estudiando una carrera universitaria en una universidad privada.

Como hemos comentado más arriba, desde hace año y medio sale con un chico, su relación es buena (parece que a su madre le costó “confiar” en él).

Para ella sus estudios son fundamentales y necesita sacar siempre notas excelentes (notables y sobresalientes).

Autoconcepto: Se define a sí misma como “eficiente pero no eficaz” y se considera “lenta”, por lo que dedica mucho tiempo a los estudios para conseguir los resultados que “necesita”.

Se le pasan las siguientes pruebas:

- Cuestionario de depresión de Beck
- STAI (Test de ansiedad estado-rasgo)
- Entrevista personal

Procedimiento

Encuentro y marca

Se le pasa el CHSV (Cuestionario en Hipnosis de Situaciones Vitales). Este cuestionario se realiza para obtener información sobre situaciones que han podido estar en la base de su enfermedad (conflicto básico). Aparecen entonces dos momentos de su adolescencia en los que ella “no obedeció” y recuerda las caras de “desconfianza” de sus padres y como decidió que “no iba a volver a hacerles desconfiar”.

Desencuadre y desplazamiento/reencuadre y resolución

Se desarrolla la terapia propiamente dicha utilizando la siguiente metodología:

- Psicoeducación para que conozca a fondo su enfermedad (se emplean 1/3 parte del tiempo de las 2 primeras sesiones, explicándole como es su trastorno para que pueda entenderlo y se le dan pautas para aprender a manejarlo).
- Relajación muscular de Jacobson: Se utiliza en la primera etapa de la terapia para ayudarla en los momentos de mayor ansiedad
- Hipnosis – MCI (movimientos de cabeza inducidos): con esta técnica se consigue un estado hipnótico de forma más rápida y además que el paciente pueda sentir cerca a su terapeuta y saber que está acompañado en su proceso.

Así podemos trabajar el conflicto básico. En el caso de Maria, durante la hipnosis se trabaja:

*Aceptación de su angustia, enfrentarla desde una posición de seguridad

*Rescate de su adolescente (lograr separar su yo del de su madre). Se trabajan aquí los dos momentos aparecidos en el CHSV.

*Aprender a vivir con los contrarios (bien-mal, orden-desorden...).

- Técnica de la “Intención Paradójica”: Con ella se le prescribe el síntoma, en este caso la compulsión, para lograr el efecto contrario, es decir, lograr reducir en número y tiempo las compulsiones.
- Reestructuración Cognitiva: Donde se trabaja:

*Gestión del error

*Aceptación de sus necesidades y deseos

*Separación de la necesidad de aprobación de su madre

*Existencia del continuo bien-mal

*Entender el funcionamiento de sus emociones y aprender a manejarlas

*Conocer la diferencia entre emociones adaptadas y no adaptadas y aprender a colocar las siguientes emociones: curiosidad, admiración, seguridad y alegría.

En el momento de desarrollar la investigación, Maria ha realizado 14 sesiones, ya es capaz de realizar muchas actividades ella sola, y empieza a no necesitar la aprobación de su madre. Los pensamientos obsesivos casi han desaparecido y cuando llegan los consigue manejar y que pasen rápido y las compulsiones se han reducido de forma drástica y continua reduciéndolas. Nos encontramos en fase de control periódico para comprobar que sigue reduciendo compulsiones y ver que se mantiene la mejoría al ir bajando la medicación.

Tras estas 14 sesiones se realiza una reevaluación, pasándosele las mismas pruebas que en la fase de evaluación.

Resultados

A continuación presentamos un cuadro comparativo en el que aparecen los resultados del test-retest de Maria para observar los cambios producidos en ella en las 14 sesiones realizadas.

Tabla 2. Análisis cuantitativo

	AL COMIENZO DEL TRATAMIENTO	DESPUES DE 14 SESIONES DE TRATAMIENTO CON LA “TIR”
<i>STAI</i>	ANSIEDAD/ESTADO	ANSIEDAD/ESTADO
	P.C.= 99	P.C.= 15
	ANSIEDAD/RASGO	ANSIEDAD RASGO
	P.C.= 99	P.C.= 55
<i>CUESTIONARIO DE DEPRESION DE BECK</i>	P.D.= 40 (DEPRESION GRAVE)	P.D.= 2 (ALTIBAJOS NORMALES)

Grafico 1: Ansiedad

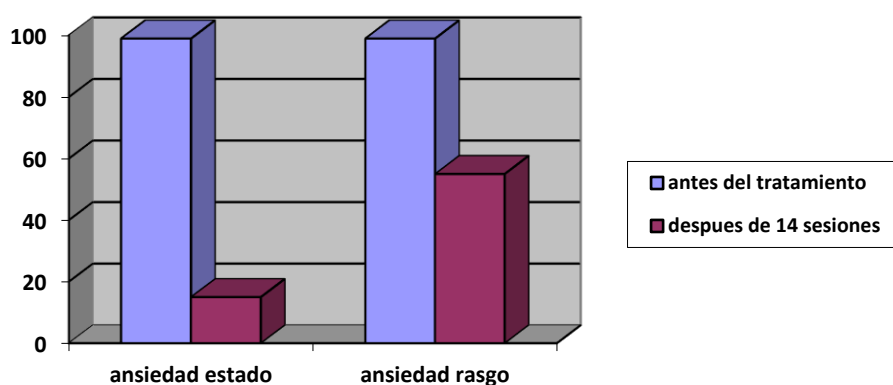
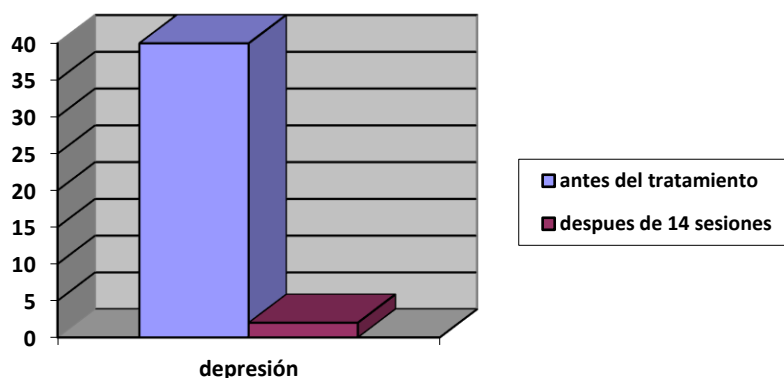


Grafico 2. Depresión



Tal y como muestran la Tabla 2 y el Grafico 1 (en lo que se refiere a los niveles de ansiedad-estado y ansiedad-rasgo) y el cuadro 2 y el grafico 2 (en cuanto a sus niveles de depresión), disminuyen todos los valores significativamente tras 14 sesiones realizadas con la Terapia de Interacción Reciproca (TIR).

Tabla 3. Análisis cualitativo

		AL COMIENZO DEL TRATAMIENTO	DESPUES DE 14 SESIONES DE TRATAMIENTO CON LA "TIR"
<i>DEPRESION</i>	Tristeza	"Estoy muy triste"	"Me siento contenta"
	Visión de futuro	"Veo un futuro muy negro"	"Tengo esperanza en el futuro y muchos planes"
	Culpabilidad	"Me siento culpable"	"Ya no siento que sea culpable"
	Ideas de suicidio	"Alguna vez he pensado quitarme del medio"	"Para nada pienso en el suicidio"
	Irritación	"Todo me enfada"	"Estoy tranquila"
	Toma de decisiones	"Me cuesta decidir"	"Puedo tomar decisiones con más facilidad"
	Realización de trabajo	"Me cuesta ponerme a trabajar"	"Trabajo con ganas"
	Cansancio	"Estoy muy cansada"	"Hago todo y no me canso"

<i>ANSIEDAD</i>	Tensión	“Estoy muy nerviosa”	“Estoy tranquila”
	Seguridad	“Tengo miedo a equivocarme, a hacer daño a alguien...”	“Me siento segura”
	Preocupación	“Me preocupo por todo y todo me angustia”	“Me siento tranquila y las preocupaciones que llegan las resuelvo y las quito con facilidad”
<i>SINTOMAS DEL TOC</i>	Pensamientos obsesivo	“Tengo miedo a que se me vaya la cabeza y haga daño a alguien”	“Ya se que no voy a dañar a nadie y, si me llega ese pensamiento, lo puedo apartar rápido”
	Compulsiones	“Necesito hacer miles de tareas absurdas para tranquilizarme, aunque sé que no tiene nada que ver, no puedo dejar de hacerlo”	Casi no tengo conductas compulsivas. Estoy cada vez más segura de que, aunque no las haga , no ocurrirá nada malo ni dañare a nadie”

También se puede constatar a nivel cualitativo (tal y como refleja el Tabla 3), que la percepción de Maria respecto a toda su sintomatología ansiosa, depresiva y de expresión de su TOC mejora sustancialmente tras estas 14 sesiones con TIR.

Discusión

Después de los datos obtenidos podemos decir que la hipótesis de trabajo que consideraba que la Terapia de Interacción Reciproca (TIR) es un tratamiento que disminuye los síntomas del TOC se cumple. La Terapia de Interacción Reciproca (TIR) parece mejorar los síntomas del TOC en pocas sesiones (Terapia de Tiempo Limitado), ya que tanto sus resultados en Ansiedad como en Depresión se han reducido drásticamente.

En una segunda fase del estudio se realizara un seguimiento para comprobar que los resultados se mantienen en el tiempo.

Limitaciones

Debido a que es un estudio de caso único, los resultados quedan circunscritos a este caso en particular, a la espera de que se realicen más estudios y con más pacientes con este trastorno, utilizando la Terapia de Interacción Reciproca.

Tras estos resultados se abre un campo amplio de investigación y aplicación de esta terapia para lograr mejoras en los pacientes con este trastorno en un menor tiempo y con mejores resultados.

Bibliografía

- Aguado, R. (2002). Terapia de interacción recíproca: hipnosis clínica en psicoterapia.
- Aguado, R. (2005). Manual práctico de terapia de interacción recíproca: hipnosis clínica en psicoterapia. Síntesis.
- Aguado, R. (2014). La emoción decide y la razón justifica. Padres y Maestros. Publicación de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, (357), 15-19.
- Aguado, R. (2014) Es emocionante saber emocionarse. Eos Asociación de Trastorno Obsesivo Compulsivo de Andalucía; TOCAS 2.
- Beretta, P., Márquez, A., Trastorno Obsesivo-compulsivo. *PNIE II*.
- Márquez, A., Illa, G., Oyhamburu, P., Velasco, F. Curso de capacitación en PNIE.
- Pareja, M. Á. V. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo. In *Guía de tratamientos psicológicos eficaces* (pp. 337-354). Ediciones Pirámide.
- Stahl, S. (1998). La neurotransmisión química como blanco de la acción de las enfermedades. Psicofarmacología Esencial. Bases Neurocientíficas y aplicaciones clínicas. T. 2 P: 109-152. Editorial Planeta Argentina. *Laboratorio Gador. Bs. As.*

Anexos

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (TOC)	DEFINICION DSM-V
A. PRESENCIA DE OBSESIONES, COMPULSIONES O AMBAS: - OBSESIONES: 1. Pensamientos Impulsos Imágenes	recurrentes y persistentes intrusos y no deseados causan ansiedad o malestar importante 2. El sujeto intenta ignorarlos o suprimirlos con algún otro pensamiento acto - COMPULSIONES: 1. Comportamientos o Actos mentales repetitivos realizados como respuesta a una obsesión de acuerdo con reglas rígidas 2. El objetivo es prevenir o disminuir la ansiedad o evitar una situación temida No están conectadas de forma realista con lo que se pretende prevenir
B. OBSESIONES Y COMPULSIONES	Ocupan mucho tiempo o Causan malestar significativo o Causan deterioro social, laboral o de otras áreas
C. LOS SINTOMAS NO SE PUEDEN ATRIBUIR A EFECTOS FISIOLÓGICOS DE UNA SUSTANCIA O A OTRA AFECCIÓN MÉDICA	
D. LA ALTERACIÓN NO SE EXPLICA MEJOR POR LOS SÍNTOMAS DE OTRO TRASTORNO MENTAL	
ESPECIFICAR NIVEL DE INTROSPECCIÓN	BUENA O ACEPTABLE: El sujeto reconoce que las creencias son claramente o probablemente no ciertas POCA: Lo mismo AUSENCIA: El sujeto está convencido de que las creencias son ciertas
ESPECIFICAR SI TIENE EL SUJETO HISTORIA RECIENTE O ANTIGUA DE TICS	

**Terapia de Interacción Recíproca en los Trastornos Alimenticios asociados a
sucesos traumáticos**

Montejo Moreno, Nuria

Mayo, 2016

Abstract

Muchas de las patologías psiquiátricas con múltiples diagnósticos que no consiguen una evolución favorable y se cronifican en el tiempo, creemos que es debido a memorias traumáticas no identificadas por la persona, que muchas veces no están disponibles a nivel conscientes. Las memorias traumáticas permanecen registradas en un formato de memoria implícita, somato-sensorial, en las capas subcorticales de nuestro sistema neurológico. Estas vivencias que no han sido “integradas” permanecen activas y siguen influenciando nuestra percepción consciente de la realidad más allá de lo que somos conscientes.

La hipótesis con la que trabajamos es que a través de la TIR y gracias a una de sus herramientas, el MCI (Movimientos de Cabeza Inducidos) de Roberto Aguado, además de la manera con que trabaja el vínculo con la persona, podemos llegar a encontrar esas memorias traumáticas y conseguir que la persona disminuya la activación respecto a ese suceso traumático disminuyendo a su vez la sintomatología en su vida diaria.

Palabras clave: MCI, TIR, trauma, vínculo, trastornos de alimentación.

Introducción

Pierre Janet define el trauma psicológico como “el resultado de la exposición a un acontecimiento estresante inevitable que sobrepasa los mecanismos de afrontamiento de la persona. Cuando las personas se sienten demasiado sobrepasadas por sus emociones, los recuerdos no pueden transformarse en experiencias narrativas neutras. El terror se convierte en una fobia al recuerdo que impide la integración (síntesis) del acontecimiento traumático y fragmenta los recuerdos traumáticos apartándolos de la consciencia ordinaria, dejándolos organizados en percepciones visuales, preocupaciones somáticas y reacciones conductuales.”

Al quedar el evento en sí grabado de forma disfuncional en el cerebro, a la persona le vienen síntomas, reacciones, miedos, tristezas que no tienen una relación directa con su vida actual.

Con otros tratamientos que solo trabajan a nivel del lenguaje, no se llegaría a esas regiones subcorticales donde está grabada la información sensorial derivada el trauma. A través de la TIR y la técnica MCI, se puede llegar más fácilmente a la raíz del conflicto intrapsíquico.

Erskine, R. G., & Trautmann, R. L. (1997a). Methods of an integrative psychotherapy. En R. G. Erskine, Theories and methods of an integrative transactional analysis: A volume of selected articles San Francisco: TA Press. (pp. 20-36). (Trabajo originalmente publicado en 1996)

Estudios con neuro-imágenes de personas en altos estados emocionales revelan un aumento de activación en regiones subcorticales y una reducción del flujo sanguíneo en áreas del lóbulo frontal (Damasio, Graborowski 2000).

Encontramos en la TIR, gracias a su vínculo especial que consigue con el paciente, un vínculo TIR que atiende además a los deseos carenciales de la persona, convirtiendo al terapeuta en su persona referencial básica. Así se puede llegar a integrar el acontecimiento traumático y pasarlo así a la memoria ordinaria, narrativa.

En este caso que presentamos, sospechamos la existencia de sucesos traumáticos en la infancia, razón por la que elegimos la TIR como tratamiento. Ya que a través de esta terapia, y de la técnica de la hipnosis podemos llegar a esos sucesos traumáticos que no están a nivel consciente.

Al identificar los diferentes deseos carenciales en el paciente, de apego, delimitación o de contención, podemos identificar mejor donde habría que enfocarse. Los pacientes con trauma en la infancia tienen el deseo de Apego no realizado y la TIR a través de la hipnosis y concretamente a través del MCI y el vínculo TIR, hace que los pacientes se sientan protegidos para llegar a esos sucesos traumáticos.

Hipótesis y objetivos de trabajo:

Varios aspectos en este caso que vamos a exponer nos indicaban que había sucesos traumáticos sin resolver en la infancia. No hay recuerdo o hay pocos recuerdos de la infancia, diferentes diagnósticos a lo largo del tiempo, no hay uniformidad de criterios entre los profesionales, somatizaciones, amnesia y despersonalización como sintomatología características, que corresponden a los ítems de Steinberg de trastornos disociativos .

Mediante la TIR , a través de la técnica MCI y el vínculo TIR que se crea con los paciente, podremos ir a esos recuerdos traumáticos y cambiar esas memorias

traumáticas consiguiendo llegar a información del material inconsciente produciendo una disminución de la sintomatología derivada del trauma.

Metodología

Participantes

Ane es una joven de 18 años, hija única que convive con sus padres. Excelente rendimiento escolar. Grado medio de música. Nivel socioeconómico medio.

Es diagnosticada de trastorno de alimentación, aunque en un primer momento fue diagnosticada de trastorno de angustia y depresión. Presenta quejas somáticas, siendo la más destacable, la “hinchazón” en el estómago. Esto le aísla en casa, le incapacita para actividades en las que no hay un baño cerca. Descartada patología orgánica.

En 2012 tuvo un ingreso hospitalario por trastorno de conducta alimentaria restrictiva grave: IMC 14. Baja de 52 kg a 40 kg en 7 meses. En ese ingreso los psicólogos que la tratan refieren rasgos obsesivos y narcisistas de la personalidad.

Muestra síntomas ansiosos que intenta calmar corriendo todos los días. Presenta sintomatología depresiva, sentimientos de desesperanza y tristeza.

En cuanto a sus relaciones sociales, tiene amigos, aunque no puede “conectar con ellos” porque está en sus cosas. Refiere imposibilidad de acercarse a los hombres a nivel sexual, presenta amenorrea primaria.

Otros tratamientos anteriormente empleados en esta paciente son 3 años de psicoanálisis, otros 3 de tratamiento cognitivo conductual combinado con varios ingresos hospitalarios para el control de la ingesta.

Instrumento

MCI, es una herramienta creada por Roberto Aguado, que consiste en realizar unos movimientos de cabeza que realiza el paciente ayudado por el terapeuta. Esta técnica consiste en acompañar a la persona a través de movimientos circulares en sentido de las agujas del reloj con las manos en la cabeza de la persona .

A través de esta técnica hipnótica el "tejido puede hablar sin palabras lo puede hacer a través de micro o macromovimientos, que se producen espontáneamente en la sesión con M.C.I como una especie de desenrollamiento titular que expresa en la propia simbología del movimiento el contenido del conflicto.

Procedimiento

El número de sesiones totales fueron de 12. Siendo la técnica utilizada la TIR, dentro del protocolo de sucesos vitales diseñado por el autor de dicha terapia (Roberto Aguado 1995). Las sesiones eran de 1 hora semanal, durante 4 semanas al principio , pasando a quincenal y después frecuencia mensual

1. Deseos Básicos Carenciados

Deseos de apego.

Admiración incondicional.

Quizá sea el que mejor está dentro de los deseos de apego .Por exceso, era tan mirada, ocupaba tanto espacio en la familia. Ane si tiene una identidad propia marcada. Da alto en narcisismo en los test pasados por los diferentes psicólogos y psiquiatras con los que ha estado.

Valoración

Esta carenciada, la exigencia le llevaba a que solo podía sacar diez en todo. Le parecía lo normal, no hay algo en lo que ella se encontrara valiosa.

Identificación como ser Único

También en exceso esta carenciado, era demasiado única.

Deseos de Contención

El hogar para ella es un sitio de peleas continuas, ella está en el medio.

Deseos de Delimitación

Los límites en el microcontexto han sido continuos y estrictos. Tenía que ser una niña diez en todo.

Segunda oportunidad

La exigencia que los mismos padres se imponen a ellos mismos, no da espacio al error.

Autoridad desde el cariño.

El padre "no ha pintado nada", alguna vez le ha agredido a ella en una de sus crisis, para intentar pararla le pone las manos en el cuello, ella percibe que le ahoga y se paraliza de miedo. La autoridad la ejerce la madre, desde el miedo y la manipulación.

Deseo de ser limitado

Los límites son excesivos, en relación a los hábitos diarios, a la comida. El camino que le marcan es estrecho aunque por lo menos la madre si se lo marca. El padre solo quiere ser su amigo. Nunca había algo que se salía de la norma, todo correcto. Ella aprendió que lo último que tenía que mostrar era lo que sentía.

Deseos secundarios, el deseo narcisista y del deseo de bienestar del referente están presentes en ella. El hecho de percibir que el padre es excluido es una constante en muchos de estos trastornos.

2. Personas referenciales

La persona referencial más influyente es su madre. Una vez comenzada la adolescencia, comenzó a relacionarse con su padre a través del deporte y han podido llegar a una relación cuyo su sentido se basaba mucho en ponerse en contra de la madre.

3. Microcontexto

Madre muy protectora de carácter ansioso y que su único objetivo en la vida es “solo quiero que mi hija este bien, mi vida no importa “. Posible trastorno de alimentación, muy perfeccionista y con una dedicación absoluta a su hija.

Padre de carácter ansioso, con posible trauma en la infancia '. La hija refiere que “mi padre ha estado ausente, me di cuenta de sus existencia a los 12 años que comenzamos a hacer deporte juntos”. Padres que están en continua discusión, el ambiente en casa era de no mostrar sentimientos, no llorar, no expresar. En casa no se hablaba de nada más que de comida y estudios, “todo lo arreglaban comiendo “. Los dos padres han sido siempre muy trabajadores. Recuerda como en su casa nunca se hablaba de sentimientos, ella se tragaba todo.

4. Mesocontexto

En la infancia no hay apenas recuerdos, comienza a tener amigas tarde, sobre los 13 años. Consigue sentirse a gusto en ese entorno y llega a poder tener relaciones de confianza. Con los hombres tiene pánico a un acercamiento sexual.

5. Macrocontexto

Las relaciones en el macro no han sido demasiado buenas. Recuerda en un ingreso como le decían que repitiera "tengo un trastorno de alimentación" todo los días, le hacían sentirse aún más enferma. En otro ingreso un esquizofrénico mientras ella dormía le agarró del cuello y casi le ahoga. Sitio mucho miedo.

6. Historia del motivo de consulta

El motivo principal es el hinchazón del estómago y el no poder estar en casa tranquila. Le afectan mucho las discusiones de sus padres. Posteriormente estos motivos van profundizando en un sentimiento de deseo de dejando paso a su deseo de vivir, a la anulación de sus emociones para no sufrir.

Fase de encuentro y marca.

Encontramos varios momentos de su vida en los que lo relaciona con su angustia actual en relación al hinchazón en el estómago. En el colegio, sintiéndose sola, se refugiaba en los estudios y su exigencia de sacar todo perfecto. Las discusiones entre sus padres eran continuas. Momento en que su padre en un momento de una crisis, le aprieta del cuello, ella siente que se ahoga. Sentirse entre ellos como la actriz principal, todo giraba en torno a ella.

Desencuadre y desplazamiento

Hay una sesión donde se produce el encuentro de una de la raíz del conflicto intrapsíquico, que tiene que ver con el trauma sufrido en la infancia.

Describo los aspectos básicos de la sesión:

La paciente en una de las sesiones después de haber hecho la técnica de MCI, accede a lo que llama ella como un "Tsunami" que lo imagina como una bola negra que le viene hacia ella. La manera de acompañar y contener sus reacciones son especialmente importantes en la TIR. La paciente percibe que le he admirado incondicionalmente, me he convertido en su persona referencial básica, de ese modo ella puede mostrar, sin temor lo que experimenta. Comienza a presentar toda una serie de activaciones corporales, parálisis, frío en las piernas y bloqueo y dolor en el estómago. Le viene una sensación de terror y le sugiero si puede seguir con ello.

Es en este momento cuando el terapeuta se convierte en escolta, la paciente percibe que le va a acompañar allí donde haga falta ir, por muy duro que sea. Tiene un insight que le sugiere que lo del estómago le viene en parte de ese suceso y decide continuar.

Está viendo el suceso desde fuera y le propongo que lo viva sin huir de ello.

Entiende que en ese suceso se dividió y quiere recuperar cuando la niña estaba "entera". Le viene la imagen de un amigo de su padre al cual metieron en la cárcel por pederastia. Recuerda flashes de la imagen de el hombre y sensaciones de asco y ganas de vomitar.

Consigue realizar movimientos de apartarse, de sacar a la niña de allí, activa su parte adulta para hacerlo y consigue salir, sintiendo horror y triunfo a la vez, su cuerpo se relaja y entra en calma.

Entiende que eso ya pasó y que ha sido superviviente de ello. Lo peor de todo, la soledad en la que estaba la niña que no pudo contarlo a nadie, que nadie se dio cuenta.

Lo expresa, lo llora y lo comienza a llenar esa sensación de agujero negro que tenía en su vida. Ahora entiende.

Reestructuración y Resolución

Relaciona lo ocurrido en su infancia, el hecho traumático con los momentos en que necesitaba sentirse vacía. Quería sentirse vacía, para no sentir dolor, ahí empezó a tener problemas con la comida. Ane sentía que no había nada dentro de ella. Que no valía nada por dentro. “Si no hay nada, mejor “desaparezco”.

Comienza a sentir que las cosas tienen un sentido y querer mirar hacia dentro, por primera vez se siente muy bien, se admira y se lo cree. Siente algo “auténtico” dentro de ella.

Resultados

En relación a :	Antes del tratamiento	Después del tratamiento
Relaciones con sus padres	Encerrada en mi cuerpo, no quiero sentir. Me gustaría hablar con mis padres , no puedo	Liberada. Pude ser yo, llorar y hablar. Imaginar que estoy en brazos de ellos.

En relación a :	Antes del tratamiento	Después del tratamiento
Tripa	Tripa hinchada. Voy 13 veces al baño	Tripa mal, pero no le he hecho caso, voy 3 veces al baño. Menos dolor, se me ha abierto algo.
Comida	Me da miedo abrirme, ducha fría, comida fría, no quiero sentir.	Duchas templadas, más abierta, cuanto más abierta, menos dolor. Me apetece probar y cocinar cosas diferentes.
Propiocepción	Me dan asco las embarazadas, siento un Alien dentro. Si estoy vacía, no hay miedo a que me vean que dentro no hay nada.	Sensación agradable de sentir el peso de mi cuerpo. Notaba bien mis brazos. Me siento más completa.

Límites	Antes los problemas de mis amigos eran míos	Ya no, ahora encuentro un límite
CONFLICTO BASICO	Quiero sentirme VACIA , así no se dan cuenta de que ahí dentro no hay nada	He encontrado algo muy bueno en mi he resuelto un problema y me he dicho, eres genial. Antes aunque me lo dijeran, no lo sentía verdad.

Hinchazón en el estómago	Prefiero no sentir nada, si no siento, no duele.	Puedo abrirme a tener sensaciones y duele menos cuando está abierto el estómago.
	Miedo a fallar	Me estoy perdonando los fallos.

Autoestima y sintomatología depresiva	Me siento sola, necesito que me cuiden y que no me griten. No veo sentido a casi nada, hago las cosas como un robot.	A gusto con mis compañeros, La primera vez que he sentido que valgo, al resolver un problema. Si me lo dicen los demás, no me llega.
Despersonalización (Sternberg)	Me veo desde fuera	Me siento más yo. Estaba en una burbuja, he salido.
Amnesia	No recuerdo casi nada de mi infancia	Ese episodio tendría 6 años, me daba tanta vergüenza que lo olvide.
Alteración de Identidad		

El Psiquiatra del Centro de Salud Mental la ve más autónoma, con menos ganas de verse implicada en temas paternos. Han remitido mucho los síntomas ansiosos y las manifestaciones somáticas de la enfermedad.

Discusión

El acceder a las memorias traumáticas a través de la hipnosis nos ayuda a disminuir la sintomatología derivada del trauma psíquico. Parece que los pacientes dejan de estar atascados en el pasado en sensaciones físicas. Están más liberados, el aprendizaje ha tenido lugar a un nivel de integración.

Al estar la paciente disociada, separada de lo que ocurrió, de manera consciente es difícil de acceder a este material. Se da un cambio en las memorias emocionales, la persona consigue cambiar la emoción de miedo a vivir, angustia a una emoción de seguridad en ella misma cada vez en más situaciones en su vida.

Limitaciones

Al ser un caso único limita las conclusiones a las que podamos llegar, la necesidad de los profesionales que trabajamos con esta metodología es poder medir mediante instrumentos que validen los resultados y comprobar la eficacia de los tratamientos

Implicaciones clínicas

La TIR puede ser una herramienta muy útil para trastornos en los que las terapias más verbales no han dado resultado. A través de la hipnosis llegamos a memorias que no están presentes en la consciencia de la persona, son memorias muchas veces corporales que se expresan con estas técnicas.

Bibliografía

- Aguado, R. (2005). *Manual práctico de terapia de interacción recíproca: hipnosis clínica en psicoterapia*. Síntesis.
- Romo, R. A. (2014). La emoción decide y la razón justifica. *Padres y Maestros. Publicación de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales*, (357), 15-19.
- Damasio, A. R. (1994). *El error de Descartes: la razón de las emociones*. Andrés Bello.
- Gordon, R. A. (1994). *Anorexia y Bulimia*. Ariel. Barcelona
- Erickson M.H. (1992). "El hombre de febrero". Amorrortu. Buenos Aires.
- G.Nardone, J.Zeig y P.Watzlawick (2006) "Hipnosis y Terapias Hipnóticas". Norvagrafic. Barcelona.
- Fleché, C (2015). "El origen emocional de las emociones".
- Janet P. Histoire d'une idé fixe. *Revue Philosophique*. 1884;37:121-163. In: Janet P, *Nervroses et ideas fixes*. Paris: Felix Alcan. Vol. 1 (pp. 156-212). Reprint: Societe Pierre Janet. Paris; 1990.
- Levine, P. (1997). "Waking the tiger". Berkeley CA. North Atlantic.
- Shapiro, F. (1995). *Eye Movement, Desensitization and Reprocessing Basic Principle, Protocols and Procedures*.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S., & Steele, K. (2008). *El yo atormentado: La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica*.
- Van der Kolk, B., Greenberg, M., Boyd, H. & Krystal, H. (1985). Inescapable shock, neurotransmitters and addiction to trauma: Towards a psychobiology of post traumatic stress disorder, *Biological Psychiatry*, 20:314-325.
- Van del Kolk, B.A. (1996). The body keeps the score. *Approaches to the psychobiology of posttraumatic stress disorder*. En B. Van der Kolk, A.C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* Nueva York: Guilford. pp. 214-241
- Erskine, R. G., & Trautmann, R. L. (1997a). *Methods of an integrative psychotherapy*.

**Abordaje de un caso de Ansiedad en Infancia desde la Terapia de Interacción
Recíproca**

Sedano Gonzalez, Raquel

Mayo, 2016

Abstract

Los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes tienen una alta prevalencia en los últimos años, siendo uno de los problemas de salud mental más frecuente. Estos trastornos se diferencian del miedo propio del desarrollo o ansiedad normal por su magnitud y persistencia en el tiempo.

Se sabe que muchos de los trastornos de ansiedad en adultos se desarrollan en la infancia que al no tratarse, se mantienen.

La Terapia de Interacción Recíproca (TIR) aplicada a la Infancia, supone un abordaje muy efectivo. Las técnicas utilizadas son sumamente atractivas y eficaces ante la problemática presentada.

La importancia del vínculo con el terapeuta, el trabajo en paralelo con los padres, el llegar al mundo emocional del menor,... suponen un viaje reparador, gratificante y preventivo inestimable.

El estudio de caso único que se presenta es de un niño de 10 años al que sus padres llevan a consulta por angustia anticipatoria a los exámenes y las exigencias académicas. Tras las sesiones con el niño y con sus padres, la mejoría tanto del menor así como de la dinámica familiar es destacable.

Palabras claves: TIR, deseos básicos, MCI, vínculo, VEC, emociones, ansiedad en infancia, apego

Introducción

El trastorno de ansiedad generalizada en niños y adolescentes se caracteriza por una ansiedad y preocupación excesivas durante al menos seis meses, sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades. Las preocupaciones no pueden ser controladas por el niño y suele presentar inquietud, irritabilidad y dificultades para concentrarse generalmente asociadas a la ansiedad (APA, 2002).

No sólo se manifiesta ante circunstancias presentes (exámenes, relaciones sociales), sino que también se proyecta sobre sucesos del pasado, que se analizan una y otra vez, y sobre posibles acontecimientos futuros. La ansiedad se acompaña de un sentimiento general de inseguridad e ineptitud.

Son frecuentes múltiples síntomas somáticos (cefaleas, vértigos, náuseas, dolores abdominales, disnea, opresión torácica, incapacidad para tragar por sensación de obstrucción en la garganta o trastornos del sueño), que no suelen encajar con una enfermedad pediátrica. Presentan un estado permanente de nerviosismo y tensión.

Es más frecuente en familias con nivel socioeconómico alto y con un nivel de exigencia elevado. Otro factor de riesgo es la timidez y la inhibición. Tienden a ser niños perfeccionistas, hipersensibles a la crítica y dependientes.

Suele seguir un curso con exacerbaciones desencadenadas por situaciones de estrés. Existe alta comorbilidad con fobias específicas, depresión, menor rendimiento académico y no son infrecuentes los intentos de suicidio.

Según Peter Muris, profesor de Psicopatología del Desarrollo en la Facultad de Psicología y Neurociencia de la Universidad de Maastricht, en el I Congreso Internacional de Psicología Clínica y de la Salud con Niños y

Adolescentes (Noviembre del 2015), “la prevalencia de las fobias y los trastornos de ansiedad es alta: aproximadamente 1 de cada 10 jóvenes cumple con los criterios de diagnóstico en algún momento de su vida. Este dato hace que los trastornos de ansiedad sean uno de los problemas de salud mental más frecuentes en niños y adolescentes”.

Peter Muris, en declaraciones a Infocop (publicación del Consejo General de la Psicología de España), considera que las intervenciones más eficaces para el tratamiento de la ansiedad/miedo durante la infancia y adolescencia, cuenta con la exposición, es decir, “los niños y adolescentes ansioso no deberían evitar el estímulo o situación que temen, sino enfrentarse a lo que les produce ansiedad... Los pensamientos que generan ansiedad también pueden ser corregidos, ya sea a través de la terapia cognitiva tradicional. Por lo tanto considera la terapia cognitivo-conductual como tratamiento de primera elección.

La terapia cognitivo conductual (TCC) que incluye las estrategias de Beck y Emery (1985) (reconocimiento y análisis de pensamientos ansiogénicos y de falta de autoconfianza, búsqueda de alternativas útiles, y acción a partir de esas alternativas) mas asignaciones comportamentales, y la terapia de conducta que incluye (relajación muscular mas exposición gradual y realización de tareas agradables), son eficaces con cierta ventaja de la TCC.

Metodología

Participante

Alex tiene 10 años, cursa 5º de Primaria en un colegio privado con gran nivel de exigencia curricular.

Aparte del horario escolar, acude a clases de Inglés a una academia y forma parte del equipo de fútbol de su colegio con entrenamientos 2 días por semana y partido los fines de semana.

La unidad familiar de Alex está compuesta por el padre, socio de una pequeña empresa de servicios en la ciudad pero con viajes casi semanales a otras ciudades; la madre, funcionaria pública en la ciudad y un hermano de 2 años menor que él.

Procedimiento:

Fase de evaluación

El primer contacto lo establece el padre del niño y acude él únicamente a consulta. Nos destaca como motivo de consulta: “el niño suele sufrir crisis de angustia aparentemente motivadas por deberes y exámenes del colegio”. Suele llorar, se pone nervioso, se queja de dolor de tripa,...

Como estrategia, suele ser el padre el que intenta tranquilizarle diciéndole “que no tiene importancia, que se esfuerce en hacer las cosas bien y, si le salen mal, no importa”, aunque también expresa que a veces “perdemos los nervios y le gritamos”.

Además relata que últimamente tiene “ciertas manías”, como por ejemplo: tocar

la pared del portal al salir o entrar a casa, tocar el cable de la lámpara del cuarto al acostarse, encender y apagar la luz del baño varias veces,...

En el registro de salud del niño no aparece nada destacable por los padres (este registro lo rellenan en casa el padre y la madre). Destacan un niño sano, con buen apetito aunque “intentamos que no coma demasiado para que no engorde”. En cuanto a juegos y gustos, similares a los otros niños de su edad, juega habitualmente con su hermano y los amigos del colegio. En cuanto a las normas educativas consideran que “hay que insistir mucho para que haga las cosas”, no le suelen halagar, con frecuencia consiguen que lo haga “a gritos” y que es el padre el que consigue más de él.

En la descripción de su hijo se destaca: “Es un niño que suele ser divertido, que se lleva bien con los compañeros, le gusta hacerse el gracioso aunque últimamente le notan más triste... Le definen como inhibido y siempre ha presentado mucha angustia ante cualquier actividad nueva que desconozca o no controle... Creo que es un niño normal intelectualmente, que saca buenas notas porque trabaja bastante en casa y tiene una gran memoria”.

En el primer encuentro con el niño nos expresa que antes de un examen suele pensar que lo va a hacer mal y que “si lo hago mal me cae bronca”, “me agobio y me pongo nervioso”, todo esto lo siente por el pecho, por la tripa.

Con el niño se reflexiona sobre qué es lo que él cree que necesita aprender y nos destaca lo siguiente: “dejar de pensar en cosas que me ponen nervioso”; “dejar de dar vueltas a los mismos pensamientos que me preocupan”

Asimismo nos relata que sus padres se suelen enfadar con él, que no entienden lo que le pasa cuando está agobiado. La presencia del padre le da seguridad, cuando éste

por motivos laborales está fuera de la ciudad, se pone muy nervioso y necesita hablar con él por teléfono.

En estas primeras sesiones se establece el vínculo con el niño: Descubrimos el sufrimiento del niño, le acompañamos y le escoltamos. Nos mostramos ante el niño como un ser con autoridad, con dominio del problema que él nos presenta, que nos muestra como si estuviera ante un aliado. Paralelamente, y con otro terapeuta del equipo se trabaja con los padres. Se trata de establecer el vínculo con ellos, acompañarles, contenerles y escoltarles en todo este proceso. En este caso y en estas primeras sesiones es el padre el que está más presente, la madre no suele acudir a las citas, refiere que se queda al cargo del hijo menor.

Fase de encuentro y marca

En las sesiones trabajamos con el niño en hipnosis, con la metáfora del “árbol de las preocupaciones” y así vamos marcando los conflictos que el niño nos va destacando y nos permite destacar los conflictos básicos con los que nos encontramos:

- “Deseo de admiración incondicional”. La admiración la tiene condicionada al estado de ánimo de sus padres, y a ciertos comportamientos demandados por ellos.
- “Deseo de valoración”. Necesidad de ser valorado, reforzado, premiado. La valoración del TÚ, es imprescindible para una posterior autovaloración adecuada.
- “Deseo de una segunda oportunidad”. Todos necesitamos que haya más de una oportunidad, si no estaríamos jugándonosla en cada acción y viviríamos en continuo estado de angustia anticipatoria.

- “Deseo de bienestar del referente”. El menor sólo es feliz si su referente es feliz, está ceñido a la necesidad de él.

De estos conflictos se derivan los correspondientes esquemas emocionales que funcionan en el niño:

“Si saco buenas notas mis padres están contentos y yo estoy contento”

“Si saco buenas notas mis padres me querrán más”

“No puedo sacar malas notas”

“Tengo que ser bueno en el fútbol, seré más admirado y querido”

“Mi padre se pondrá contento si juego bien”

Así mismo en estas sesiones se registran las fortalezas y debilidades del niño:

FORTALEZAS	DEBILIDADES
Alegre	Tendencia a preocuparse
Buenas capacidades intelectuales	Estilo miedoso
Buenas Habilidades Sociales	Ansiedad
	Estilo contenido, represión emocional

Fase de desencuadre y desplazamiento

En las siguientes sesiones trabajamos con:

- Dibujos
- Juegos: en la sala de psicomotricidad con juegos de acción, movimiento, peleas.... también muchos partidillos de fútbol
- MCI (Imaginar que puede hacerlo). A través de la “técnica de los movimientos de cabeza inducidos” el niño entra en estado de relajación profunda y vamos a aquellos momentos en los que reacciona con gran ansiedad. Así trabajamos escenas como son ciertos exámenes, partidos de fútbol, etc. Le llevamos al lugar de seguridad y anclamos. Se pone de manifiesto el primer supuesto de la TIR: “sólo podemos realizar aquello que hemos imaginado haber realizado”.
- Con el padre de aliado establecemos de tarea para casa “la hora de las preocupaciones” momento del día pactado en el que el niño contará a su padre las preocupaciones que presenta.
- Además se establece en estado de vigilia para lo que él denomina “manías”, la “jerarquía del miedo” que nos ayudará a tener datos objetivos pre y post tratamiento.

Como he comentado anteriormente el trabajo con los padres lleva un camino paralelo. Una vez detectados los estilos educativos de cada uno de ellos, madre ansiosa con grandes exigencias en cuanto a los resultados académicos de los hijos, el orden en casa, expectativas de futuro,... El padre aparece con menor nivel de exigencia de lo académico aunque más hacia lo deportivo, de estilo más emocional, con menos presencia física en el hogar y llevando en la familia un papel más apaciguador.

El padre, como ya hemos comentado, se muestra en todo momento colaborador, trae al hijo a la consulta y la madre acude en contadas ocasiones o contacta telefónicamente para hacer alguna demanda concreta del caso.

El objetivo del trabajo es conseguir que el nivel de ansiedad de la madre disminuya. Ella debe desaparecer en los momentos en los que el hijo está haciendo deberes, resultados académicos,... sin embargo aumentar la interacción con el niño del tipo:

-“ser acariciado”

-“ser hablado”

-“ser soportado”

-“ser limitado”

Esto llevará a satisfacer los deseos psíquicos del niño, a la satisfacción de impulsos.

El trabajo con los padres se lleva a cabo dentro del marco de VEC: Vinculación Emocional Consciente. Modelo desarrollado por el Instituto de Psicoterapia de Tiempo Limitado (IEPTL) bajo la dirección de Roberto Aguado.

En la intervención con el niño tenemos en cuenta lo que comenta Roberto Aguado, “Podemos controlar el tiempo que dura una emoción, no el momento en que nos veremos arrastrados por ella. El arte de calmarse a uno mismo es una de las habilidades vitales fundamentales, que se adquiere como resultado de la acción mediadora de los demás pero, sobre todo, de un referente, es decir, aprendemos a calmarnos tratándonos como nos han tratado o dejando de tratarnos, como lo hicieron,

todo se puede aprender y desaprender y, por ello, es mejorable en todo momento, vengamos de donde vengamos”. (pág. 52 “Es emocionante saber emocionarse”).

Fase de reencuadre y resolución

En la fase de reencuadre, el niño es capaz de realizar los deseos, cambiar sus esquemas emocionales negativos y así cambiar su autoconcepto. Con la resolución, se trata de haber aprendido nuevas herramientas para encarar los problemas. Además, disminuyen hasta llegar a desaparecer el número de conductas vividas como ansiógenas.

Tras 10 sesiones de intervención con el menor, éste llega a diferenciar el actuar desde la motivación del “deber” y del “querer”. Los partidos y entrenamientos de fútbol son momentos de disfrute. No aparece el miedo anticipatorio a fracasar ante un examen o prueba de clase. Su actitud en las sesiones cambia, es menos sumiso, más negociante, vacilón... pero sin dejar de ser colaborador.

El niño llega a entender y a sentir que la ansiedad que muestran sus padres no está propiciada por su conducta, son sus historias personales y laborales. Tras el proceso la dinámica familiar va cambiando, realizan más planes familiares juntos, la madre disfruta de los partidos de fútbol del niño, hacen planes con otras familias con hijos de edades similares,...

IDEA ANSIÓGENA	TEMPERATURA (*) (0-10)	TEMPERATURA (*) (0-10)
“Voy a hacer mal el examen”	9	2
“Voy a jugar mal en el partido”	9	1
“Voy a sacar malas notas”	8	1
“Tengo mala suerte”	7	0

(*) Nivel de malestar que valora el niño asociado a la idea ansiógena.

Discusión

En el abordaje de ansiedad en la infancia se hace necesario un enfoque más allá del trabajo a nivel cognitivo – conductual. No podemos dejar de lado lo referente al vínculo y el mundo emocional del menor. La Terapia de Interacción Recíproca nos ha proporcionado en 10 sesiones con el niño, obtener unos resultados altamente eficaces, y su nivel de ansiedad ante las situaciones temidas disminuye considerablemente.

La comunicación con los padres se basa en otros parámetros, no desde la exigencia, el deber... sino desde la emoción, el afecto y el respeto

“¿Cómo podemos teorizar que el área prefrontal puede ejercer el mando de la gestión emocional, si no está totalmente maduro hasta más allá de la segunda década en la vida del ser humano?” (pág. 165 “Es emocionante saber emocionarse”).

Bibliografía

Aguado, R. (2005). *Manual práctico de terapia de interacción recíproca: hipnosis clínica en psicoterapia*. Síntesis.

Aguado, R. (2009). *Tengo miedo a tener miedo*. Pirámide

Aguado, R. (2014). *Es emocionante saber emocionarse*. Madrid: EOS.

DSM-5 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales

INFOCOP (03-06-2015)

Pérez Álvarez, M., Fernández Rodríguez, C., Amigo Vázquez, I., & Fernández Hermida, J. R. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces*.

**Abordaje del diagnóstico de TDAH desde la Terapia de Interacción Recíproca con
un ejemplo de caso único**

Otero Gutiérrez, Verónica

Abstract

El Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es una etiqueta diagnóstica de gran relevancia no solo a nivel profesional o de investigación sino también a nivel social. La gran mayoría de las investigaciones se centran en los aspectos etiológicos y cognitivos obviando los aspectos emocionales. El objetivo del presente artículo es abordar la importancia de la emoción y el vínculo en la intervención del trastorno desde la Terapia de Interacción Recíproca con un ejemplo de caso único tras una breve descripción del trastorno y apuntando la actual polémica al respecto.

Palabras claves: TIR, TDAH, vínculo, emoción, psicopatología infanto juvenil.

Introducción

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es uno de los motivos más frecuentes por lo que los niños son emitidos al pediatra, neuropediatra o equipo de salud mental debido a que presentan problemas de conducta. De hecho, es uno de los trastornos psiquiátricos (neurobiológicos) del niño y adolescente más prevalentes (Barkley et al., 2006).

Ha habido una gran popularización del diagnóstico, la mayor divulgación de TDAH nos enfrenta a riesgos como banalización del trastorno, asentamiento y creencia de falsos mitos y sobrediagnóstico, tal como señalan (Gordovil, Faust, 2008).

Es un trastorno de origen neurobiológico que se inicia en la edad infantil y afecta entre un 3-7% de la edad escolar. Se caracteriza por nivel de impulsividad, actividad y atención no adecuados a la edad de desarrollo. Muchos niños y adolescentes con TDAH tienen dificultades para regular su comportamiento y ajustarse a las normas esperadas para su edad y, como consecuencia, presentan dificultades de adaptación en su entorno familiar, escolar y en las relaciones con sus iguales. A menudo, rinden por debajo de sus capacidades y pueden presentar trastornos emocionales y del comportamiento. (Guías Nacional de Salud). Hasta la fecha no existen marcadores psicológicos o biológicos que permitan identificar de forma fiable este trastorno, resalta Moreno, por tal motivo es imprescindible llevar a la práctica un protocolo de evaluación que incluya administración de pruebas al niño, entrevista y escalas conductuales a padres y profesores y consideración de otros indicadores como rendimiento académico. La identificación del trastorno resulta, pues, de la administración de distintas pruebas psicológicas encaminadas a evaluar déficits atencionales y control inhibitorio, además

de la posible afectación en otras áreas del funcionamiento psicológico del menor.

Según DSM- 5 los criterios para el diagnóstico son los siguientes:

A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con la función o el desarrollo, caracterizado por (1) y/o (2):

1. *Inatención*: 6 o más de los siguientes síntomas, o al menos 5 para mayores de 16 años, con persistencia durante al menos 6 meses hasta un grado inconsistente con el nivel de desarrollo y que impacta negativamente en las actividades sociales y académicas/ ocupacionales.

- Con frecuencia no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
 - A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
 - A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
 - A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo.
 - A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
 - A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.
 - A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades.
 - A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
 - A menudo es descuidado en las actividades diarias.
2. *Hiperactividad e impulsividad*: 6 o más de los siguientes síntomas, o al menos 5 para mayores de 16 años, con persistencia durante al menos 6 meses hasta un grado

inconsistente con el nivel de desarrollo y que impacta negativamente en las actividades sociales y académicas/ocupacionales.

- A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
 - A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
 - A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo.
 - A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
 - A menudo “está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor.
 - A menudo habla en exceso.
 - A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
 - A menudo tiene dificultades para guardar turno.
 - A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros.
3. Algunos síntomas de desatención o hiperactividad-impulsividad estaban presentes antes de los 12 años de edad.
 4. Algunos *síntomas de desatención o hiperactividad-impulsividad* se presentan en dos o más ambientes (por ejemplo, en casa, escuela o trabajo; con amigos o familiares; en otras actividades).
 5. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren o reducen la calidad de la actividad social, académica o laboral.
 6. Los síntomas no aparecen exclusivamente motivados por esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (trastornos del estado de ánimo, ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, abuso de sustancias o síndrome de abstinencia).

**Nota:* se especificará si la presentación del trastorno es predominantemente de desatención, de hiperactividad/impulsividad o combinada, si se encuentra en remisión parcial y si el grado de afectación

actual es leve, moderada o severa.

Los pacientes con TDAH suponen un grupo bastante heterogéneo, que presenta una variación considerable de los síntomas, la edad de inicio, y en la presencia de los síntomas en distintas situaciones. Los síntomas del TDAH se pueden ver afectados por factores situacionales, como el momento del día o el cansancio, y factores motivacionales, la posibilidad de supervisión (Barkley et al 2006). Junto con esta heterogeneidad y el aumento considerable de tratamiento farmacológico en la población infantil usos y abusos de psicofármacos, profesionales han cuestionado su existencia. (Pérez) señala que “El TDAH es un diagnóstico que carece de entidad clínica, y la medicación, lejos de ser propiamente un tratamiento es, en realidad, un dopaje”.

Dada la prevalencia y la situación actual de debate consideramos importante revisar el tratamiento de este trastorno para ir más allá de la etiqueta y ayudar al niño y adolescente a mejorar en sus propios objetivos de adaptación en las distintas áreas, personal, escolar, familiar y social.

Es necesario, para ello, tener en cuenta las alteraciones emocionales vinculadas con el diagnóstico de TDAH, ya que aunque tradicionalmente estudiada desde el punto de vista cognitivo, su etiología podría ser mejor entendida si tomamos en consideración también la perspectiva emocional (García, y Hernández, 2010).

En la experiencia clínica observamos que niños diagnosticados de TDAH presentan niveles aumentados de depresión y ansiedad junto a alteraciones en otras variables emocionales como autoestima y actitud negativa hacia la escuela. Síntomas característicos del trastorno como inatención e impulsividad, pueden dificultar el reconocimiento de distintos estímulos emocionales como las expresiones faciales y la

prosodia. Respecto a la regulación y expresión de las emociones tendrán importantes dificultades para modular sus aspectos afectivos, según las teorías tradicionales, ya que están implicados distintos procesos de control ejecutivo (Albert et al.)

Ahí radica la importancia de considerar la TIR como una opción diferente a las actuales, desde este modelo terapéutico *“La psicoterapia puede ser un equivalente de la relación con la persona de referencia básica. El terapeuta ayudará a cambiar el esquema emocional primitivo fruto de la interacción primaria, liberando al paciente de su incapacidad para poder imaginar aquello que desea y posteriormente realizar dicho deseo, pero esta vez con la sensación de tener la confianza de su figura básica, en este caso secundaria”*. el terapeuta debe conseguir *estar presente* en la vida del sujeto. El paciente, tanto cuando esté fuera, como dentro de la consulta, debe interiorizar los mensajes del terapeuta, debe sentir la presencia del terapeuta aunque éste no esté con él físicamente en ese momento (Aguado, R.). Cuando se trabaja desde este prisma en el niño y adolescente hay un giro beneficioso por estos dos aspectos: poder imaginar aquello que desea y mantener al terapeuta en una presencia básica de autoinstrucciones. Para poder avalar la hipótesis de la eficacia de la TIR en el TDAH pasamos a comentar un ejemplo de caso único desde esta metodología de trabajo.

Metodología

Participantes

Ramón tiene 9 años, cursa 3º de primaria, viene diagnosticado desde la unidad de salud mental con Diagnóstico de Trastorno con déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado (ver referencia CIE10) con tratamiento farmacológico de metilfenidato desde los seis años. Vive con sus padres y su hermano de 7 años. Presenta interferencia significativa en las distintas áreas de actuación: personal, familiar, escolar y social. A nivel familiar el grado de sufrimiento es muy alto. Un coterapeuta trabaja con la familia la admiración incondicional, aceptación del presente diagnóstico y vías de intervención en el hogar.

Procedimiento

Fase de encuentro y marca

Tras esta primera toma de contacto con el caso es importante señalar lo primordial que resulta hacer un diagnóstico diferencial, como se señalan en la siguiente tabla los trastornos diferenciales, se debe tener presente que la comorbilidad es la norma y no la excepción en el TDAH.:

Tabla 1: Trastornos diferenciales. Comorbilidad TDAH.

TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO O PSIQUIÁTRICOS
Retraso mental
Trastornos del aprendizaje
Trastornos generalizados del comportamiento
Trastorno de ansiedad
Trastorno del estado de ánimo

Abuso de sustancias
FACTORES AMBIENTALES
Estrés
Negligencia/abuso infantil
Malnutrición
Inconsistencia de pautas/estilos educativos
Desajuste de la exigencia
TRASTORNOS MÉDICOS
Encefalopatías (postraumáticas o postinfecciosas)
Epilepsia
Trastornos del sueño
Trastornos sensoriales
Efectos secundarios de fármacos
Disfunción tiroidea
Intoxicación por plomo
Anemia ferropénica

*Entidades a valorar en el diagnóstico diferencial o comórbido (Alda Díez et al., 2011).

Por otra parte, restringiendo los posibles condicionantes a la esfera emocional tal como remarcan García e Ibáñez en su estudio exploratorio del vínculo madre – hijo, muchas afecciones del trastorno están caracterizadas por representaciones vinculares de tipo inseguro; el TDAH es un trastorno en el que la relación vincular se ve afectada, presentando tanto los niños como sus madres, mayores niveles de representaciones vinculares inseguras que lo esperado en la población normal. Resulta interesante también observar que dentro del grupo de niños con TDAH, existen diferencias según el tipo de representación vincular que tengan. Lo anterior indica que el logro de un vínculo seguro puede convertirse en un factor protector en relación a la agudización de la sintomatología del TDAH y sus posibles complicaciones. Por otro lado la existencia de

un vínculo inseguro se puede considerar un factor de riesgo en relación al curso del TDAH y a las aplicaciones de las medidas terapéuticas.

En esta línea de trabajo y específicamente en el campo de la adopción y la acogida, tal como señala (Gonzalo), el trauma relacional (como sucede en la mayoría de los niños adoptados o acogidos que lo padecen), es decir, cuando el daño provino de un adulto con el que el niño tuvo un vínculo (de apego u otro) y si dicho daño sucedió a edad temprana (entre los 0 y los 3 años), las secuelas más evidentes se van a observar a nivel de regulación emocional y relaciones interpersonales, con dificultades para mantenerse dentro de la ventana de tolerancia a las emociones (el niño, ante estímulos determinados puede *hiperactivarse* -se mostrará más alterado, inquieto, movido, incluso con reacciones de ataque/huida, si interpreta el estímulo como peligroso porque le *recuerda* a alguna amenaza de su pasado- o *hipoactivarse* (parecería estar en un estado de desconexión emocional, a veces de embotamiento y en casos más graves, de [disociación](#)). El problema es que muchas de las respuestas al trauma son evaluadas por los adultos (padres, profesores y otros profesionales) como problemas de comportamiento e hiperactividad (muchos niños no tienen el diagnóstico de hiperactividad realmente, es un déficit de regulación emocional debido a que el cuidador principal con el que estuvo el niño perturbó la relación de apego y éste aprendió a activar su sistema de defensa. Una de las manifestaciones en el presente es la hiperactividad como respuesta a la activación emocional y la desregulación, nefasta herencia del trauma relacional) y los menores reciben muchas consecuencias en forma de reconvenciones, castigos, gritos, expulsiones y etiquetaciones... que no contribuyen a reparar al niño de las consecuencias de la traumatización, crónica. Al contrario, esa reactividad por parte del adulto puede ahondar en las heridas y contribuir a reforzar el trauma.

Sería necesaria una profundización mayor en los aspectos emocionales vinculares con las figuras de referencia.

Los instrumentos utilizados han sido WISC-IV-TR, Escala de conners, criterios de Weinberg, Toulouse Pieron. (Véase ANEXO I)

En el desarrollo de las distintas pruebas se observa desorganización, dificultades en la planificación y tendencia al amontonamiento, no es capaz de prever y llevar un orden o lógica. Presenta buenos resultados pero suele bloquearse al no seguir una secuencia.

Respecto al Test Toulouse Pieron, su rendimiento estaba condicionado por un patrón de respuesta impulsivo, con interferencias en la atención sostenida, obteniendo un alto nivel de aciertos con notables omisiones (ítems correctos que no han sido señalados), bajo nivel de errores por lo que mantiene una percepción visual precisa.

En el rendimiento de la escala de inteligencia, los resultados han sido óptimos aunque contrastan unos con otros, un posible déficit de atención podrían estar a la base de los resultados. Destaca en razonamiento perceptivo y comprensión verbal, frente a memoria de trabajo y velocidad de procesamiento que obtiene puntuaciones más bajas, pero se sitúan en la curva normal

En relación a los deseos básicos carenciales consideramos que Ramón no tiene los siguientes deseos satisfechos:

- Deseo de admiración incondicional, Ramón sólo se siente admirado cuando está quieto o sus calificaciones escolares superan el aprobado.
- Deseo de valoración, su autoconcepto de sí mismo es negativo, no teniendo claras sus fortalezas y debilidades.

- Deseo de pertenecer a la familia, se considera el diferente, el que no sigue lo que marca la familia.
- Deseo de autoridad desde el cariño, dada la tensión que hay en el ambiente familiar, la autoridad es dispersa y depende, muchas veces, de criterios subjetivos como el cansancio de los padres...
- Deseo de una segunda oportunidad, en los distintos ámbitos que interactúa está más presente el castigo, de hecho ha sido eliminado del equipo de fútbol, lo que ha sido de gran frustración para él.

Fase de desencuadre y desplazamiento

Desde la fase de evaluación se trabaja el vínculo, el que se sienta admirado incondicionalmente con una figura referencial. Desde este punto de vista, se ha respetado su necesidad de movimiento, se han hecho el listado de fortalezas y debilidades y la formación de autoconcepto, jugando al tenis dentro del espacio de la consulta con unas normas (deseo de ser limitado), ya que le era muy difícil su autocontrol.

En coordinación con la Unidad de Salud Mental Infanto juvenil se revisó la eficacia de la medicación, no había cambios a nivel de impulsividad o hipercinesia, desde el entorno escolar se observaba mejoría en la inatención, pero estaba afectando a su capacidad cardiovascular, la familia decide retirar la medicación por un tiempo y seguir con la psicoterapia.

Se trabajan diferentes estrategias como la técnica del semáforo, la técnica de la tortuga, árbol de los problemas, metáforas, cuentos como “Chispa, el torito bravo”, caja de soluciones. En MCI trabajamos el autocontrol y el imaginarse resolviendo los

conflictos. Sólo podemos realizar aquello que imaginamos.

Se crea un grupo de supervisión de objetivos con el profesorado y una pedagoga le atiende en su centro educativo de forma individual.

Fase de reencuadre y resolución

Una vez conseguida su adaptación personal y en las distintas áreas, además participa en un equipo de natación, se encuentra valorado por su entrenador y trabaja de forma disciplinada, le funciona como liberación.

Ramón fue dado de alta al de doce sesiones, aunque se revisa de forma mensual.

En la experiencia clínica en el trabajo con familias, se observa esa necesidad de seguimiento a largo plazo. De hecho en el diagnóstico del TDAH, es necesaria una intervención multidisciplinar durante varios años.

Al aumentar su autoestima y estrategias de autocontrol, y aprovechando su propia madurez hubo mejoras significativas en su rendimiento escolar, lo que propicia a su vez, una satisfacción para sus padres.

Discusión

La sobreabundancia del diagnóstico. Pero más allá de que haya un posible consenso...aunque haya material bibliográfico de referencias guías para educadores... sino se trabaja el vínculo y lo emocional...

Bibliografía

- Albert, J., Fernández, A., López, S., Carretié, L., (2008). Alteraciones emocionales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: datos existentes y cuestiones abiertas. *Revista de neurología*, págs. 39-45.
- Avances en el diagnóstico y la subclasificación del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: qué puede pasar en el futuro respecto al DSM-V
- Barkley R., (2009). *Revista de neurología*. Recuperado de: neurologia.com REV NEUROLOGIA 2009; 48(Supl 2) S101-S106.
- García A.M y Hernández, S., (2010). Alteraciones emocionales en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Psiquiatría infanto Juvenil*.
- García, M., Ibañez, M., (2007). Apego e Hiperactividad: Un Estudio Exploratorio del Vínculo Madre-Hijo. Attachment and Hyperactivity: An Exploratory Study of the Mother-Child Bond.
- Gordóvil, A., Faust, T., (2012). Un enfoque integrador en el tratamiento del TDAH infantil y juvenil. *Revista de psicoterapia*, págs. 125-147.
- Guía de Práctica Clínica sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Guías de práctica clínica del SNS. Ministerio de Sanidad Política social e igualdad.
- La intervención del psicólogo en el tratamiento del TDAH es esencial”- Entrevista a Inmaculada Moreno, IV Symposium Nacional de Psicología Clínica y de la Salud con niños y adolescentes (13-15 noviembre).
- López-Villalobos JA, Serrano-Pintado I, Delgado Sánchez-Mateos J, Ruiz-Sanz F, Sánchez-Azón MI, Sacristán-Martín AM El factor de independencia a la distracción, elemento diferencial en casos de TDAH.
- Los intereses que hay detrás del diagnóstico del TDAH-Entrevista a Marino Pérez Álvarez.
- Mena, B., Nicolau R., Salat L., Tort P., Romero B. (2006). Guía práctica para educadores, el alumno con TDAH. *Fundación Adana, Barcelona. Mayo S.A.*
- Martínez Martín, M^a Angeles y cols. (2011) Todo sobre el TDAH. *Guía para la vida diaria: Avances y mejoras como labor de equipo*. Ed. Altaria
- Whitaker, R., (2016). TDAH o una sociedad que se va de rositas.

Anexos

ANEXO I: Descripción de los instrumentos

TP-R. Toulouse Pieron

El test Toulouse-Piéron-Revisado permite evaluar las aptitudes perceptivas y atencionales. En concreto, permite evaluar la capacidad de atención sostenida, de concentración, de rapidez y agudeza perceptiva, así como la resistencia a la fatiga. Compuesto por una lámina de elementos gráficos, consiste en identificar qué figuras son iguales a dos modelos dados. Su aplicación puede ser individual o colectiva y tiene una duración de 10 minutos.

WISC-IV Escala Intelectual de Wechsler para niños

Evalúa la capacidad cognitiva global y cuatro dominios específicos de inteligencia que permiten un análisis más preciso y profundo de los procesos cognitivos. La estructura de la WISC IV está formada por 15 pruebas (10 principales y 5 opcionales) mediante las que se obtiene un perfil de puntuaciones escalares, un CI total y 4 índices: Comprensión Verbal, Razonamiento Perceptivo, Memoria de Trabajo y Velocidad de Procesamiento.

La WISC IV permite comparar el rendimiento en los distintos índices y pruebas, detectar puntos fuertes y débiles y realizar un análisis de procesamiento. La información obtenida mediante la WISC IV es importante para evaluar eficazmente dificultades de aprendizaje, funciones ejecutivas, lesiones cerebrales traumáticas, altas capacidades, discapacidad intelectual y otras alteraciones médicas y neurológicas.

en la curva normal.

El factor de independencia a la distracción, elemento diferencial en casos de TDAH	
08/06/2007	Redacción
Según un estudio realizado por López-Villalobos et al y publicado en <i>Revista de Neurología</i> , el factor de independencia a la distracción constituye un elemento útil en la evaluación del trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH)	

Escala de Conners para padres

Las "escalas de Conners" fueron diseñadas por C. Keith Conners en 1969. Aunque estas escalas se desarrollaron para evaluar los cambios en la conducta de niños hiperactivos que recibían tratamiento farmacológico, su uso se ha extendido al proceso de evaluación anterior al tratamiento. Estas escalas se han convertido en un instrumento útil cuyo objetivo es detectar la presencia de TDAH mediante la evaluación de la información recogida de padres y profesores.

ANEXO II: Escala Conners antes y después.

ANEXO III: Técnica del semáforo

Pasos para la enseñanza de la Técnica del Semáforo:

1. Asociar los colores del semáforo con las emociones y la conducta:

- a. **ROJO: PARARSE.** Cuando no podemos controlar una emoción (sentimos mucha rabia, queremos agredir a alguien, nos ponemos muy nerviosos...) tenemos que pararnos como cuando un coche se encuentra con la luz roja del semáforo.
- b. **AMARILLO: PENSAR.** Después de detenerse es el momento de pensar y darse cuenta del problema que se está planteando y de lo que se está sintiendo.
- c. **VERDE: SOLUCIONARLO.** Si uno se da tiempo de pensar pueden surgir alternativas o soluciones al conflicto o problema. Es la hora de elegir la mejor solución.

ANEXO IV: Técnica de la tortuga

Juego educativo para el autocontrol de la conducta impulsiva. (Técnica elaborada por Schneider y Robin (1990))

Juego educativo para enseñar a los niños y niñas a relajarse ante situaciones amenazantes y evitar conductas impulsivas

Objetivos

- Enseñar a los niños y niñas estrategias para relajarse.
- Fomentar el autocontrol de la conducta impulsiva.
- Desarrollar la capacidad de conocer, expresar y manejar las emociones.
 - Controlar la agresividad, analizando adecuadamente las situaciones y responder con autocontrol.

Participantes

Niños y niñas de 3 años en adelante.

Materiales

Cuento de la tortuga.

En qué consiste el juego

El juego consiste en ayudar a los niños y niñas a aprender a relajarse, replegando su cuerpo, como hacen las tortugas. De esta forma relajarán sus músculos y evitarn actuar de forma impulsiva. A través de una dinámica que comprenden por analogía con la tortuga, los pequeños aprenderán una técnica útil y sencilla para relajarse y controlar sus impulsos. Es importante desarrollar habilidades de autocontrol ante conductas impulsivas. Con la técnica desarrollaran también habilidades para reconocer, expresar y manejar sus emociones. Con esta técnica de fácil aplicación, proporcionamos a los niños y niñas medios para canalizar su propia ira.

Instrucciones

Preparación: En primer lugar contamos el cuento de la tortuga a los niños y niñas.

Explicación: Les explicamos que al igual que la tortuga se metía en su concha cada vez que sentía ira y enfado, nosotros podemos hacer lo mismo y meternos en una concha imaginaria para relajarnos hasta que se nos pase el enfado y de esta forma no reaccionar con conductas impulsivas.

Para llevar a cabo esta técnica, emplearemos varias semanas de entrenamientos, para que poco a poco los niños y niñas adquieran esta respuesta. Implementaremos la

técnica en 4 etapas:

- En la primera etapa (semanas 1 y 2) se enseña al niño/a a responder a la palabra “tortuga” cerrando los ojos, pegando los brazos al cuerpo, bajando la cabeza al mismo tiempo que la mete entre los hombros, y replegándose como una tortuga en su caparazón. Para ello, le explicaremos como tiene que hacer para esconderse en su caparazón. Le diremos que cuando escuche la palabra tortuga debe replegar su cuerpo y relajarse dentro del caparazón. Se harán varios entrenamientos, en diferentes momentos les diremos la palabra tortuga.
- En la segunda etapa (semanas 3 y 4) el niño/a aprende a relajarse. Para ello, tensa todos los músculos mientras está en la posición de tortuga, mantiene la tensión durante unos segundos, y después relaja a la vez todos los músculos. Una vez aprenda a replegarse (etapa 1), le enseñamos a relajarse dentro del caparazón. Haremos también varios entrenamientos.
- La etapa tercera (semana 5) pretende conseguir la generalización en la utilización de la posición de tortuga y la relajación a diferentes contextos y situaciones. Para ello, empleamos historias, ejemplos en los que necesitara relajarse. Por ejemplo cuando tus padres se enfadan contigo, te pones furioso, tenemos que relajarnos como la tortuga. Le pediremos también que emplee la técnica cuando se encuentre ante cualquier situación en la que se sienta furioso.
- La última etapa (semana 6) se dedica a la enseñanza de estrategias de solución de problemas interpersonales. Además de la técnica, pediremos a los niños y niñas que expliquen la situación, que cuenten como se sentían (hacemos que identifiquen y expresen su emoción). Reflexionamos con ellos, una vez calmados diferentes formas de solucionar esta situación.

Cuento de la tortuga

“Hace mucho tiempo había una hermosa tortuga que tenía (4,5,6,7,8) años y que se llamaba Pepe. A ella no le gustaba demasiado ir al cole.

Prefería estar en casa con su hermano menor y con su madre. No le gustaba aprender cosas en el colegio. Prefería correr, jugar. Era demasiado pesado hacer fichas y copiar de la pizarra. No le gustaba escuchar al profesor, era más divertido hacer ruidos de coches y nunca recordaba qué es lo que tenía que hacer. A Pepe lo que le gustaba era enredar con los demás compañeros, meterse con ellos y gastarles bromas.

Cada día, cuando iba camino del colegio, se decía que intentaría no meterse en líos, pero luego era fácil que alguien hiciera que perdiera el control, y al final se enfadaba, se peleaba y el profesor le reñía o le castigaba. “Siempre metido en líos”, pensaba. “Como esto siga así voy a acabar odiando al colegio y a todos”. La tortuga lo pasaba muy pero que muy mal. Un día de los que peor se sentía encontró al viejo señor Tortuga, el más sabio del lugar.

Cuando el señor Tortuga vio a Pepe le preguntó por qué estaba tan triste, y Pepe le contó lo que le pasaba, que siempre se metía en problemas y que se portaba mal sin saber por qué. El señor Tortuga le sonrió y le dijo que comprendía lo que le había contado porque hacía mucho tiempo, antes de que fuera tan sabio, él también se enfadaba cuando hacía cosas que no estaban bien. Pepe se sorprendió y le preguntó cómo había aprendido a portarse bien. El señor Tortuga le dijo: “Bien, Pepe, he aprendido a utilizar mi protección natural, mi caparazón”.

“Tú también puedes esconderte en tu concha siempre que tengas sentimientos de rabia, cuando tengas ganas de gritar, de pegar, de romper cosas. Cuando estés en tu

concha puedes descansar hasta que ya no te sientas tan enfadado. Así que la próxima vez que te enfades! métete en tu concha!

El señor Tortuga le contó a Pepe que había aprendido a dominarse en las situaciones difíciles metiéndose en su caparazón, respirando profundamente y relajándose (soltando todos sus músculos, dejando que cuelguen manos y pies, no haciendo nada de fuerza con su tripa, respirando lentamente, profundamente). Además, pensaba cosas bonitas y agradables mientras se estaba relajando.

Después pensaba en la situación en la que se encontraba y en la forma de solucionarla. Planteaba cuatro o cinco ideas e imaginaba lo que sucedería si ponía en práctica cada una de estas cosas. Finalmente seleccionaba la mejor.

Así es como llegó a ser sabio. Bien, Pepe se entusiasmó realmente con la idea. Fue más a gusto al colegio cada día pues tenía muchos amigos y su profesor y sus padres estaban muy contentos con él.

Pepe siguió practicando cómo solucionar las situaciones difíciles hasta que verdaderamente lo hizo bien. Tu puedes también hacer lo que hace Pepe. Cuando estés muy enfadado y veas que vas a meterte en líos, puedes aislarte en tu caparazón, relajarte y decidir qué es lo que deberías hacer”.

ANEXO V: Árbol de los problemas

Técnica de recolección de información Árbol de problemas

ARBOL DE PROBLEMAS

Objetivo:

Describir las formas como se presentan diferentes problemáticas al interior de un grupo o comunidad, relacionando sus causas y posibles soluciones.

Características El árbol de problema utiliza la representación de un árbol, donde el tronco, las raíces y las ramas ayudan a analizar un problema y a entenderlo en toda su magnitud, mirándolo como un todo interrelacionado, capaz de entenderse y transformarse. A partir de esta técnica los sujetos manifiestan sus percepciones sobre una situación o problema determinado, realizando un análisis a profundidad a partir de la identificación de los componentes de dicha problemática y sus relaciones, posibilitándose la construcción colectiva.

Desarrollo de la Técnica:

- **Descripción** Se parte de una elaboración individual donde cada participante en un trozo de papel dibuja un árbol, ubicando en la raíz los problemas de una situación planteada previamente, en el tronco se ubican los efectos o consecuencias y en las ramas se ubican las alternativas o posibles soluciones. Posteriormente se divide el grupo en subgrupos de 5 personas con el propósito de que cada una socialice su elaboración individual, luego se entrega en cada subgrupo tarjetas de tres diferentes colores, cada color identificará los problemas, los efectos y las alternativas respectivamente.

- **Expresión**

Cuando en las tarjetas se haya finalizado de escribir los problemas, efectos y alternativas, cada subgrupo procede a ubicarlas en un árbol común que previamente estará dibujado en un pedazo de papel y será fijado en un tablero o pared; leyendo y socializando el contenido de las tarjetas ante todo el grupo.

Luego de que todas las tarjetas se encuentren ubicadas en el árbol, es importante agruparlas y tematizarlas, de acuerdo a recurrencias y diferencias, lo cual posibilitará el encontrar relaciones y analizar a profundidad la situación.

• Interpretación

Los participantes escuchan las percepciones de sus compañeros en torno a la situación trabajada, debaten y discuten los puntos de vista; al mismo tiempo el facilitador guiará la profundización y análisis del tema, a partir de preguntas como:

- ¿Cuáles son los problemas más recurrentes?
- ¿Cuáles son las consecuencias que más nos afectan en nuestro entorno?
- ¿Qué soluciones podrían ser las más pertinentes para resolverlos?
- ¿Quiénes son las personas que hacen parte del problema?
- ¿Quiénes podrían ser parte de las soluciones?
- ¿Qué se quiere cambiar de la situación? ¿Por qué?

• Toma de Conciencia

Este momento le posibilita al grupo reflexionar sobre el trabajo realizado, poner en común formas pensar y relacionar sobre lo que se dio en el desarrollo de la técnica y su propia vivencia. Planteando los ejes de análisis a los cuales se llegaron, las relaciones y cruces entre los aspectos más relevantes. Se develan las formas de interacción de los sujetos con la situación problema y los nuevos sentidos y comprensiones a los cuales se llegaron.