

PERSPECTIVAS Y ANÁLISIS DE LA SALUD

VOLUMEN II



Comps.

José Jesús Gázquez
María del Carmen Pérez-Fuentes
María del Mar Molero
María del Mar Simón
África Martos
Ana Belén Barragán
Maria Sisto

Edita: ASUNIVEP

Perspectivas y Análisis de la Salud.

Volumen II

Comps.

José Jesús Gázquez Linares
María del Carmen Pérez Fuentes
María del Mar Molero Jurado
María del Mar Simón Márquez
África Martos Martínez
Ana Belén Barragán Martín
Maria Sisto

© Los autores. NOTA EDITORIAL: Las opiniones y contenidos de los textos publicados en el libro “Perspectivas y Análisis de la Salud. Volumen II”, son responsabilidad exclusiva de los autores; así mismo, éstos se responsabilizarán de obtener el permiso correspondiente para incluir material publicado en otro lugar, así como los referentes a su investigación.

Edita: ASUNIVEP

ISBN: 978-84-09-06265-2

Depósito Legal: AL 68-2019

Imprime: Artes Gráficas Salvador

Distribuye: ASUNIVEP

No está permitida la reproducción total o parcial de esta obra, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por ningún medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, u otros medios, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

CAPÍTULO 1

Reserva cognitiva como elemento protector de los déficits cognitivos relacionados con el consumo de cocaína

Estela Castilla Ortega, David Ladrón de Guevara Miranda, María del Carmen Mañas Padilla, y Patricia Sampedro Piquero.....17

CAPÍTULO 2

Desistimiento de la conducta antisocial y delictiva a lo largo del desarrollo

José Manuel Andreu Rodríguez y María Elena De la Peña Fernández.....23

CAPÍTULO 3

Estudio comparativo de las medidas frente al tabaquismo en Andalucía

Beatriz de la Torre31

CAPÍTULO 4

Análisis de las estrategias para la promoción de la salud en el ámbito escolar

Beatriz de la Torre37

CAPÍTULO 5

Promoción y desarrollo de territorios saludables desde la cátedra DOTS

Isabel del Arco Bravo43

CAPÍTULO 6

El rol de los directores escolares en la promoción de la seguridad y salud escolar

Anna Díaz-Vicario49

CAPÍTULO 7

La promoción de la salud vocal en profesionales de la voz: La importancia de la educación como prevención

Pere Godall I Castell, Cecilia Gassull Bustamante, y Lluç Bosque Conde.....55

CAPÍTULO 8

Síndrome de burnout en profesiones sanitarias y docentes

Fátima González García, Carmen Navarro Navarro y Carolina Castillo Portellano63

CAPÍTULO 9

El papel en los colegios del fisioterapeuta educativo

María Jesús López Fernández, Alma María Rodríguez Manjón, María Parra García, y María Quijorna Solís.....69

CAPÍTULO 10

Efecto de la terapia ocupacional en las alteraciones del estado de ánimo de supervivientes de cáncer de mama: estudio preliminar

Mario Lozano-Lozano75

CAPÍTULO 11

Análisis y toma de decisiones en los conflictos en las organizaciones desde un punto de vista competencial para la mejora de la calidad en las relaciones personales

José Carlos Márquez Castro, Juan Antonio Torrecilla García, y M^a Teresa Castilla Mesa 81

CAPÍTULO 12

La violencia en Internet: El Trolling, el Harassment y el Cyberbullying

Guadalupe Martín-Mora Parra e Inmaculada Fernández Antelo 89

CAPÍTULO 13

Cambios demográficos en Atención Primaria y sus repercusiones clínicas

Cristina Maria Maté Sánchez de Val, Javier Béjar-Valera, y Estela Pérez Pagán 97

CAPÍTULO 14

Estudio acerca de la autoeficacia general en estudiantes de Ciencias de la Salud

María del Mar Simón Márquez, Ana Belén Barragán Martín, África Martos Martínez, María del Carmen Pérez Fuentes, María del Mar Molero Jurado, Nieves Fátima Oropesa Ruiz, José Gabriel Soriano Sánchez, María Sisto, y José Jesús Gázquez Linares 103

CAPÍTULO 15

Problemáticas de las TIC relacionadas con salud y seguridad en niños y adolescentes

Cristina Mercader Juan 111

CAPÍTULO 16

Factores de riesgo psicosocial y capital humano

Manuel Morales Valero 115

CAPÍTULO 17

Aplicación de la práctica de mindfulness orientado al personal de enfermería en el ámbito intrahospitalario

Carmen Navarro Navarro, Fátima González García, y Carolina Castillo Portellano 121

CAPÍTULO 18

El efecto de un programa de intervención en la autoestima, la soledad y la satisfacción con la vida

Silvia Petkova Petkova y Antonio Caballer Miedes 125

CAPÍTULO 19

Consumo intensivo de alcohol en jóvenes con TDAH

Claudia Porras Truque y Patricia Mateos Gordo 133

CAPÍTULO 20

Procesos de regulación emocional en estudiantes universitarios

Iratxe Redondo Rodríguez 139

CAPÍTULO 21

Atención Temprana: Estimulación precoz y fisioterapia

Alma María Rodríguez Manjón, María Parra García, María Quijorna Solís, y María Jesús López Fernández147

CAPÍTULO 22

Revisión sistemática del apego en niños y niñas adoptados: Una nueva experiencia de vinculación precedida de una separación y pérdida

Carlos Javier Rodríguez Muñoz y Eva Izquierdo Sotorrío153

CAPÍTULO 23

Dinámicas de transformación organizacional en la creación y consolidación de organizaciones: los recursos humanos como eje central de la gestión socioeconómica

Juan Antonio Torrecilla García y María Teresa Castilla Mesa161

CAPÍTULO 24

El aprendizaje basado en problemas (ABP) es aplicable a la formación de estudiantes de enfermería que estudian Fisiología Humana

Antonio Viana Alonso167

CAPÍTULO 25

Análisis de la Autoeficacia general según el género

Ana Belén Barragán Martín, María del Mar Simón Márquez, África Martos Martínez, María del Mar Molero Jurado, María del Carmen Pérez Fuentes, María Sisto, Nieves Fátima Oropesa Ruiz, José Gabriel Soriano Sánchez, y José Jesús Gázquez Linares ...175

ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO

CAPÍTULO 26

Terapéutica dental mediante técnicas indirectas vs técnicas directas

Ana Adamuz Jiménez, Antonio García Rubio, y María Cristina Ibáñez Romero185

CAPÍTULO 27

Incapacidad mental para la toma de decisiones sobre tratamiento en pacientes psiquiátricos hospitalizados y relación con la gravedad de la psicopatología

Ignacio Álvarez Marrodan, María del Carmen Martín Contero, y María Goena Irisarri191

CAPÍTULO 28

Estudio descriptivo de sepsis en un hospital de segundo nivel

Javier Béjar-Valera, Cristina María Maté Sánchez de Val, y Estela Pérez Pagan199

CAPÍTULO 29

Estudio descriptivo de la enfermedad de Alzheimer en un hospital de segundo nivel

Javier Béjar-Valera, Cristina María Maté Sánchez de Val, y Estela Pérez Pagán205

CAPÍTULO 30

Dispositivo de tratamiento percutáneo de la insuficiencia mitral: Mitraclip

Teresa Bretones Del Pino, Gonzalo Cortázar Rocandio, Inmaculada Poveda García, y
María Dolores Del Pino y Pino..... 211

CAPÍTULO 31

Aspectos psicosociales y su influencia en el ámbito de la patología cardiovascular

Teresa Bretones del Pino, Gonzalo Cortázar Rocandio, Inmaculada Poveda García, y
María Dolores del Pino y Pino..... 217

CAPÍTULO 32

Nutrición y carencias nutricionales, influencia en el desarrollo de la depresión y trastornos mentales

Maria José Campos Rosa, Josefa García Cano, Angelina Fernández Baeza, Elena María
García Abellán, y María Dolores Grimaldos López 223

CAPÍTULO 33

Eficacia de la manipulación vertebral lumbar de alta velocidad en pacientes con lumbalgia: Revisión sistemática

Francisco Carrasco Martínez, Blas Millán Molina, Javier Molina Payá, y Alfonso Javier
Ibáñez Vera..... 231

CAPÍTULO 34

Relevancia de la hipotermia en la fase aguda de pacientes neurocríticos: Revisión bibliográfica

Carolina Castillo Portellano, Fátima González García, y Carmen Navarro Navarro..... 239

CAPÍTULO 35

Revisión de las características clínicas de la Enfermedad de Kawasaki en un hospital de especialidades

Gonzalo Cortázar Rocandio, Teresa Bretones del Pino, y María Dolores del
Pino y Pino 245

CAPÍTULO 36

Revisión de las complicaciones asociadas a la válvula aórtica bicúspide en un hospital de especialidades

Gonzalo Cortazar Rocandio, Teresa Bretones del Pino y María Dolores del
Pino y Pino 251

CAPÍTULO 37

Uso de anticoagulantes de acción directa en pacientes con fibrilación auricular: Uso previo a cardioversión eléctrica

María Dolores del Pino y Pino, Teresa Bretones del Pino, Gonzalo Cortázar Rocandio e
Inmaculada Poveda García 257

CAPÍTULO 38

Apoyo Psicosocial en la familia del Paciente Paliativo

Elena M^a García Abellán, Josefa García Cano, M^a Dolores Grimaldos López, M^a José Campos Rosa y Angelina Fernández Baeza.....263

CAPÍTULO 39

Aplicación de la TIR en un caso de ansiedad

Laura Gascón Martín, Roberto Aguado Romo y Ángel Fernandez Sánchez.....269

CAPÍTULO 40

Actuación del personal de enfermería ante el paciente susceptible de cuidados paliativos

Nuria Huerta González275

CAPÍTULO 41

Mejora en la calidad de vida en personas con trastorno mental grave incluidas en programas de TAC

Juan Carlos Ibáñez Huertas, Víctor Gallego Herrera, Joaquín Quesada Mateo, Lucía Izquierdo Imbernón, Isabel María Vivancos Hernández, Jessica Gallego Gallego, y Antonio Mon Morales.....283

CAPÍTULO 42

Evidencia de la electroestimulación TENS en el tratamiento de la espasticidad

Alfonso Javier Ibáñez Vera, Francisco Carrasco Martínez, Blas Millán Molina, y Javier Molina Payá.....291

CAPÍTULO 43

Revisión de la enfermedad de Marchiava-Bignami

Carmen María Lara Rojas.....297

CAPÍTULO 44

Síndrome nefritis-uveítis: Características clínicas, abordaje terapéutico e impacto de la enfermedad en la calidad de vida de los pacientes

Carmen María Lara Rojas.....303

CAPÍTULO 45

Unidades mixtas médico-psiquiátricas como recurso para la atención integral a pacientes con comorbilidad médico-psiquiátrica

Patricia Latorre Forcén, María Isabel Laporta Herrero, Víctor Navalón Monllor, Eric Vives Hidalgo, y Teresa Diez Martín311

CAPÍTULO 46

La aplicación de la TIR en un caso de miedo a las alturas

Manuela Martínez-Lorca, Roberto Aguado Romo, y Alberto Martínez Lorca.....317

CAPÍTULO 47

Estudio sobre el cáncer de cérvix en Atención Primaria

Cristina María Maté Sánchez De Val, Javier Béjar-Valera, y Estela Pérez Pagán325

CAPÍTULO 48

Eficacia de la fisioterapia tras meniscectomía: Revisión

Blas Millán Molina, Francisco Carrasco Martínez, Javier Molina Payá, y Alfonso Javier Ibáñez Vera..... 331

CAPÍTULO 49

Diagnóstico y manejo de la hepatitis C en atención primaria

Inés Monte Collado e Isabel Ortega Abarca..... 337

CAPÍTULO 50

Estudio sobre la aplicación de tratamiento psicosocial/conductual en pacientes con esquizofrenia y su mejora de los síntomas y recuperación

Víctor Navalón Monllor, Eric Vives Hidalgo, Patricia Latorre Forcén, y María Isabel Laporta Herrero 343

CAPÍTULO 51

Delfinoterapia como tratamiento fisioterápico en el Síndrome de Down

Marina Isabel Navas Ramírez, Elena Torralba Chozas, y Marta Sibón Saborido 351

CAPÍTULO 52

Prevalencia de los trastornos del estado de ánimo y ansiedad en el centro de salud mental de Lorca

Pascual Salvador Hilario Meca, Francisco Javier Orteso Rivadeneira, y Sonia Ponce Miñarro 357

CAPÍTULO 53

La Parálisis Cerebral Infantil y técnicas fisioterápicas de tratamiento

María Quijorna Solís, Alma María Rodríguez Manjón, María Jesús López Fernández y María Parra García 367

CAPÍTULO 54

El papel de enfermería en la prevención de infecciones bacterianas

Alejandro Quiles Parra, Ana Petidier Pino, y María Pavón Amo 373

CAPÍTULO 55

Cognición social en mujeres con anorexia

Iratxe Redondo Rodríguez 379

CAPÍTULO 56

Discapacidades motoras más frecuentes y su tratamiento en fisioterapia

Alma María Rodríguez Manjón, María Parra García, María Quijorna Solís, y María Jesús López Fernández 387

ENVEJECIMIENTO Y CUIDADORES

CAPÍTULO 57

Estudio comparativo del EC+ con otras Apps para población adulta de bajo nivel cognitivo y necesidades complejas de comunicación

Marina Calleja Reina, María Luisa Luque Liñán, y José Miguel Rodríguez Santos397

CAPÍTULO 58

Prevención de riesgos ergonómicos en cuidadores

Angelina Fernández Baeza, Elena María García Abellán, María Dolores Grimaldos López, Josefa García Cano, y María José Campos Rosa405

CAPÍTULO 59

Apoyo del envejecimiento activo mediante un modelo de intervención

Josefa García Cano, Elena María García Abellán, María Dolores Grimaldos López, María José Campos Rosa, y Angelina Fernández Baeza413

CAPÍTULO 60

Beneficios del envejecimiento activo y saludable

Fátima González García, Carmen Navarro Navarro y Carolina Castillo Portellano419

CAPÍTULO 61

Identificación del burnout y la sobrecarga laboral en cuidadores de adultos mayores en la zona sur del Ecuador

Mercy Ontaneda y Marina Ramirez423

CAPÍTULO 62

Función del fisioterapeuta en el envejecimiento activo

María Parra García, María Quijorna Solís, María Jesús López Fernández, y Alma María Rodríguez Manjón429

CAPÍTULO 63

La depresión y el duelo en la vejez en Valle de Santiago

Gerardo Pedraza Álvarez y Raúl Alejandro Gutiérrez García433

CAPÍTULO 64

Envejecimiento activo: Promoción de la práctica de actividad física en personas mayores

Lorena González García, Silvia Postigo Zegarra, y Virginia Romero Reignier439

CAPÍTULO 65

¿Cómo abordar las necesidades de los familiares de pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria? Resultados de un programa de intervención

María José Quiles Sebastián, Yolanda Quiles Marcos, y Brígida Pérez Pareja447

CAPÍTULO 66

Depresión y estado nutricional en adultos mayores de Zacatecas, México

Flor de María Sánchez Morales, Ana María Pesci Gaitán, Iván Noé Martínez Ponce y Jorge Eduardo Castañeda Bañuelos 453

ESTILOS EDUCATIVOS Y PROFESORADO

CAPÍTULO 67

Repercusiones cognitivas del consumo de alcohol entre los jóvenes universitarios: Un estudio exploratorio

Elena Bernabéu Brotons y Cristina de la Peña Álvarez 465

CAPÍTULO 68

Disfonías profesionales: el estado de la cuestión y perspectivas de futuro

Lluc Bosque Conde, Cecilia Gassull Bustamante, y Pere Godall i Castell 473

CAPÍTULO 69

El teatro como recurso educativo y terapéutico en la comunidad

Sara Fernández Aguayo y Francisco Xabier Aguiar Fernández 481

CAPÍTULO 70

Impacto del Engagement en el ejercicio docente de profesores universitarios de la ciudad de Santa Marta, Colombia

Fernando Robert Ferrel Ortegay Lucía Fernanda Ferrel Ballestas 487

CAPÍTULO 71

¿Puede la risoterapia ayudar a la autoestima?

María Ángeles García Matay Ana María De Caso Fuertes 493

CAPÍTULO 72

El vestuario y el color: Transmisores de características de personalidad

Patricia González Elices 499

CAPÍTULO 73

Intervención logopédica en el ámbito laboral

Marta Jordana Puig 507

CAPÍTULO 74

Desarrollo de la competencia trabajo en equipo a través del coaching entre pares

Luis Iván Mayor Silva 517

CAPÍTULO 75

Desarrollo de la competencia comunicación a través de un programa de Peer Feedforward

Luis Iván Mayor Silva 523

CAPÍTULO 76

Identificación del Talento Lingüístico en los niños Educación Básica de instituciones educativas del sur del Ecuador

Mercy Ontaneda y Marina Ramírez.....529

CAPÍTULO 77

La música y su contribución al bienestar individual y social: Una aproximación a partir del estudio de una muestra de revistas científicas

Amparo Porta Navarro.....537

CAPÍTULO 78

Monitorización e individualización del ejercicio grupal en fisioterapia del deporte

Gloria María Rico Clavellino.....543

CAPÍTULO 79

Señas de identidad del VEC: ¿Qué es? ¿Qué lo hace diferente?

Roberto Aguado Romo, Carmen Zabala Baños, y Aritz Anasagasti Undabarrena549

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

CAPÍTULO 80

Decúbito prono: colocación de brazos y cabeza en la posición del nadador

Carolina Castillo Portellano, Fátima González García, y Carmen Navarro Navarro.....557

CAPÍTULO 81

Posibles cambios que pueden aparecer durante el periodo gestacional relacionados con las infecciones periodontales

María Cristina Ibáñez Romero, Antonio García Rubio, y Ana Adamuz Jiménez.....563

CAPÍTULO 82

Los discursos institucionales del sector salud en torno al embarazo y maternidad adolescente de Morelia, Michoacán, México

Vanessa Jiménez Arroyo, Mayra Itzel Huerta Baltazar, Brenda Martínez Ávila, María De Jesús Ruiz Recendiz y María Lilia Alicia Alcantar Zavala.....569

CAPÍTULO 83

Abordaje de enfermería en el duelo gestacional recurrente en atención primaria

Carmen Navarro Navarro, Carolina Castillo Portellano, y Fátima González García.....577

CAPÍTULO 84

Pautas de prescripción de ejercicio físico en el embarazo

Gloria María Rico Clavellino.....581

Educación para la salud

CAPÍTULO 46

La aplicación de la TIR en un caso de miedo a las alturas

Manuela Martínez-Lorca*, Roberto Aguado Romo**, y Alberto Martínez Lorca***

**Universidad de Castilla la Mancha; **Centro de Evaluación y Psicoterapia;*

****Hospital Universitario Ramon y Cajal*

Introducción

La Real Academia de la Lengua Española (RAE) define la acrofobia como la fobia a las alturas. De hecho mirar en un abismo es un estímulo típico para inducir miedo a las alturas.

Según el diagnóstico del DSM 5, la acrofobia es una fobia específica caracterizada por la aparición de miedo o ansiedad intensa y persistente, prácticamente inmediata e invariable respecto a un objeto o situación específica, que se evitan o soportan a costa de intenso miedo-ansiedad. Así, según el estímulo fóbico, la acrofobia estaría en la categoría de fobia específica en un entorno natural caracterizada por un miedo extremo a las alturas (APA, 2013; Tortella-Feliu, 2014).

La acrofobia es una de las fobias más prevalentes, afectando a 1 de cada 20 individuos. Por supuesto, las alturas a menudo evocan miedo en la población general también, y esto sugiere que la acrofobia en realidad podría representar una hipersensibilidad con una manifestación de un miedo cotidiano, racional debido en algunos casos a alteraciones neurológicas como por ejemplo, migraña, enfermedad de Menière o la susceptibilidad al mareo por movimiento (Kapfhammer, Huppert, Grill, Fitz, y Brandt, 2015) que conllevaría una intolerancia visual a la altura.

El comportamiento acrofóbico implica la evitación de diversas circunstancias relacionadas con la altura, incluyendo escaleras, terrazas, apartamentos y oficinas ubicadas en edificios altos, y a veces puentes y ascensores. Debido a la evitación crónica de una amplia gama de situaciones y estímulos que forman parte de la vida cotidiana, este trastorno lleva un aumento en el impacto social (Depla, ten Have, Van Balkom, y de Graaf, 2008; Kapfhammer et al., 2015).

La Terapia de Interacción Recíproca ® (Aguado, 2014; 2012; 20091; 20092; 2005; 2002) es una psicoterapia de tercera generación de tiempo limitado, integradora y ecléctica (fundamentada en las terapias psicoanalíticas, cognitivas, estratégicas, sistémicas e interpersonales) que también tiene sus propios fundamentos teóricos y de práctica clínica y que induce de forma habitual estados hipnóticos en el paciente, y produce un vínculo singular que culmina con la admiración mutua entre terapeuta-paciente.

Su objetivo es llegar a los conflictos básicos. En los conflictos básicos, el sujeto tiene insertadas una serie de carencias en sus necesidades esenciales, así como un número de esquemas emocionales distorsionados (complejo emoción-motivación-cognición) que impiden una homeostasis tanto psíquica como física, y que se expresan por medio de 8 posibles canales de expresión del conflicto básico: motivacional, orgánico, psicosomático, psicógeno, emocional, cognitivo, relaciones interpersonales y conductual.

En la Terapia de Interacción Recíproca se realiza un cuidadoso estudio de la comunicación multinivel entre el terapeuta y el paciente, distinguiendo entre el motivo de consulta o problema concreto y el conflicto básico. A la vez, y como elemento esencial de esta terapia, la relación vincular terapeuta-paciente permite que el paciente pueda primero imaginar y después, si es menester, realizar sus deseos esenciales no realizados y que dieron lugar al conflicto.

Los deseos esenciales o básicos son necesarios para la supervivencia tanto física como psicológica. En el ámbito 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 en el ámbito psicológico que, si no se realizan, producen, al igual que las carencias químicas, un estado de desequilibrio en el sistema de supervivencia.

En la Terapia de Interacción Recíproca, el terapeuta se convierte en persona referencial básica y, en esta interacción del terapeuta con el problema concreto, el paciente recibe la confianza básica, de tal forma que puede imaginar la realización de sus deseos y puede cambiar sus esquemas emocionales distorsionados por otros más adaptados. Con este cambio, se produce una homeostasis en el deseo de supervivencia o conservación por lo que el conflicto no tiene que expresarse y, por lo tanto, el sufrimiento desaparece o, al menos, no impide que el sujeto sienta y viva con satisfacción.

Así, mediante la hipnosis y con una media de 12-16 sesiones, se va a la raíz del conflicto intrapsíquico insertando nuevas memorias que permiten al sujeto enfrentarse a los avatares que le esperan, sin necesidad de consultar nuevamente al psicoterapeuta. Es como si, a partir de este cambio, el paciente se llevara dentro al terapeuta y, por lo tanto, no tiene por qué volver a establecer una relación física con éste ya que lo ha interiorizado (Aguado, 2009; Martínez-Lorca, Zabala-Baños, Aguado, López, y Martínez-Lorca, 2016).

Por ello, el objetivo del presente trabajo es explicar el abordaje terapéutico llevado a cabo en una paciente que presenta miedo a las alturas

Método

Descripción del caso

En cuanto a la anamnesis, decir que nos encontramos con un varón de 42 años, separado, con 2 hijos varones de 15 y 13 años, respectivamente. Viven con la madre la cual incumple el régimen de visitas por lo que muchas veces no ve a sus hijos. La relación con ellos es mala sobre todo con el hijo mayor que no quiere ver a su padre. Igualmente, la relación con su exmujer es muy complicada, distante y sin apenas comunicación.

El motivo de consulta explicitado de manera literal es el siguiente: “lo estoy pasando muy mal creo que estoy entrando en depresión. Tengo pánico a las alturas. A caer y al dolor. A bajar porque miro para abajo. Me quedo bloqueado”

En el momento actual, se encuentra en el paro, aunque su profesión es la de conductor de autobús de ruta escolar, a veces también ha trabajado como conductor de camión, etc., si bien ha desempeñado distintos trabajos relacionados con la conducción e incluso con el reparto de cartas, propaganda, etc.

Vive con su madre que es viuda desde hace 10 años. El paciente tiene 7 hermanos (3 hermanas, 1 hermano, él, un hermano y una hermana) con bastantes problemas con ellos, no hablándose con una hermana. La relación es muy buena con el hermano mayor al que considera un referente.

Llama para pedir consulta porque hace unos días se subió a una banqueta o silla a cambiar una bombilla y no pudo subirse a ella.

Procedimiento

A continuación, se describe el protocolo de Terapia de Interacción Recíproca en sus diferentes fases:

Resultados

Fase de evaluación

La duración de esta fase fue de 3 sesiones.

El objetivo principal de esta fase es establecer el vínculo terapéutico, para ello:

Se le da espacio y tiempo para que se sienta cómodo, estableciendo una sensación inicial de entendimiento. Se le ayuda a expresar su estado mental, entendiendo las señales motrices, conductuales, verbales y emocionales y descifrando cuál es su sistema principal de representación de la experiencia. Saber que la paciente es preferentemente visual y cenestésico nos será útil para obtener información inconsciente a través de otros sistemas de representación que no sean el habitual.

Observar los síntomas y el sufrimiento que generan principalmente dificultad con las alturas, así como los problemas de relación con el micro y el meso contexto. Es fundamental transmitir a la paciente que tiene libertad para comunicar sus emociones, sufrimiento y afectos carenciados ya que no somos jueces que le vayamos a juzgar.

Ver el nivel de introspección, de manera que nos damos cuenta de que entiende que los síntomas son parte de su problema y no parte normal de sí mismo. De esta manera estamos rescatando las partes sanas del paciente.

Para que el vínculo sea eficaz se necesita, por último, que el paciente se identifique con el terapeuta desde la autoridad.

A lo largo de esta fase o etapa también podemos concretar algunos elementos importantes que nos ayudarán a reestablecer el bienestar psicoemocional del paciente y que nos servirán en el resto de la terapia. Así por ejemplo, en el autodiálogo del paciente encontramos los siguientes: “me siento cobarde en muchísimas ocasiones”; “no le eche narices”; “soy muy vulnerable con la gente”; “yo he querido ser como mi padre y no le he llegado a la altura de los zapatos”; “cuando hago algo mal necesito que me digan la verdad, que me rectifiquen”; “todo me sale mal”; “tengo iniciativa pero luego sale mal”.

En cuanto al autoconcepto que tiene se resume en: “necesito a alguien que me apoye”; “cuando me empujan confío en la gente”; “no soy capaz”; “tiene que haber alguien que me diga tienes que hacer esto”; “yo no tengo metas, no llego a ver la meta porque están muy lejos, muy altas”; “soy muy ambicioso con el trabajo”; “soy muy bruto hablando”; “algo de mí está fallando”. De manera que observamos que tiene un esquema emocional negativo de miedo y rabia.

Se siente anclado al pasado, no se siente capaz de afrontar su momento presente y no ve futuro. De hecho, tiene un titular o esquema emocional muy marcado por parte de su padre que ha sido su persona referencial básica (PRB) “primero trabaja, luego planifica tú vida y luego disfruta”; “planifica y luego disfrutas”. Aunque su padre falleció y éste fue una PRB, el paciente dice que “no ha tenido padre porque siempre estaba ocupado trabajando”. Otras PRB son el hermano mayor y un primo mayor los cuales están siempre ahí y de los que siente envidia.

La relación con la madre es tensa a la que llama la “madre alfa” a la que hay que respetarla, si bien dice que la hermana con la que no se habla abusa de ella y la trata mal al gritarla.

A lo largo de la evaluación observamos que, en su adolescencia, tuvo hepatitis, apendicitis que le tuvo un tiempo sin asistir al instituto e ingresado. Ya en su adultez se cayó y se rompió la espalda (año 2000) momento en el que comienzan sus problemas de pareja y un pie derecho (año 2010). Durante la terapia en un control rutinario encuentran que los niveles de las plaquetas están muy bajos.

De los ocho canales de expresión posibles, el conflicto es expresado a nivel:

Psicológico: ansiedad, angustia, bloqueo

Ideación cognitiva: “ridículo”, “se ríen de mí”, “sentirme cobarde”

Emocional: miedo

Conductual: conducir durante largas horas por la carretera, irme de Talavera, irme lejos a otro lugar

Relaciones interpersonales: no se habla con familiares, hijos, exmujer.

Orgánico: dolor, tensión

Motivacional: estancamiento

Psicosomático: pie, espalda, bajada de las plaquetas

Por último, observamos que el paciente presenta una buena capacidad de entrar en estado hipnótico, si bien al principio muestra algo de miedo a no sentir su cuerpo y a perder el contacto.

Fase de admiración recíproca

La duración de esta fase se ha llevado a cabo en nueve sesiones y se ha basado en los siguientes objetivos:

Cambiar su autodiálogo y esquemas emocionales irracionales y que le generaban sufrimiento.

Trabajar cognitiva y emocionalmente el miedo, la confianza, el dolor, y la caída.

Trabajar las habilidades para crecer emocionalmente y que viva como un hombre de 42 años que puede ser autónomo, que puede empezar a buscar trabajo y tener unas relaciones interpersonales más sanas y satisfactorias con su hermana, sus hijos y su exmujer.

Imaginar que puede realizar su deseo de sentirse aceptado, querido y valorado.

Fase de encuentro y marca

El objetivo de esta fase de encuentro y marca desde la TIR es encontrar el conflicto básico y localizar los deseos carenciales a los que el paciente está fijado, así como la amalgama de esquemas emocionales que los engloban por ello se utiliza el cuestionario en hipnosis de sucesos vitales (C.H.S.V.). La técnica utilizada favorece que sea el paciente quien “elija” los acontecimientos vitales por orden de importancia para él.

De los acontecimientos y relaciones “elegidos” por el paciente se puede extraer que los deseos exógenos a los que se encuentra fijado nuestro paciente son:

Deseos de apego: el deseo de admiración incondicional, de identificación como ser único y de valoración. En general, existen carencias en la necesidad de ser alguien entre sus hermanos, la necesidad de sentirse admirado incondicionalmente, el deseo de valoración por ser quien es él y la identificación como ser único.

Deseo de contención: el deseo de pertenecer una familia y de tener un lugar de convivencia. Donde él pueda tener una relación armoniosa y sana con su familia de origen, con sus hijos y su exmujer, entre otras relaciones interpersonales.

De delimitación: el deseo de tener una 2ª oportunidad y de seguir a la autoridad desde el cariño. Es decir, existen carencias en la necesidad de equivocarse, ensayo-error, errar, fallar, aprender y en seguir a los referentes, jefes, otros no desde el miedo sino desde la admiración.

Con respecto a los deseos endógenos, existen carencias en el deseo de incorporación (OTRO, la valía, la capacidad, el caer, el fracasar, el disfrute, el fallo) y eliminación (TÚ, lo que ya no le vale, le sobre, no necesita de todos sus esquemas emocionales, autoconcepto y autodiálogo).

Por lo que respecta a los deseos secundarios hallamos que el paciente está fijado al bienestar del referente, ya que si los demás están bien estos podrán darme lo que necesito que en este caso es la aprobación y la valoración.

En cuanto al conflicto básico, no se ha sentido admirado ni valorado por la figura paterna ni materna. El TÚ está compuesto por ambos padres no existiendo, por tanto, el OTRO. El deseo de supervivencia queda fijado la necesidad de estar al lado del TÚ. No ha sabido incorporar los fracasos, la frustración, el rechazo, el caer, el fallo, etc.

Por lo que respecta a los esquemas emocionales negativos, uno de ellos es el MIEDO. Cree que no es capaz de ser el mismo, de estar en seguridad, de sentirse realizado, se siente inferior, de tener la oportunidad, de fallar y de ser un inútil.

En hipnosis colocamos a la paciente en la memoria de “estar allí” en los distintos momentos que ha sentido miedo a las alturas o miedo a caerse. Encontramos y marcamos estas situaciones según las va relatando y sintiendo el paciente desde la más cercana al motivo de consulta hasta la primera vez que tuvo o sucedió ese miedo.

Es el paciente, quien se va dando cuenta que en todas las escenas o secuencias hay un hilo conductor o un denominador común a todas ellas. Es como si en todas las situaciones en las que el paciente ha tenido miedo a las alturas pasasen las mismas cosas, o hubiese las mismas personas, o le dijese las mismas cosas, etc.

Fase de desencuadre y desplazamiento

El objetivo de esta fase de desencuadre y desplazamiento desde la TIR es cambiar la posición del paciente con respecto a los acontecimientos que han sido marcados en la fase anterior mediante el C.H.S.V. Se le coloca como mero observador de la escena desde la última que nos ha contado hasta la primera que nos contó en la fase de encuentro y maraca, lo que le permite ver los acontecimientos desde otra perspectiva.

Toma conciencia del miedo a no defraudar a quien le ayuda y por eso complace a los demás. También toma conciencia que lleva trabajando desde los 16 años para con el trabajo ser admirado y valorado, sobre todo por su padre (PRB). El miedo no es a las alturas sino a caerse, a no valer, a no ser nadie de provecho, a ser un inútil, a ser un dependiente, a quedarse sin trabajo, a no poder levantarse, avanzar, al fallo. Se da cuenta e incorpora finalmente la valía “yo valgo pero nadie me animó, nadie me lo dijo”; “antes esperaba que alguien me diera la mano”; “deje de estudiar porque nadie vio nada en mí pero ahora ya lo sé y demuestro todo lo que valgo”.

De hecho, un hecho muy importante y significativo es que en una de las sesiones (concretamente en la 8ª sesión) nos cuenta que ha ido a dos puentes que hay en su localidad y los ha pasado aunque en ambas situaciones no ha mirado hacia abajo.

Fase de reencuadre y resolución

El objetivo en esta fase es que la paciente sea capaz de realizar el deseo al que está fijado y cambiar así su autoconcepto al cambiar sus esquemas emocionales negativos.

Es en el cambio de la percepción que tenía de su realidad donde encontramos el cambio terapéutico que le va a permitir continuar involucrándose con sus necesidades al haber conseguido romper el ancla que le tenía anclado y que le llevaba a comportarse acorde al esquema emocional de una persona que hacía las cosas para los demás, para tener su aprobación, sobre todo de su padre y luego de su mujer y jefes.

Así, la realización de los deseos frente a la PRB secundaria (terapeuta) libera al paciente del conflicto y el darse cuenta de cuál era la relación real que mantenía con sus distintos momentos vitales le permitió tomar conciencia de su capacidad de incorporar elementos sociales al igual que psicológicos y biológicos.

Fase de momento terapéutico de inflexión

La duración de esta fase fue de tres sesiones.

En este momento el paciente tiene suficientes habilidades, recursos y estrategias intrapersonales para afrontar situaciones vitales sin necesidad de sentir miedo a caer o a no ser lo suficientemente válido y alto para conseguir sus metas.

Así, en esta fase el paciente recibe una oferta de trabajo para trabajar de conductor de autobuses de viajeros de línea regular en una empresa de transporte muy importante y conocida durante un contrato temporal de 9 meses. Esto le lleva a mudarse a otra localidad y a independizarse al tener que buscar una vivienda.

Sin embargo, en un principio hubo una respuesta emocional de miedo y de rechazo a dicha oferta laboral, ya que el paciente sintió otra vez el miedo a las alturas. Si bien, finalmente, accedió a ella al darse cuenta de lo que estaba provocando esta emoción, reconocerla rápidamente y poder encuadrarla desde una postura más autónoma y de seguridad.

Fase de contemplación

Realmente en esta fase el terapeuta contempla al paciente y le da tiempo para que pueda separarse definitivamente sin temor, de manera que consiste realmente en dar el alta al paciente con la total seguridad de que se ha logrado el objetivo terapéutico (en 15 sesiones) que era la solución de su conflicto básico, vivir desde la seguridad y no el sufrimiento y la satisfacción de los deseos básicos carenciados.

Discusión/Conclusiones

Tal y como ya se ha comentado, la Terapia de Interacción Recíproca® (Aguado, 2005; 2009) es una psicoterapia de tiempo limitado, integradora y que induce de forma habitual estados hipnóticos en el paciente, y produce un vínculo singular que culmina con la admiración mutua entre terapeuta-paciente.

La hipnosis es la técnica central en la intervención de los principales trastornos psicológicos de los pacientes a lo largo del proceso terapéutico que se usa en la TIR. La hipnosis y por tanto cuando el paciente esta hipnotizado nos permite trabajar con el sistema límbico y las estructuras subcorticales (por ejemplo, tálamo, hipotálamo, locus coeruleus, amígdalas, hipocampo, putamen, etc.) del mismo. El sistema límbico es un elemento básico filogenético en la supervivencia del ser humano y en el manejo del universo emocional. Es una estructura básica integradora necesaria a lo largo de la evolución filogenética y ontogenética la cual no debemos olvidar en pro del desarrollo cortical del lóbulo frontal orbital y por tanto del pensamiento y de la razón. Por eso desde la TIR se usa la hipnosis como técnica fundamental al permitir llegar a las estructuras subcorticales y emocionales del paciente.

Así, podemos decir que en un tiempo limitado con un total de 15 sesiones (para el caso que se presenta) si bien en algunos casos se necesitan algunas más, a través del protocolo TIR podemos conseguir que los pacientes, y en este caso concreto el paciente pase sus vivencias a experiencias y pueda tener un desarrollo personal que les proporcione nuevos aprendizajes vitales que conlleve a un estado de satisfacción global del paciente. Como en este caso presentado aquí se ha podido poner de manifiesto. Así, el paciente inserta mediante hipnosis nuevas memorias que le permiten enfrentarse a los avatares que le esperan, sin necesidad de consultar nuevamente al psicoterapeuta. Es como si, a partir de este cambio, el paciente se llevara dentro al terapeuta y, por lo tanto, no tiene por qué volver a establecer una relación física con éste ya que lo ha interiorizado (Aguado, 2009; Martínez-Lorca, Zabala-Baños, Aguado, López y Martínez-Lorca, 2016).

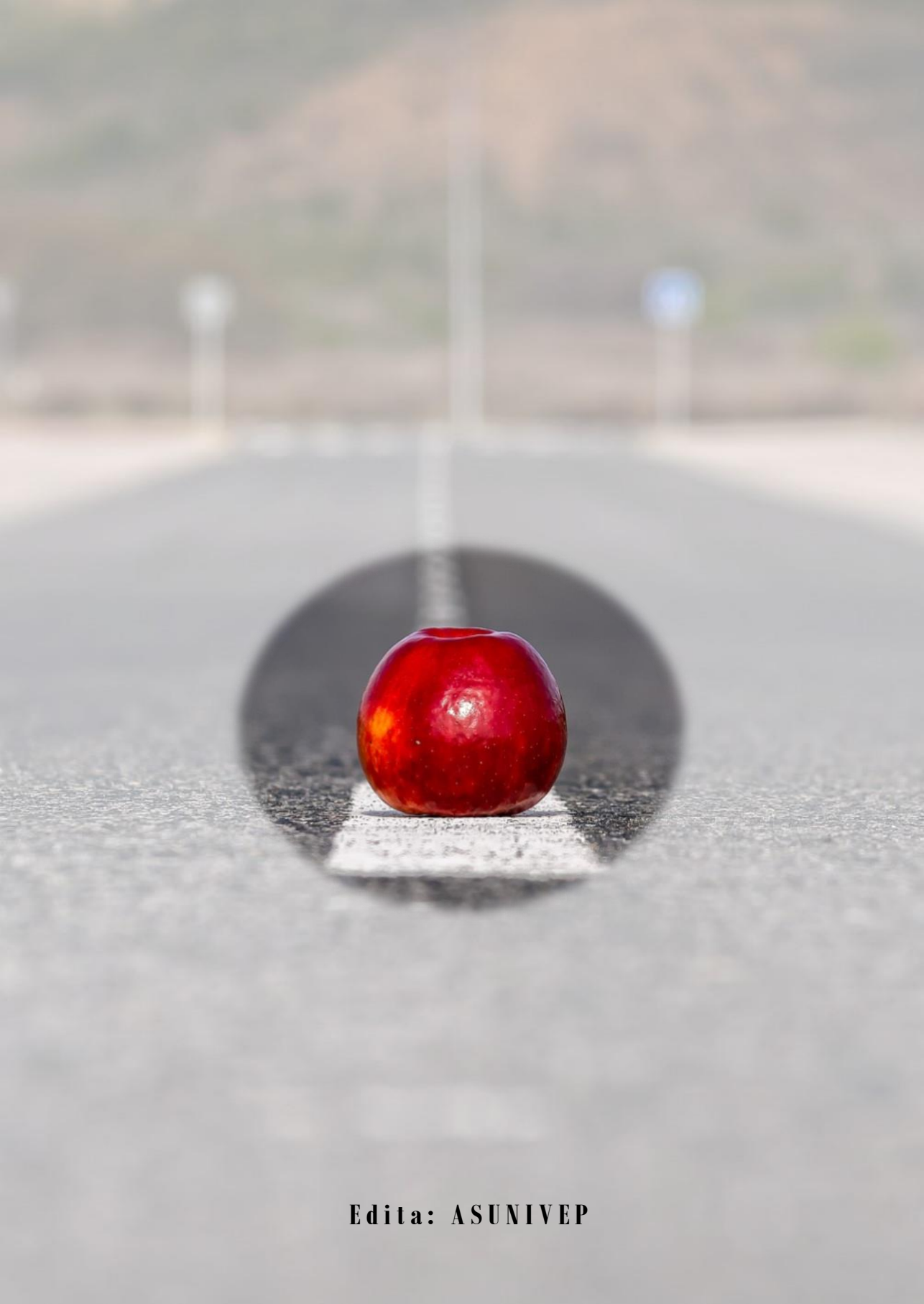
Por tanto, vemos como la acrofobia o fobia específica a las alturas (Depla et al., 2008; Kapfhammer, et al., 2015; Tortella-Feliu, 2014) que se ha presentado aquí, tenía un componente simbólico y/o emocional al darnos cuenta de que, no es la altura a lo que nuestro paciente tenía miedo sino lo que para él significaba tener altura, ser alguien, conseguir sus objetivos o deseos, fallar y por tanto caerse, etc. Una vez que el paciente descubre todo el entramado que hay debajo de su motivo de consulta es como si todas las piezas de su puzzle vital se colocarán de forma más armoniosa y saludable desde una perspectiva biopsicosocial.

Para terminar, decir que la principal limitación del presente trabajo es que no se puede generalizar por tratarse de un caso único y la poca existencia de publicaciones parecidas a la presente donde se haya utilizado la TIR. En el futuro, sería muy deseable seguir investigando y publicando distintos casos de pacientes que son intervenidos mediante la Terapia de Interacción Recíproca para poner en valor este modelo dado su eficacia y efectividad.

Referencias

- Aguado, R. (2002). *Terapia de interacción recíproca: Hipnosis clínica en psicoterapia*. Madrid: Editor.
- Aguado, R. (2005). *Manual práctico de terapia de interacción recíproca. Hipnosis clínica en psicoterapia*. Madrid: Editorial Síntesis
- Aguado, R. (2009). *S.O.S. Tengo miedo a tener miedo: Crisis de pánico, fobofobia y agorafobia del siglo XXI*. Madrid: Pirámide.

- Aguado, R. (20092). *El vínculo como activador de las redes neuronales*. XXIV Reunión Nacional de la Asociación Española de Psicodrama. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Aguado, R. (2012). Cuando las palabras son espejos del alma. *Terapia de Interacción Reciproca. Clínica Contemporánea*, 3(1), 77-88. doi: 10.5093/cc2012a5.
- Aguado, R. (2014). *Es emocionante saber emocionarse*. Madrid: EOS.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fifth edition. Washington DC: Author.
- Depla, M., ten Have, M.L., van Balkom, A., y de Graaf, R. (2008). Specific fears and phobias in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatr Epidemiology*, 43(3), 200–208. doi: 10.1007/s00127-007-0291-z
- Kapfhammer, H.P., Huppert, D., Grill, E., Fitz, W., y Brandt, T. (2015). Visual height intolerance and acrophobia: clinical characteristics and comorbidity patterns. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 265(5), 375-385. doi: 10.1007/s00406-014-0548-y
- Martínez-Lorca, M., Zabala-Baños, M.C., Aguado, R., López, J.M., y Martínez-Lorca, A. (2016). 3ª geração Terapia: Mutual Terapia Interação. In *Actas do 3º Congresso da Ordem dos Psicólogos Portugueses, Porto, 29 Setembro 2016 a 1 de Outubro 2016* (pp. 1079-1087). Lisboa: Ordem dos Psicólogos Portugueses. ISBN: 978-989-99037-7-7.
- Tortella-Feliu, M. (2014). Los trastornos de ansiedad en el DSM-5. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace Revista Iberoamericana de Psicosomática*, 110, 62-69.



Edita: ASUNIVEP