

UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TESINA DE LICENCIATURA

“EMDR (Desensibilización y Reprocesamiento por medio del Movimiento Ocular Rápido) como Método Psicoterapéutico de vanguardia en el tratamiento de la Obesidad. Su aplicación a un caso clínico”

Tesista: OLMEDO, MARIANA

Director: LIC. ARTURO PIRACÉS

Mendoza, Noviembre de 2010

HOJA DE EVALUACIÓN

TRIBUNAL:

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesor invitado: Lic. Arturo Piracés

RESUMEN

Tomando a la Obesidad como una enfermedad crónica con componentes psicotraumáticos, se hace importante el tratamiento psicológico interdisciplinario, que acompañe a un correcto tratamiento nutricional.

Es por esto que se lleva a cabo el estudio y análisis del Método Psicoterapéutico EMDR (Desensibilización y Reprogramación por medio del Movimiento Ocular Rápido), como un método de vanguardia en el tratamiento de la Obesidad. Para ello se realizó un profundo rastreo bibliográfico, que permitió acceder al conocimiento de dicho método.

Se realizó un estudio descriptivo, no experimental, transversal ya que se observó y analizó en consultorio, a una paciente que padece obesidad mórbida, aplicando, dentro de su terapia, el Método EMDR.

Se aplicaron técnicas propias del Método EMDR, así también como la FECI R (Ficha de evaluación clínica Integrativa, versión revisada del Dr. Roberto Opazo Castro –Chile– creador del Modelo Integrativo Supraparadigmático), el MCMI III (Inventario Multiaxial Clínico de Millon).

Los resultados apuntan a considerar al Método EMDR como una técnica válida para el tratamiento de la Obesidad, aunque se deja abierta a futuras investigaciones la tarea de ahondar en este método.

Palabras clave:

- EMDR
- Obesidad
- Tratamiento

ABSTRACT

Taking obesity like a cronical disease with psycotraumatic components, it is very important to have a psychological interdisciplinary treatment, accompaining nutricional treatment.

This is why it have been carried out the study and analisis of EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) as a leading method on the treatment of obesity. For these study, we have done a deep crawl study wich allowed access to the knowledge of the method.

A descriptive, non-experimental, transversal type study, it was observed and analized in office a morbidly obeses patient, applying EMDR in her theraphy.

We applied techniques of EMDR, as well as the FECI-R (Integrative clinical assessment form, revised version of Dr. Roberto Opazo Castro, Chile, creator of The Supraparadigmatic Integrative Model), the MCMI III (Millon Clinical Multiaxial Inventory).

The results point to consider the EMDR method as a valid technique for the treatment of obesity, but is left open to future

Key words:

- EMDR
- Obesity
- Treatment

DEDICATORIA

- Dedicado a mi madre, Marta Alicia Rosales, ya que sin su apoyo incondicional, este sueño de dedicarme a lo que me gusta, no hubiera sido posible.

AGRADECIMIENTOS

- A mis hermanos, Cecilia y Federico, por apoyarme incondicionalmente en cada paso que doy, sin importar si es correcto o no lo que hago.
- Al Lic. Walter Motilla, por ayudarme a pensar, a crecer, por alentarme y acompañarme en cada paso de la realización de la tesina.
- A Lic. Arturo Piraces, por su guía y su interés en la temática realizada en el trabajo.
- A mis amigos y amigas, porque sin ellos no sería la persona que soy hoy.
- A Jesi y Leo, porque además de ser mis cuñados, son mis amigos.

INDICE

Portada	1
Título	2
Hoja de Evaluación	3
Resumen	4
Abstract	5
Agradecimientos	6
Indice	7
INTRODUCCIÓN	11
PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO	
<u>CAPÍTULO 1: “EMDR (DESENSIBILIZACION Y REPROGRAMACION POR MEDIO DEL MOVIMIENTO OCULAR RAPIDO)”</u>	14
I.1. Descubrimiento de EMDR	15
I.2. Lineamientos generales	17
I.3. Movimientos oculares y EMDR	19
I.4. Bases de EMDR	20
I.5. Componentes básicos de EMDR	23
I.5.1. La imagen	23
I.5.2. La cognición negativa	24
I.5.3. La cognición positiva	28

I.5.4. Las emociones y su nivel de perturbación	32
I.5.5. Las sensaciones físicas	33
I.6. Activación del sistema de procesamiento de la información	33
I.6.1 Movimientos oculares	33
I.6.2. Formas alternativas de estimulación	36
I.7. Fases de EMDR	37
I.7.1. FASE 1 : Historia Clínica	37
I.7.1.1. Planificación del tratamiento	44
I.7.2. FASE 2: Preparación	46
I.7.2.1. Formación de alianza Terapeuta- Paciente	47
I.7.2.2. Explicación de la teoría EMDR	48
I.7.2.3. Ejercicio del Lugar Seguro	49
I.7.2.4. Expectativas	51
I.7.2.5. Temores del paciente	52
I.7.3. FASE 3: Evaluación	52
I.7.3.1. Selección de la imagen	53
I.7.3.2. Identificación de una Cognición Negativa	54
I.7.3.3. Desarrollo de una Cognición Positiva	55
I.7.3.4. Valoración de la validez de la cognición	56
I.7.3.5. Nombrar la emoción	57
I.7.3.6. Unidades Subjetivas de Perturbación	57
I.7.3.7. Identificación de las Sensaciones Corporales	58
I.7.4. FASE 4: Desensibilización	59
I.7.5. FASE 5: Instalación	61
I.7.6. FASE 6: Chequeo Corporal	62
I.7.7. FASE 7: Cierre	63
I.7.8. FASE 8: Reevaluación	64
CAPITULO II: “OBESIDAD”	66
II.1. Definición de la Obesidad	
II.2. Criterios antropométricos para la evaluación de trastornos del comportamiento alimentario	68

II.3. Etiología de la obesidad	69
II.3.1. Factores genéticos	69
II.3.2. Factores hormonales	70
II.3.3. Factores psíquicos	70
II.3.4. Aspectos comportamentales	72
II.4. Consecuencias psicosociales de la obesidad	73
II.5. Abordajes cognoscitivos- comportamentales	74
II.6. Modelo de prevención de Recaídas de Marlatt y Gordon	74
II.7. Tratamiento de la obesidad	77

SEGUNDA PARTE. INVESTIGACION DE CAMPO

CAPITULO III: “MARCO METODOLOGICO”	82
III.1. Objetivos y preguntas de investigación	83
III.2. Tipo de investigación	84
III.3. Diseño de la investigación	84
III.4. Muestra y procedimiento metodológico	85
CAPITULO IV: “PARTE PRACTICA”	86
IV.1. Planilla de trabajo de supervisión	87
IV.2. Hoja de evaluación clínica	89
IV.2.1. Primera parte	89
IV.1.1. Fase 1: Historia clínica	89
IV.2.2. Segunda parte	95
IV.2.2.1. Fase 2. Preparación	97
IV.2.2.2. Fase 3. Evaluación	100
IV.2.2.3. Fase 4. Desensibilización	100
IV.2.2.4. Fase 5. Instalación	101
IV.2.2.5. Fase 6. Chequeo corporal	101
IV.2.2.6. Fase 7. Cierre	101
IV.2.2.7. Fase 8. Re-evaluación	102
IV.2.3. Tercera parte	102

CAPITULO V: “ANALISIS DE RESULTADOS”	107
CONCLUSIONES	110
PROPUESTAS	113
BIBLIOGRAFIA	115
ANEXOS	119

INTRODUCCIÓN

En los últimos tiempos, la obesidad ha sufrido un importante incremento epidémico. En general, los tratamientos psicológicos que acompañan a los tratamientos nutricionales de la obesidad, son convencionales en su mayoría, por lo que se hace necesario encontrar nuevas herramientas para su abordaje y tratamiento interdisciplinario.

EMDR (Desensibilización y Reprogramación por medio del Movimiento Ocular rápido) es un método psicoterapéutico de vanguardia, del cual se ha venido hablando mucho en los últimos años, tanto en el país como en el mundo. Se trabaja desde lo psicotraumático, para de esta manera, llegar a lo que está escondido dentro de la persona, que es lo que genera malestar.

Nos basamos en que los recuerdos perturbadores pueden almacenarse en una forma incorrecta de memoria, por lo que EMDR puede sacar a la luz estos recuerdos, ayudar a reprocesar esta información y generar modelos mentales más adaptativos y así, lograr una mejoría en los pacientes.

Considerando a la obesidad como un trastorno con importantes componentes psicosomáticos, es posible que un abordaje EMDR permita elaborar los factores psicotraumáticos que se esconden detrás de esta patología.

Con respecto a las investigaciones realizadas sobre el tema, podemos decir, que EMDR es un método nuevo, por lo que no se ha realizado una gran cantidad de

investigaciones con respecto a su funcionamiento, lo que sí podemos decir, es que Francine Shapiro descubrió, en el año 1987, los efectos de los movimientos oculares espontáneos, y a partir de aquí, comenzaron a desarrollarse procedimientos alrededor de este descubrimiento.

En el año 1989 se realizaron los primeros estudios controlados de terapia de exposición prolongada, psicoterapia psicodinámica e hipnosis para el tratamiento de TEPT (Trastorno por Estrés Postraumático). Y en el año 1990, EMD (Desensibilización por medio del movimiento ocular rápido) se transforma en EMDR y se descubren otras formas de estimulación bilateral, como por ejemplo, los toques en las manos o los chasquidos en los oídos.

Los objetivos planteados en este trabajo se refieren en su mayoría al conocimiento y análisis de EMDR, por lo que se divide al mismo en dos partes: en la primera se describe el método psicoterapéutico EMDR en toda su amplitud, se explica lo que es la obesidad y su tratamiento y en la segunda se aplican estos conocimientos a un caso clínico, una persona que padece obesidad mórbida.

Se invita al lector a recorrer estas páginas, las cuales han sido escritas en un lenguaje simple y sencillo, para su correcta comprensión.

PRIMERA PARTE

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

EMDR (Desensibilización y Reprocesamiento por medio del Movimiento Ocular Rápido)

I.1. Descubrimiento de EMDR



Francine Shapiro, Ph.D., es la creadora de EMDR, Desensibilización y Reprocesamiento por medio del Movimiento Ocular Rápido. La Dra. Shapiro es Investigador Senior en el Instituto de Investigación Mental en Palo Alto, California. Ella ha entrenado a más de 30.000 clínicos a nivel internacional. EMDR se ha usado para tratar a miles de sobrevivientes de trauma en el mundo, incluyendo individuos que han sobrevivido a violaciones, abusos sexuales, combates en Vietnam y catástrofes naturales.

En el año 1979, Francine Shapiro fue diagnosticada de cáncer, luego de someterse a cirugías y a rayos, los médicos dijeron que el cáncer parecía haber desaparecido, pero que no sabían si podría aparecer otra vez. Desde ese momento Shapiro comenzó a investigar sobre esta enfermedad y descubrió que se estaba empezando a hablar del estrés como un factor contribuyente a la enfermedad y especialmente al cáncer. Por lo que se dedicó a buscar toda la información posible sobre la interacción entre cuerpo y mente y a darla a conocer al público.

En un primer momento, Shapiro se dedicó a buscar, en cualquier disciplina, algo que ayudara a la gente a curarse de una enfermedad grave (esto incluía modos de usar el cuerpo y la mente para enfrentar el estrés sin dañar la salud).

En 1987, Shapiro se encontraba paseando alrededor de un pequeño lago, cuando algo extraño sucedió. Ella había estado pensando en algo perturbador, pero ese pensamiento persistente había desaparecido sin que se diera cuenta. Cuando volvió a traerlo a su mente, descubrió que su carga negativa se había desvanecido. Continuó caminando y notó que cuando algún pensamiento perturbador asomaba a su mente, sus ojos comenzaban a moverse espontáneamente de un lado al otro, haciendo movimientos repetitivos y rápidos, en diagonal, desde abajo a la izquierda hasta arriba a la derecha. Al mismo tiempo, notó que sus pensamientos inquietantes se habían desplazado de la conciencia y que cuando volvía a evocarlos, ya no molestaban tanto. Desde ese momento comenzó a realizar los movimientos oculares, al pensar en algo perturbador, de manera intencional y obtuvo los mismos resultados. En los días posteriores comenzó a pedir a sus amigos, conocidos y estudiantes que probaran este método, aunque no necesitaran psicoterapia, podían experimentar algún pensamiento inquietante.

El proceso funcionaba, aunque parecía difícil mover los ojos en forma consistente, por lo que Shapiro empezó a extender su dedo índice hacia arriba en un gesto casual y les pedía a las personas que siguieran su movimiento diagonal, mientras pensaban en lo que les producía ansiedad. Se pensó, en un principio, como una forma de desensibilización, entendiendo a ésta como una técnica usada en la terapia conductual para reducir la ansiedad sobre algo específico. Aunque esto funcionaba, la mayoría de las personas no se libraba por completo de la ansiedad. Los movimientos oculares no eran suficientes, por lo que comenzó a pedir a las personas que movieran sus ojos

horizontalmente. Así descubrió que debía elaborar un procedimiento acerca del efecto de los movimientos oculares para resolver la ansiedad en forma consistente.

Con el tiempo, el método llegó a incluir elementos de las principales escuelas de psicoterapia: psicodinámica, conductual, cognitiva, sistémica y orientada al cuerpo. El procedimiento se realizaba de la siguiente manera: se le pedía al paciente que identificara algo inquietante para él, como por ejemplo una pelea con otra persona. Luego se le pedía que se concentrara en la pelea, en su parte más desagradable, y luego el terapeuta levantaba los dedos a 30 centímetros de la cara del paciente y movía la mano rítmicamente de un lado a otro de su campo visual. Esto continuaba sin parar durante más o menos un minuto (Shapiro lo llama una “serie”), luego se hablaba de lo que ocurría. Si la ansiedad por la pelea no había disminuido, se le pedía al paciente que se concentrara en otro aspecto de la misma y se realizaba otra serie. Cuando esto funcionaba, el resultado era un cambio rápido de serie en serie. El procedimiento parecía funcionar, ya que las personas comunicaban que sus imágenes mentales perturbadoras y la ansiedad que las acompañaba habían desaparecido por completo.

I.2. Lineamientos Generales

La mayoría de la gente piensa que el trauma consiste en grandes acontecimientos que aparecen en los diarios, catástrofes naturales o producidas por la mano del hombre. Pero, por definición, el trauma es cualquier hecho que ha tenido un efecto negativo duradero en el tiempo. Esto incluye pérdidas de cualquier tipo, ya sea de trabajo, de un ser querido, de posesiones. Cada día que pasa encontramos a más gente afectada por traumas. Francine Shapiro distingue entre Trauma con “T” y trauma con “t”. Trauma con “t” son esas experiencias que nos hacen sentir inseguros, no queridos, sin control ni

esperanza, son hechos más frecuentes y pueden ser humillaciones, fracasos y pérdidas de cualquier tipo. Trauma con “T” son aquellas experiencias que son necesarias para el diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático (desastres naturales, guerras, accidentes, enfermedades, pérdida de un ser querido). Son hechos tan estresantes que pueden interferir con nuestra capacidad para enfrentarlos. Los síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático pueden derivar en dos tipos de comportamiento opuestos: en uno de ellos, la persona traumatizada no puede liberarse de su trauma y está obligada a revivir el hecho original por medio de pesadillas, ataques de pánico, pensamientos obsesivos y flashbacks. En el lado opuesto, la persona no puede acercarse al trauma y está obligada a aislarse de lo que le recuerde el hecho a través de síntomas de evitación como aislamiento social, parálisis emocional y abuso de drogas.

Por otro lado, el trauma con “t” puede traer los mismos sentimientos que el trauma con “T”, y ocurre en las experiencias inocuas pero inquietantes que la vida diaria nos pone en el camino.

EMDR es reconocida como una terapia efectiva del trauma por la International Society for Traumatic Stress Studies. Las investigaciones han demostrado que 3 sesiones de 90 minutos eliminan el Trastorno por Estrés Postraumático en un 80 a 100% en individuos con una sola experiencia de trauma, incluyendo violación, accidente o desastre. Pero cuando la persona ha experimentado un trauma múltiple, se necesita más tratamiento.

EMDR es un modelo psicoterapéutico, al igual que la terapia psicodinámica, la terapia cognitiva, la terapia familiar y demás terapias existentes.

I.3. Movimientos oculares y EMDR

EMDR no debe ser tomada como una “terapia del movimiento ocular”, sino que éste es sólo un componente de este tipo de terapia. Ya que tomamos a EMDR como un enfoque integral, debemos darle importancia también a las imágenes, creencias, emociones, respuestas físicas, conciencia acrecentada y sistemas interpersonales.

Hasta hoy no se sabe bien qué es lo que hacen exactamente los movimientos oculares; aunque existen algunas teorías que explican esto. Shapiro se basa en la obra de Pavlov, en la existencia de un equilibrio excitativo-inhibitorio en el cerebro que mantiene su funcionamiento normal. Si algo producía un desequilibrio (por ejemplo algo que causa sobreexcitación) se producía una patología neural. Lo que proponía Pavlov era que la manera de volver al funcionamiento normal y curar una “neurosis” era recuperar el equilibrio entre excitación e inhibición. Shapiro aplicó esta teoría a EMDR, el trauma puede causar una sobreexcitación del sistema nervioso y quizás los movimientos oculares producen un efecto inhibitorio o de relajación para recuperar el equilibrio.

Esta teoría puede explicar lo que ocurre en el sueño REM (rapid eye movement): los movimientos oculares rápidos ocurren durante los estados oníricos y los sueños son una manera de elaborar las experiencias de vida. Cuando los recuerdos perturbadores surgen en los sueños, estos movimientos producen un efecto de relajación que permite procesar las experiencias. En la actualidad, se sigue investigando el papel de los movimientos oculares en el método EMDR.

EMDR consiste en la estimulación bilateral sensorial alternada (movimientos oculares, sonidos o estimulación táctil) en uno y otro lado del cuerpo, mientras el sujeto fija su atención en la situación problema que le provoca ansiedad. Esto produce un flujo de información entre ambos hemisferios cerebrales, información que estaba bloqueada, como consecuencia de un trauma, y logra una desensibilización de las emociones negativas e inadecuadas, estimulando al cerebro para encontrar nuevas soluciones funcionales y realistas, apropiadas a la situación, resolviendo por lo tanto el problema.

Durante la terapia, los sentimientos pueden intensificarse brevemente y a veces emerger antes de alejarse o desaparecer del todo. Nuevos recuerdos pueden surgir o viejos recuerdos pueden intensificarse o aparecer con más nitidez, y lo más significativo de todo, las propias creencias acerca de uno mismo o el mundo, generalmente basadas en interpretaciones erróneas de las experiencias pasadas pueden cambiar dramáticamente hacia el final de la sesión, o de una serie de sesiones.

Muchos psicoterapeutas usan EMDR, junto con una variedad de otras técnicas, en el contexto de una relación terapéutica cuidadosa y contenedora. A pesar de ser muy efectiva, no lo es con todos los pacientes.

I.4. Bases de EMDR

El modelo psicoterapéutico EMDR se fundamenta teóricamente en el modelo SPIA (Sistema de Procesamiento de Información a un Estado Adaptativo). Este modelo se apoya en las siguientes hipótesis:

- a)- Dentro de cada persona existe un sistema de procesamiento de información fisiológico por medio del cual las nuevas experiencias e información son normalmente procesadas a un estado adaptativo.
- b)- La información es almacenada en redes de memoria que contienen pensamientos, imágenes, emociones y sensaciones relacionadas entre sí.
- c)- Las redes de memoria están organizadas alrededor de los primeros eventos relacionados (ligados entre sí).
- d)- Las experiencias traumáticas y las necesidades interpersonales no satisfechas persistentemente durante periodos cruciales del desarrollo, pueden producir bloqueos en la capacidad del SPIA para resolver eventos perturbadores o traumáticos.
- e)- Cuando la información almacenada en redes de memoria relacionadas a una experiencia perturbadora o traumática no se procesa totalmente, produce reacciones disfuncionales.
- f)- El resultado de un procesamiento adaptativo es aprendizaje, liberación de aflicción emocional, y la habilidad de respuestas adaptativas y entendimiento.
- g)- El procesamiento de la información, es facilitado por tipos específicos de estimulación sensorial bilateral. Basada en observaciones y datos experimentales, Shapiro se ha referido a esta estimulación como estimulación bilateral y estimulación de atención dual.
- h)- La alternancia de izquierda a derecha, los movimientos bilaterales, los tonos y la estimulación kinestésica, cuando se combinan con los otros pasos específicos del procedimiento usado en EMDR, mejoran el procesamiento de la información.
- i)- Estrategias específicas y focalizadas para un acceso suficientemente estimulante a información almacenada disfuncionalmente (y en algunos casos, información

adaptativa) generalmente necesitan ser combinadas con estimulación bilateral para producir procesamiento de información adaptativa.

j)- Los procedimientos de EMDR promueven un estado de balance o atención dual entre información accesada internamente y la estimulación bilateral externa. En ese estado el paciente experimenta simultáneamente la memoria perturbadora y el contexto presente (un pie en el presente y un pie en el pasado).

k)- La combinación de los procedimientos de EMDR y la estimulación bilateral, da como resultado una disminución de la intensidad de las imágenes de la memoria perturbadora y los afectos relacionados, facilitando el acceso a información más adaptativa y forjando nuevas asociaciones dentro y entre las redes de memoria.

Shapiro habla de que dentro de cada persona hay un sistema de procesamiento de la información que está diseñado para procesar hechos inquietantes con el fin de mantener nuestra salud mental. Cuando algo desagradable nos pasa, hablamos, soñamos y pensamos en ese hecho. Aquí se ha llegado a una “resolución adaptativa”: tomamos todo lo que es útil de esa experiencia y lo almacenamos en el cerebro con la emoción apropiada para que nos sirva de guía en el futuro. También descartamos lo inútil de la experiencia, tal como las emociones, sensaciones físicas y creencias negativas derivadas del hecho.

Sin embargo, cuando algo traumático nos ocurre, este sistema de procesamiento innato parece colapsar. Nuestras percepciones del hecho pueden quedar atascadas en nuestro sistema nervioso de la misma manera en que lo experimentamos y pueden expresarse en pesadillas, flashbacks y pensamientos intrusivos del Trastorno de Estrés Postraumático. En EMDR se le pide a la persona que piense en el hecho traumático y luego se estimula el sistema de procesamiento de la información para que la experiencia

traumática sea procesada. Acá aparecen los insights, se logran las asociaciones necesarias, se aprende lo que es útil y las emociones apropiadas asumen el control.

I.5. Componentes básicos del procedimiento EMDR

Un apuntalamiento efectivo llevará a un tratamiento EMDR efectivo. Si se emplean los blancos o componentes equivocados, se obtendrá una mínima cantidad de efectos positivos.

Un blanco lo constituye un recuerdo específico o la imagen de un sueño; una persona, un suceso, ya sea real o proyectado; o algún aspecto de la experiencia: una sensación corporal o un pensamiento.

Cada blanco deberá ser circunscripto individualmente, y deberá ser reprocesado plenamente. Un blanco bien delineado hará que el clínico y el paciente comprendan el contexto y la configuración del trauma, y darán como resultado un procesamiento más rápido.

I.5.1. La imagen

Inicialmente el clínico deberá pedir al paciente que piense en el suceso traumático y que se concentre en una imagen que represente al suceso completo o sólo a su parte más perturbadora. Resulta común que el paciente tenga una imagen borrosa del suceso o una visión fragmentada del mismo. La meta consiste en establecer un vínculo entre la conciencia y el lugar del cerebro en donde se almacena la información.

I.5.2. La cognición negativa

Luego de haber evocado una imagen del suceso, se le pide al paciente que identifique una declaración que exprese la creencia negativa subyacente o la evaluación de sí mismo en cuanto a inadaptación que acompaña a la imagen. A esta declaración se la llama *Cognición Negativa (CN)* y, en el tratamiento EMDR, significa una creencia o una evaluación. Por lo tanto, representa la interpretación que el paciente realiza en el presente sobre su ser y no constituye una mera descripción. Como interpretación, la cognición negativa responde a la pregunta “¿Cuáles son las creencias autodenigrantes que tengo acerca de mí mismo con respecto al suceso?”.

La CN es definida como la manera en que las víctimas se evalúan negativamente a sí mismas en el presente. Cuando el recuerdo no ha sido resuelto, el paciente puede seguir pensando negativamente acerca de sí mismo y de su participación en el suceso.

Las observaciones clínicas indican que el método EMDR no puede ser empleado para anular una CN verdadera o para infundir una falsa.

Para algunos pacientes resulta difícil formular una CN. En este caso, el clínico puede ofrecer una lista de CN alternativas que ayuden a la persona a comprender el concepto. Esto debe ser realizado sin que el paciente se sienta presionado, para que pueda decidir o formular una CN más útil. La mayoría de las cogniciones negativas parecen pertenecer a tres categorías: (1) responsabilidad/defectuosa, (2) falta de seguridad, y (3) falta de control.

El primer criterio de una CN es que es una creencia auto-referente, irracionalmente negativa. Esta evaluación auto-crítica y auto-acusatoria se basa muchas veces en la culpa (Fue mi culpa) o en la vergüenza (Soy repugnante).

Nótese que la CN es una creencia que continúa en el tiempo y que se piensa en el presente. La CN se deriva de recuerdos prominentes o prototípicos pero que mantiene su influencia sobre el paciente en el presente.

Un error común es aceptar una descripción de circunstancias, eventos o los atributos de otros que tienen un tono negativo como sustituto a una creencia negativa auto-referente. Otro error común es aceptar una CN que sólo está localizada en el pasado y que no se relaciona con los problemas actuales del paciente.

Un ejemplo es la CN inicial de un paciente adulto que siendo niño fue abusado y restringido por un adulto mucho más fuerte: "No lo podía parar". Esto es una descripción correcta de una circunstancia negativa. No es una CN apropiada porque no pasa la primera prueba. No es una creencia auto-referente. Es una observación auto-referente. Nótese también que está ubicado en el pasado y por lo tanto no es una creencia actual.

Cuando el paciente ofrece una descripción, la forma más simple de desarrollar una CN es incorporar la descripción a la pregunta siguiente. En este caso podría ser: "Mientras recuerda no haber podido pararlo, ¿qué pensamientos se le ocurren sobre sí mismo?" Depende qué evoca esta pregunta, pero una CN más apropiada podría ser: "No me puedo defender" o "Es mi culpa".

El segundo criterio de una CN es que debe enfocar correctamente el problema actual del paciente. Como evidencia de este foco, el paciente debe indicar que acepta la CN como apropiada cuando el terapeuta se la repite. Una CN preliminar que no pasa esta prueba puede que describa el problema del paciente pero no de forma precisa, puede ser demasiado elaborada y verbosísima y no reflejar el esquema esencial que se relaciona con el evento.

Para desarrollar una CN que concuerda con este segundo criterio, el terapeuta debe escuchar muy atentamente y pasar por varias etapas para determinar cuál es el problema esencial para el paciente. Por ejemplo, un paciente, sobreviviente de abuso sexual en la infancia ofreció la siguiente CN preliminar: "Nunca puedo olvidar lo que pasó porque fue demasiado terrible y vergonzoso. El recuerdo del o que sucedió siempre estará en mi mente como un recordatorio de que yo hice lo que me pedían que haga".

A primera vista podría parecer que la CN gira en torno a la calidad intrusiva del recuerdo. Esto podría llevar a una CN de: "Nunca puedo olvidar lo que pasó". Sin embargo debemos recordar que la meta del procesamiento EMDR es ayudar al paciente a cambiar el proceso disfuncional (creencia) ligado al recuerdo y no tratar de borrar el recuerdo.

A partir de más preguntas y reflexiones con el paciente, emerge que "la parte más terrible de recuerdo" era la vergüenza. Esto llevó al desarrollo de una CN enfocando la forma en que ese recuerdo estaba guardado: "Soy una persona terrible porque hice lo que me pidieron que haga".

Nótese que aún la CN más corta: "Fue vergonzoso", que puede ser adecuado para algunos pacientes, no fue apropiado en este caso. Para esta paciente el problema actual era vergüenza inapropiada y retraimiento a partir de requerimientos sexuales específicos del marido. Tanto el terapeuta como el paciente pensaban que estos requerimientos eran razonables y la paciente disfrutaba de estas conductas cuando ellas las iniciaba. Pero como el problema ocurría como reacción a los requerimientos del esposo, la CN más larga que incluía una referencia a una conducta en respuesta a otra, era esencial.

El tercer criterio de una CN es que debe tener una resonancia afectiva. La evidencia de que tiene una resonancia afectiva es que cuando el paciente dice o escucha la CN, siente más vergüenza, miedo, enojo u otra emoción. Una cuidadosa observación del paciente le dará generalmente al terapeuta la evidencia de esta resonancia afectiva. A veces es necesario hacer preguntas directas para confirmar la elección apropiada de una CN sobre la otra.

Algunos pacientes no muestran o sienten ninguna emoción significativa hasta que no haya comenzado el procesamiento de EMDR. Sin embargo, la mayoría de los pacientes revelan alguna resonancia afectiva cuando describen el material problemático o recuerdo "target". En estos casos la CN sólo puede ser considerada apropiada cuando evoca el mismo afecto que el paciente ha demostrado en el relato del problema.

El cuarto criterio de una CN es que es generalizable a otros posibles focos problemáticos. La creencia es esta CN ha afectado al paciente en diversas formas, en distintos ámbitos, en diferentes épocas, incluyendo hasta el presente.

El error más común relacionado con este criterio es aceptar una CN demasiado específica al incidente. Esto puede implicar una referencia detallada al incidente pasado. Como por ejemplo: "Tendría que haber cerrado la puerta con llave". Es más claro decir: "No hice todo lo que tendría que haber hecho". Es más probable que esta segunda formulación esté más ligada a una variedad de situaciones análogas. Las otras situaciones quizás no tengan que ver con cerrar las puertas con llave, pero pueden llevar a la misma ansiedad o autocrítica o conducta de chequear y rechequear.

Identificar la cognición negativa ayuda al paciente a reconocer más ampliamente su irracionalidad, establece un punto de partida y ayuda a estimular a la información disfuncional que requiere ser reprocesada.

I.5.3. La cognición positiva

Una vez identificada la cognición negativa asociada con el blanco, el paciente debe identificar la cognición positiva deseada y calificarla en una Escala VOC de 7 puntos, en la que 1 significa “completamente falso” y 7 significa “completamente verdadero”. La calificación VOC debe basarse en cuán cierta y creíble le parece la cognición positiva al paciente, y no en cuán cierta es en términos objetivos.

Los reportes sobre las sesiones EMDR demuestran que si la cognición positiva de un paciente resulta inapropiada o imposible, ésta tenderá a interrumpir el reprocesamiento. Según Francine Shapiro, cuando ocurre la interrupción, el paciente generalmente está tratando de incorporar alguna forma de pensamiento ilusorio. No se incorporarán al sistema del paciente las cogniciones positivas poco realistas. Un signo de esta condición es una valoración VOC inicial de 1 punto (“completamente falso”), que generalmente indica que la creencia deseada es inalcanzable.

Es muy importante que el terapeuta instruya al paciente al desarrollar una cognición positiva para que haga un comentario en primera persona que incorpore un locus de control. Por ejemplo, el comentario “Él/ella me amará” no tiene tanto poder como el comentario “Soy digno de recibir amor”, el paciente no tiene un control sobre los pensamientos y acciones de otras personas.

A medida que avanza la sesión, la cognición positiva inicial, que se ha identificado puede ser superada por una mejor. Es muy común que, en el tratamiento EMDR, aparezca una cognición más benéfica a medida que se procesa el material disfuncional del pasado. El terapeuta deberá tener cuidado en hacer notar una cognición

preferible y, siempre que sea posible, usar las mismas palabras del paciente al declararla. Ésta nueva cognición deberá ser incorporada en la fase de instalación del tratamiento, en donde se vincula intencionalmente con la información perturbadora del pasado. Dicho de otra manera, se insertará la cognición positiva en la red de recuerdos que conserva el material que se desea enfocar. Al hacerlo de esta forma, es posible que esta cognición se generalice por medio de la red hacia todas las experiencias relativas. Además, al detonar subsecuentemente la información procesada, ésta aflorará a la conciencia y entonces dominará la cognición positiva. Asimismo, esta vinculación permitirá que toda la información relativa a resultados positivos pueda asociarse al material que anteriormente resultaba traumatizante.

El primer criterio de la CP es que sea una declaración positiva, auto - referente. LA CP es una creencia auto-validante que generalmente refleja confianza en sí mismo y autoestima. Sin embargo, no todas las CP son auto- referenciales. Una CP también puede reflejar seguridad ("Ya pasó") o la atribución de una responsabilidad ("El / ella tenía problemas para recibir cariño") si ser auto - referente.)

Un error común en la selección de la CP es permitir una negación de una creencia negativa (doble negativo). Esto sucede a menudo cuando después que el terapeuta pide la CN, pregunta: "¿Qué le gustaría pensar?" El paciente responde con un doble negativo. Por ejemplo, empezando con: "Estoy indefenso", podría llevar a "Ya no me tengo que sentir indefenso".

En EMDR, no aceptamos esta forma "negativa" de formular la CP. En cambio buscamos una CP que se a la base para organizar el pensamiento, el sentimiento y la conducta de otra manera. En este caso la CP podría ser: "Estoy a salvo" o "Ahora me puedo proteger por mi misma".

Otro error común es permitir una CP que contiene pensamientos mágicos sobre la posibilidad de cambiar eventos pasados o atributos de las personas. Por ejemplo, un sobreviviente de incesto, cuya CN era: "No soy querible", declaró que prefería pensar, "Mi madre realmente me quiso". Cuando se le mostró el elemento mágico, la cambió por "Soy querible".

El segundo criterio de la CP es que enfoque correctamente la dirección de cambio deseada por el paciente. LA CP más positiva puede no ser aceptable para el paciente y se puede seleccionar una versión más diluida de la misma al principio.

Un error común es buscar una CP que sea un paso demasiado grande para el marco de referencia actual del paciente. Muchos terapeutas encuentran que después de procesar, la CP más fuerte puede ser aceptada. No obstante, seleccionar una CP diluida al principio, orienta en dirección positiva.

Un paciente empezó con la CN: "Ella nunca me quiso". LA CN corregida fue: "No soy querible". EL paciente no pudo generar una CP. EL terapeuta le ofreció una versión diluida: "Puedo aprender a quererme ahora".

El tercer criterio de la CP es que sea generalizable a otros focos de preocupación, posiblemente relacionados con el actual problema. CP cortas de tres a ocho palabras son a veces las mejores. Sin embargo, este no es el factor central de su posibilidad de generalización.

El desafío de formular una CP apropiada es identificar los puntos esenciales o esquemas del problema actual del paciente. Una CP débil o periférica no enfoca bien o no generaliza a otros problemas importantes. Un paciente con fobia social vinculada a exigencias familiares comenzó con una CN: "No sé si puedo lograr sus expectativas". El terapeuta respondió: "Y cuando no sabe si puede lograr sus expectativas, ¿qué piensa de

sí mismo?". La versión corregida de la CN fue: "No soy querible si fallo". Cuando se le preguntó al paciente por la CP ("Y que le gustaría pensar"), la respuesta fue: "Les puedo mostrar todo lo que puedo lograr". Este pensamiento mágico de la CP todavía estaba orientada hacia la CN inicial que es parte de un esquema en el cual el ser querido está ligado a tener logros. Cuando se le mostró esto, el paciente seleccionó una versión corregida: "Soy querible como soy".

El cuarto criterio de la CP es que tiene una resonancia afectiva positiva. En un principio esto puede ser esperanza, desconcierto o una aceptación escéptica de la CP. Después del reprocesamiento, generalmente la CP resuena con un afecto positiva con mucha más fuerza.

Un desafío común en la selección de la CP es que puede ser positiva, estar bien enfocada y ser generalizable pero no evoca ninguna resonancia afectiva. Una posibilidad cuando ocurre esto es que no haya sido seleccionada correctamente la CN. El terapeuta puede chequear si la CN evoca una respuesta afectiva importante.

Generalmente una CP apropiadamente seleccionada va a evocar alguna respuesta afectiva, aunque más no sea por la disonancia cognitiva. Por otro lado, algunos pacientes (como aquellos con depresión crónica o síntomas borderline) tienen muy pocos recursos de los cuales sacar respuestas afectivas. Otros, como los pacientes que intelectualizan mucho, pueden bloquear casi todas las respuestas afectivas, incluyendo las de la CP. Normalmente habrá alguna evidencia de afecto en la CP.

I.5.4. Las emociones y su nivel de perturbación

El terapeuta debe pedir al paciente que mantenga en su mente la imagen del recuerdo y su cognición negativa, que nombre la emoción que sintió y que califique lo que siente en la actualidad por medio de la Escala SUD (Unidades Subjetivas de Perturbación) de 10 puntos, en la que 0 representa un sentimiento neutral de calma y 10 representa el grado más alto de perturbación imaginable. El clínico debe asegurarse de que el paciente no esté reportando el nivel de angustia que sintió en el momento del suceso. La información disfuncional es el blanco del método EMDR. Generalmente, se puede detectar la existencia de material aún no resuelto, cuando el paciente padece en la actualidad un significativo nivel de perturbación emocional.

El terapeuta debe mostrarse cuidadoso al determinar cuál emoción está calificando el paciente. Los pacientes que caen en un estado de confusión y que reportan emociones positivas en la Escala SUD, deberán recordar que la escala es empleada para evaluar sólo emociones perturbadoras.

I.5.5. Las sensaciones físicas

Se ha comprobado que las sensaciones físicas que se generan al concentrarse en un recuerdo traumático constituyen puntos de mucha utilidad para el tratamiento. Estas sensaciones pueden estar asociadas con una tensión emocional, tales como la rigidez de los músculos del cuello o el aceleramiento del ritmo cardíaco.

No se considera terminada una sesión EMDR sino hasta que han sido reprocesadas apropiadamente todas las sensaciones físicas generadas por pensamientos

vinculados con el trauma. Al finalizar el tratamiento, el paciente notará que al explorar su cuerpo, no encontrará ninguna tensión residual o que ya no persistirán sensaciones físicas atípicas.

I.6. Activación del sistema de procesamiento de la información

Este sistema puede ser activado en el paciente por medio de procedimientos EMDR y gracias al empleo de movimientos oculares dirigidos o de formas alternativas de estimulación, como golpeteos, palmadas o sonidos. Los terapeutas deberán familiarizarse con las 3 formas.

I.6.1. Movimientos oculares

Existen varios tipos de movimientos oculares que pueden utilizarse en un tratamiento EMDR. La labor del terapeuta consiste en usar el tipo de movimiento que mejor se ajuste a las necesidades del paciente. El clínico no debe continuar con el tratamiento si el paciente reporta dolor ocular, resequedad o un estado de ansiedad ocasionado por el procedimiento mismo.

El objetivo del terapeuta es generar movimientos oculares de un extremo al otro del campo de visión del paciente. Este movimiento bilateral pleno se realiza tan rápidamente como sea posible, sin ocasionar incomodidad. Como punto focal, el terapeuta deberá emplear dos o más dedos. Esta técnica permite que el paciente pueda rastrear los dedos sin tener que enfocar su vista en un objeto pequeño y sin experimentar las asociaciones negativas que podrían obtenerse por el movimiento de un solo dedo

índice. También puede utilizarse una lapicera, una regla o cualquier otro objeto que sirva para dirigir los movimientos oculares del paciente.

Según Shapiro, típicamente, el terapeuta sostiene dos dedos hacia arriba, con la palma de la mano hacia el paciente, a una distancia aproximada de 30 a 40 centímetros del rostro del paciente. Luego se pregunta a la persona si se siente



cómoda. Si la respuesta es negativa, el clínico deberá determinar la colocación y la distancia con la con la cual el paciente se sienta más cómodo. Luego, el terapeuta demuestra la dirección de los movimientos oculares al desplazar sus dedos lentamente en dirección horizontal, desde el extremo derecho hacia el extremo izquierdo (o viceversa) del campo de visión del paciente. El clínico deberá evaluar la capacidad del paciente para rastrear con la vista el desplazamiento de los dedos al iniciar los movimientos de manera lenta y luego acelerando el ritmo hasta obtener un movimiento máximo que pueda ser sostenido cómodamente.

Luego de enfocar el material disfuncional, el terapeuta deberá escuchar la retroalimentación que el paciente ofrece al final de cada serie de movimientos oculares, con el fin de evaluar la cantidad de procesamiento realizado. Si el material disfuncional se transforma sin problemas y si el paciente se siente relativamente cómodo, se podrá mantener la misma velocidad al desplazar los dedos frente a sus ojos. En caso contrario, se pueden ajustar tanto la velocidad como la dirección, así como el número de movimientos oculares dentro de cada serie.

Es posible que el terapeuta descubra que al paciente se le dificulta seguir el movimiento de los dedos. Esto puede manifestarse en movimientos oculares irregulares y torpes. Cuando esto ocurra el terapeuta deberá decir al paciente la frase “Empuje los dedos con sus ojos”, este comentario enseñará al paciente a desarrollar un sentido de conexión dinámica con los dedos, al dar la sensación de controlar el movimiento.

Otras posibles series de movimientos oculares guían a los ojos del paciente en una dirección vertical, circular o siguiendo la forma del número 8. Los movimientos verticales parecen ejercer un efecto tranquilizante y reducir la agitación emocional extrema, el mareo o la náusea. También resulta útil cuando el paciente es propenso a sufrir ataques de vértigo.

La duración de la serie es determinada también por la retroalimentación que nos ofrece el paciente. La primera serie consiste en 24 movimientos bidireccionales, en los que un cambio izquierda- derecha- izquierda constituye un movimiento. Esta serie permite que el terapeuta pueda evaluar si el paciente se siente cómodo, cuál es la velocidad que prefiere y su capacidad de sostener los movimientos oculares. Tras esta serie inicial del reprocesamiento, el terapeuta deberá preguntar al paciente qué es lo que ve ahora, esta pregunta le brinda la oportunidad de reportar lo que está experimentando en términos de imaginación, revelaciones, emociones y sensaciones físicas. Si el paciente muestra cualquier indicio de adaptabilidad terapéutica, si se siente mejor o si ha aflorado información nueva, el terapeuta podrá repetir la dirección, la velocidad y la duración de la serie.

Existen pacientes que son incapaces físicamente de realizar más que unos pocos movimientos oculares por serie, debido a la inherente debilidad de sus músculos oculares. Otros, es posible que sean incapaces de seguir los desplazamientos de la mano

debido al alto nivel de ansiedad que experimentan. Todos ellos pueden ser tratados con el enfoque que se basa en el desplazamiento de ambas manos o con señales táctiles o auditivas.

El enfoque de dos manos implica que el terapeuta coloca sus puños cerrados en los extremos opuestos del campo visual del paciente, a nivel de los ojos, y luego alza, alternativamente, sus dedos índices. Se instruye al paciente para que mueva sus ojos de un dedo índice al otro.

Sin embargo, se ha observado que un paciente posiblemente experimente mayor dificultad en mantener un movimiento rastreador durante las etapas iniciales del procesamiento. Es posible, que al disminuir el estado de ansiedad, los movimientos oculares se tornen más fluidos y más fáciles de sostener.

I.6.2. Formas alternativas de estimulación

Para aquellos pacientes a los que les resulta incómodo, tanto a nivel físico como psicológico, realizar los movimientos oculares, Shapiro emplea otras formas alternativas de estimulación, como golpeteos, palmadas y sonidos.

Los golpeteos con las manos se realizan haciendo que el paciente se siente con sus manos sobre sus rodillas y las palmas hacia arriba. El clínico (con uno o dos dedos) golpetea rítmicamente las manos del paciente, alternando entre la derecha y la izquierda y a la misma velocidad en que deben realizarse los movimientos oculares.

Los estímulos auditivos implican que el paciente mantenga sus ojos abiertos o cerrados mientras el terapeuta truena sus dedos alternativamente junto al oído del

paciente y a un ritmo comparable con el utilizado durante las series de movimientos oculares.

Estos enfoques permiten al terapeuta emplear el método EMDR con personas ciegas, que sufren de problemas visuales o con aquellos que simplemente prefieren otras modalidades de procesamiento.

I.7. Fases de EMDR

Francine Shapiro distingue 8 fases esenciales, el número de sesiones dedicadas a cada fase y el número de fases trabajadas en cada sesión varían de paciente en paciente.

I.7.1 FASE 1: HISTORIA CLINICA

Esta es la primera fase del tratamiento, incluye una evaluación de los factores que determinan la seguridad del paciente, así como su elegibilidad para el tratamiento. También se hace una valoración de la estabilidad personal y de las limitaciones de su vida actual. Un criterio fundamental para evaluar quiénes son aptos para recibir tratamiento EMDR es ver la capacidad del paciente de manejar los altos niveles de perturbación que son precipitados potencialmente por el procesamiento de la información disfuncional.

Aquí el terapeuta se dedica a tomar una historia minuciosa del paciente, y a partir de esto, se elabora un plan de tratamiento.

Una vez que el tratamiento se estima adecuado para el paciente, el terapeuta se dedica a recabar información sobre él, a partir de preguntas específicas sobre su historia

personal, características y patrones de reacción (incluye también qué es lo que trae a la persona a la terapia, las conductas derivadas del problema y sus síntomas).

Con toda esta información, el terapeuta elabora un plan de tratamiento que define los blancos específicos sobre los que se efectuará EMDR. Estos blancos incluyen los hechos del pasado que dieron origen a la patología, los detonadores actuales que estimulan el material disfuncional y los tipos de conductas y actitudes positivas necesarias para el futuro.

Cuando estimulamos la información que constituye el recuerdo en que se enfocará el tratamiento, es posible que surja información disociada, al igual que muchas de las emociones y sensaciones físicas que acontecieron en el momento del suceso. Esto puede resultar muy angustiante para el paciente, pero si el terapeuta lo maneja de manera adecuada, el procesamiento acelerado que EMDR activa resolverá esta información de una manera mucho más rápida que otras formas convencionales de terapia.

El modo en que cada paciente procesará un suceso en particular puede variar desde una reacción emocional leve hasta una abreacción extrema, entendiendo a esta simplemente como un “volver a experimentar el recuerdo estimulado a un alto nivel de perturbación”. Durante una abreacción, las emociones y las sensaciones físicas resultan particularmente fuertes, por lo que pueden resultar aterradoras para el paciente.

Shapiro, pide a sus pacientes que le elaboren una lista de los diez recuerdos más perturbadores de su infancia, esto se realiza para entender mejor a los pacientes. Luego, les pide que tengan esos recuerdos en mente y los evalúen en la Escala SUD 0-10. También trata de determinar de qué modo los pacientes interpretan estos hechos para sí mismos. Si sus cogniciones son negativas, se sabe que el recuerdo debe ser trabajado en el tratamiento. Si sus cogniciones son positivas, se supone que el recuerdo ha sido

procesado y ha ocupado un lugar conveniente en el pasado. Cualquier hecho, de cualquier momento de la vida, puede tener un efecto perjudicial. Dependiendo de las respuestas del paciente, se elabora un plan de tratamiento exhaustivo que tome en cuenta los efectos duraderos de las experiencias de vida.

Una de las características usuales de EMDR es que la gente necesitada de tratamiento no tiene que exponer sus recuerdos en detalle. Hay personas que se sienten cómodas y no tienen inconveniente en hablar de sus problemas detalladamente, hay otras que presentan un cuadro más general o un resumen.

Algunos factores fundamentales a tener en cuenta en esta fase son:

- Nivel de relación: los pacientes deben estar dispuestos a contarle al terapeuta la verdad acerca de lo que están experimentando, aunque como dijimos anteriormente no es necesario que revelen los detalles de su trauma. Hay veces en que el paciente -debido a la falta de confianza, al alto grado de susceptibilidad o al deseo de evitar la confrontación con más material doloroso- reporta un nivel bajo de angustia, dando por terminada la sesión de manera prematura o indebida. Esto genera altos niveles de angustia en el paciente entre sesión y sesión, por esto es que es muy importante crear una fuerte alianza terapéutica, el paciente debe comprometerse a decir siempre la verdad y el terapeuta debe comprometerse a transmitir seguridad, flexibilidad y apoyo incondicional.
- La perturbación emocional: es muy importante que el terapeuta descubra en esta fase, si el paciente es capaz de responder a las técnicas de autocontrol y de relajación, para que pueda disipar un nivel moderado de perturbación. Si esto no es así, no se debe llevar a cabo el procesamiento EMDR. La

incapacidad de reducir el estado de perturbación puede aumentar el temor del paciente cuando se localiza material disfuncional, y puede obstaculizar los efectos positivos del tratamiento.

- Estabilidad: nos referimos aquí tanto a la estabilidad personal como a la ambiental del paciente. Los terapeutas no deberán intentar el reprocesamiento si los pacientes están viviendo, en ese momento, presiones importantes en su vida personal, tales como crisis financieras, familiares o sociales.
- Soportes vitales: los pacientes deben contar con amigos y familiares que puedan cuidar de ellos durante cualquier perturbación que se presente entre sesiones. Si los pacientes viven solos o tienen personas a su cargo, el terapeuta debe determinar si son capaces de sostenerse psicológicamente a ellos mismos o si pueden recibir apoyo a través de la línea telefónica cuando lo requieran.
- Estado de salud: el paciente debe estar lo suficientemente sano para soportar las sensaciones físicas que conlleva el reprocesamiento. Siempre que el panorama clínico incluya problemas cardíacos o respiratorios, se deberá consultar a un médico para conocer cuáles podrían ser las posibles consecuencias negativas de solicitar respuestas terapéuticas de elevado nivel emocional.
- Visitas al consultorio y tratamientos en el hospital: el terapeuta debe evaluar los recuerdos del paciente, para ver cuáles pueden ser tratados en el consultorio y cuáles requieren que el paciente sea hospitalizado para recibir

apoyo médico en caso de que sea necesario, si el paciente puede convertirse en un peligro para él mismo o para otras personas.

- Daño neurológico: a pesar de que no se han reportado casos en que un paciente con deterioro neurológico haya sufrido daño alguno, es importante que los terapeutas se muestren sensibles ante cualquier historial de anormalidades neurológicas o de daño orgánico al cerebro.
- Epilepsia: antes de iniciarse el tratamiento EMDR el terapeuta debe informar a los pacientes que sufren de epilepsia que es posible que padezcan un ataque durante la sesión. Al igual que con pacientes con daño neurológico, en los casos de epilepsia, se debe actuar con precaución
- Problemas oculares: como dijimos anteriormente, bajo ninguna circunstancia se debe continuar con el tratamiento EMDR si el paciente reporta dolor ocular. Se debe consultar con un oftalmólogo, y utilizar formas alternativas de estimulación, como golpeteos, palmadas o sonidos.
- Abuso de drogas y de alcohol: antes de iniciar el tratamiento EMDR, los pacientes con historia de abuso de sustancias tóxicas deben contar con apoyos adecuados, como por ejemplo, un programa de 12 pasos. Existen pacientes, que en el curso del tratamiento, abandonan fácilmente el abuso o deseo de sustancias tóxicas, mientras que otros experimentan un mayor deseo de reanudar la actividad debido a la estimulación de material psicológicamente perturbador.
- Requerimientos legales: cuando se realicen procesos legales, todos los participantes deberán dar su consentimiento para el tratamiento sólo después de haber recibido toda la información pertinente. Los terapeutas deben

explicar que: (1) es posible que, después del tratamiento, el paciente sea incapaz de localizar una imagen vívida del suceso; (2) el paciente quizás ya no cuente el incidente con emoción extrema, esto puede ser problemático si se requiere de un testigo muy emotivo en el juicio y (3) aunque el método EMDR no es un método hipnótico, aún no ha sido definido en términos forenses y es posible que con el tiempo sea considerado por la corte un método comparable con la hipnosis.

- Control de los sistemas: como todos los sistemas de terapia, EMDR ejerce influencia sobre los pacientes, pero también sobre sus familiares y amigos, por lo que los pacientes, al procesar tan rápidamente la información, deben estar preparados para poder manejar la resistencia que contrapongan las personas de su entorno.
- Ganancias secundarias: es muy importante evaluar las posibles consecuencias positivas, las necesidades o problemas de identidad del paciente que sufre un trauma, ya que puede haber organizado su vida alrededor de su patología. El terapeuta debe reconocer qué es lo que el paciente necesitará para confrontar o darse por vencido si se inicia el tratamiento o si éste resulta eficaz, y también debe determinar si el paciente cuenta con la estabilidad suficiente y los recursos necesarios para manejar el cambio.
- Regulación del tiempo: no se pueden predecir las respuestas emocionales de los pacientes ni la intensidad de las perturbaciones que sufren entre sesión y sesión, ya que son muy variables. Por esto es que resulta importante evaluar las circunstancias de vida del paciente y del terapeuta para reducir problemas

potenciales. Durante cada sesión, los terapeutas deberán proporcionar el tiempo suficiente para procesar el recuerdo traumático en cuestión y conducir procesamiento hacia una conclusión adecuada. Se recomienda que el registro del historial se realice en sesiones de 50 o más minutos y el trabajo EMDR en sesiones de 90 minutos de duración. Bajo ninguna circunstancia, el paciente debe abandonar el consultorio durante o inmediatamente después de una abreacción no resuelta.

- La necesidad de usar medicamentos: cualquier paciente que tome medicamentos para reducir su angustia emocional, deberá ser monitoreado cuidadosamente de manera que dicho medicamento pueda ser reducido o retirado en el momento preciso. Se debe suponer que, a medida que el material psicológico disfuncional es procesado se alivia la depresión o la ansiedad existente, reduciendo así la necesidad de medicamentos para tratar el problema. Los terapeutas deben procesar nuevamente los traumas que aquejen al paciente aún después de que éste ya no consuma medicamentos.
- Desórdenes disociativos: sólo debe utilizarse EMDR para tratar desórdenes disociativos cuando el terapeuta ha recibido una capacitación supervisada en el tratamiento de estos desórdenes y de protocolos EMDR adecuados. Además se requerirá de procedimientos EMDR más avanzados debido a que éstos pacientes tienden a permanecer atrapados por el recuerdo activado. Los especialistas EMDR consideran al Desorden Disociativo de la Personalidad como una forma compleja de Trastorno por Estrés Postraumático (Spiegel, 1993) en el cual la victimización es tan grande que, para sobrevivir, el

recuerdo global fue dividido en distintos compartimentos para retener distintos aspectos del dolor y de la perturbación.

I.7.1.1. Planificación del tratamiento

Según Francine Shapiro el tratamiento deberá incluir un enfoque secuencial de las experiencias primordiales del pasado, las situaciones actuales que estimulan la disfunción y las conductas alternativas que pueden ser empleadas en el futuro para cumplir con las metas de la terapia. El terapeuta deberá, lo más específicamente que le sea posible, hacer un intento por delinear el problema que aqueja al cliente, así como sus antecedentes. La siguiente lista proporcionará al terapeuta algunas pautas básicas, aunque no es exhaustiva. Siguiendo a Shapiro, los terapeutas deberán tener cuidado de precisar lo siguiente:

- Síntomas: ¿Cuáles son las conductas disfuncionales, las emociones y las cogniciones que prevalecen en la actualidad? ¿Cuáles son los síntomas específicos, tales como los recuerdos del pasado insertos en el presente (flashbacks), pensamientos intrusivos y ataques de pánico? ¿Cuáles son los detonadores actuales y cuál es su frecuencia, su duración, su localización y otras características?
- Duración: ¿Durante cuánto tiempo ha sido obvia esta patología? ¿cómo se ha transformado a lo largo del tiempo? ¿Qué alteraciones han ocurrido en los factores que contribuyen a la patología?
- Causa inicial: ¿Cuál fue el suceso original o el suceso principal más perturbador que representa la génesis de dicha disfunción? ¿Cuáles

fueron las circunstancias –incluidos factores interaccionales, sociales, sociales o de sistemas familiares- que prevalecían durante el momento de ese primer suceso? Resulta útil preguntar: “¿Cuándo fue la primera vez que usted recuerda haber sentido esto mismo?”

- Adicionales sucesos del pasado: ¿Qué otros incidentes han resultado instrumentales en influenciar o reforzar dicha patología? ¿Qué otras variables significativas existen? ¿Quiénes son los principales participantes? ¿Qué categorías de participantes, respuestas inadaptativas, cogniciones negativas, etcétera, son aparentes? ¿Cómo podrían ser agrupados los sucesos con el fin de maximizar la generalización de los efectos del tratamiento? Como dijimos anteriormente, a los pacientes se les puede pedir que identifiquen cuáles son los 10 recuerdos más perturbadores de su vida. Generalmente esto ayudará a definir los tipos de cogniciones negativas y experiencias negativas que tendrán que ser atendidas por el terapeuta
- Otras quejas: ¿Qué otras dificultades encuentra? ¿Qué otras disfunciones pueden estar ocultas tras de la presentación principal?
- Limitaciones actuales: ¿Cómo se ve afectado el paciente actualmente? ¿Qué emociones o conductas disfuncionales se obtienen como resultado? ¿Qué acciones es incapaz de asumir el paciente? ¿Qué asuntos de sistemas (como una familia disfuncional o una estructura social disfuncional) necesitan ser tratados?
- Estado deseado: ¿Cómo preferiría actuar, aparecer, sentir y creer el paciente? ¿Qué, específicamente, es lo que impide que esto se lleve a

cabo? ¿Cuáles son las consecuencias potenciales de un tratamiento eficaz? ¿Cuáles son las expectativas positivas del historial del paciente?

I.7.2. Fase 2: PREPARACION

Una de las metas primarias de esta fase es establecer una alianza terapéutica, es decir una relación de confianza entre el paciente y el terapeuta. Puede que los pacientes no entren en detalles sobre sus recuerdos inquietantes, pero si no confían en su terapeuta, a lo mejor no exponen con exactitud lo que sienten y los cambios que van experimentando durante la sesión. En EMDR, como en cualquier terapia, es mejor ver al clínico como un facilitador o guía que necesita saber sobre cualquier daño, necesidad o decepción para poder alcanzar la meta.

El terapeuta debe mostrar una actitud de respeto y debe estar dispuesto a proporcionarle al paciente confianza y seguridad. Su labor más importante es la de facilitar el proceso de autocuración del paciente. Esto aumenta la efectividad del tratamiento.

Durante el desarrollo de esta segunda fase, el clínico explica en qué consiste el proceso EMDR, cuáles son sus efectos, cómo se aplica y qué puede esperar la persona durante y después del tratamiento. Finalmente, el terapeuta enseña al paciente una serie de técnicas de relajación para poder calmarse frente a cualquier perturbación emocional que pueda surgir en la sesión o después de ella. Otra de las metas de EMDR es asegurarse que los pacientes puedan cuidarse solos.

Ya que éste, es un tratamiento centrado en las necesidades de los pacientes, el clínico ofrece medios para asegurarse que mantengan un equilibrado sentido de control.

Aunque es entendible que la gente quiera empezar tratando de evitar el material inquietante que EMDR suscita, es esta evitación la que mantiene vivo su problema. Para contrarrestar la evitación sin generar más angustia, el terapeuta muestra al paciente cómo mantener una conciencia dual del material inquietante, que se dispara durante los movimientos oculares, y el hecho de que está a salvo en el presente. Idealmente, la persona que practica EMDR debe sentirse a bordo de un tren, viendo pasar el paisaje de los recuerdos perturbadores del pasado.

I.7.2.1. Formación de alianza terapeuta- paciente

Es muy importante que paciente y terapeuta hablen con honestidad. El método EMDR no debe ser empleado, a menos que ambas partes de la relación hayan establecido un buen nivel de confianza.

El terapeuta debe asegurarse de que el paciente comprenda la importancia, durante y entre las sesiones, de decir siempre la verdad. Si el paciente informa falsamente al terapeuta que la perturbación emocional se ha reducido (con el objetivo de complacer al terapeuta o para terminar el tratamiento), existen muchas posibilidades de que a perturbación aumente entre sesiones y que el paciente corra el riesgo de no recibir el apoyo apropiado. Debido a que muchos pacientes experimentan el deseo de complacer al terapeuta, es importante asegurarse de que el paciente comprenda a fondo que el clínico desea un reporte preciso, independientemente de su naturaleza, aun si el paciente desea detener el procesamiento. El terapeuta deberá decir al paciente algo semejante a lo siguiente: “Sólo necesita decirme la verdad sobre lo que experimenta, de manera que yo pueda tomar las decisiones correctas. No es posible equivocarse durante

el tratamiento EMDR. Sólo proporcióneme una retroalimentación precisa sobre lo que le está sucediendo. Además, es usted quien tiene el control de la situación. Si desea que detengamos el procesamiento, dígallo claramente. Sólo dígame qué está experimentando durante el procesamiento”.

I.7.2.2. Explicación de la teoría EMDR

El terapeuta, al explicar una visión global de la teoría EMDR, debe utilizar un lenguaje comprensible. Para la mayoría de los pacientes, bastará una breve descripción, como la siguiente: *“Cuando ocurre un trauma, éste queda atrapado en el sistema nervioso”*. También se les debe explicar que muchas veces, esta “información atrapada” es detonada por una variedad de situaciones y es responsable de los sentimientos de impotencia, desesperanza y miedo de los pacientes.

El terapeuta debe informar a los pacientes que los movimientos oculares van a permitir que la información sea liberada y procesada. Se puede usar una explicación como la siguiente: *“A menudo, cuando sucede algo traumático, parece que queda atrapado en el sistema nervioso con la imagen, los sonidos, los pensamientos y los sentimientos originales. Ya que la experiencia está encerrada allí, se continúa detonando cada vez que sucede algo que la recuerde. Puede ser la base de situaciones incómodas y muchas veces de emociones negativas, como el miedo y la impotencia que, aparentemente, no podemos controlar. Éstas son las emociones que están conectadas con la experiencia original y que están siendo detonadas. Los movimientos oculares que usamos en el método EMDR parecen desobstruir el sistema nervioso y permitir que el cerebro procese la experiencia. Eso es lo que posiblemente sucede en la etapa REM*

del sueño: es posible que los movimientos oculares guarden relación con el procesamiento del material inconsciente. Lo importante es recordar que será su propio cerebro quien realice la curación y que es usted quien controla la situación”

I.7.2.3. Ejercicio del lugar seguro

Como ya dijimos anteriormente, el terapeuta puede enseñar al paciente algunas técnicas de relajación. Este ejercicio es particularmente útil para asegurar al paciente que puede recuperar su estabilidad emocional durante cualquier perturbación. Sirve para iniciar una asociación positiva respecto a los movimientos oculares.

En el ejercicio “lugar seguro”, la meta es que el paciente cree un lugar seguro en su imaginación antes de iniciar el procesamiento. Este oasis emocional puede ser usado como un descanso temporal durante el procesamiento, como un elemento de apoyo para disminuir la perturbación y concluir la sesión, y como una manera de manejar el material perturbador que pudiera aflorar entre sesiones. El terapeuta deberá permitir que el paciente goce de plena libertad al identificar un refugio personal y deberá evaluar cuidadosamente la reacción del paciente ante dicho refugio.

Este ejercicio consta de ocho pasos:

- 1- *Imagen*: el terapeuta y el paciente identifican una imagen de un lugar seguro, que el paciente podrá evocar fácilmente. Esto crea un sentimiento personal de calma y seguridad.
- 2- *Emociones y sensaciones*: el terapeuta le pide al paciente que centre su atención en la imagen, que sienta las emociones y que identifique en qué lugar se localizan sensaciones físicas placenteras.

- 3- *Intensificación:* el terapeuta posiblemente hable con tono tranquilizante para intensificar la imaginación, los sentimientos y las emociones. Deberá mostrarse cauteloso y proyectar un sentimiento de seguridad al paciente, a quien pide que reporte las emociones que le embargan.
- 4- *Movimientos oculares:* la respuesta positiva se expande al incluir una serie de movimientos oculares. El terapeuta deberá usar la velocidad de movimiento que el paciente ha considerado la más cómoda y deberá decir “Recuerde la imagen de un lugar que le proporcione un sentimiento de seguridad y tranquilidad. Concentre su atención en descubrir en qué parte de su cuerpo se localizan las sensaciones placenteras y permítase a sí mismo gozarlas. Ahora concéntrese en dichas sensaciones y siga el desplazamiento de mis dedos con sus ojos”. Al final de la serie, el terapeuta preguntará al paciente cómo se siente en ese momento. Si el paciente se siente mejor, el terapeuta deberá realizar de cuatro a seis series más. En caso de que no hayan aumentado las emociones positivas experimentadas por el paciente, el terapeuta deberá intentar direcciones alternativas de los movimientos oculares hasta que el paciente reporte una mejoría. Las series deben ser cortas, de 6 a 12 movimientos cada una.
- 5- *Palabra clave:* el terapeuta pide al paciente que escoja una sola palabra que represente la imagen, (por ejemplo “relajarse”, “playa”) y que ensaye con ella a medida que las sensaciones placenteras y un sentido de seguridad emocional sean notadas e intensificadas por las direcciones del terapeuta. Dicho procedimiento se repetirá de cuatro a seis veces, junto con movimientos oculares adicionales.

- 6- *Autoinducción con la palabra clave:* a continuación, el terapeuta pide al paciente que repita el procedimiento por cuenta propia, haciendo aflorar la imagen y la palabra, y que experimente los sentimientos positivos (tanto emociones como sensaciones físicas) sin realizar ningún movimiento ocular. Cuando el paciente haya logrado repetir el ejercicio sin ayuda, el terapeuta entonces, deberá señalar al paciente cómo deberá usar todo esto para relajarse durante los momentos en que experimente mucha tensión.
- 7- *El uso de la palabra clave cuando se presenta una perturbación emocional:* con el fin de destacar el punto anterior, el terapeuta pide al paciente que recuerde algo que llegó a molestarle, aunque no gravemente, y que tome nota de los sentimientos negativos que le acompañan. A continuación, el terapeuta guía al paciente haciendo el ejercicio hasta que se disipan los sentimientos negativos.
- 8- *El paciente usa la palabra clave por cuenta propia cuando se presenta una perturbación:* a continuación el terapeuta pide al paciente que rememore una vez más algún recuerdo perturbador y que siga adelante con el ejercicio, sólo que esta vez, sin la ayuda del terapeuta, hasta que alcance una relajación total.

I.7.2.4. Expectativas

Es de mucha utilidad marcar al paciente que nada se le impondrá durante el tratamiento, que los recuerdos serán procesados como una función de su propia capacidad autocurativa, y que él estará en control de la situación. También debe explicarse al paciente que podrá descansar en el momento que así lo desee, levantando la mano, y el terapeuta detendrá el procesamiento.

El terapeuta debe decir al paciente que aunque se le pida que se concentre en una imagen, es probable que le resulte imposible mantenerla. Por lo que la idea, es comenzar a concentrar la atención en un blanco designado y luego permitir que el procesamiento ocurra durante los movimientos oculares. También debe decirse al paciente que la serie estimuladora continuará durante un rato y que luego se le pedirá una retroalimentación, sin embargo no puede exigírsele nada respecto de su desempeño, a los resultados que espera con el tratamiento o sobre la cantidad de tiempo que deberá tomar el procesamiento.

I.7.2.5. Temores del paciente

El terapeuta debe contestar al paciente todas las preguntas y dudas que éste tenga, incluyendo su temor a perder la cordura o su temor de no ser capaz de manejar la experiencia que implica el tratamiento; y siempre que sea necesario debe ofrecer ejemplos de casos clínicos reales.

Si el paciente manifiesta que no desea continuar con el procesamiento en general o con cualquier recuerdo particular, dicho deseo deberá ser respetado siempre. Si el terapeuta recurre a características de exigencia de alto nivel para imponer el tratamiento, lo más probable es que obtenga resultados negativos.

I.7.3. Fase 3: EVALUACION

En esta fase el clínico identifica aspectos del blanco que debe ser procesado. Una vez que el recuerdo haya sido identificado, se pide al paciente que elija la imagen

que mejor represente dicho recuerdo. Luego, el paciente elige una frase que expresa la CN asociada con el hecho, que exprese una evaluación disfuncional o de desadaptación que se relacione con su participación en el suceso (aún si sabe intelectualmente que la frase es falsa, es importante que se concentre en ella). Estas creencias negativas son verbalizaciones de los sentimientos y emociones perturbadoras que aún persisten.

A continuación, el paciente elige un enunciado positivo (CP) que desearía creer. Éste debería incorporar una sensación de control interno. Luego, el terapeuta solicita que la persona evalúe cuán verdadera parece su CP, usando la Escala VOC 1-7.

También durante la fase de evaluación, la persona identifica las emociones negativas y las sensaciones físicas que asocia con el blanco. El paciente evalúa también la perturbación, usando la Escala SUD. El terapeuta le pide que escoja un número que indique la intensidad de sus emociones cuando se localiza el recuerdo.

I.7.3.1. Selección de la imagen

Después de que el paciente haya descrito cualquier elemento relevante sobre el incidente traumático, el terapeuta deberá pedirle que elija una sola imagen como blanco inicial del tratamiento. Aunque muchas veces al paciente le cuesta mantener una imagen, una vez que se han iniciado los movimientos oculares, esta imagen se convertirá en el eslabón inicial de toda una cadena de información que ha sido almacenada neurológicamente.

El terapeuta debe preguntar al paciente específicamente: “¿*Qué imagen representa el incidente completo?*”. Si hay muchas opciones o si el paciente se siente confundido, el terapeuta la brindará apoyo al preguntar “¿*Qué imagen representa la*

parte más traumática del incidente?”. Y cuando el paciente no pueda presentar ninguna imagen, el terapeuta sólo lo invitará a “pensar sobre el incidente”.

I.7.3.2. Identificación de una CN

Aunque el suceso que identifique el paciente pertenezca al pasado remoto, al evocarlo seguramente tendrá sentimientos de disfunción y de angustia que alimentan las creencias negativas que el paciente tiene de sí mismo.

Es muy probable que el paciente tenga dificultades al declarar cuál es su CN, puede sentirse avergonzado, ansioso o poco claro respecto a lo que significa esa creencia. Para reducir la vergüenza del paciente, el terapeuta puede explicar que las respuestas emocionales surgen independientemente de la lógica y de la madurez consciente.

Específicamente, el terapeuta pregunta al paciente “*¿Qué palabras son las que mejor acompañan a la imagen que expresa sus creencias negativas acerca de sí mismo?*”. Cuando el paciente no es capaz de proporcionarnos una autoevaluación negativa, el terapeuta puede ofrecerle, como dijimos anteriormente, una lista de sugerencias, como por ejemplo “No valgo nada/ soy impotente/ no soy digno de ser amado”

Cuando los pensamientos, las emociones o la situación parece ser demasiado confusa o compleja, resulta apropiado continuar sin la CN. Sin embargo, y si es posible, se deberá especificar una. Al señalar con precisión cuál es la CN adecuada podremos evocar de manera más plena ese estrato del material disfuncional para un reprocesamiento subsecuente.

El terapeuta deberá asegurarse de que la CN sea auto-referencial, que sea enunciada en el tiempo presente y que sea una creencia en vez de una descripción de las circunstancias. Además, deben evitarse las declaraciones emotivas, como por ejemplo “Tengo miedo”. La CN apropiada sería “Soy un ser indefenso”, por ejemplo.

El terapeuta no deberá aceptar cogniciones que sólo verbalicen experiencias tristes o desafortunadas de la infancia. Para que una CN sea realmente efectiva, deberá ser expresada con las propias palabras del paciente y deberá ser acompañada de importantes sentimientos o emociones asociados.

I.7.3.3. Desarrollo de una CP

Como dijimos anteriormente, una vez identificada la CN, se deberá desarrollar una CP: la CP es una verbalización del estado que se desea alcanzar y que generalmente constituye un cambio de 180 grados en relación con la CN.

Específicamente, el terapeuta pregunta al paciente *“Cuando evoca dicha imagen o incidente, ¿qué es lo que le gustaría pensar ahora acerca de usted mismo?”* Ya dijimos, que siempre que sea posible, la CP deberá incluir un locus interno de control autorreferencial, que refuerce la capacidad del cliente de aumentar e incorporar un nuevo sentimiento de autoestima y de tomar decisiones efectivas, todos los cuales constituyen distintos aspectos de los resultados óptimos del tratamiento EMDR.

La CP deberá constituir la declaración más poderosa que el paciente pueda concebir, aun cuando le resulte muy difícil creer en ella por el momento.

I.7.3.4. Valoración de la validez de la cognición

Una vez que el paciente haya desarrollado la CP, debemos medir el valor que se le atribuye. El terapeuta pregunta al paciente lo siguiente: *“Cuando piensa en el incidente o la imagen ¿cuán ciertas le parecen dichas palabras (el terapeuta repite la CP) en una escala del 1 al 7, en la que 1 representa algo enteramente falso y 7 algo totalmente cierto?”*

A veces, es necesario agregar: *“Recuerde, algunas veces sabemos las cosas con nuestra cabeza, pero las sentimos de manera distinta en las vísceras. En este caso ¿cuál es su sentimiento visceral acerca de la verdad de (el terapeuta pronuncia la CP) , del 1 (completamente falso) al 7 (completamente verdadero)?”*

Si el paciente reporta que la cognición deseada no alcanza una calificación mayor que 1, el terapeuta deberá evaluar las declaraciones con el fin de encontrar fallas en la lógica, la aplicabilidad o la validez ecológica (lo adecuado y lo válido dentro del ambiente en que vive actualmente el paciente).

Como dijimos anteriormente, si el paciente comienza a experimentar una abreacción durante esta etapa, el terapeuta no deberá obligar al paciente a continuar con la evaluación. Si no que deberá iniciar el procesamiento en ese momento. Es por esta razón que el terapeuta deberá proporcionar al paciente las instrucciones relevantes, la teoría y las metáforas antes de iniciar la etapa evaluativa. Una vez que esto sucede, el nivel de angustia que experimenta el paciente aumentará relativamente, y el terapeuta deberá estar preparado para involucrar al paciente en el reprocesamiento, con el fin de ayudarlo a aliviar la perturbación.

I.7.3.5. Nombrar la emoción

Se le pide al paciente que evoque la imagen del suceso y que lo retenga en su mente, junto con la CN. De manera específica, el terapeuta dice: *“Cuando evoca la imagen (o el incidente) y esas palabras (el terapeuta pronuncia la CN) ¿qué emoción le embarga en ese momento?”* Al preguntar por la imagen y la CN al mismo tiempo, generalmente se produce una estimulación del material disfuncional que alcanza una mayor intensidad que la que pudieran brindar cualquiera de las dos por separado.

I.7.3.6. Unidades Subjetivas de Perturbación

Luego de que el paciente haya nombrado la emoción que le embarga, se debe determinar la calificación que le asigna en la Escala SUD. El terapeuta deberá preguntar al paciente, de manera concreta: *“En una escala del 0 al 10, en la que el 0 representa lo neutral o indica que no existe perturbación alguna y en la que el 10 implica el más alto grado posible de perturbación ¿cuán perturbado se siente usted en este momento?”*

Si sucede que el paciente experimenta varias emociones a la vez, se debe brindar una calificación respecto a la perturbación total y no respecto a cada emoción por separado. El nivel SUD obtenido al final de una sesión será menor, aun cuando el recuerdo traumático del paciente no logre ser procesado enteramente. Esto puede brindar al paciente una sensación de logro.

I.7.3.7. Identificación de sensaciones corporales

A continuación, el terapeuta preguntará al paciente: “*¿En qué parte del cuerpo siente la perturbación?*”. Aunque esta pregunta trata de determinar en qué parte del cuerpo se localiza la sensación, no es necesario pedir al paciente que la describa. De hecho, esto detendría el procesamiento, al incluir detalles irrelevantes.

Al enfocar la atención en la sensación corporal que ha sido estimulada durante series sucesivas, se logra liberar al paciente de la necesidad de concentrarse en pensamientos dolorosos o imágenes tétricas.

Existen pacientes que pueden necesitar capacitación para estar conscientes de sus sensaciones, ya que han aprendido a separarse psicológicamente de sus cuerpos, como resultado de una perturbación continua o por creer que sus necesidades jamás serán cumplidas.

Los terapeutas pueden ayudar a algunos pacientes a localizar las sensaciones corporales al referirlos a su puntuación SUD: “*Usted reportó un 8 en la Escala SUD, ¿dónde siente el 8 en su cuerpo?*”. Si el paciente aun no puede responder, el terapeuta puede ayudarlo diciendo: “*Cierre los ojos y conéctese con o que su cuerpo experimenta. Ahora le voy a pedir que piense en algo, y cuando lo haga, percátese de cualquier cambio en su cuerpo. Muy bien. Conéctese con su cuerpo. Ahora bien, piense en el recuerdo o evoque su imagen. Dígame qué ha cambiado. Ahora agregue las palabras (el terapeuta pronuncia la CN). Dígame qué ha cambiado*”. La mayoría de los pacientes podrán notar la creciente tensión en un músculo o el aceleramiento del ritmo cardíaco o de la respiración.

Las fases 1 a 3 sientan las bases para un tratamiento exhaustivo y un reprocesamiento de los hechos blanco específicos. Aunque los movimientos oculares se usan en las 3 fases siguientes, como ya dijimos antes, son sólo un componente de esta compleja terapia.

I.7.4. Fase 4: DESENSIBILIZACION

Esta fase se concentra en las emociones y sensaciones perturbadoras del paciente tal como han sido medidas en la Escala SUD. Aquí abarcamos todas sus respuestas (incluyendo recuerdos, insights, asociaciones que puedan surgir durante las sesiones) mientras el hecho blanco cambia y sus elementos perturbadores se resuelven. Este proceso automático de asociación ofrece la oportunidad de identificar y resolver hechos similares que pueden estar relacionados con el blanco.

Durante la desensibilización, el terapeuta guía al paciente en series de movimientos oculares (con variaciones apropiadas y cambios de foco) hasta que su nivel SUD se reduce a 0, o si es conveniente, a 1 ó 2. El terapeuta debe decir al paciente: *“Recuerde, es su propio cerebro el que realiza la sanación y es usted quien tiene el control de la situación. Le voy a pedir que centre su atención en el blanco y siga mis dedos con sus ojos. Sólo deje que suceda lo que tiene que suceder, y hablaremos al final de la serie. Sólo dígame qué le viene a la mente y no descarte nada por considerarlo poco importante. Cualquier información nueva está conectada de alguna manera con el objetivo principal. Si quiere detener el procesamiento, sólo necesita levantar la mano”*.

Para que se produzca la desensibilización es necesario procesar el material disfuncional que se ha almacenado en todos los canales relacionados con el suceso que se desea enfocar. Cada blanco inicial es considerado como un nódulo fisiológico al cual se vinculan otras experiencias del pasado. El terapeuta debe recordar, como una heurística clínica, la noción de un nódulo, con sus canales auxiliares. Cada vez que nos percatamos de un cambio, éste constituye un signo del efecto dominó del procesamiento progresivo que se lleva a cabo a través del canal. Las series deberán aplicarse progresivamente, hasta que todos los canales queden limpios.

Entre serie y serie, el terapeuta deberá escuchar al paciente con el fin de identificar cuál será el próximo blanco a procesar.

Se supone que un canal ha sido “limpiado” cuando el paciente se torna menos perturbado, cuando las asociaciones parecen haber terminado razonablemente, y cuando no aflora nada nuevo o significativo después de dos series de movimientos oculares en diferentes direcciones.

Imaginería: La mayoría de las veces, los pacientes describen el procesamiento en términos de imágenes que cambian, este material debe convertirse en el blanco para una nueva serie.

Recuerdo nuevo: Cuando el paciente reporta que un nuevo recuerdo ha aflorado a su conciencia durante la serie previa, dicho recuerdo se convierte en el blanco de la siguiente serie.

Si se reportan varios recuerdos, se le debe decir al paciente que concentre su atención en el más perturbador. Si reporta que todos los recuerdos son igual de perturbadores, entonces el último recuerdo deberá convertirse en el blanco de la

siguiente serie. Es importante regresar al blanco original para un mayor procesamiento después de que haya llegado a su fin una línea de asociación.

Cambios en las imágenes: A veces, los pacientes reportan un cambio en la imagen que se presenta o en una imagen que no corresponde a ningún incidente específico, como podría ser el rostro de una persona. Si aflora una imagen negativa, deberá ser enfocada en la siguiente serie; si aflora una imagen positiva o neutral, se podrá agregar una serie o dos para ver si se fortalece. Si afloran ambas, se deberá enfocar la imagen negativa.

Sonidos y pensamientos: En ocasiones ocurre que afloran pensamientos que el paciente experimentó al momento del suceso. Siempre y cuando estos pensamientos ocurran espontánea y progresivamente, al paciente se le alienta a tomar nota de ellos para serie subsecuentes.

Comentarios negativos: Cuando aflora un comentario negativo o una nueva idea negativa, el terapeuta debe preguntar al paciente en qué parte del cuerpo se localiza, antes de iniciar una nueva serie. Si persisten los pensamientos negativos, es posible que el paciente se encuentre “atorado” o detenido.

Disparidad: Ocurre cuando el paciente intenta deliberadamente traer a la conciencia algo que es inconsciente con el actual nivel de sentimientos y emociones.

I.7.5. Fase 5: INSTALACION

Esta fase es llamada así porque su meta es instalar e incrementar la fuerza de la creencia positiva que la persona ha elegido para reemplazar a la negativa original.

En qué medida la persona cree esta CP se evalúa usando la Escala VOC. La meta es que la persona acepte la plena veracidad de un enunciado en un nivel 7 (completamente verdadero).

Así como EMDR no puede hacer que nadie se despeje de los sentimientos negativos apropiados, tampoco puede hacer que nadie crea nada positivo si es inadecuado.

El terapeuta pide al paciente que evalúe la CP que escogió durante la fase evaluativa, y pregunta “¿Cómo le suena (el terapeuta repite la CN)?”

Luego de que el terapeuta repite la CP deseada originalmente, debe animar al paciente a que acepte o cambie la cognición o que la sustituya por una mejor. Resulta útil decir :”¿Acaso las palabras (CP) todavía corresponden o acaso existe otro comentario positivo que se adecue mejor?” Si el paciente acepta la CP original, el terapeuta deberá solicitar una calificación VOC para ver si ha mejorado. Si este nivel no ha aumentado, deberá reexaminarse la CP.

Una vez que el paciente le asigne una calificación 7 (completamente verdadero) a la CP, el terapeuta repetirá las series de movimientos oculares hasta que la validez de la cognición y su sentido de adecuación hayan alcanzado un grado máximo.

I.7.6. Fase 6: CHEQUEO CORPORAL

Después de que la CP ha sido fortalecida e instalada, el terapeuta pide al paciente que evoque el blanco original y advierta si queda alguna tensión residual en su cuerpo. Si es así, estas sensaciones físicas son enfocadas para su tratamiento. El terapeuta puede decir algo semejante a: “Cierre los ojos y mantenga en mente el

recuerdo original y su CP. Luego centre su atención en las distintas partes de su cuerpo, comenzando por la cabeza y recorriéndolo hacia abajo. Dígame si descubre un punto de tensión o una sensación inusual”. Si el paciente reporta alguna sensación inusual, ésta será enfocada con series adicionales. Es posible que estas sensaciones desaparezcan con unas cuantas series sucesivas.

La fase de chequeo corporal llega a su fin cuando el paciente, teniendo en mente el suceso que es blanco del tratamiento y su CP, no encuentra ninguna tensión residual al recorrer su cuerpo. Si la persona llegara a reportar una sensación positiva o agradable, se podrán realizar sesiones adicionales para fortalecerla.

Las creencias positivas sobre uno mismo son importantes, pero deben ser creídas más allá del nivel intelectual.

I.7.7. Fase 7: CIERRE

En esta fase el terapeuta debe asegurarse de que el paciente salga al final de cada sesión mucho mejor de lo que estaba al inicio. El terapeuta deberá recordar al paciente que las imágenes, los pensamientos y las emociones perturbadoras que pudieran surgir entre cada sesión, evidencian que es necesario realizar un procesamiento ulterior, lo cual es un signo positivo. Si el procesamiento del hecho traumático no se completa en una sola sesión, el terapeuta asiste al paciente para usar una variedad de técnicas de auto relajación para recuperar la sensación de equilibrio, como por ejemplo el Ejercicio de Lugar Seguro, descrito anteriormente. En este caso se llama a esta Fase: Cierre de Sesión Incompleta.

Es importante que el terapeuta interrogue al paciente al finalizar cada sesión, sobre todo si el material no ha sido procesado completamente. Si el interrogatorio no se realiza de forma adecuada, es posible que el paciente se sienta bien luego de una sesión y suponga que todo ha terminado. Pero, si se presenta alguna perturbación entre sesiones, es posible que se considere un “ser dañado”, y puede llegar a ver esta situación como otro signo de su fracaso personal.

I.7.8. Fase 8: REEVALUACION

Esta fase tiene lugar al comienzo de cada sesión de terapia, después de la primera. El terapeuta chequea para asegurarse que los resultados positivos alcanzados (SUD bajo, VOC alto, ninguna tensión corporal) se han mantenido, identifica nuevas áreas que necesiten tratamiento, y continúa facilitando el procesamiento de los blancos adicionales.

Como en cualquier terapia, la reevaluación es vital para determinar el éxito del tratamiento con el correr del tiempo. Aunque con EMDR los pacientes pueden sentir alivio casi inmediatamente, es tan importante cumplir las 8 fases del tratamiento, como lo es cumplir con un tratamiento de antibióticos completo.

Si bien EMDR puede producir resultados más rápido que cualquier otra forma de terapia, la velocidad no es su meta principal, y es importante recordar que cada paciente tiene necesidades especiales y diferentes. Por ejemplo, un paciente puede necesitar semanas para establecer suficientes sentimientos de confianza, antes de empezar el procesamiento (fase 2), mientras que otro puede proceder rápidamente a

través de las seis primeras fases, hasta descubrir, en ese punto, que algo más importante necesita tratamiento.

CAPITULO II

Obesidad

II.1 Definición de la obesidad

En la actualidad no se cuenta con una definición objetiva de la obesidad, aunque la mayoría de los autores la consideran una enfermedad crónica (el paciente siempre puede recuperar el peso perdido) de etiología multifactorial, que se desarrolla a partir de la interacción de la influencia de factores sociales, conductuales, psicológicos, metabólicos, celulares y moleculares.

En términos generales, se define como un aumento de composición de grasa corporal. Este aumento se traduce en un incremento del peso y aunque no todo incremento del peso corporal es debido a un aumento del tejido adiposo, en la práctica médica el concepto de obesidad está relacionado con el peso corporal.

Cormillot define a esta dolencia como: "una enfermedad o grupo de enfermedades caracterizado por un exceso de tejido adiposo, cuyas células pueden aumentar en tamaño y/o número, y que tienen como resultado una disminución de la calidad de vida y en la salud de quienes la padecen"¹

La Organización Mundial de la Salud considera a la obesidad como una epidemia a nivel mundial que cada vez más afecta a una gran cantidad de personas sin distinción de edad.

¹ Cormillot, A. (1988). El Arte de adelgazar, Vergara Editor.

Asimismo, la OMS define el sobrepeso como un IMC (índice de masa corporal) igual o superior a 25, y la obesidad como un IMC igual o superior a 30. Estos umbrales sirven de referencia para las evaluaciones individuales, pero hay pruebas de que el riesgo de enfermedades crónicas en la población aumenta progresivamente a partir de un IMC de 21.

En la actualidad, el grado de obesidad se establece con relación al índice de masa corporal, por ser este valor el que mejor correlación tiene con el porcentaje de grasa corporal. Este índice fue rescatado en 1972 por Keys y pone en relación el peso expresado en kilos con la altura expresado en metros al cuadrado (peso kg/altura m al cuadrado). Este es el sistema clasificatorio más útil para el clínico y el que proporciona mayor información sobre las estrategias terapéuticas a emplear y pronóstico.

II.2. Criterios antropométricos para la evaluación de trastornos del comportamiento alimentario

Peso Normal	Sobrepeso	Obesidad Leve y Moderada	Obesidad Grave o Mórbida
1- Índice de masa corporal 20 a 25 kg/m ² .	1-Índice de masa corporal 25 a 30 kg/m ² .	1- Índice de masa corporal de 30 a 40 kg/m ² .	1- Índice de masa corporal por encima de 40 kg/m ² .
2- Peso corporal entre el 10% del límite inferior y el	2- Peso corporal entre el límite superior normal y un	2- Peso corporal entre el 20% y el 100% por encima	2- Peso corporal por encima del 100% del límite superior

10% del límite superior del peso normal promedio.	20% por encima de dicho límite.	del límite superior normal promedio.	normal.
3- Grasa corporal: Hasta un 20% del peso corporal para los hombres y hasta el 25% para las mujeres.	3- Grasa corporal: del 20% al 25% del peso corporal para los hombres y entre el 25% y el 30% para las mujeres.	3- Grasa corporal: del 25% al 30% del peso corporal para los hombres y entre el 30% al 35% para las mujeres.	3- Grasa corporal: superior al 30% del peso corporal para los hombres y al 35% para las mujeres.

II.3. Etiología de la obesidad

II.3.1. Factores genéticos

En la consideración de los factores patogénicos de la obesidad se deben tener en cuenta los aspectos genéticos, ya que es notorio que esta entidad tiende a mostrar una prevalencia familiar.

En caso de obesidad de uno de los progenitores, la mitad de la descendencia tiende al exceso de peso y si son obesos ambos progenitores, la frecuencia entre los hijos alcanza a los 2/3.

Se ha demostrado en estudios de gemelos idénticos suelen mantener pesos con una diferencia de un kilogramo entre sí a lo largo de toda la vida, si viven en

condiciones similares, y una diferencia de 2,5 kilogramos, si viven en condiciones muy diferentes.²

II.3.2. Factores hormonales

En la obesidad pueden observarse una serie de cambios hormonales, los cuales, sean de carácter primario o secundario, participan en la etiopatogenia del cuadro. Una vez presente constituyen factores importantes en su mantenimiento.

II.3.3. Factores psíquicos

De una manera espectacular, la obesidad parece desarrollarse bastante a menudo bajo la influencia de una tensión emocional prolongada de orden afectivo o ligada a condiciones de la vida social: dificultades económicas, preocupaciones, estrés. Estos casos se acompañan frecuentemente de sobrealimentación compensatoria, que parece no ser la única causa de la obesidad.

A esta afección se asocian trastornos neurovegetativos, del sueño del humor, digestivos circulatorios, de la sexualidad, etc³

Los estudios de pacientes obesos muestran que una gran proporción de la obesidad es el resultado de factores psicógenos. Quizás el factor psicógeno más frecuente que contribuye a la obesidad es la idea prevalente de que los hábitos alimentarios saludables requieren tres comidas al día, y que cada comida debe dejarlos llenos.

² Fuentenebro, F., Vázquez, C. (1990). Vol II. "Psiquiatría y Psicología clínica". Cap. 28. "Trastornos de la alimentación". Interamericana. Mc Graw- Hill.

³ Guyton, A. (2000). Tratado de Medicina. Interamérica. Mc Graw- Hill

A muchos niños pequeños les fuerzan en estos hábitos sus demasiados solícitos padres, y el niño continúa practicándolo toda la vida. Además se sabe que las personas ganan grandes cantidades de peso durante o después de situaciones estresantes, como la muerte de un familiar, una enfermedad grave, o una depresión mental. Parece que comer es a menudo un medio para liberar tensión⁴

Así, por ejemplo algunos autores han relacionado la obesidad con mayor depresión, menor asertividad y trastornos de la imagen corporal.

Las conclusiones en el ámbito de la obesidad infantil y juvenil no son muy diferente de las ya señaladas para la obesidad adulta. Así, aunque en algunos estudios se ha relacionado sobrepeso con una elevada insatisfacción corporal, baja autoestima y autoconcepto, elevada ansiedad, depresión, pero funcionamiento familiar, bajo ajuste social y competencia social, y mayor número de problemas de conducta.

Dentro de los factores psicológicos se debe tener en cuenta las investigaciones realizadas en función de los estados emocionales y la ingesta. La relación entre éstos surge por primera vez de forma desarrollada en la denominada hipótesis psicósomática de Kaplan y Kaplan (1957), según la cual la sobreingesta sería una conducta aprendida en la infancia, utilizada por el sujeto obeso para reducir su ansiedad. Más tarde, se sugirió que el sujeto obeso podría confundir estados emocionales internos con sensaciones de hambre, lo cual conduciría a una ingesta inadecuada.⁵

Después de una revisión de publicaciones sobre el tema se pudo llegar a la conclusión que los estados emocionales pueden jugar un papel relevante en la ingesta, sosteniendo la posibilidad de que estados emocionales negativos tales como enfado,

⁴ Fuentenebro, F., Vázquez, C. (1990). Vol II. "Psiquiatría y Psicología clínica". Cap. 28. "Trastornos de la alimentación". Interamericana. Mc Graw- Hill.

⁵ Apuntes de cátedra (1997). Materia Psicósomática

soledad, aburrimiento y depresión podrían llevar a un incremento de la ingesta de los obesos como medio de compensarlos.

II.3.4. Aspectos comportamentales

La elección de alimentos más calóricos o menos nutritivos por parte de los sujetos obesos ha sido objeto de estudios con resultados poco satisfactorios. En investigaciones de laboratorio no se encontraron diferencias importantes en referencia a la cantidad de alimento consumida. Otros estudios basados en observaciones en el medio natural han mostrado que, bajo ciertas circunstancias, los obesos elegían mayor cantidad total de alimento, o bien alimentos con mayor contenido calórico que sujetos de peso normal. Un estudio más específico mostraba que los obesos consumían mayor cantidad de alimento que las de peso normal si podían elegir libremente el menú a la par que seleccionaban más alimentos de elevado contenido calórico y poco nutritivos que los sujetos de peso normal.

Este y otros estudios posteriores, mostraban repetidamente la tendencia de que señales externas tales como gusto, olfato, ver a otros comiendo y el paso del tiempo, afectaban al control de la ingesta de los obesos en mayor medida que a la ingesta de los sujetos de peso normal, permitiendo concluir que los sujetos obesos eran relativamente insensibles a variaciones en sus correlatos fisiológicos de privación, pero altamente sensibles a señales externas relacionadas con la comida.

II.4. Consecuencias psicosociales de la obesidad

Juanita Gempeler en el libro “Obesidad: un enfoque integral” plantea que la presencia de obesidad en una persona implica un estigma social que habla de la “experiencia de ser obeso”. En este sentido se habla de factores psicológicos, más que biológicos.

En nuestra sociedad tiende a verse a las personas obesas como feas, poco atractivas y poco saludables, esto facilita el estigma social asociado a la enfermedad y crea un clima apto para el prejuicio y la discriminación.

Se valora tanto la delgadez, que el “hacer dietas” se ha convertido en una forma de vida. El cuerpo redondo, asociado a la crianza, a la nutrición del bebé, y otros aspectos del rol femenino fueron abandonados por un estilo de vida “delgado”, una sexualidad desligada de la reproducción, con la competencia y con el control, atributos que se requieren para sobrevivir en el mundo actual.

Máximo Ravenna describe **la personalidad adictiva** como aquella que no solo tiene necesidades físico-químicas sino también un estado emocional particular relacionado con factores químicos (neurotransmisores y neuroreceptores) conectados a los sentimientos y a las necesidades biológicas de cada individuo.

La enfermedad adictiva depende de cuatro elementos interrelacionados:

1. **objeto droga:** si bien la comida no tiene efectos tóxicos inmediatos ingerida en exceso abandona su función nutricional y placentera para transformarse en un elemento tóxico generando dependencia, enfermedad física y psíquica.

2. **la persona:** una de las características de la personalidad del obeso es que no tiene límites con su ingesta, ni con su cuerpo ni con su comportamiento, actuando en forma demandante, invasora y a la vez se deja invadir.

3. **la familia:** ciertas familias fomentan la adicción desde etapas tempranas, sobre todo aquellas donde está alterada la relación entre unos con otros.

4. **factores socioculturales:** la mirada y el gusto de los otros intervienen como una presión en el comportamiento social de la persona obesa y en su desempeño.

II.5. Abordajes cognoscitivos- comportamentales

Gempeler dice que los planteamientos del tratamiento integral de la obesidad nos llaman la atención sobre la necesidad de buscar dietas sanas y balanceadas, aumentar el ejercicio físico y mejorar la imagen corporal, lo cual es posible aun sin una pérdida de peso tan significativa.

Como ya planteamos al principio del capítulo, la obesidad es una enfermedad crónica, no es un problema de fuerza de voluntad, por lo tanto existe la posibilidad de que aparezcan recaídas, y éstas deben ser consideradas al proponer un tratamiento integral de la obesidad.

II.6. Modelo de prevención de Recaídas de Marlatt y Gordon

Este modelo fue desarrollado por Marlatt y Gordon en el año 1980, como un programa de automanejo o autocontrol para mejorar el mantenimiento de los procesos de cambio de hábitos. Este modelo combina habilidades de manejo comportamentales,

intervenciones cognoscitivas y procedimientos de cambio en el estilo de vida. Las recaídas deben considerarse como una parte del proceso de cambio del comportamiento y no como un resultado final del mismo.

El modelo está diseñado para el manejo de comportamientos adictivos y patrones de hábitos compulsivos con los cuales el individuo busca una gratificación inmediata. Esta experiencia es seguida de experiencias negativas un poco más demoradas, que incluyen malestar físico, desaprobación social, alteraciones de la autoestima y en el caso de la obesidad, aumento de peso.

Marlatt, citando a Bárbara Stenberg plantea que “con relación al control de peso, uno de los hechos más molestos es el de que sólo un porcentaje muy pequeño de sujetos logra perder peso, y de este porcentaje, sólo unas pocas personas logran mantenerlo a través del tiempo. La meta es lograr que, en relación a la comida, las personas logren un uso controlado de los alimentos y no una abstinencia”.

Marlatt plantea que las situaciones de riesgo más comunes son:

- a) Estados afectivos negativos como rabia, ansiedad, depresión, aburrimiento o frustración, así también como reacciones negativas a conflictos interpersonales.
- b) Situaciones sociales que se dan cuando el individuo se expone a la situación en la cual otras personas emiten el comportamiento que se está intentando controlar.
- c) Estados afectivos positivos, como sentirse bien, sobretodo debido a eventos interpersonales.

La prevención de recaídas implica entrenar al individuo e la identificación de las cadenas de acontecimientos que facilitan la aparición de los comportamientos de alto riesgo y en la generación e implementación de alternativas de manejo acordes.

Marlatt describe una variedad de intervenciones cognoscitivo-comportamentales utilizadas dentro del modelo de prevención de recaídas:

- Dar los individuos una conceptualización del proceso de recaídas y de las cadenas de acontecimientos implicadas.
- Evaluar y facilitar la motivación con énfasis particular en la autoeficacia y las expectativas de logro.
- Evaluar las situaciones de alto riesgo y entrenar a los sujetos en las habilidades de planeación y manejo de estrategias.
- Ayudar a los sujetos a identificar y modificar sus propias racionalizaciones y distorsiones cognoscitivas que pueden sabotear sus esfuerzos para mantener un cambio en el comportamiento.
- Reconceptualización de los errores que evitan la emisión de las conductas de manejo.
- Desarrollo de alternativas funcionales al comportamiento que debe ser evitado, para facilitar un estilo de vida balanceado.
- Utilización de imaginería para facilitar el “darse cuenta” de las habilidades de manejo.
- Identificación de redes de soporte sociales para apoyo en las crisis.
- Modificación de metas irreales para el cambio y establecimiento de metas fraccionadas manejables dentro del proceso.
- Concientización de la interacción de los hábitos relacionados con el estilo de vida y sus consecuencias.

En resumen, la prevención de recaídas es un abordaje cognoscitivo-comportamental de manejo preventivo diseñado para facilitar el mantenimiento del cambio de conducta.

II.7. Tratamiento de la Obesidad

La mayoría de los tratamientos aplicados en obesidad pertenecen a la Teoría Cognitivo Conductual y a la Teoría Psicoanalítica. La intervención psicológica para sobrepeso y obesidad (Boris, 2006) consta de una Evaluación y del Tratamiento propiamente dicho.

En la Evaluación se realiza una entrevista clínica que evalúa hábitos de alimentación y de vida, cadenas conductuales que favorecen el comer fuera de hora, pensamientos distorsionados relacionados con la comida y el peso, estrategias de afrontamiento del estrés, manejo de la ansiedad, ira, depresión, autoimagen, autoeficacia y autoestima, habilidades sociales, grado de motivación para el tratamiento. También en este punto de la intervención, se aplican técnicas, tales como Rorschach, H.T.P, Beck (cuando sea necesario).

Los objetivos del tratamiento son:

- Modificar los hábitos de alimentación y de vida poco saludables
- Desarrollar el autocontrol emocional

Estos objetivos se llevan a cabo a lo largo del tratamiento a partir de la Psicoeducación, el Entrenamiento en técnicas de Autocontrol, el Entrenamiento en Relajación, el Entrenamiento en Habilidades Sociales, Técnicas cognitivo conductuales tales como la Reestructuración Cognitiva (Beck) y las Autoinstrucciones

(Meinchembaum), el Entrenamiento en solución de problemas, el mejoramiento de la autoestima, la planificación del tiempo, y por último se realiza una re-evaluación.

➤ **Psicoeducación:**

- Entrega de información sobre el sobrepeso y las variables emocionales y conductuales asociadas
- tratamientos que existen, sus características, riesgos y efectividad
- importancia de una dieta equilibrada y del control de calorías
- influencia de las variables cognitivas y conductuales en la adquisición y mantenimiento de la obesidad: emociones (ansiedad, ira, depresión, aburrimiento), sedentarismo, afrontamiento de problemas de la vida cotidiana
- explicación detallada de las técnicas del programa

➤ **Entrenamiento en técnicas de autocontrol:**

- autorregistro de consumo de alimentos y situaciones en las que se consume
- autorregistro de actividad física, establecimiento de metas y submetas adecuadas
- control de los estímulos: comer despacio, en bocados pequeños, llevar a la mesa el plato ya servido, utilizar platos pequeños, comer siempre sentado, levantarse de la mesa al terminar, evitar disponer de alimentos peligrosos
- auto refuerzo: reforzar el esfuerzo
- registro semanal del peso

- **Entrenamiento en relajación:**
 - relajación autógena
 - técnicas de meditación
- **Entrenamiento en habilidades sociales:**
 - importante para aprender a comer en situaciones sociales, pedir menús hipocalóricos, rechazar alimentos peligrosos
 - desarrollo de la asertividad mediante ensayo cognitivo, uso de imágenes y modificación de supuestos que impiden ser asertivos: aprender a decir no, responder a las críticas, responder a un cumplido
- **Reestructuración Cognitiva (Beck) y Autoinstrucciones (Meichenbaum)**
 - aprender a detectar, analizar y cambiar pensamientos negativos, irracionales asociados a la ingesta o generadores de inseguridad o ansiedad
 - cambiar ideas irracionales y pensamientos automáticos que generan inseguridad y ansiedad
- **Entrenamiento en solución de problemas (D Zurilla y Golfried):**
 - se busca aprender a plantear los problemas como respuestas inadecuadas y no como situaciones imposibles
 - se busca conseguir la interrupción de cadenas conductuales que favorecen la ingesta especialmente fuera de horario: identificar las situaciones problemáticas; definir cuándo se presenta, cómo, qué hago; alternativas de solución, lluvia de ideas; selección de alternativas, según ventajas y desventajas; evaluar resultados
- **Mejorar la autoestima:**

Técnicas sugeridas:

- desarrollo de la autoestima: disminuir la autocrítica, la culpa, sacarse etiquetas negativas, conocer mejor las propias fortalezas, desarrollar sentido de autoeficacia
- hipnosis desarrollo de la autoestima
- hipnosis contextualización de recursos: fortalezas

➤ **Planificación del tiempo:**

- información sobre las ventajas de un adecuado aprovechamiento del tiempo
- evaluación y entrenamiento en la reorganización temporal diaria, con utilización de agenda y planificación a lo largo del tiempo de las distintas actividades

➤ **Post- tratamiento:**

- reevaluación
- feedback de cambios producidos

SEGUNDA PARTE

INVESTIGACION DE CAMPO

CAPÍTULO III

Marco metodológico

III. Marco Metodológico

El trabajo de tesina se enmarca dentro de la metodología cualitativa, ya que se intenta comprender e interpretar la realidad estudiada en función de la información aportada por el sujeto analizado a partir de la observación en vivo. El tipo de estudio realizado es descriptivo.

III.1. Objetivos y preguntas de investigación

Existen ciertos *interrogantes* a tener en cuenta en la investigación del tema elegido:

- ¿Se puede pensar a la obesidad como un trastorno psicossomático?
- ¿Puede existir a la base de la obesidad componentes psicotraumáticos que actúen como factores del circuito mantenedor del problema?
- ¿Cómo pueden contribuir los psicotraumas al mantenimiento de los síntomas de la obesidad?
- ¿Es posible abordar los componentes psicotraumáticos de la obesidad desde el modelo EMDR?
- ¿Se puede comprobar en un caso clínico de obesidad si una intervención bajo el modelo EMDR puede contribuir eficazmente a los fines nutricionales e integrales de su tratamiento?

A partir de estas preguntas, se proponen los siguientes objetivos:

- Analizar y conocer el Método Psicoterapéutico EMDR (Desensibilización y Reprogramación por medio del Movimiento Ocular Rápido).
- Explorar una nueva alternativa de abordaje para el tratamiento de la Obesidad.
- Analizar “en vivo” las distintas fases y elementos del método psicoterapéutico EMDR.
- Contribuir al marco teórico de investigaciones EMDR y sus aplicaciones específicas.

III.2. Tipo de investigación

De acuerdo a lo que se desea investigar, se podría enmarcar este trabajo como un *Estudio Descriptivo*, dado que se intenta describir cómo es y cómo se manifiesta el fenómeno de la obesidad. Se abordará el análisis individualizado de un sujeto, estudiándolo en profundidad, con la intención de descubrir sus particulares diferencias y circunstancias y enmarcarlas, posteriormente, en un contexto global de aplicación. También se explica y analiza el método psicoterapéutico EMDR y su funcionamiento.

III.3. Diseño de la investigación

Para poder responder a las preguntas de investigación, siguiendo los criterios de Sampieri, se estableció un diseño *no experimental transversal*, ya que el objetivo no era

manipular variables, sino observar el fenómeno en un determinado momento, tal y como se presenta.

III.4. Muestra y procedimiento metodológico

Se trabajó con una muestra *intencional, de un sujeto voluntario*, es decir, que la conformación de la muestra no fue azarosa, sino que el sujeto que compone la muestra fue elegido para ser incluido en la misma dado que presenta características que se quieren medir. Por esto mismo, es una muestra no probabilística, ya que no todos los miembros de la población, tenían las mismas posibilidades de conformar la muestra.

CAPITULO IV

Parte Práctica

A continuación se transcribe el protocolo de intervención de SAPSI (Sociedad Argentina de Psicotrauma, área científica EMDR), bajo cuyas premisas se desarrolla el tratamiento.

Se procedió a llenar los apartados con lo que los mismos requieren, durante la observación de las distintas sesiones (fueron 8 en total).

IV.1. Planilla de trabajo de supervisión

Estimado colega es importante que tenga en cuenta que el presente formulario representa una forma de ayudarlo a seguir su trabajo con EMDR de modo ordenado para usted y evaluar el trabajo con su supervisor. Le solicitamos tenga a bien completar íntegramente el presente formulario con la mayor precisión posible. Por eso le solicitamos que complete todos los puntos que solicita el mismo mencionando tanto los datos que SI ha completado como los que por alguna razón NO. Esto orientará nuestro trabajo y hará más fácil la tarea con el supervisor.

Este material es para uso exclusivo de los entrenados en EMDR y que han sido aprobados por entrenadores reconocidos por el EMDR Institute, Inc. (USA) y cuyos entrenamientos han sido auspiciados por la Sociedad Argentina de Psicotrauma.

Este formulario no reemplaza el manual de entrenamiento ni el libro de Francine Shapiro ni el uso de la ficha de trabajo. Solo es un modelo para consignar la información de un modo ordenado y adecuado para la supervisión.

Por favor recuerde la utilización de un nombre de fantasía cuando se refiera al paciente en función de preservar sus datos.

Por último esta propuesta está enmarcada en las nuevas condiciones para el entrenamiento en EMDR dado tanto por el EMDR Institute, Inc. (USA) como EMDR International Association (USA) que indican que el entrenamiento básico en EMDR consta de 50 horas (Parte 1, Parte 2 y supervisión entre ambos. Total 50 horas).

Este formulario está organizado de la siguiente manera:

- **Primera parte:** recolección de información del paciente e información sobre los síntomas con el propósito de evaluar un diagnóstico y comenzar a planificar el tratamiento.
- **Segunda parte:** buscar información sobre la estabilidad del paciente y las condiciones para iniciar el tratamiento. Planificación del tratamiento.
- **Tercera parte:** reevaluación y seguimiento.

No dude en consultar su manual en caso de dudas o dirigirse a su supervisor o referente en EMDR designado para tal fin.

IV.2. Hoja de evaluación clínica

IV.2.1 Primera Parte

IV.2.1.1 Fase 1: Historia Clínica (páginas 2 a 5 del Manual de entrenamiento)

- **Identificación del paciente:** MB **Sexo:** F
- **Edad:** 30 **Profesión:** administrativa **Escolaridad:** terciario incompleto
- **Terapeuta:** Lic. Prof. Walter Motilla
- **Lugar del tratamiento:** Consultorio Particular - Mendoza
- **Período de intervención EMDR:** 3 meses (inserto en un tratamiento psicoterapéutico general de mayor duración)
- **Motivo de consulta:** Paciente derivada por nutricionista en el contexto de un tratamiento interdisciplinario de Obesidad Mórbida.
- **Motivo de la derivación:** la paciente no logra controlar la ingesta excesiva y compulsiva de alimentos.
- **Descripción de los síntomas y disparadores, a partir del relato del paciente en la primera entrevista:** La paciente refiere padecer obesidad desde su adolescencia (aproximadamente desde sus 17 años). Sostiene que dicha obesidad fue “normal” (v.gr. no mórbida hasta la muerte de su progenitor, hecho que desencadena una obesidad descomunal de la que no puede salir a la fecha de consulta). De hecho no puede pesarse en balanzas ni básculas normales. Debe hacerlo en básculas

industriales en forma ocasional, siempre y cuando no se exponga a la mirada crítica de terceros.

En entrevista particular con la nutricionista, ésta refiere que la circunstancia de pesaje es una revictimización de la paciente en cuanto a las condiciones denigrantes en que debe hacerlo, por lo que decidió reducir los pesajes al mínimo indispensable y utilizar otros patrones de medida, como circunferencia abdominal, al menos en la etapa inicial del tratamiento.

La paciente refiere padecer diabetes reactiva a su obesidad, y muestra descompensaciones frecuentes en dicho trastorno, habida cuenta de su excesivo peso.

Refiere que debe dedicarse al cuidado de su madre, de la cual es hija única, siendo la madre su único familiar conviviente, persona bastante mayor para la edad de la paciente (77).

Refiere ser muy responsable en el cumplimiento de sus tareas laborales y no posee actividades recreativas ni sociales más allá del círculo familiar.

1) Consideraciones médicas

OK / Problema / Consultar

- **Circunstancias del embarazo y período puerperial:** normales
- **Medicación clínica:** recibe medicación antidiabética, insulina y medicación endocrinológica, ya que posee un desorden endócrino
- **Medicación Psiquiátrica:** No recibe
- **Consideraciones físicas o de salud a considerar (que puedan exacerbarse con el estrés):** es hipertensa

- **Dolor ocular que contraindique MO hasta que el clínico lo autorice (estimulación alternativa):** no presenta

2) **Consideraciones del momento para iniciar el tratamiento:**

OK / Problema / Consultar

- **Agenda de su vida cotidiana (familia, trabajo, otros):** Trabaja 10 hs diarias. Inició actividad física (ejercicios acuáticos). Dice que ninguna actividad la convence (aunque en realidad parece que evita exponerse físicamente). Finalmente se insertó en un grupo de adultos mayores en natación.
- **Disponibilidad tanto del terapeuta como del paciente para tener soporte y seguimiento:** Se establece una adecuada alianza terapéutica. La paciente tiene disponibilidad de acceder telefónicamente a asistencia en caso de necesitarlo. La madre mantiene un vínculo sobre-protector, siendo ella bastante saludable mentalmente.

3) **Escalas de evaluación administradas y resultados:**

Se le administró la FECI R (Ficha de evaluación clínica Integrativa, versión revisada del Dr. Roberto Opazo Castro –Chile– creador del Modelo Integrativo Supraparadigmatico), el MCMI III (Inventario Multiaxial Clínico de Millon)

Sus resultados principales fueron:

	Punt. Directa	Punt. Prevalencia	P- Prev. Ajustada
Patrones Clínicos de Personalidad			
1 Esquizoide	6	45	51
2A Evitativa	4	34	40
2B Depresiva	2	15	21
3 Dependiente	4	27	33
4 Histriónica	10	30	36
5 Narcisista	4	24	30
6A Antisocial	5	43	49
6B Agresiva (sádica)	7	52	58
7 Compulsiva	9	28	34
8A Negativista (pasivo-agresiva)	5	33	39
8B Autodestructiva	0	0	6
Patología Grave de la Personalidad			
S Esquizotípica	4	48	54
C Límite	3	26	32
P Paranoide	5	50	56
Síndromes Clínicos			
A Trastorno de Ansiedad	4	60	66
H Trastorno Somatomorfo	3	46	52
N Trastorno Bipolar	6	60	66
D Trastorno Distímico	2	20	26
B Dependencia del Alcohol	3	45	51
T Dependencia de Sustancias	4	60	66
R Trastorno por Estrés Postraumático	2	24	30
Síndromes Clínicos Graves			
SS Trastorno del Pensamiento	3	26	32
CC Depresión Mayor	2	24	30
PP Trastorno Delirante	1	60	66
Índices Modificadores			
X Sinceridad	55	17	17
Y Deseabilidad Social	6	28	28
Z Devaluación	6	47	47
V Validez	0		0
Omisiones	1		VÁLIDO

Las PREV iguales a 75 y 85 son consideradas puntos de corte:

- En las 14 escalas de T. de Personalidad (1 a P):

PREV=75 → Presencia de Rasgo clínico.

PREV=85 → Presencia de Trastorno.

- En las 10 escalas de Síndromes Clínicos (A a PP):

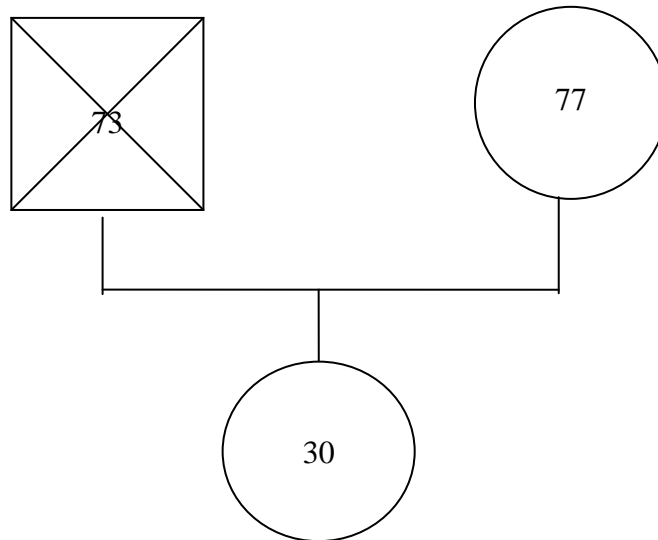
PREV=75 → Presencia del Síndrome

PREV=85 → Prominencia del Síndrome

De acuerdo a estos datos, la paciente no presenta ni rasgos clínicos, ni trastornos significativos, tanto a nivel de personalidad, como de posibles síndromes clínicos

4) Diagnóstico según el DSM IV: no presenta trastornos

GENOGRAMA



4) **Relación Paciente -Terapeuta, “Rapport”:** OK / Problema / Consultar

5) **Presentación Clínica:** el paciente presenta Estabilidad - Habilidad para manejar el estrés: OK / Problema / Consultar

a. **Disociación:** (los siguientes puntos permitirán evaluar la posibilidad tendencias disociativas en el paciente. No son concluyentes, sino que solo indican valoración que puede requerir de mayor información y una más exhaustiva evaluación)

No presenta signo-síntomas disociativos

b. **Psicoterapia anterior:** no ha realizado psicoterapia previa

c. **Despersonalización, Desrealización:** no presenta

d. **Blancos de memoria:** no presenta

e. **Flashbacks y Pensamientos intrusivos:** no presenta

f. **Síntomas somáticos:** no manifiesta, salvo la obesidad

g. **Ganancias secundarias:** no parece obtenerlas del cuadro

h. **Abuso de sustancias u otras amenazas contra su vida:** no presenta

i. **Conductas suicidas y parasuicidas:** no presenta

j. **Automutilaciones:** no presenta

k. **Atentados serios contra la vida:** no presenta

l. **Trastorno/s alimentarios:** ya se explicitó abundantemente

m. **Trastorno disociativo, trastorno serio o grave de personalidad, inestabilidad y riesgo psicológico:** no presenta

Planificación del tratamiento

Identificación de “blancos”, a través de presentar problemas y respuestas

IV.2.2. Segunda Parte

1. Presentando los problemas:

- **Conductuales:** ingesta desordenada y descontrolada de alimentos
- **Emocionales (ansiedades, depresión, ira, vergüenza, disforia, etc.):** talante disfórico, signos de vergüenza
- **Creencias negativas, creencias limitantes:**
 - No merezco ser amada
 - No soy suficientemente buena
 - Soy diferente
 - ***Debí haber hecho algo**
 - No puedo confiar en mí misma
 - No puedo proteger a otros, ni a mí misma
 - Debo ser perfecta, complacer a todos
- **Sensaciones: respuestas físicas (malestar, dolor, contracturas, tics, gestos automáticos, etc.) y respuestas somáticas:**

Malestar general (abatimiento)

Gestos de cruzar las manos por encima del vientre (cerca de la región cardíaca) apoyadas sobre la prominencia abdominal.

2. Duración:

- **¿El problema es reciente?** No
- **¿Cuál fue la última manifestación de la disfunción?** La disfunción es constante

3. Patrón de respuesta:

- **¿Cómo se manifiestan los problemas en el presente?** A nivel de ingestas excesivas, negaciones del problema. Aparente indiferencia a la obesidad.
- **¿Qué sería necesario hacer en el futuro?** Que logre autocontrol de ingesta para seguir plan alimentario terapéutico

4. Tolerancia al afecto / estabilización:

- **¿puede el paciente acceder a estados positivos?** Si

5. Blancos en tres tiempos:

- **Pasado (Recuerdos Fundantes):**

Muerte traumática del progenitor

Muerte de mascota de larga crianza muy significativa en lo vincular

➤ **Presente:**

Temor a la muerte de progenitora

➤ **Futuro:**

Controlar la ingesta con normalidad

➤ **Habilidades y recursos a desarrollar:**

- Tolerancia a la frustración
- Manejo de la ansiedad
- Tolerancia a las pérdidas
- Control de los hábitos alimentarios
- Desarrollo de estrategias de afrontamiento más adaptativas

IV.2.2.1.Fase 2: Preparación

1) **Establecimiento de recursos existentes:**

➤ **Experiencias positivas útiles:**

- **Fortaleza yoica** (cómo superó las crisis importantes de su vida):

La paciente debió superar la pérdida trágica de su progenitor, haciéndose cargo de todos los trámites (incluido el reconocimiento del cadáver).

Muestra entereza, fuertes creencias religiosas, actitud estoica y siempre se expresa pro-activamente con propensión a la resolución de problemas en términos generales.

- **Red de sostén** familiar y social.

Su progenitora es el único referente inmediato. Le sigue la familia extensa.

- **Capacidad para relajarse y auto-apaciguarse:**

La paciente adquirió en etapas anteriores del tratamiento técnicas y estrategias de auto-estabilización a través de la visualización, relajación, control respiratorio, mindfulness, entrenamiento autógeno de Schultz, entre otros.

- **Manejo de los afectos:**

La paciente se muestra cálida y expresiva en lo afectivo, aunque muy racional en ocasiones.

1) Informar sobre EMDR y conseguir el consentimiento del paciente

La paciente fue informada sobre alcances y particularidades del modelo y las estrategias de intervención y se protocolizó su consentimiento informado en la historia clínica.

2) Instrucciones Específicas

En una primera sesión de tratamiento EMDR se siguió el protocolo de intervención que Francine Shapiro prescribe, siguiendo la secuencia detallada de la fase uno.

3) Probar los movimientos bilaterales.

La paciente tolera movimientos oculares rápidos y horizontales que son los recomendados por Shapiro. Como alternativos eligió los circulares e infinitos (ocho invertido)

4) Señal de stop:

Se estableció como señal de pare la convencional de levantar la mano si la paciente lo necesitara en cualquier situación, ante lo cual se detendría totalmente el procedimiento.

5) Metáfora del “tren” o “nubes”:

La paciente prefiere la metáfora del tren.

- **Estabilización:** **OK / Problema / Consulta**

- **Adecuada estabilización y estrategias de control (el paciente debe tener un manejo adecuado de la perturbación durante y entre sesiones).**
La paciente puede estabilizarse per se y con técnicas ya adquiridas-

- **El paciente puede pedir ayuda:** **SI NO**

6) El lugar seguro. (Breve descripción y palabra clave):

La paciente eligió como lugar seguro un paisaje campestre con montañas y cabaña.

A partir de aquí el paciente iniciará la activación de su SPIA y esto requiere del tiempo de trabajo necesario para completar el proceso.

IV.2.2.2. Fase 3: Evaluación

Selección de Blanco/s: describa brevemente si ha encontrado dificultades en la selección de blanco/s. Si eligió entre varios blancos por qué.

Blanco seleccionado:

I: El momento em que reconoce el cadáver del padre

C: (CN) *“Debí haber hecho algo”*

(CP) *“Hice todo lo que pude”*

Voc: 3

E: Añoranza, Impotencia

SUDs: 8

S: Vergüenza

IV.2.2.3.Fase 4: Desensibilización:

Se procede a la desensibilización con sesión incompleta, reanudándose a la siguiente hasta llegar a un nivel de 1 ecológico de malestar Subjetivo (SUD) habida cuenta de que ver el cadáver del padre es una experiencia muy traumática y nunca va a llegar a 0 de malestar y 6 ecológico de valoración de la cognición (VOC) habida cuenta de que hizo lo que pudo, pero llegó cuando el padre estaba muerto.

Abreacción: SI NO

Habla demasiado: SI NO

Atascamiento o bloqueo: SI NO

Se la respuesta es **SI**, qué estrategias se usaron para salir del bloqueo

Se usó lugar seguro y abrazo de mariposa para salir del mismo.

IV.2.2.4.Fase 5: Instalación:

¿Hubo cambio de Cognición positiva? **SI NO**

¿Cuál fue la cognición Instalada?: “Hice lo que pude a pesar de la tragedia”

VI.2.2.5. Fase 6 - Chequeo corporal:

Hubo que procesar información corporal: **SI NO**

Sensaciones de malestar en la región abdominal

IV.2.2.6. Fase 7: Cierre

Se pudo hacer **un cierre de sesión completa:** **SI NO** en la primera sesión

Si es NO

Pasó a cierre de sesión incompleta: **SI NO**

Uso del contenedor: **SI NO**

Uso del lugar seguro: **SI NO**

Comentarios:

Se procedió a desvincular a la paciente del alto contenido traumático trabajado hasta asegurarse de su total estabilización emocional.

Se dio la consigna de llevar un diario durante la semana: **SI** **NO**

Debía consignar en el diario DICES:

Disparadores emocionales

Imágenes asociadas

Cogniciones asociadas

Emociones asociadas

Sensaciones Asociadas

Le informó del número al que llamar entre sesiones: **SI** **NO**

IV.2.2.7. Fase 8: Re – evaluación

IV.2.3. Tercera Parte

Progresos y cambios desde la última sesión:

Reducción de los signo-síntomas ansiosos aproximadamente en un 50%

Revisó con el paciente el diario de la semana: **SI** **NO**

SUDS sobre el blanco previo: 1

VOC sobre la Cognición Positiva previa: 6

Fase 2, Preparación:

Lugar seguro: Se siguió empleando el anterior

Contenedor: No hizo falta

Otros recursos: Se empleó respiración cuadrática (Ver anexos)

Metáfora: Del tren

Tipo de Estimulación: Movimientos oculares rápidos horizontales

Evaluación del Blanco

(para cada recuerdo relevante, disparador, patrón)

Tema: Se planteó la pérdida de una mascota querida, hecho que vivenció traumáticamente, ya que vivió mucho tiempo con ella.

Blanco: (recuerdo / disparador / patrón a futuro):

Recuerdo: Muerte del perro

Disparador: Cada vez que ve perros (eso le despierta voracidad oral)

Patrón a futuro: Manejar adaptativamente la reacción

Imagen: El perro muerto

CN: *“Debí haber hecho algo”*

CP: *“Hice lo que pude por darle una buena vida”*

VOC: 3

Emoción: añoranza, melancolía

SUDS: 5

Sensación: vacío

Procesamiento/ Notas de seguimiento

Recuerdos alimentadores / progresiones (otros recuerdos significativos que surjan):

Distintos episodios felices con el padre o la mascota

Temas referidos a nivel: responsabilidad / seguridad / opciones:

La paciente se muestra hiper-responsable en el cumplimiento de sus tareas (tal vez por efecto del SPIA del “*debí haber hecho algo...*”

Puntos de atascamiento: No presentó

Recursos usados (lugar seguro, contenedor, etc): ídem a las fases anteriores

Puntajes finales o de cierre (SUD, VOC, última imagen, pensamiento, etc):

SUD 1 ecológico (a pesar de tener otras mascotas, ninguna como la que perdió)

VOC 6 ecológico

¿Se cerró la sesión incompleta?: no

Discusión de posibles acciones o situaciones anticipadas:

“¿Cómo estamos?”

La paciente mostró evolución favorable reduciendo con el procedimiento al 50% su ansiedad y su ingesta alimentaria. Perdió 30 kg. Aproximadamente de peso y continúa.

Cuestiones de transferencia surgidas

La paciente muestra excelente rapport con el terapeuta y un nivel excelente de colaboración con el tratamiento a nivel de compromiso con la tarea.

Examinar las cuestiones de contratransferencia

El terapeuta refirió sentir movilización mayor con la cuestión de la mascota.

¿Qué se logró? (Percepción del clínico y del paciente):

Se lograron los objetivos de la técnica muy satisfactoriamente a opinión tanto del clínico como del paciente.

Feedback positivo transmitido al paciente en la revisión de la sesión (debriefing):

“Este es el comienzo de un nuevo camino que vos seguirás haciendo sola. Yo siempre estaré aquí para apoyarte cuando lo necesites, pero nunca olvides que la que camina sos vos. Debes estar siempre atenta a tu conducta alimentaria porque siempre se puede volver a descarriar. No olvides comer con los cubiertos en el plato, no en las manos como armas de guerra, cada vez que te lleves un bocado a la boca, dejalos en el plato y disfrutá el alimento, que no es una maratón. No olvides todos los esfuerzos que venís haciendo por recuperar tu salud. No olvides que la obesidad no es algo meramente estético, es una enfermedad grave, contra la que tenemos que luchar todos.”

¿Qué recurso se reforzó o qué técnica se encomendó para la estabilidad entre sesiones?:

Respiración cuadrática. Visualización. Lugar seguro. Ejercicios físicos relajantes. Esparcimiento.

CAPITULO V

Análisis de resultados

En función del objetivo “Explorar una nueva alternativa de abordaje para el tratamiento de la Obesidad” se analizó lo siguiente:

Como se pudo observar en este trabajo, el Método EMDR ha resultado ser idóneo para el abordaje de trastornos de obesidad mórbida, en particular de aquellos casos que posean variables o componentes psicógenos (en especial psicotraumáticos). EMDR permite a través del reprocesamiento del material traumático disfuncionalmente almacenado, acceder a un sistema de procesamiento de información adaptativo que sirva de base para reducir la ansiedad covariante con el trastorno.

Por lo expuesto anteriormente, se considera cumplido el objetivo de modo satisfactorio ya que se pudo comprobar en el caso clínico analizado, la eficacia de la técnica como parte de la batería de técnicas y estrategias utilizadas para el tratamiento de este trastorno.

Con respecto a los objetivos “Analizar y conocer el Método Psicoterapéutico EMDR (Desensibilización y Reprogramación por medio del Movimiento Ocular Rápido)”; y “Analizar “en vivo” las distintas fases y elementos del Método Psicoterapéutico EMDR”:

Tanto en el marco teórico, como en su aplicación al caso clínico analizado, se han podido observar los componentes esenciales, fases y recursos específicos del Método EMDR. Gracias a la observación “in situ” no participante, se han podido identificar todos estos elementos y fases de modo experiencial, lo que resulta indispensable en este método, ya que muchas de sus maniobras sólo son comprensibles

por observación directa, tanto para conocer, por ejemplo, los movimientos y procedimientos del terapeuta, como para observar las respuestas y procesamientos que expresa la paciente de este caso clínico. Por lo tanto, estos objetivos han sido logrados satisfactoriamente.

En función del objetivo específico “Contribuir al marco teórico de investigaciones EMDR y sus aplicaciones específicas” se analiza que:

El presente trabajo contribuye al permanentemente creciente marco teórico del modelo, el cual recibe aportaciones constantes desde los diversos lugares del mundo, ya que su difusión lo ha posicionado entre las técnicas de tratamiento de psicotrauma más usadas en la actualidad a nivel mundial. Las interacciones de EMDR, con trastornos específicos, como la obesidad mórbida psicógena, promueven un fértil campo de investigación que seguramente seguirá enriqueciéndose con futuras investigaciones.

El análisis del caso clínico contribuye a la investigación y marco teórico de EMDR, fundamentalmente como un aporte didáctico, permitiendo identificar cada uno de los componentes a través de todo el desarrollo de un tratamiento. Es sabido que el estudio de caso es una de las principales herramientas para la formación metodológica profesional, ya que baja a la realidad palpable todo el bagaje de conocimientos teóricos, epistemológicos y metodológicos propios del modelo.

En virtud de lo dicho, se considera el objetivo, cumplido satisfactoriamente.

En resumen, tanto los objetivos generales, como los específicos han visto satisfechas sus expectativas a través de la síntesis teórica que se propuso en el marco teórico de este trabajo, como en la secuencia metodológica descrita en el análisis del caso clínico.

CONCLUSIONES

Por su gran complejidad, el estudio de la obesidad mórbida y sus factores psicotraumáticos resulta un difícil desafío para los profesionales de la salud mental, tanto por las múltiples variables que se entrecruzan en su etiología y fenomenología, como por el estigma social que padecen quienes soportan el “peso” de ser diferentes en una sociedad altamente exitista y discriminatoria como la actual.

El carácter epidémico que muestra en la actualidad la obesidad en los países más desarrollados requiere de constantes y renovadas estrategias para su abordaje paliativo.

Vincular un método tan novedoso como EMDR a la propuesta de tratamiento interdisciplinario de la obesidad ha sido, tal vez, un objetivo ambicioso, pero estamos convencidos de que cualquier investigación que se realice en torno al abordaje psicológico que se suma al tratamiento de este trastorno, redundará en beneficio, al menos directo, para el logro de avances clínicos. Todos los estudios serios que se han realizado sobre los componentes psicológicos de la obesidad concluyen casi unánimemente en que tanto los componentes socioambientales, como las matrices de aprendizaje y los factores ansiógenos inciden de modo altamente significativo en la gravedad de la sintomatología de este trastorno alimentario y metabólico.

A lo largo de sus diferentes partes, este trabajo ha ido analizando, pormenorizando y ejemplificando, tanto los múltiples factores psicológicos conectados a la obesidad, como los tan apasionantes procedimientos que el método de la Dra. Francine Shapiro propone para el alivio de las dolencias mentales.

A ninguna persona le cabe duda que la obesidad representa per se un estigma humillante o vergonzoso para quien la padece, con consecuencias directas en la salud mental de los mismos. En particular, la obesidad representa, o bien un trauma con “T”, en palabras de Shapiro, o al menos una gran sumatoria de traumas con “t” que hacen el equivalente de un trauma con “T”. Por ello no es azaroso utilizar EMDR en su abordaje, para atenuar o paliar los efectos traumáticos que provoca en el paciente obeso.

De las múltiples heridas que una persona puede sufrir en su vida, generalmente las más profundas y dolorosas son las heridas psíquicas, y de esto, los pacientes obesos suelen relatar abundantes ejemplos que resultan un desafío para los psicólogos contemporáneos, quienes necesitan enriquecer su “cajón de sastre” con nuevas y útiles herramientas que contribuyan con su uso para abordar los aspectos más profundos del dolor que se esconden detrás de la coraza lípida con que se amortigua el cuerpo de un obeso.

Se deja abierta a futuras investigaciones, la tarea de ahondar en el método EMDR para el abordaje de la obesidad, y también el estudio de los factores psicológicos que, generalmente, co varían con la signo- sintomatología de la obesidad mórbida.

PROPUESTAS

Dejo abierta a futuros estudios la profundización del método psicoterapéutico EMDR. Estos estudios podrían indagar:

- La evaluación de la eficacia de EMDR en la reducción de la ansiedad y voracidad oral.
- La evaluación de la eficacia de EMDR en el control de los impulsos.
- La evaluación de la eficacia de EMDR en la instalación de cogniciones positivas favorecedoras de tratamiento.
- La evaluación comparativa de la aplicación del modelo EMDR con otros modelos terapéuticos en el tratamiento de la obesidad.
- La propuesta del desarrollo de nuevas herramientas complementarias de exploración y diagnóstico útiles al modelo EMDR.
- El desarrollo de métodos de indagación y detección de creencias negativas autolimitantes.

BIBLIOGRAFÍA

Apuntes de cátedra (1997). Materia Psicosomática

Blore, D. C. (1997) Use of EMDR to treat morbid jealousy: a case study. *British Journal of Nursing*, 6, 984-988.

Carlson, J. G., Chemtob, C. M., Rusnak, K. y Nedlund, N. L. (1996). EMDR treatment for combat PTSD. *Psychotherapy*, 33, 104-113.

Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crist- Christoph, P. Y otros (1998). Actualización de terapias empíricamente revalidadas. *Clinical Psychologist*, 58, 99-112.

Cormillot, Alberto, Fuchs, Analía. (2002). Obesidad y Dismorfología: otro punto de vista sobre una enfermedad crónica. Entrevista Actualidad Psicológica. Buenos Aires. Kohan.

Cormillot, A. (1988). El Arte de adelgazar, Vergara Editor.

Edmond, T., Rubin, A. y Wambach, K. G.(1999). The effectiveness of EMDR with adult female survivors of childhood sexual abuse. *Social Work Research*, 23, 103-116.

Fuentenebro, F., Vázquez, C. (1990). Vol II. "Psiquiatría y Psicología clínica". Cap. 28. "Trastornos de la alimentación". Interamericana. Mc Graw- Hill.

Goldstein, A. y Feske, U. (1994). EMDR for panic disorder: a case series. *Journal of Anxiety Disorders.*, 8, 351-362.

Guyton, A. (2000). Tratado de Medicina. Interamérica. Mc Graw- Hill

Hassard, A. (1993). Eye Movement desensitization of body image. *Behavioural Psychotherapy*, 21, 157-160.

Le Bow, Michael. (1986). Obesidad infantil, una nueva frontera de la Terapia Conductual. Buenos Aires. Ed. Paidós.

León, O. y Montero, I. (2003). Métodos de investigación en psicología y educación. España: Mc.Graw- Hill.

Lezcano, Rubén (2009). Entrenador Universitario EMDR Institute. Cuadernillo de Formación para Terapeutas Oficialmente Calificados. Nivel I y II. Buenos Aires.

Montero, Julio César. (1997). Obesidad en el adulto, etiopatogenia, fisiopatología, clínica y tratamiento. Buenos Aires. Ed. D&P.

Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: basic principles, protocols and procedures* (2 ed.). Nueva York: Guilford Press.

Shapiro, Francine. (2001). *EMDR: Desensibilización y reprocesamiento por medio del movimiento ocular*. México. Ed. Pax México.

Shapiro, F. Y Forrest, M. (1997). *EMDR the breakthrough therapy for overcoming anxiety, stress and trauma*. Nueva York, Basic Books.

Shapiro, Francine y Silk Forrest, Margot. (2007) *EMDR. Una Terapia Innovadora para superar la Ansiedad, el Estrés y el Trauma*. *Sociedad Argentina de Psicotrauma*. Editorial SAPsi. Buenos Aires.

Peirano, P., Algarín, C, Díaz, E., Garrido, M., Sic, T., Albala, C. (1999). *Obesidad: introduciendo los ritmos biológicos*. INTA. Universidad de Chile.

<http://www2.chass.ncsu.edu/garson/pa765/anova.htm>

www.msds.es/publicaciones/mmerck/MM_14_173.htm

ANEXOS

DESARROLLAR E INCREMENTAR UN LUGAR SEGURO / CALMO

Usar otras habilidades de afrontamiento si son más apropiadas para el paciente
(Ej. calma, control, coraje)

1. Imagen: *"Me gustaría que pensara en algún lugar donde ha estado o imagine estar donde se sienta calmo y seguro. Quizás en la playa o junto a un arroyo de montaña. (Pausa) ¿Dónde le gustaría estar?"*
-

2. Emociones y Sensaciones: *"Mientras piensa en ese lugar tranquilo, note qué ve, oye y siente en este momento (Pausa) ¿Qué nota?"*
-

3. Incrementar: *"Concéntrese en su lugar tranquilo: observe las imágenes, los sonidos, olores y sensaciones corporales. Cuénteme qué más nota."*
-

4. Movimientos Oculares: *“Traiga la imagen de ese lugar. Concéntrese en el lugar del cuerpo donde tiene sensaciones placenteras y permítase disfrutarlas. (Pausa). Ahora concéntrese en esas sensaciones y siga mis dedos (4 a 6 pases de MO). ¿Cómo se siente ahora?”*
-

En caso positivo: *“Concéntrese en eso (repetir MO) ¿Ahora qué nota?”;*
“¿Es completamente (100%) seguro / calmo?”

5. Palabra clave: *“¿Hay alguna palabra o frase que represente su lugar seguro? Piense en _____ y note los sentimientos positivos que tiene cuando piensa en esa palabra. Ahora concéntrese en esas sensaciones y en la palabra clave y siga mis dedos.”* (4 a 6 pases de EB) *¿Cómo se siente ahora?”* Repetir la secuencia varias veces. Aumentar los sentimientos positivos con MO varias veces.

6. Haciéndolo solo: *“Ahora me gustaría que dijera la palabra (frase) _____ y note cómo se siente.”* (EB)
-

7. Guiado con perturbación: *“Ahora imagine una pequeña molestia y note cómo se siente. (Pausa) Ahora evoque su lugar seguro _____ y note si hay algún cambio en su cuerpo.”* (EB)

8. Haciéndolo solo con perturbación: *“Ahora me gustaría que piense en otra molestia leve y evoque el lugar seguro por su cuenta. Una vez más, note especialmente los cambios en su cuerpo mientras se encuentra en su lugar seguro.”*

Práctica: *“Me gustaría que practique usando su lugar seguro de aquí hasta la próxima sesión, cada vez que se sienta un poco molesto. Note qué sucede y hablaremos sobre eso la próxima vez que nos veamos.”*

EL ABRAZO DE LA MARIPOSA

Por Lucina (Lucy) Artigas, M.A., M.T.,
e Ignacio Jarero, Ed.D., Ph.D., M.T.

El Abrazo de la Mariposa fue originado y desarrollado por Lucina (Lucy) Artigas, M.A, M.T. (Fundadora de nuestra Asociación), durante el trabajo realizado en Acapulco, Guerrero (México), con los sobrevivientes del huracán Paulina en 1997. (Artigas et al. 2000; Boel, 1999).

Por la creación y el desarrollo del Abrazo de la Mariposa, Lucina Artigas fue honrada con el Premio a la Innovación Creativa de la EMDR International Association (EMDRIA), en el año 2000.

El Abrazo de la Mariposa, es una Estimulación de Atención Dual (EAD) que consiste en cruzar los brazos sobre el pecho. La punta del dedo medio de cada mano debe de quedar bajo la clavícula y el resto de los dedos y la mano deben de cubrir el área que se encuentra debajo de la unión de la clavícula con el hombro y de la clavícula con el esternón. Una vez que ha cruzado los brazos sobre el pecho, puede entrelazar los dedos pulgares (formando el cuerpo de la mariposa) y al extender los dedos se formarán las alas de la mariposa.

El abrazo de la Mariposa estimula diversos puntos de acupuntura: Meridiano del Riñón 23,24,25,26 y 27 y Meridiano del Estómago 13,14,15,16 y 17. Cada uno de ellos con muchos beneficios.

Se pueden cerrar los ojos o tenerlos semiabiertos, viendo hacia la punta de la nariz.

A continuación, se mueven las manos en un ritmo alternado, como si fuera el aleteo de una mariposa.

Se respira suave y profundamente (respiración abdominal); mientras se observa lo que pasa por la mente y por el cuerpo (cogniciones, imágenes, sonidos, olores, afectos y sensaciones físicas). Sin cambiarlo, sin juzgarlo y sin reprimirlo. Como si observaran nubes que pasan en el cielo.

La duración de este ejercicio la elige el paciente.

Este método puede ser empleado en varios contextos, por ejemplo:

Para instalar el “Lugar Seguro/Tranquilo,” cuando haya que hacer estimulación bilateral (EB).

Para instalar afectos, cogniciones y sensaciones físicas positivas; asociadas con imágenes producidas por cualquier técnica o protocolo de desarrollo de recursos cuando haya que hacer estimulación bilateral (EB).

Durante el protocolo estándar de EMDR con niños y adultos, con el fin de facilitar el reprocesamiento de una o varias memorias traumáticas. Se piensa que el control que ejerce el paciente /cliente sobre su propia estimulación contralateral, puede ser un factor de empoderamiento que ayuda a la retención de la sensación de seguridad; mientras se procesan las memorias traumáticas.

Durante la exposición en vivo para procesar la experiencia. En la región guatemalteca del Quiché, las personas que presenciaron la inhumación de sus

familiares, usan el Abrazo de la Mariposa para auto confortarse y enfrentar la experiencia.

Durante el Protocolo Grupal e Integrativo con EMDR empleado para trabajar con niños y adultos sobrevivientes de eventos traumáticos como desastres naturales o provocados por el hombre, cuando el grupo está procesando el mismo evento. (Aduriz et al, 2009; Jarero et al 2006; Jarero, et al 2008; Jarero & Artigas, in press.).

Con niños palestinos en un campo para refugiados en la ciudad de Belem, el Protocolo Grupal e Integrativo con EMDR con el Abrazo de la Mariposa, pareció fortalecer la resiliencia de 8 niños expuestos a trauma de guerra continuado (Zaghrou-Hodali, Ferdoos, & Dodgson, 2008).

La Dra. Francine Shapiro (2001) menciona: “El Abrazo de la Mariposa se ha empleado con éxito para tratar grupos de niños traumatizados en México, Nicaragua y en los campos de refugiados de Kosovar” (P. 284).

Se ha observado que el empleo del Abrazo de la Mariposa durante la sesión clínica es auto-tranquilizante para muchos pacientes. Terapeutas han reportado el uso de este método simultáneamente con sus pacientes como una ayuda para prevenir la traumatización secundaria.

Una vez que los pacientes/clientes (adultos o niños), han aprendido este método, el profesional en salud mental puede instruirlos para que lo apliquen entre sesiones, ya sea para modular cualquier emoción perturbadora que aparezca o para regresar al “Lugar Seguro/Tranquilo”.

Otros clínicos han empleado este método como sustitución para tocar a los clientes / pacientes, diciéndoles: “Por favor, date un Abrazo de la Mariposa por mí”.

Clínicos han reportado que emplean el Abrazo de la Mariposa con clientes con egos debilitados; pues produce menos abreacción que otras técnicas de estimulación bilateral.

Maestras en una escuela en Guatemala, de niños cuya vivencia con su padre biológico es de desamor y de violencia; les dicen que pueden sentir el amor de su Padre Dios a través del Abrazo de la Mariposa.

En la tragedia de los 65 mineros muertos en Pasta de Conchos, Coahuila (México). Un paramédico logró estabilizar y salvarle la vida a un ingeniero en minas que empezaba a sufrir un infarto, pidiéndole que hiciera el Abrazo de la Mariposa.

Para Esti Bar-Sade (2009), “el Abrazo de la Mariposa se convierte en una clave/ancla de apego, pues está conectado al suave toque de mamá o papá, o a “un buen abrazo de amor”. (P. 292).

2009.

Este material está diseñado para apoyar su trabajo clínico. Asimismo, todo este material tiene derechos de autor. Las/los clínicos tienen permiso de usar esta información en su práctica clínica, sin embargo, este material no debe ser vendido ni modificado y siempre se deben dar todos los créditos a los autores.

Ante el innegable auge que en las últimas década viene teniendo el enfoque integrativo de las psicoterapias, se hace cada vez más necesario contar con herramientas que permitan llegar de modo eficiente a un psicodiagnostico preciso, que evalúe integralmente a todas las esferas involucradas en los procesos mentales.

FICHA DE EVALUACIÓN CLÍNICA INTEGRAL (VERSIÓN REVISADA)
(FECCI-R)

La presente Ficha de Evaluación procura recoger diversos antecedentes esenciales para su mejor atención clínica.

Iniciar un trabajo psicoterapéutico o de desarrollo psicológico implica una decisión importante, que supone una motivación para la revisión personal. Más aún, la investigación psicológica actual, demuestra que el proceso de psicoterapia se ve sustancialmente enriquecido, cuando existe una participación activa y comprometida por parte de la persona que consulta.

El presente cuestionario requiere precisamente de su participación activa. Dada la extensión de éste, Ud. podrá responderlo en dos o más etapas si así lo desea. Lo fundamental es que se concentre en las preguntas y respuestas ya que este esfuerzo redundará en su propio beneficio.

Es comprensible que Ud. quiera estar informado/a sobre el uso dado a esta información sobre sí mismo/a, porque toda o gran parte de ella es altamente privada. Nuestro archivo de historias personales es estrictamente confidencial. **ESTÁ TOTALMENTE PROHIBIDO QUE TERCERAS PERSONAS CONOZCAN ESTE INFORME SIN SU PERMISO ESCRITO.**

Por favor, responda con interés y veracidad, en la seguridad que estos antecedentes tendrán un carácter absolutamente confidencial. Trate de responder a todas las preguntas.

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nº FICHA.....

Terapeuta..... Fecha...../...../.....

1. Nombre completo.....

2. Sexo M F D.N.I.....

3. Edad

4. Fecha y lugar de nacimiento.....

5. Estado civil Soltero Casado por 2º vez
 Casado Conviviente
 Separado Otro

6. Dirección particular

7. Teléfono de casaTeléfono de oficina.....

8. Celular.....

9. Ocupación actual.....

10. Profesión u oficio.....

II. ANTECEDENTES INICIALES

1. Señale brevemente las razones que lo han traído a consultar

.....
.....
.....
.....
.....

2. La decisión de consultar en esta oportunidad la adoptó:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Por iniciativa propia | <input type="checkbox"/> A. Psicólogo |
| <input type="checkbox"/> 2. Por sugerencias de familiares | <input type="checkbox"/> B. Psiquiatra |
| <input type="checkbox"/> 3. Por sugerencias de amigos | <input type="checkbox"/> C. Neurólogo |
| <input type="checkbox"/> 4. Por presión familiar | <input type="checkbox"/> D. Médico de otra especialidad |
| <input type="checkbox"/> 5. Por sugerencia de otro profesional: | <input type="checkbox"/> E. Otro..... |

3. ¿Cómo evalúa Ud. la severidad de sus problemas actuales?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Muy poco severos | <input type="checkbox"/> 4. Muy severos |
| <input type="checkbox"/> 2. Poco severos | <input type="checkbox"/> 5. Incapacitantes |
| <input type="checkbox"/> 3. Severos | |

4. ¿Cuál cree Ud. que es la o las causas que originaron el o los problemas por los que consulta?

.....

.....

.....

.....

5. ¿Ha consultado anteriormente a algún psicólogo, psiquiatra o neurólogo? Explique cuándo y por qué

.....

.....

.....

6. ¿Qué intentó hacer para solucionar sus problemas?

.....

.....

.....

7. En el recuadro siguiente escriba y/o dibuje una descripción de sí mismo

<p>Yo soy ...</p>	<p>Un dibujo que me represente es...</p>
--------------------------	---

8. De la siguiente lista, marque los síntomas que Ud. presenta con frecuencia en la actualidad

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Problemas de atención y concentración <input type="checkbox"/> 2. Angustia <input type="checkbox"/> 3. Problemas de memoria <input type="checkbox"/> 4. Insomnio <input type="checkbox"/> 5. Exceso de sueño <input type="checkbox"/> 6. Pesadillas <input type="checkbox"/> 7. Sonambulismo <input type="checkbox"/> 8. Aburrimiento <input type="checkbox"/> 9. Irritabilidad <input type="checkbox"/> 10. Mareos <input type="checkbox"/> 11. Cefaleas (dolores de cabeza) <input type="checkbox"/> 12. Vómitos <input type="checkbox"/> 13. Diarreas <input type="checkbox"/> 14. Desmayos <input type="checkbox"/> 15. Constipación <input type="checkbox"/> 16. Taquicardia <input type="checkbox"/> 17. Arritmia 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 27. Sentimiento de culpa <input type="checkbox"/> 28. Tartamudez <input type="checkbox"/> 29. Alteraciones menstruales <input type="checkbox"/> 30. Impotencia sexual <input type="checkbox"/> 31. Frigidez <input type="checkbox"/> 32. Eyaculación precoz <input type="checkbox"/> 33. Dolor vaginal al tener relaciones sexuales <input type="checkbox"/> 34. Poco deseo sexual <input type="checkbox"/> 35. Tics <input type="checkbox"/> 36. Se fatiga fácilmente <input type="checkbox"/> 37. Llanto <input type="checkbox"/> 38. Desánimo <input type="checkbox"/> 39. Pena <input type="checkbox"/> 40. Consumo excesivo de alcohol <input type="checkbox"/> 41. Consumo de drogas no legales <input type="checkbox"/> 42. Hipocondría (tendencia excesiva a atribuirse enfermedades)
---	---

<input type="checkbox"/> 18. Transpiración de las manos <input type="checkbox"/> 19. Onicofagia (se come las uñas o cutículas) <input type="checkbox"/> 20. Temblor en las manos <input type="checkbox"/> 21. Bruxismo (aprieta la mandíbula para dormir) <input type="checkbox"/> 22. Come en exceso <input type="checkbox"/> 23. Inapetencia <input type="checkbox"/> 24. Sequedad bucal <input type="checkbox"/> 25. Ideas obsesivas <input type="checkbox"/> 26. Ideas de suicidio	<input type="checkbox"/> 43. Miedos desproporcionados a: <input type="checkbox"/> 1. Las alturas <input type="checkbox"/> 2. Los espacios cerrados <input type="checkbox"/> 3. Viajar en avión <input type="checkbox"/> 4. Ver sangre <input type="checkbox"/> 5. Los espacios abiertos <input type="checkbox"/> 6. Otros..... <input type="checkbox"/> 44. Otros.....
--	---

9. En el recuadro siguiente relate lo que, en su opinión, ha sido el momento o las experiencias más difíciles y/o traumáticas que haya vivido hasta ahora

10. Marque si le han hecho alguno de los siguientes diagnósticos:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Trastorno depresivo
<input type="checkbox"/> 2. Trastorno de ansiedad
<input type="checkbox"/> 3. Trastorno obsesivo compulsivo
<input type="checkbox"/> 4. Trastorno psicossomático.
<input type="checkbox"/> 5. Disfunción sexual
<input type="checkbox"/> 6. Trastorno de la alimentación
<input type="checkbox"/> A. Anorexia
<input type="checkbox"/> B. Bulimia
<input type="checkbox"/> 7. Alcoholismo
<input type="checkbox"/> 8. Adicción a drogas | <input type="checkbox"/> 9. Crisis de pánico
<input type="checkbox"/> 10. Fobias
<input type="checkbox"/> 11. Trastorno de personalidad
Cuál.....
<input type="checkbox"/> 12. Síndrome de déficit atencional
<input type="checkbox"/> 13. Trastorno bipolar
<input type="checkbox"/> 14. Esquizofrenia
<input type="checkbox"/> 15. Intentos de suicidios
<input type="checkbox"/> 16. Otros..... |
|--|--|

Si ha marcado alguno, explique

.....

.....

11. A continuación se enumeran diversas características a las que se da el nombre de rasgos de personalidad. Cada rasgo se presenta en un continuo con dos polos extremos. Haga un círculo en el número de cada continuo en el que usted se ubica. El número 2 indica que tiene acentuado el rango hacia ese polo y el 0 indica que se ubica entre ambos polos. Responda a todas las preguntas y haga un solo círculo en cada continuo.

1	Egoísta	2	1	0	1	2	Poco egoísta
2	Introvertido	2	1	0	1	2	Extrovertido
3	Dominante	2	1	0	1	2	Sumiso
4	Competitivo	2	1	0	1	2	Poco competitivo
5	Tolerante	2	1	0	1	2	Intolerante
6	Optimista	2	1	0	1	2	Pesimista
7	Pacífico	2	1	0	1	2	Agresivo
8	Celoso	2	1	0	1	2	No celoso
9	Confiado	2	1	0	1	2	Desconfiado
10	Cariñoso	2	1	0	1	2	Frío
11	Pasivo	2	1	0	1	2	Activo
12	Alegre	2	1	0	1	2	Triste

13	Perfeccionista	2	1	0	1	2	Descuidado
14	Gastador	2	1	0	1	2	Ahorrativo
15	Ambicioso	2	1	0	1	2	Sin ambiciones
16	Tenso	2	1	0	1	2	Relajado
17	Tímido	2	1	0	1	2	Poco tímido
18	Impulsivo	2	1	0	1	2	Sobre-controlado
19	Independiente	2	1	0	1	2	Dependiente
20	Paciente	2	1	0	1	2	Impaciente
21	Flexible	2	1	0	1	2	Rígido
22	Físicamente atractivo	2	1	0	1	2	Físicamente poco atractivo
23	Honesto	2	1	0	1	2	Deshonesto
24	Seguro	2	1	0	1	2	Inseguro
25	Simpático	2	1	0	1	2	Antipático
26	Responsable	2	1	0	1	2	Irresponsable
27	Estable	2	1	0	1	2	Inestable
28	Inteligente	2	1	0	1	2	Poco inteligente
29	Trabajador	2	1	0	1	2	Flojo
30	Exitoso	2	1	0	1	2	Fracasado
Comentarios							
.....							
.....							
.....							
.....							
.....							

12. ¿Qué espera Ud. de un psicólogo?

.....

.....

.....

13. ¿Qué cualidades debe tener un terapeuta ideal?

.....

.....

.....

14. Indique su grado de confianza en la eficacia de la psicoterapia o de los tratamientos psicológicos

- 1. Mucha
- 2. Bastante
- 3. Relativa
- 4. Poca
- 5. Muy poca

III. SISTEMA BIO-CLÍNICO

1. ¿Algún miembro de su familia sanguínea (padres, hermanos, abuelos, primos, tíos, etc.) ha tenido algún tipo de alteración psicológica o enfermedad mental? Especifique el parentesco y el tipo de alteración o enfermedad mental.

.....

.....

.....

2. Embarazo: ¿Sabe Ud. si su madre tuvo problemas cuando lo esperaba? Especifique

.....

.....

.....

3. Cuando Ud. nació, el parto fue:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Normal | <input type="checkbox"/> 5. Con principio de asfixia |
| <input type="checkbox"/> 2. Prematuro | <input type="checkbox"/> 6. Con fórceps |
| <input type="checkbox"/> 3. Tardío | <input type="checkbox"/> 7. Otros |
| <input type="checkbox"/> 4. Por cesárea | |

4. Indique si cuando niño tuvo alguno de los siguientes problemas

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Para aprender a andar | <input type="checkbox"/> 7. Trastornos del sueño |
| <input type="checkbox"/> 2. Para aprender a hablar | <input type="checkbox"/> 8. Déficit atencional |
| <input type="checkbox"/> 3. Para aprender a leer y escribir | <input type="checkbox"/> 9. Fobia o temores |
| <input type="checkbox"/> 4. Para aprender a controlar esfínteres | <input type="checkbox"/> 10. Otros..... |
| <input type="checkbox"/> 5. Hiperactividad o hiperkinesia | |
| <input type="checkbox"/> 6. Dislexia | |

Si ha marcado alguno comente

.....

.....

.....

5. Marque si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o desajustes

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Meningitis | <input type="checkbox"/> 5. Hipertiroidismo |
| <input type="checkbox"/> 2. Traumatismo encéfalo-craneano | <input type="checkbox"/> 6. Hipotiroidismo |
| <input type="checkbox"/> 3. Epilepsia | <input type="checkbox"/> 7. Bocio |
| <input type="checkbox"/> 4. Diabetes | <input type="checkbox"/> 8. Cardiopatías |
| <input type="checkbox"/> 9. Hipertensión arterial | <input type="checkbox"/> 14. Colon irritable |
| <input type="checkbox"/> 10. Tumores | <input type="checkbox"/> 15. Artritis reumatoidea |
| <input type="checkbox"/> 11. Asma bronquial | <input type="checkbox"/> 16. Psoriasis |
| <input type="checkbox"/> 12. Alergias | <input type="checkbox"/> 17. Otros |
| <input type="checkbox"/> 13. Úlceras | |

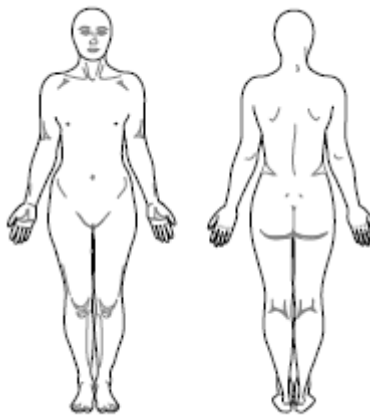
Si ha marcado alguno comente.....

.....

.....

6. Somatizaciones

A veces, cuando uno siente un malestar psicológico, puede afectar al cuerpo (somatizaciones). Si ese es su caso, indique en el esquema anterior en qué áreas siente perturbaciones, molestias o dolores y especifique sacando flechas el tipo de perturbación sentida, su intensidad (leve, moderado, fuerte, muy fuerte, insoportable) y su duración (periódico, repetitivo, insistente, interminable).



7. A algunas personas les ocurre que a veces están en un lugar en el que saben que no han estado nunca antes, sin embargo les parece que sí han estado. ¿Le ha ocurrido esto a Ud.?

1. Sí 2. No

8. ¿Alguna vez intentó suicidarse? En caso afirmativo indique motivos y modo.....

.....
 20. En su opinión su salud física actual es:

1. Excelente 4. Mala
 2. Buena 5. Muy mala
 3. Regular

En caso de que Ud. tenga problemas de salud, explique

.....

.....
 21. El cuestionario siguiente se refiere al modo en que Ud. piensa, siente y actúa. Responda cada pregunta poniendo una X en el casillero correspondiente. No hay repuestas buenas o malas. Trabaje rápidamente y no piense mucho sobre el significado exacto de cada pregunta. Trate de responder todas las preguntas.

E.P.Q. (Hans Eysenck)

PREGUNTA	S Í	N O	PREGUNTA	S Í	N O
1. ¿Ocupa mucho tiempo libre dedicándose a muchas actividades diferentes?			52. ¿Se preocupa por su salud?		
2. Se detiene a pensar las cosas antes de hacerlas?			53. ¿Alguna vez ha contado cosas malas o desagradables de alguien?		
3. ¿Su estado de ánimo sube o baja con frecuencia?			54. ¿Le gusta contar anécdotas o historias divertidas a sus amigos?		
4. ¿Ha aceptado alguna vez elogios por una cosa que ha hecho otro?			55. ¿Le da lo mismo la mayoría de las cosas?		
5. ¿Es una persona conservadora?			56. ¿A veces esta decaído?		
6. ¿Le preocupa tener deudas?			57. ¿De pequeño alguna vez se comportó irrespetuosamente con sus padres?		
7. ¿Algunas veces se siente desdichado sin motivo alguno?			58. ¿Le gusta juntarse con gente?		
8. En la mesa, ¿se ha servido alguna vez más de lo que correspondía o ha comido más de lo que sería apropiado?			59. ¿Le preocupa si sabe que hay fallas en Ud. o en su trabajo?		
9. ¿Se asegura cuidadosamente de que la puerta de su casa esté cerrada de noche?			60. ¿Sufre de insomnio?		
10. ¿Normalmente es una persona animada?			61. ¿Siempre se lava las manos antes de comer?		
11. ¿Le afectaría mucho ver sufrir a un niño o a un animal?			62. ¿Casi siempre tiene una respuesta oportuna cuando le hablan?		
12. ¿Se preocupa frecuentemente de cosas que debió haber dicho o hecho?			63. ¿Le gusta llegar a las citas con tiempo de sobra?		
13. Si Ud. dice que hará una cosa ¿siempre mantiene su promesa sin importar le las molestias que eso le pudiera ocasionar?			64. ¿Se ha sentido frecuentemente apático y cansado sin motivo?		
14. ¿Le divertiría saltar con un paracaídas?			65. ¿Alguna vez ha hecho trampa jugando?		
15. ¿Generalmente puede divertirse y pasarlo bien en una fiesta animada?			66. ¿Le gusta hacer cosas donde haya que actuar rápidamente?		
16. ¿Es una persona irritable?			67. ¿Es (o fue) su madre una buena mujer?		
17. ¿Alguna vez ha culpado a alguien sabiendo realmente que la culpa era de Ud. mismo?			68. ¿Piensa frecuentemente que la vida es muy aburrida?		

18. ¿Le gusta conocer gente nueva?		69. ¿Alguna vez se ha aprovechado de alguien?		
19. ¿encuentra conveniente ahorrar y estar asegurado?		70. ¿Frecuentemente se compromete a hacer más actividades de las que puede hacer?		
20. ¿Son heridos fácilmente sus sentimientos?		71. ¿Hay mucha gente que trata de evitarlo?		
21. ¿Son todas sus costumbres buenas y deseables?		72. ¿Se preocupa mucho por su aspecto físico?		
22. ¿Tiende a mantenerse en un segundo plano en las ocasiones sociales?		73. ¿Siempre es educado, aun con gente desagradable?		
23. ¿Tomaría drogas que pudieran tener efectos dañinos o peligrosos?		74. ¿Cree que la gente pierde mucho tiempo salvaguardando su futuro con ahorros y provisiones?		
24. ¿Se siente frecuentemente cansado de todo?		75. ¿Ha deseado alguna vez estar muerto?		
25. ¿Alguna vez ha tomado alguna cosa que sea de otro?		76. ¿Evadiría los impuestos si estuviese seguro de que no sería descubierto nunca?		
26. ¿Le gusta mucho salir de casa?		77. ¿Es capaz de mantener el ambiente de una fiesta?		
27. ¿Le divierte mucho hacerle daño a la gente que estima?		78. ¿Se preocupa de no ser brusco con la gente?		
28. ¿Frecuentemente está preocupado por sentimientos de culpa?		79. ¿Se preocupa mucho tiempo luego de haber tenido una experiencia desagradable?		
29. ¿A veces conversa de cosas que no conoce en absoluto?		80. ¿Alguna vez ha insistido en salirse con la suya?		
30. ¿Le gustaría pasar más tiempo leyendo que reuniéndose con gente?		81. Cuándo toma un micro para viajar ¿llega frecuentemente a último momento?		
31. ¿Tiene amigos que quieran dañarlo?		82. ¿Sufre de los nervios?		
32. ¿Se considera una persona nerviosa?		83. ¿Alguna vez ha dicho cosas con la intención de herir los sentimientos de otros?		
33. ¿Siempre se disculpa cuando se ha portado como mal educado?		84. ¿Detesta estar en un grupo de gente que hace bromas ofensivas entre ellos?		
34. ¿Tiene muchos amigos?		85. ¿Sus amistades se terminan fácilmente, sin que sea culpa suya?		
35. ¿Le divierte hacer bromas que a veces pueden dañar a la gente?		86. ¿Frecuentemente se siente solo?		
36. ¿Está permanentemente preocupado por algo?		87. ¿Hace siempre lo que predica?		
37. ¿De pequeño hacia las cosas tal y como le decían, sin protestar?		88. ¿A veces le gusta molestar a los animales?		
38. ¿Se considera una persona despreocupada?		89. ¿Se ofende fácilmente si encuentran defectos en Ud. o en su trabajo?		
39. ¿La buena educación y la limpieza son muy importantes para Ud.?		90. La vida sin peligros sería muy aburrida para Ud.?		
40. ¿Se inquieta por cosas terribles que pudieran suceder?		91. ¿Alguna vez ha llegado tarde a una cita o al trabajo?		

41. ¿Alguna vez ha roto o perdido alguna cosa que sea de otro?			92. ¿Le gusta tener mucha actividad o animación a su alrededor?		
42. ¿Generalmente toma la iniciativa para hacer nuevos amigos?			93. ¿Le gustaría que otros le tuviesen miedo?		
43. ¿Puede comprender fácilmente como se sienten las personas cuando le cuentan sus problemas?			94. ¿A veces le sobra energía y otras se siente muy desganado?		
44. ¿Se considera muy excitable o tenso?			95. ¿A veces deja para mañana lo que debería haber hecho hoy?		
45. ¿Tira al suelo papeles cuando no hay papeleros a mano?			96. ¿La gente piensa que Ud. es una persona muy amable?		
46. ¿Se mantiene generalmente tranquilo cuando esta con otra gente?			97. ¿Le dice a la gente muchas mentiras?		
47. ¿Piensa que el matrimonio está pasado de moda y que debiera ser suprimido?			98. ¿Le afectan fácilmente las cosas?		
48. ¿Siente lastima por Ud. mismo de vez en cuando?			99. Cuando se ha equivocado ¿siempre está dispuesto a reconocerlo?		
49. ¿A veces presume un poco de sus cualidades?			100. ¿Sentiría mucha compasión por un animal cazado en una trampa?		
50. ¿Puede dar fácilmente un poco de animación a una fiesta un poco aburrída?			101. ¿Le ha sido muy difícil llenar este cuestionario?		
51. ¿Le molesta la gente que conduce con demasiada cautela?			COMPRUBE QUE HA RESPONDIDO A TODAS LAS PREGUNTAS		

IV. HISTORIA FAMILIAR

1. Su padre ¿vive? 1. Sí 2. No

2. Si falleció indique cuál fue la causa y qué edad tenía Ud.

.....

.....

3. Indique la profesión u ocupación de su padre

.....

.....

4. Haciendo un balance general, evalúe la calidad de la relación con su padre:

1	Cercana	2	1	0	1	2	Lejana
2	Afectuosa	2	1	0	1	2	Fría
3	Buena Comunicación	2	1	0	1	2	Mala Comunicación
4	Estable	2	1	0	1	2	Inestable
5	Poco conflictiva	2	1	0	1	2	Conflictiva

Comentarios:

.....

.....

.....

5. Su madre ¿vive? 1. Sí 2. No

6. Si falleció indique cuál fue la causa y qué edad tenía Ud.

.....

.....

7. Indique la profesión u ocupación de su madre:

.....

.....

8. Haciendo un balance general, evalúe la calidad de la relación con su madre:

1	Cercana	2	1	0	1	2	Lejana
2	Afectuosa	2	1	0	1	2	Fría
3	Buena Comunicación	2	1	0	1	2	Mala Comunicación

4	Estable	2	1	0	1	2	Inestable
5	Poco conflictiva	2	1	0	1	2	Conflictiva

Comentarios:

9. ¿Con quiénes se crió Ud.?

1. Con sus padres
 2. Con otras personas (especifique)

10. Sus padres ¿se separaron? 1. Sí 2. No

En caso afirmativo, indique las causas y la edad que Ud. tenía

11. En el proceso de formación de un niño, los padres, profesores, etc., utilizan diversos sistemas de premios y castigos.

En su formación:

1. Predominaron los premios sobre los castigos
 2. Hubo equivalencias de premios y castigos
 3. Predominaron los castigos

Explique la forma en que era premiado/castigado

12. Haciendo una evaluación global de su infancia, Ud. considera que fue un niño:

1. Muy regalón 4. Poco Regalón
 2. Regalón 5. No fue regalón
 3. Relativamente Regalón

13. Haciendo una evaluación global del estilo y característica de cada uno de sus padres, marque de 1 a 5 (siendo 1= poco y 5 = mucho) como fueron en cada una de las siguientes características:

PADRE		MADRE
1-2-3-4-5	CARIÑOSO	1-2-3-4-5
1-2-3-4-5	COMPENSIVO	1-2-3-4-5
1-2-3-4-5	CASTIGADOR	1-2-3-4-5
1-2-3-4-5	INTELIGENTE	1-2-3-4-5
1-2-3-4-5	IRRITABLE	1-2-3-4-5
1-2-3-4-5	FLEXIBLE	1-2-3-4-5
1-2-3-4-5	SOCIABLE	1-2-3-4-5
1-2-3-4-5	HONESTO	1-2-3-4-5
1-2-3-4-5	EGOISTA	1-2-3-4-5
1-2-3-4-5	SOBREPROTECTOR	1-2-3-4-5
1-2-3-4-5	PESIMISTA	1-2-3-4-5
1-2-3-4-5	IMPULSIVO	1-2-3-4-5
1-2-3-4-5	ESTABLE	1-2-3-4-5
1-2-3-4-5	AUTORITARIO	1-2-3-4-5
1-2-3-4-5	TIMIDO	1-2-3-4-5
1-2-3-4-5	MANEJADOR Y TEATRAL	1-2-3-4-5
1-2-3-4-5	JUSTO	1-2-3-4-5
1-2-3-4-5	AGRESIVO	1-2-3-4-5
1-2-3-4-5	EMPRENDEDOR	1-2-3-4-5
1-2-3-4-5	ALEGRE	1-2-3-4-5
1-2-3-4-5	PERFECCIONISTA	1-2-3-4-5

19. En su vida con sus padres o con su familia e origen ¿hubo alguna característica que Ud. considere importante?

.....

.....

.....

20. Haciendo una evaluación global de lo que ha sido o fue su vida familiar con sus padres y hermanos, Ud. considera que fue:

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Excelente | <input type="checkbox"/> 4. Mala |
| <input type="checkbox"/> 2. Buena | <input type="checkbox"/> 5. Muy mala |
| <input type="checkbox"/> 3. Regular | |

Comente

.....

.....

.....

V. HISTORIA EDUCATIVA

1. De los siguientes, señale cuál es el nivel de estudio más alto que ha aprobado:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Enseñanza básica. | <input type="checkbox"/> 5. Nivel profesional universitario |
| <input type="checkbox"/> 2. Secundaria (enseñanza media) | <input type="checkbox"/> 6. Magister |
| <input type="checkbox"/> 3. Nivel técnico | <input type="checkbox"/> 7. Doctorado |
| <input type="checkbox"/> 4. Nivel profesional no universitario | |

Especifique establecimiento y título alcanzado

.....

.....

.....

2. ¿Estudia en la actualidad? 1. Sí 2. No

3. Indique el o las instituciones en que se educó:

.....

.....

.....

4. A través de su vida de estudiante, Ud. ha sido un alumno:

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Excelente | <input type="checkbox"/> 4. Malo |
| <input type="checkbox"/> 2. Bueno | <input type="checkbox"/> 5. Muy Malo |
| <input type="checkbox"/> 3. Regular | |

5. En general, frente a los estudios Ud. se ha esforzado:

- | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Mucho | <input type="checkbox"/> 3. Poco |
| <input type="checkbox"/> 2. Regular | |

6. Señale para qué áreas o materias ha sido especialmente apto y para cuáles especialmente deficiente:

1. Apto.....
2. Deficiente.....

7. ¿Tuvo problemas de conducta en el colegio? 1. Sí 2. No

Comente

.....

.....

.....

8. ¿Tuvo problemas de adaptación con sus compañeros? 1. Sí 2. No

Comente

4. En la actualidad Ud. sale con amigos o recibe amigos en su casa:

- 1. Con frecuencia
- 2. A veces
- 3. Muy rara vez

5. Con respecto a la cantidad y calidad de amigos cercanos o íntimos que tiene en la actualidad Ud. se siente:

- 1. Muy satisfecho
- 2. Satisfecho
- 3. Relativamente satisfecho
- 4. Insatisfecho
- 5. Muy insatisfecho

6. Haciendo un balance de lo que es en la actualidad su vida social, incluyendo cantidad y calidad de amigos, frecuencia de actividades sociales, etc. a Ud. le resulta:

- 1. Plenamente satisfactoria
- 2. Satisfactoria
- 3. Relativamente satisfactoria
- 4. Insatisfactoria
- 5. Muy insatisfactoria

VIII. HISTORIA SEXUAL

1. En términos generales la información y formación sexual que recibió de sus padres y profesores la considera

- 1. Adecuada
- 2. Relativamente adecuada
- 3. Inadecuada
- 4. No las recibí nunca

Comente

.....

.....

.....

.....

2. ¿Ha tenido ansiedades o culpas a raíz de conducta masturbatoria?

- 1. SI
- 2. NO

Comente

.....

.....

.....

.....

3. ¿Ha tenido ansiedades o culpas en relación a aproximaciones o relaciones sexuales?

- 1. SI
- 2. NO

Comente

.....

.....

.....

.....

4. ¿Ha tenido algún tipo de experiencia homosexual?

- 1. SI
- 2. NO

Comente

.....

.....

.....

.....

5. En su vida ¿ha tenido algún tipo de problemas sexuales?

- 1. SI
- 2. NO

Comente

.....

.....

.....

.....

6. Indique aproximadamente, con qué frecuencia tiene Ud. relaciones sexuales en este periodo de su vida:

- 1. Todos los días
- 2. 4 a 5 veces a la semana
- 3. 2 a 3 veces a la semana
- 4. 1 vez a la semana
- 5. 1 vez cada 15 días
- 6. 1 vez al mes
- 7. Menos de 1 vez al mes
- 8. No tiene relaciones sexuales

5. No le ocurre

4. Al percibir la realidad Ud. tiende a:

1. Magnificar mucho lo negativo (tiende a ver las cosas peor de lo que son)

2. Magnificar lo negativo

3. En general no magnifica

5. Algunas personas tienden a "quedarse pegadas" a ciertas ideas o pensamientos que se les repiten una y otra vez. Esto le ocurre a Ud.:

1. Muy frecuentemente

2. Frecuentemente

6. En general al evaluar a las demás personas Ud. es:

1. Muy exigente

2. Exigente

3. Relativamente exigente

7. En general consigo misma Ud. es una persona:

1. Muy exigente

2. Exigente

3. Relativamente exigente

8. A continuación se plantea un conjunto de afirmaciones o creencias. Indique el grado en que cada una es aplicable a Ud: (siendo 1 = poco y 5 = mucho)

1. Constantemente me exijo perfección en las cosas que hago	1-2-3-4-5
2. Me siento demasiado mal cuando alguien me rechaza	1-2-3-4-5
3. No considero aceptable que una persona destaque sus propias cualidades	1-2-3-4-5
4. Tiendo a desvalorizarme mucho cuando los demás me desaprueban	1-2-3-4-5
5. Me cuesta soportar que las cosas no sean como yo quiero	1-2-3-4-5
6. Tengo derecho a exigir que la vida me de todo lo que quiero	1-2-3-4-5
7. No soporto hacer algo en forma mediocre	1-2-3-4-5
8. Considero esencial ser apreciado por todos los que me conocen	1-2-3-4-5
9. Me desagrada la gente que reconoce abiertamente sus méritos	1-2-3-4-5
10. Habitualmente considero muy importante la aprobación de las demás personas	1-2-3-4-5
11. Generalmente me siento muy mal cuando las cosas en la vida no son como yo quiero que sean	1-2-3-4-5
12. Me perturba mucho que la gente sea injusta conmigo	1-2-3-4-5

9. En términos generales señale cuán capaz se considera Ud. de desempeñar muy bien en las siguientes áreas (1 = poco capaz y 5 = muy capaz)

1. Área Social	1-2-3-4-5
2. Área Sexual	1-2-3-4-5
3. Área Relaciones de Pareja	1-2-3-4-5
4. Área Intelectual	1-2-3-4-5
5. Área Laboral	1-2-3-4-5

10. Creo que mis éxitos y satisfacciones futuras dependerán básicamente de (marque el número que corresponda al continuo)

Mis decisiones y conductas	2	1	0	1	2	Factores circunstanciales o fortuitos
----------------------------	---	---	---	---	---	---------------------------------------

11. ¿Se considera Ud. Una persona supersticiosa?..... Comente en caso afirmativo

.....

12. A continuación se presentan algunas afirmaciones. Marque el número que mejor lo representa, es decir, el grado en que Ud. está de acuerdo con cada afirmación. (1 = muy poco y 5 = mucho).

1. En general estoy satisfecho conmigo mismo	1-2-3-4-5
2. A veces pienso que no sirvo para nada	1-2-3-4-5
3. Considero que tengo varias cualidades positivas	1-2-3-4-5
4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente	1-2-3-4-5
5. Creo tener varias razones para estar orgulloso de mí	1-2-3-4-5

6. A veces me siento realmente inútil	1-2-3-4-5
7. Creo que soy una persona digna de estima, al menos en la misma medida que los otros	1-2-3-4-5
8. En conjunto tiendo a pensar que soy un fracaso	1-2-3-4-5
9. Desearía sentir más aprecio por mí mismo	1-2-3-4-5
10. Mi actitud frente mí mismo es positiva	1-2-3-4-5

13. En general frente a las críticas tiende a ser:

1. Muy receptivo (acepta bien las críticas)

3. Muy poco receptivo

2. Relativamente receptivo

14. Habitualmente cuando recibe una crítica:

1. Se afecta mucho en términos emocionales

3. Casi no se afecta emocionalmente

2. Se afecta relativamente

15. En general el tomar decisiones le resulta un proceso:

Fácil

Más bien complicado

Relativamente fácil

Le es muy difícil tomar decisiones

16. La toma de decisiones tiende a verse afectada por diferentes dificultades. Indique el grado en que cada una de las siguientes dificultades afecta sus decisiones (1 = poco y 5 = mucho):

1. Se apresura en exceso (impulsivo)	1-2-3-4-5
2. Se pierde en detalles	1-2-3-4-5
3. Es excesivamente perfeccionista	1-2-3-4-5
4. No mide las consecuencias de su decisión	1-2-3-4-5
5. No se informa la suficiente	1-2-3-4-5
6. Otra	1-2-3-4-5

Comente

.....

17. De las siguientes afirmaciones, elija aquella que refleje mejor sus creencias actuales:

1. Tengo mucha confianza en que mi vida hacia adelante será satisfactoria

2. Tengo alguna confianza en que mi vida hacia adelante será satisfactoria

3. Tengo bastantes dudas de que mi vida hacia adelante será satisfactoria

4. No creo que mi vida hacia adelante será satisfactoria

18. Ordenadas en jerarquía de importancia, las 3 principales metas de su vida hacia adelante son:

1.....

2.....

3.....

XII. SISTEMA AFECTIVO

1. En las líneas siguientes se explicitan algunas necesidades que tenemos todos los seres humanos y que se manifiestan en todas las culturas. Señale de 1 a 5 cuán satisfecho se siente- en esta etapa de su vida en cada una de sus necesidades siguientes: (1 = muy insatisfecho y 5 = muy satisfecho).

1. Necesidades básicas (alimentación, vestuario, vivienda)	1-2-3-4-5
2. Necesidades sexuales	1-2-3-4-5
3. Necesidades de ser querido	1-2-3-4-5
4. Necesidad de logro (éxito en alcanzar sus ideales y metas profesiones)	1-2-3-4-5
5. Necesidad de prestigio (reconocimiento y valoración social)	1-2-3-4-5
6. Necesidad de compañía y contacto social	1-2-3-4-5
7. Necesidad de esparcimiento (vía diversiones, salidas)	1-2-3-4-5
8. Necesidad de saber (conocimiento, cultura)	1-2-3-4-5
9. Necesidad de amor (en relación de pareja)	1-2-3-4-5
10. Necesidad de trascendencia (artística, política, religiosa)	1-2-3-4-5

2. La tendencia al crecimiento personal se manifiesta en un constante espíritu de superación, esfuerzos estables, desarrollo de las propias capacidades, compromiso efectivo y activo con metas personales, etc. Sobre la base de esta conceptualización Ud. evalúa su propia tendencia al crecimiento personal como:

1. Mucha **2. Relativa** **3. Poco** **4. Ninguna**

3. Las emociones son experiencias afectivas intensas, pasajeras, que se relacionan con una situación específica. Ejemplo de emociones son la rabia, alegría, pena. Algunas personas tienden a ser más sensibles y emocionales que otras. Al respecto Ud. tiende a ser:

 1. Intensamente emotivo **2. Emotivo** **3. Relativamente emotivo** **4. Poco emotivo** **5. No es en absoluto emotivo**

4. La facilidad o propensión para experimentar diversos tipos de emoción varía de una persona a otra. Así, algunas personas experimentan más fácilmente rabia que pena o alegría que entusiasmo. Indique con cuánta facilidad experimenta Ud. cada una de las emociones siguientes (1 = poca facilidad y 5 = mucha):

1. Alegría	1-2-3-4-5
2. Pena	1-2-3-4-5
3. Rabia	1-2-3-4-5
4. Entusiasmo	1-2-3-4-5
5. Angustia	1-2-3-4-5
6. Envidia	1-2-3-4-5
7. Ternura	1-2-3-4-5
8. Miedo	1-2-3-4-5
9. Vergüenza	1-2-3-4-5

5. Los sentimientos -a diferencia de las emociones- son experiencias afectivas prolongadas o estables que, al menos por algún tiempo, forman parte de nuestro mundo afectivo. Ejemplos de sentimientos estables son el amor, la tristeza, felicidad, los sentimientos de culpa, de admiración, etc. En general Ud. experimenta sentimientos estables:

1. Frecuentemente
 2. Con relativa frecuencia
 3. Raras veces
 4. Nunca

6. La facilidad o propensión para experimentar diversos tipos de sentimientos estables varía de una persona a otra. Así, algunas personas experimentan más fácilmente tristeza que resentimiento, o más fácilmente admiración que sentimientos de odio. Indique con cuánta facilidad experimenta Ud. cada uno de los sentimientos siguientes: (1 = poca facilidad y 5 = mucha):

1. Admiración	1-2-3-4-5
2. Culpa	1-2-3-4-5
3. Felicidad	1-2-3-4-5
4. Desprecio	1-2-3-4-5
5. Amor	1-2-3-4-5
6. Resentimiento	1-2-3-4-5
7. Gratitud	1-2-3-4-5
8. Odio	1-2-3-4-5
9. Sentimientos de inferioridad	1-2-3-4-5

7. Anote sus tres miedos principales

- 1.....
 2.....
 3.....

8. En la siguiente escala evalúe de 1 a 5 el grado en que cada afirmación es aplicable a Ud. (siendo 1= poco y 5 = mucho):

1. Cuando lloro, siempre sé por qué	1-2-3-4-5
2. El fantasear es una pérdida de tiempo	1-2-3-4-5
3. A menudo me confundo respecto a qué emoción estoy sintiendo	1-2-3-4-5
4. Me es difícil encontrar las palabras correctas para mis sentimientos	1-2-3-4-5
5. Tengo sensaciones que incluso los médicos no comprenden	1-2-3-4-5
6. Soy capaz de describir fácilmente mis sentimientos	1-2-3-4-5
7. Cuando estoy perturbado, no sé si estoy triste, atemorizado o enojado	1-2-3-4-5
8. Invierto mucho tiempo fantaseando cuando no tengo nada que hacer	1-2-3-4-5
9. Prefiero simplemente dejar que las cosas ocurran, en vez de pretender comprender por qué ocurrieron así	1-2-3-4-5
10. Rara vez tengo fantasías	1-2-3-4-5
11. Tengo sentimientos que no logro identificar por completo	1-2-3-4-5
12. Considero esencial estar en contacto con mis emociones	1-2-3-4-5
13. No sé lo que está ocurriendo dentro de mí	1-2-3-4-5

14. A menudo no sé por qué estoy enojado**1-2-3-4-5**

9. La empatía es concebida como la capacidad para ponerse en el lugar de la otra persona para comprender sus sentimientos y para captar lo que ocurre en su mundo interno ante las circunstancias que esa persona enfrenta. Se trata de ser capaz de "mirar el mundo con los ojos del otro". De acuerdo a esto, su capacidad de empatía tiende a ser:

- 1. Mucha
- 2. Relativa
- 3. Poca
- 4. Carece de capacidad de empatía

10. Hay personas que a veces se sienten muy tristes o muy nerviosas sin que perciban una causa para estar así. Esto le ocurre a Ud:

- 1. Muy frecuentemente
- 2. Frecuentemente
- 3. Con relativa frecuencia
- 4. Pocas veces
- 5. No le ocurre

11. En general sus estados de ánimo son:

- 1. **Muy estables**
- 2. **Relativamente estables**
- 3. **Varían mucho en función de las experiencias que va teniendo**

12. La autoimagen o forma en que la persona se percibe a sí misma puede variar sustancialmente según los cambios de ánimo que va experimentando la persona. Así, por ejemplo en un estado de ánimo alegre puede percibirse como más capaz, atractiva, etc. que en un estado de ánimo triste. Con los cambios en su estado de ánimo su autoimagen tiende a cambiar:

- 1. Mucho
- 2. Relativamente
- 3. Poco
- 4. **Muy poco**

13. Algunas personas son muy propensas a experimentar emociones displacenteras o perturbación emocional: Fácilmente y en muchas situaciones sienten angustia, pena, rabia o temor.

Otras personas son muy poco propensas a experimentar este tipo de emociones. Al respecto Ud. es:

- 1. Muy propenso a experimentar emociones displacenteras
- 2. Bastante propenso
- 3. Relativamente propenso
- 4. Poco propenso
- 5. Muy rara vez experimenta emociones displacenteras

14. En el recuadro siguiente relate la que a su juicio ha sido su experiencia personal más agradable o satisfactoria:

15. El realizar algunas conductas puede generar algún tipo de discomfort emocional. El grado de perturbación emocional se refiere a la cantidad de emoción perturbadora que la persona experimenta en la situación, por ejemplo, el grado de rabia, ansiedad, culpa o miedo. En cada una de las situaciones que se presentan a continuación, evalúe su grado de perturbación emocional al enfrentar esas situaciones, escribiendo un número de 1 a 5 en el espacio en blanco correspondiente (1 = poca perturbación y 5 = mucha)

1. Pedir un favor a alguien	1-2-3-4-5
2. Resistir la insistencia de un vendedor	1-2-3-4-5
3. Disculparse cuando ha cometido un error	1-2-3-4-5
4. Admitir debilidad o temor y pedir ayuda	1-2-3-4-5
5. Pedir aumento de sueldo	1-2-3-4-5
6. Admitir ignorancia en algún área	1-2-3-4-5
7. Rechazar una petición para prestar dinero	1-2-3-4-5
8. Hacer callar a un amigo parlanchín	1-2-3-4-5
9. Iniciar una conversación con un extraño.	1-2-3-4-5
10. Admitir que no entiende un punto en discusión.	1-2-3-4-5
11. Decirle a alguien que Ud. lo considera agradable	1-2-3-4-5
12. Requerir la atención adecuada en una tienda o restaurante	1-2-3-4-5
13. Expresar una opinión que difiera de la de su interlocutor	1-2-3-4-5
14. Decirle a una persona que Ud. siente que le ha hecho algo injusto	1-2-3-4-5
15. Devolver cosas defectuosas en una tienda o restaurante	1-2-3-4-5
16. Recibir elogios	1-2-3-4-5
17. Pedir que le devuelvan cosas que Ud. ha prestado	1-2-3-4-5
18. Decirle a alguien con quien Ud. trabaja, que ha dicho algo que a Ud. le molesta	1-2-3-4-5

16. En comparación con las demás personas Ud.

- 1. Disfruta mucho de las situaciones agradables
- 2. Disfruta bastante
- 3. Disfruta relativamente
- 4. Le cuesta disfrutar
- 5. Prácticamente no disfruta

17. Su estado de ánimo básico o predominante es:

- 1. Muy positivo
- 2. Positivo
- 3. Relativamente negativo
- 4. Negativo
- 5. Muy negativo (tristeza, aburrimiento, etc.)

18. Complete las siguientes frases

Una de las cosas de las que me siento orgulloso es.....

Una de las cosas de las que más me avergüenzo es.....

Mi mayor felicidad es.....

Una de las cosas que más me entristece es.....

19. Cuando algo o alguien impide que satisfagamos una necesidad o un deseo hablamos de frustración. En general frente a las frustraciones Ud. (1= poco y 5 = mucho):

1. Las tolera y asimila bien	1	2	3	4	5
2. Reacciona con tensión	1	2	3	4	5
3. Reacciona con rabia	1	2	3	4	5
4. Reacciona con tristeza	1	2	3	4	5
5. Reacciona con desánimo y desaliento	1	2	3	4	5

20. TMMS-24.

A continuación encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente

cada frase e indique el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señale con una “X” la respuesta que más se aproxime a sus preferencias.

1= Nada de Acuerdo 2=Algo de Acuerdo 3=Bastante de Acuerdo 4=Muy de Acuerdo 5= Totalmente de Acuerdo

1. Presto mucha atención a los sentimientos.	1-2-3-4-5
--	-----------

2. Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.	1-2-3-4-5
3. Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.	1-2-3-4-5
4. Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.	1-2-3-4-5
5. Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.	1-2-3-4-5
6. Pienso en mi estado de ánimo constantemente.	1-2-3-4-5
7. A menudo pienso en mis sentimientos.	1-2-3-4-5
8. Presto mucha atención a cómo me siento.	1-2-3-4-5
9. Tengo claros mis sentimientos.	1-2-3-4-5
10. Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.	1-2-3-4-5
11. Casi siempre sé cómo me siento.	1-2-3-4-5
12. Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.	1-2-3-4-5
13. A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.	1-2-3-4-5
14. Siempre puedo decir cómo me siento.	1-2-3-4-5
15. A veces puedo decir cuáles son mis emociones.	1-2-3-4-5
16. Puedo llegar a comprender mis sentimientos.	1-2-3-4-5
17. Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.	1-2-3-4-5
18. Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.	1-2-3-4-5
19. Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.	1-2-3-4-5
20. Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.	1-2-3-4-5
21. Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.	1-2-3-4-5
22. Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.	1-2-3-4-5
23. Tengo mucha energía cuando me siento feliz.	1-2-3-4-5
24. Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.	1-2-3-4-5

21. Evalúe cuán feliz se siente Ud. en este periodo de su vida:

- 1. Muy feliz
- 2. Bastante feliz
- 3. Relativamente feliz
- 4. Poco feliz
- 5. Muy poco feliz

Comente

.....

.....

.....

.....

XIII. SISTEMA CONDUCTUAL

1. Frente a los problemas que la vida plantea en distintas áreas, las personas reaccionan-con diferentes actitudes. Hay personas que tienden a enfrentar pronto los problemas con el objeto de resolverlos o superarlos. Otras evitan enfrentar, permitiendo así que los problemas se vayan acumulando sin ser resueltos. En general Ud. tiende a ser una persona:

Eminentemente enfrentadora	2	1	0	1	2	Eminentemente evitadora
-----------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	--------------------------------

Comente

.....

.....

.....

2. A continuación se enumeran diversas conductas sociales relacionadas con su comportamiento con otras personas. Marque de 1 a 5 (siendo 1 = poco y 5 = mucho) el grado en que cada afirmación es aplicable a Ud.:

1. Fácilmente habla de sí mismo	1	2	3	4	5
2. Le es fácil contar chistes o anécdotas	1	2	3	4	5
3. Tiene gracia y es entretenido	1	2	3	4	5
4. Habitualmente se muestra optimista	1	2	3	4	5
5. Escucha con interés y atención a los demás	1	2	3	4	5
6. Es tolerante frente a valores y conductas diferentes a los suyos	1	2	3	4	5

7. Se expresa en forma clara y fluida	1	2	3	4	5
8. Es cálido y afectuoso	1	2	3	4	5
9. Se da bien cuenta de lo que sienten las personas con las que interactúa	1	2	3	4	5
10. Es capaz de hacer sentir a la otra persona que Ud. la está comprendiendo	1	2	3	4	5
11. Se maneja bien en diferentes temas	1	2	3	4	5
12. Le es fácil iniciar conversaciones	1	2	3	4	5
13. En general le resulta fácil hablar cuando está en un grupo	1	2	3	4	5
14. Su rostro y sus gestos son muy expresivos de las emociones que está sintiendo	1	2	3	4	5

3. **¿Hay alguna conducta específica, actitud o hábito que desearía cambiar?**

.....

.....

.....

4. **De las siguientes conductas marque aquellas que Ud. es capaz de realizar mejor que el promedio de las personas:**

- A. Cantar**
- B. Actuar**
- C. Hablar en público**
- D. Contar un chiste**
- E. Imitar**
- F. Otra.....**

5. En el recuadro siguiente relate la que a su juicio ha sido su conducta más agresiva o violenta:

6. **¿Qué quisiera Ud. empezar a hacer?**

.....

.....

.....

.....

.....

7. **¿Qué quisiera Ud. Dejar de hacer?**

.....

 8. Frente a cada una de las afirmaciones siguientes haga una X en la columna que lo caracterice describa mejor:

	Total mente verdadero	Verdadero	Más verdadero que falso	Más falso que verdadero	Falso	Totalmente falso
1. Mucha gente parece ser más agresiva y segura que yo.						
2.¿He dudado en solicitar o aceptar citas por timidez?						
3.Cuando la comida que me han servido en el restaurante no está hecha a mi gusto, me quejo al mozo.						
4.Me esfuerzo en evitar ofender los sentimientos de otras personas aún cuando me hayan molestado.						
5.Cuando un vendedor se ha molestado mucho mostrándome un producto que luego no me agrada, paso un mal rato al decir “no”.						
6.Cuando me dicen que haga algo, insisto en saber por qué.						
7.Hay veces que provooco abiertamente una discusión.						
8.Lucho como la mayoría de la gente por mantener mis posiciones.						
9.En realidad, la gente se aprovecha con frecuencia de mí.						
10.Disfruto entablado conversaciones con conocidos y extraños.						
11.Con frecuencia no sé qué decir a personas atractivas.						
12.Rehuyo telefonar a instituciones o empresas.						
13.En caso de solicitar un trabajo o la admisión en una institución, preferiría escribir cartas a realizar entrevistas personales.						
14. Me resulta embarazoso devolver un artículo comprado.						
15. Si un pariente cercano o alguien respetable me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi disgusto.						
16. He evitado hacer preguntas por miedo a parecer tonto.						
17. Durante una discusión, con frecuencia temo alterarme tanto como para ponerme a temblar.						
18. Si un eminente conferenciante hiciera una afirmación que considero incorrecta, yo expondría públicamente mi propio punto de vista.						
19. Evito discutir sobre los precios con empleados o vendedores.						

20. Cuando he hecho algo importante o meritorio, trato de que los demás se enteren de ello.						
21. Soy abierto y franco en lo que respecta a mis sentimientos.						
22. Si alguien ha hablado mal de mí o me ha atribuido hechos falsos, lo busco cuanto antes para ponerle los puntos sobre la íes.						
23. Con frecuencia paso un mal rato al decir “no”.						
24. Suelo reprimir mis emociones antes de hacer una escena						
25. En el restaurante o en cualquier sitio semejante, protesto por un mal servicio.						
26. Cuando me alaban con frecuencia, no se qué responder.						
27. Si dos personas en el teatro, cine o en una conferencia están hablando demasiado alto, les dije que se callen o que vayan a hablar a otra parte.						
28. Si alguien se me cuela en la fila le llamo abiertamente la atención.						
29. Expreso mis opiniones con facilidad.						
30. Hay ocasiones en que soy incapaz de decir algo.						

9. Haga una evaluación del grado o frecuencia con que realiza cada una de las siguientes actividades (siendo 1= poco y 5 = mucho)

1. Viajar fuera de la ciudad	1	2	3	4	5
2. Escuchar música	1	2	3	4	5
3. Trabajar	1	2	3	4	5
4. Ver televisión	1	2	3	4	5
5. Estudiar	1	2	3	4	5
6. Practicar deportes	1	2	3	4	5
7. Conversar	1	2	3	4	5
8. Asistir el cine	1	2	3	4	5
9. Asistir a un evento deportivo	1	2	3	4	5
10. Vida social	1	2	3	4	5
11. Caminar o trotar	1	2	3	4	5
12. Leer (diarios, revistas o novelas)	1	2	3	4	5
13. Convivir con su familia	1	2	3	4	5
14. Salir a bailar o a restaurantes	1	2	3	4	5
15. Jugar cartas o juegos de salón	1	2	3	4	5
16. Asistir al teatro, conciertos o ballet	1	2	3	4	5
17. Otra	1	2	3	4	5

10. ECIRyC

<p>Marque con una X la opción correcta. La conducta planteada me ocurre: Siempre - A menudo - Rara vez – Nunca</p>	Nunca	Rara Vez	A menudo	Siempre
1. «Salto» a la menor provocación o cuando me llevan la contraria				

2. Me siento mejor cuando hago algo sin necesidad de meditarlo				
3. No soy una persona con mucha paciencia				
4. Tiendo a perder el control de mí mismo				
5. Las cosas que hacen los demás suelen dejarme satisfecho				
6. No puedo resistir el impulso de hacer algo inmediatamente después de que se me haya ocurrido; me pongo nervioso				
7. Mis reacciones son imprevisibles				
8. Me gusta quedar por encima de los demás				
9. Hago y digo cosas sin pensar en sus consecuencias				
10. He hecho cosas que me resultaban imposibles de resistir				
11. Creo que soy bastante impulsivo				
12. Si me excito sexualmente, necesito encontrar pronto la satisfacción				
13. Me alivia mucho conseguir con rapidez algo que necesite hacer irresistiblemente				
14. Mi carácter es «fuerte», «temperamental»				
15. Mis méritos deben reconocerse inmediatamente, no con el paso del tiempo				
16. Me he colocado en situaciones de riesgo				
17. No puedo esperar largo tiempo para recibir cualquier cosa que me haya merecido				
18. Cuando hago o digo algo, espero que los resultados se vean pronto				
19. En líneas generales soy una persona bastante exigente				
20. Me coloco en algunas situaciones que suelen acelerarme el corazón al límite				

XIV. SISTEMA AMBIENTAL

1. El medio ambiente de una persona le ofrece diversas posibilidades para que satisfaga sus diferentes necesidades (básicas afectivas, sociales, etc.). En relación a la posibilidad de satisfacer sus necesidades, su medio ambiente actual le ofrece:

- 1. Excelentes posibilidades
- 2. Buenas posibilidades
- 3. Regulares
- 4. Menos que regulares
- 5. Deficientes posibilidades

Comente:

.....

2. Cuando una persona es activa, eficiente y simpática, suele lograr una muy buena respuesta en su ambiente. Por el contrario, el mismo ambiente, puede responder mal si la persona es pasiva, ineficiente y antipática. En su medio ambiente actual, su conducta tiende a ser en general:

1. Activa	2	1	0	1	2	Pasiva
2. Eficiente	2	1	0	1	2	Ineficiente
3. Simpática	2	1	0	1	2	Antipática

3. Los aportes y esfuerzos de una persona pueden ser reconocidos y valorados en mayor o menor medida según las características de su ambiente. En algunos ambientes, los aportes y esfuerzos son prácticamente ignorados y no producen resultados positivos. Señale qué ocurre –en general– en su medio ambiente actual:

- 1. Sus aportes y esfuerzos son bien reconocidos y valorados
- 2. Son relativamente reconocidos y valorados
- 3. Son poco reconocidos y valorados.

Comente:

.....

4. El medio ambiente de una persona puede, en diferentes momentos del tiempo, presentar una serie de situaciones potencialmente perturbadoras o estresantes. Señale cuál o cuales de las situaciones siguientes ha estado presente en su vida durante el último año:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Cesantía | <input type="checkbox"/> 7. Muerte de un familiar cercano |
| <input type="checkbox"/> 2. Enfermedad | <input type="checkbox"/> 8. Fuertes problemas económicos |
| <input type="checkbox"/> 3. Accidente | <input type="checkbox"/> 9. Fracazos académicos |
| <input type="checkbox"/> 4. Despido laboral | <input type="checkbox"/> 10. Cambio de residencia |
| <input type="checkbox"/> 5. Enfermedad de un hijo | <input type="checkbox"/> 11. Otra |
| <input type="checkbox"/> 6. Separación matrimonial | |

Comente:

.....

5. Habilidades Sociales

Señale en el siguiente cuadro con una X su grado de desarrollo en las distintas habilidades sociales

	Totalmente desarrollado	Bastante desarrollado	Algo desarrollado	Nada desarrollado
1. YO. Organizarse y desarrollarse				
Leer, escribir, calcular.				
Buscar y encontrar información y recursos.				
Pensar y resolver problemas.				
Identificar y desarrollar el potencial creativo.				
Distribuir el tiempo con efectividad.				
Descubrir intereses, valores y creencias.				
Formular y alcanzar objetivos.				
Examinar la propia vida y ser positivo consigo mismo.				
Descubrir el por-qué de las propias acciones.				
Tomar decisiones eficaces.				
Controlar las emociones negativas y el estrés.				
Conseguir bienestar físico y conservarlo.				
Desarrollar y controlar la propia sexualidad.				
2. TÚ / YO. Relación con el otro				
Comunicarse de forma efectiva.				
Comenzar, mantener y terminar una relación.				
Dar y recibir ayuda.				
Manejar los conflictos.				
Dar y recibir críticas constructivas				
3. YO / LOS OTROS. Relación con los demás				
Ser asertivo (equilibrio entre adaptarse e imponerse a las situaciones).				
Influir en las personas y en los sistemas.				
Trabajar positivamente en los grupos.				

Expresar los sentimientos de forma constructiva.				
Inspira confianza en los demás.				
4. YO / SITUACIONES ESPECÍFICAS				
4.1. REFERIDAS A LA PROPIA EDUCACIÓN				
Estudiar de forma eficaz.				
Descubrir las opciones educativas y las posibilidades de alcanzar éxito.				
Elegir la propia vocación				
4.2. REFERIDAS AL TRABAJO				
Buscar y descubrir opciones de trabajo y las posibilidades de alcanzar éxito.				
Encontrar trabajo, conservarlo o cambiarlo.				
Enfrentar el desempleo.				
Buscar el equilibrio entre trabajo y las otras áreas de la vida.				
4.3. REFERIDAS A LA CASA				
Mantener la casa.				
Elegir un estilo de vida.				
Convivir con los demás.				
4.4. REFERIDAS AL TIEMPO LIBRE				
Elegir entre varias opciones de tiempo libre.				
Aprovechar el ocio.				
Disfrutar las oportunidades de tiempo libre.				
4.5. REFERIDAS A LA COMUNIDAD				
Ser un consumidor responsable.				
Descubrir y utilizar los recursos comunitarios.				
Tener conciencia política.				

XV. RELACIÓN ACTUAL DE PAREJA

1. En la actualidad ¿tiene Ud. una relación estable de pareja?

1. Sí 2. No

En caso afirmativo señale desde cuánto tiempo.....

2. Su relación actual de pareja es:

1. Saliendo con alguien 4. Convivencia

2. Noviazgo 5. Otro.....

3. Matrimonio

3. Con respecto a su pareja actual indique:

1. Edad..... 2. Nivel Educativo.....

3. Ocupación actual.....

4. su pareja actual ¿tuvo un matrimonio anterior? 1. SI 2. NO

4. Marque cómo es Ud. y su pareja actual en cada una de las siguientes características (1 = muy poco y 5 = mucho)

1 - 2 - 3 - 4 - 5	EGOÍSTA	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	DOMINANTE	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	AGRESIVO	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	CELOSO	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	POSESIVO	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	INFIEL	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	INTROVERTIDO	1 - 2 -
3 - 4 - 5		
1 - 2 - 3 - 4 - 5	AFECTIVAMENTE FRÍO	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	EGOISTA	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	SOBREPROTECTOR	1 - 2 - 3 - 4 - 5
1 - 2 - 3 - 4 - 5	PESIMISTA	1 - 2 - 3 - 4 - 5

5. En su relación de pareja., cada persona espera, necesita y exige cosas en alguna medida diferentes incluso a lo que espera, necesita y exige su propia pareja. Así, cada persona posee un distinto umbral de satisfacción en la relación, el que es una especie de línea a partir de la cual la persona pasa a estar satisfecha con su relación de pareja. Al respecto en su actual relación:

- 1. Ud. está ms satisfecho que su pareja
- 3. Su pareja está más satisfecha que Ud.

2. Ambos están igualmente satisfechos

Comente:

.....

.....

.....

6. Algunas parejas funcionan bien sin requerir de un gran esfuerzo de ninguno de los dos miembros de la pareja. Estas parejas poseen un bajo costo energético de la relación. Por el contrario, las parejas que poseen un alto costo energético de la relación requieren —para funcionar bien— de grandes esfuerzos de uno o de ambos miembros de la relación. En se opinión, su relación de pareja actual posee:

- 1. Un alto costo energético
- 2. Un moderado costo energético
- 3. Un bajo costo energético

Comente:

.....

.....

.....

7. En algunas parejas, ambos miembros tienes características psicológicas bastante similares (parejas simétricas); se aproximan así al lema "aves del mismo plumaje vuelan juntas". En otras parejas, ambas personas son bastante diferentes y lo que no tiene una, tiende a tenerlo la otra (parejas complementarias); se aproximan al lema "los polos opuestos se atraen". Su actual relación de pareja tiende a ser:

Muy simétrica 2 - 1 - 0 - 1 - 2 Muy complementaria

8. Señale las 3 cualidades que más le agradan de su pareja actual.

- 1.
- 2.
- 3.

9. Señale los 3 defectos que más le molestan o irritan de su pareja actual.

- 1.
- 2.
- 3.

10. Señale las 3 cualidades tuyas que Ud. estima son las que más le agradan a su pareja actual.

- 1.
- 2.
- 3.

11. Señale los 3 defectos tuyos que Ud. considera son los que más le molestan o irritan a su pareja actual.

- 1.
- 2.
- 3.

12. En su actual relación de pareja evalúe de 1 a 5 (siendo 1= deficiente y 5 = muy bueno) su grado de satisfacción en cada uno de los siguientes niveles:

1. Comunicación	1- 2- 3- 4- 5
2. Amor mutuo	1- 2- 3- 4- 5
3. Vida sexual	1- 2- 3- 4- 5
4. Relación con las respectivas familias de origen	1- 2- 3- 4- 5
5. Intereses comunes	1- 2- 3- 4- 5
6. Capacidad para manejar dificultades y conflictos entre ustedes	1- 2- 3- 4- 5
7. Procedimientos de toma de decisiones	1- 2- 3- 4- 5
8. Manejo de dinero	1- 2- 3- 4- 5
9. Capacidad para entretenerse juntos	1- 2- 3- 4- 5
10. Vida social conjunta	1- 2- 3- 4- 5
11. Valores comunes (éticos, políticos, religiosos)	1- 2- 3- 4- 5
12. Fidelidad	1- 2- 3- 4- 5

XVI. SISTEMA FAMILIAR

De las siguientes preguntas responda sólo aquellas que correspondan a su situación

1. Indique a las personas con las cuales vive actualmente y evalúe la calidad de su relación con cada una de ellas:

Nombre	Edad	Actividad	Parentesco o relación con Ud.	Calidad de la relación actual con Ud.(1 mala, 5 muy buena)
				1- 2- 3- 4- 5
				1- 2- 3- 4- 5
				1- 2- 3- 4- 5
				1- 2- 3- 4- 5
				1- 2- 3- 4- 5
				1- 2- 3- 4- 5
				1- 2- 3- 4- 5
				1- 2- 3- 4- 5
				1- 2- 3- 4- 5

2. En caso de ser casado y no tener hijos, indique las razones:

.....

.....

.....

3. Si algunos hijos no viven actualmente con Ud. Indique nombres, edades, y las razones por las que viven aparte:

.....

.....

.....

4. En la relación con los hijos algunas características de los padres son particularmente importantes. Evalúe cómo son tanto usted como su pareja – en la relación con sus hijos- en las características siguientes (1= poco y 5= mucho)

USTED		SU PAREJA
1- 2- 3- 4- 5	CARIÑOSO	1- 2- 3- 4- 5
1- 2- 3- 4- 5	COMPENSIVO	1- 2- 3- 4- 5
1- 2- 3- 4- 5	CERCANO	1- 2- 3- 4- 5
1- 2- 3- 4- 5	COMUNICATIVO	1- 2- 3- 4- 5
1- 2- 3- 4- 5	BUEN MODELO	1- 2- 3- 4- 5
1- 2- 3- 4- 5	ALEGRE	1- 2- 3- 4- 5
1- 2- 3- 4- 5	PACIENTE	1- 2- 3- 4- 5
1- 2- 3- 4- 5	DEMOCRÁTICO	1- 2- 3- 4- 5
Comente:.....		

.....
.....
.....
.....

5. Las parejas demuestran distintos grados de sincronización -tanto en teoría como en la práctica cotidiana- para formar y educar a sus hijos. Al respecto Ud. y su pareja tienden a estar:

- 1. Muy bien sincronizados
- 2. Bien sincronizados
- 3. Relativamente sincronizados
- 4. Mal sincronizados
- 5. Muy mal sincronizados

Comente:

.....

.....

.....

6. Su sistema familiar actual o el grupo de personas con las cuales vive, influye o gravita en su vida actual:

- 1. Mucho
- 2. Bastante
- 3. Relativamente
- 4. Poco
- 5. Muy poco

Comente:

.....

.....

.....

...

7. Si usted supera sus actuales dificultades psicológicas, su sistema familiar o el grupo de personas con las cuales vive:

- 1. Apoyaría positivamente esos cambios
- 2. Reaccionaría con indiferencia a esos cambios
- 3. Más bien rechazaría esos cambios
- 4. Otra (indique):

.....

.....

.....

8. Desde su perspectiva su sistema familiar actual o grupo de personas con las que vive le resulta:

- 1. Plenamente satisfactorio
- 2. Satisfactorio
- 3. Relativamente satisfactorio
- 4. Insatisfactorio
- 5. Muy insatisfactorio

Comente:

.....

.....

.....

9. ¿Quiénes son las personas más importantes en su vida y por qué?

.....

10. Complete las siguientes frases

- Una madre debería.....
- Un padre debería.....
- Un amigo verdadero debería.....
- Una pareja debería.....

XVII - SENTIDO DE VIDA

1. Cuál/es ha/n sido sus creencias religiosas o espirituales?

De niño.....

De adulto.....

2. ¿Cuáles han sido sus ambiciones o sueños?

En el pasado.....

Actuales.....

3. Las personas tienen distintas motivaciones vitales y/o existenciales. A continuación se presenta una serie de motivaciones de los seres humanos, marque de 1 a 5 (siendo 1= poco y 5= mucho) cuánto gravita o importa en su vida cada una de ellas:

1. Búsqueda de justicia social	1- 2- 3- 4- 5
2. Búsqueda de conocimiento	1- 2- 3- 4- 5
3. Afán de “servir a Dios”	1- 2- 3- 4- 5
4. Compromiso con sus creencias religiosas	1- 2- 3- 4- 5
5. Compromiso con su familia	1- 2- 3- 4- 5
6. Compromiso con sus creencias políticas	1- 2- 3- 4- 5
7. Compromiso con su país	1- 2- 3- 4- 5
8. Búsqueda de éxito laboral	1- 2- 3- 4- 5
9. Búsqueda de reconocimiento o prestigio social	1- 2- 3- 4- 5
10. Búsqueda de éxito económico	1- 2- 3- 4- 5
11. Búsqueda de fama	1- 2- 3- 4- 5
12. Desarrollo de intereses estéticos y/o artísticos	1- 2- 3- 4- 5
13. Desarrollo del amor en pareja	1- 2- 3- 4- 5
14. Desarrollo personal	1- 2- 3- 4- 5

4. Obligado a optar, indique (de la lista anterior) cuáles serían las tres principales motivaciones vitales y/o existenciales de su vida:

A

B

C

XVIII- INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

1. CUESTIONARIO SALAMANCA DE T.P.

Este es un cuestionario para la valoración de algunos de sus rasgos de personalidad. Conteste con una X a cada ítem, según sea su manera de ser habitual y no según se encuentre en un momento dado.

	Nunca	A Veces	Frecuentement	Siempre
1. Más vale no confiar en los demás				
2. Me gustaría dar a la gente su merecido				
3. Prefiero realizar actividades que pueda hacer yo solo				
4. Prefiero estar conmigo mismo				

5. ¿Piensa la gente que es usted raro, excéntrico...?				
6. ¿Cree estar más en contacto con lo paranormal que la mayoría de la gente?				
7. Soy demasiado emocional				
8. Cuido mucho mi apariencia				
9. Hago cosas que están fuera de la ley				
10. Tengo poco respeto por los derechos de los demás				
11. Creo que soy especial y merezco que me lo reconozcan				
12. ¿Cree que la gente le envidia por su valía?				
13. ¿Sus emociones son como una montaña rusa?				
14. ¿Es usted impulsivo?				
15. ¿Se pregunta con frecuencia cuál es su papel en la vida?				
16. ¿Se siente aburrido y vacío con facilidad?				
17. ¿Le considera la gente demasiado perfeccionista, obstinado, rígido...?				
18. Soy detallista, minucioso y demasiado trabajador				
19. Necesito sentirme cuidado y protegido por los demás				
20. Me cuesta tomar decisiones por mí mismo				
21. Soy nervioso				
22. Tengo mucho miedo de hacer el ridículo				

2. ÍNDICE DE REACTIVIDAD AL ESTRÉS Prof. J.L. González de Rivera.

El estrés es una respuesta automática del organismo ante situaciones que exigen mayor esfuerzo de lo ordinario, o en las que puede suceder algo peligroso, nocivo o desagradable. Cada persona tiene una serie de reacciones características ante el estrés, y algunas de las más frecuentes se enumeran en la lista que sigue. Por favor, marque con una "x" las respuestas que le parecen más próximas a su forma habitual de reaccionar en situaciones de estrés o tensión nerviosa.

	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
1. Inquietud, incapacidad de relajarme y estar tranquilo					
2. Pérdida de apetito					
3. Desentenderme del problema y pensar en otra cosa					
4. Ganas de suspirar, opresión en el pecho, sensación de ahogo					
5. Palpitaciones, taquicardia					
6. Sentimientos de depresión y tristeza					
7. Mayor necesidad de comer, aumento del apetito					
8. Temblores, tics o calambres musculares					
9. Aumento de actividad					
10. Náuseas, mareos, inestabilidad					
11. Esfuerzo por razonar y mantener la calma					
12. Hormigueo o adormecimiento en las manos, cara, etc.					
13. Molestias digestivas, dolor abdominal, etc.					
14. Dolores de cabeza					
15. Entusiasmo, mayor energía o disfrutar la situación					
16. Disminución de la actividad					
17. Pérdida del apetito sexual o dificultades sexuales					
18. Tendencia a echar la culpa a alguien o a algo					
19. Somnolencia o mayor necesidad de dormir					
20. Aprensión, sensación de estar poniéndome enfermo					

21. Agotamiento o excesiva fatiga					
22. Orina frecuente					
23. Rascarme, morderme las uñas, frotarme, etc.					
24. Sentimientos de agresividad o aumento de irritabilidad					
25. Diarrea					
26. Beber, fumar o tomar algo (chicle, pastillas, etc.)					
27. Necesidad de estar solo sin que nadie me moleste					
28. Aumento del apetito sexual					
29. Ansiedad, mayor predisposición a miedos, temores, etc.					
30. Tendencia a comprobar repetidamente si todo está en orden					
31. Mayor dificultad en dormir					
32. Necesidad de estar acompañado y de ser aconsejado					

3. TA

El término "ANHEDONIA" refiere a la pérdida de capacidad para experimentar placer o la incapacidad de obtener placer en experiencias normalmente agradables. Utilice la escala siguiente para responder a cada pregunta, marcando una "x" en cada ítem: Nunca o raramente: De vez en cuando (parezco poder controlarla) A menudo (varias veces a la semana, pero durante mucho tiempo) Siempre (diario, y por mucha la hora)	Nunca o raramente	De vez en cuando	A menudo	Siempre
Gozaba de la buena comida, pero no lo hago más.				
Mis emociones se han bloqueado y no puedo responder a los acontecimientos felices.				
Las sensaciones de tristeza pueden abrumarme fácilmente.				
Los demás ahora parecen ser mucho más felices que soy.				
Tengo gran dificultad al intentar levantarme cada mañana.				
He perdido interés en las actividades que me daban placer.				
No puedo pensar en nada que me haga feliz				
No puedo dar o recibir afecto tan bien como deseo.				
No creo en nada trascendente				
No quiero socializar con la gente.				
Evito ir a actividades sociales.				
Obtenía mucho placer en hobbies o actividades creativas, pero no lo hago más.				
Incluso cuando logro algo significativo, no puedo disfrutar de ello.				
La mayoría de lo que está sucediendo en mi vida me aburre, y solamente las grandes cosas pueden estimularme.				
El peor momento del día para mí es la mañana, ya que siento que será un día más.				

4. Agregue cualquier información que considere importante y que no haya comunicado en sus respuestas anteriores:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Señale brevemente qué aspectos de usted y/o sus circunstancias actuales espera cambiar a través de la atención psicológica que ésta iniciándose en esta oportunidad:

.....

.....

.....

.....

6. ¿ Ha tenido usted alguna experiencia atípica o sorprendente para usted sea esta de carácter parapsicológico (telepatía, clarividencia, sueños premonitorios u otra) o de carácter más bien religioso (experiencia mística, experiencia con presencia de espíritus u otra)?

1. Sí 2. No

En caso de haber respondido afirmativamente, haga un resumen de lo más fidedigno posible de esa o esas experiencias en el recuadro siguiente:

7. En la posibilidad de iniciar ahora una psicoterapia o tratamiento psicológico, usted se siente:

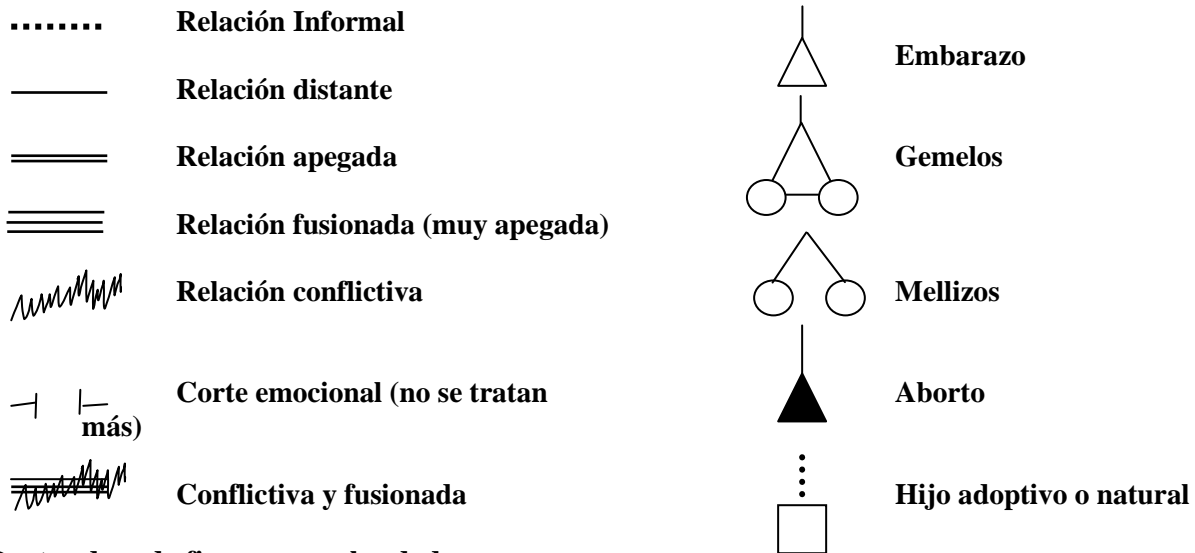
1. **Muy motivado**
2. **Motivado**
3. **Relativamente motivado**
4. **Poco motivado**
5. **Muy poco motivado**

8. Si usted desea agregar un comentario final, por favor hágalo:

GENOGRAMA FAMILIAR (Pautas para su confección –a realizar con el terapeuta-)

Hombre

Mujer



Dentro de cada figura poner la edad

Debajo de cada figura poner el nombre y la ocupación

Los fallecidos marcarlos con una cruz sobre la figura y si es importante, Cómo y cuando (fecha aproximada) fallecieron

Qué otras personas componen la familia (poner también los allegados relevantes)

Quiénes viven juntos (rodear con un círculo a los que conviven)

A quiénes no ven más (indicarlo al lado)

Separación (indicarla con corte emocional y fecha de separación)

Migraciones (indicar las relevantes)

Relaciones:

Cómo se llevan (indicarlos con líneas de unión entre personas según líneas de referencia)

Indicar el o los preferidos del paciente

Quiénes comparten habitación

Quiénes comparten cama

Quién hace el mayor aporte económico

Quiénes dan las órdenes, quiénes las cumplen

Quiénes toman de decisiones

Quién pone las reglas

Historia

Muertes: qué influencia generan en el funcionamiento familiar

Partida de miembros: qué influencia generan en el funcionamiento familiar

GENOGRAMA FAMILIAR

El terapeuta debe confeccionar el genograma familiar en 3 generaciones Ud. (paciente) deberá indicar en el genograma el tipo de relación que existe entre los miembros del mismo

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the student to draw a family genogram. The box is oriented vertically on the page, matching the orientation of the text above it.

MCMII III

Sexo (M/F)

Si está de acuerdo con la frase o piensa que describe su forma de ser, coloque en cuadro de respuestas "V". Si, por el contrario la frase no refleja ni caracteriza su forma de ser, coloque F en el cuadro de respuestas)

RES
STA
S

1	Últimamente me siento sin fuerzas, incluso por las mañanas.	
2	Tengo en alta estima las normas y reglas, porque son una buena guía a seguir.	
3	Disfruto haciendo cosas tan diferentes que me cuesta decidir por cuál empezar.	
4	Me siento débil y cansado/a la mayor parte del tiempo.	
5	Sé que soy una persona superior a los demás, y por ello no me preocupa lo que piensa la gente.	
6	La gente nunca ha apreciado suficientemente las cosas que he hecho.	
7	Si mi familia me presiona, probablemente me sienta enojado/a y me resista a hacer lo que quieren.	
8	La gente se ríe de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.	
9	Frecuentemente critico con fuerza a la gente que me molesta.	
10	Raramente muestro mis sentimientos por poco importantes que sean.	
11	Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.	
12	Muestro mis sentimientos fácil y rápidamente.	
13	A menudo, mi adicción a las drogas me ha causado, en el pasado, bastantes problemas.	
14	Algunas veces puedo ser bastante duro/a y mezquino/a con mi familia.	
15	Las cosas que hoy van bien no durarán mucho.	
16	Soy una persona muy agradable y dócil.	
17	Cuando era adolescente, tuve muchos problemas en la escuela a causa de mi mal comportamiento.	
18	Me asusta intimar con alguien porque puede acabar ridiculizándome o avergonzándome.	
19	Parece que los amigos que elijo siempre acaban por maltratarme.	
20	Desde que era niño/a, he tenido muchos pensamientos tristes en mi vida.	
21	Me gusta coquetear con personas del otro sexo.	
22	Soy muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.	
23	Beber alcohol nunca me ha causado problemas en mi trabajo.	
24	Hace algunos años que he comenzado a sentirme un/a fracasado/a.	
25	Me siento culpable la mayor parte del tiempo, sin ninguna razón que lo justifique.	
26	Otras personas envidian mis capacidades.	
27	Cuando puedo elegir, prefiero hacer las cosas solo/a.	
28	Creo que es necesario controlar estrictamente el comportamiento de los miembros de mi familia.	
29	La gente, generalmente, piensa que soy una persona seria y reservada.	
30	Últimamente he comenzado a sentir deseos de tirar y romper cosas.	

31	Creo que soy una persona especial, que necesita que los demás le presten una atención especial.	
32	Siempre estoy intentando hacer amigos y conocer gente nueva.	
33	Si alguien me criticase por cometer un error, rápidamente le reprocharía sus propios errores.	
34	Últimamente me siento completamente destrozado/a.	
35	Frecuentemente renuncio a hacer cosas porque temo no hacerlas bien.	
36	Muchas veces expreso mi rabia y mal humor, y luego me siento terriblemente culpable por ello.	
37	Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.	
38	Hago lo que quiero sin preocuparme acerca de los efectos que esto pueda tener sobre los otros.	
39	Tomar las llamadas drogas "ilegales" puede ser indeseable o nocivo, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.	
40	Creo que soy una persona miedosa e inhibida.	
41	He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.	
42	Nunca perdono un insulto u olvido un perjuicio que alguien me haya ocasionado.	
43	Frecuentemente me siento tenso/a o triste, después de algo bueno que me haya sucedido.	
44	Me siento muy triste y deprimido/a la mayor parte del tiempo.	
45	Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso si ellos no me gustan.	
46	Siempre he tenido menos interés en el sexo que la mayoría de la gente.	
47	Siempre me culpo cuando las cosas van mal.	
48	Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.	
49	Desde niño/a siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.	
50	No soporto a las personas presuntuosas que lo saben todo y piensan que pueden hacer cualquier cosa.	
51	Cuando las cosas son aburridas, me gusta promover algo interesante.	
52	Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mí y a mi familia.	
53	Los castigos nunca han impedido que hiciera lo que yo quería.	
54	Muchas veces me siento muy alegre y animado/a, sin ningún motivo.	
55	En las últimas semanas me he sentido exhausto/a, agotado/a sin un motivo especial.	
56	Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.	
57	Me considero una persona muy sociable y extrovertida.	
58	Me he vuelto muy sobresaltado/a y nervioso/a en las últimas semanas.	
59	Controlo muy bien mi dinero, para estar preparado/a en caso de necesidad.	
60	Simplemente no he tenido la misma suerte en la vida que los otros.	
61	Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez, y no desaparecen.	
62	En los dos últimos años me he vuelto muy desanimado/a y pesimista sobre la vida.	
63	Mucha gente ha estado espionando mi vida diaria durante años.	

64	No sé por qué, pero a veces digo cosas crueles para hacer sufrir a los demás.	
65	El año pasado atravesé el Atlántico treinta veces.	
66	En el pasado, el hábito de abusar de las drogas me ha hecho faltar al trabajo.	
67	Tengo muchas ideas muy avanzadas para los tiempos actuales.	
68	Últimamente, tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.	
69	Evito la mayoría de las situaciones sociales porque temo que la gente me critique o rechace.	
70	Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me suceden.	
71	Cuando estoy solo/a, a menudo noto la fuerte presencia de alguien cercano que no puede ser visto.	
72	Me siento desorientado/a, sin objetivos, y no sé hacia dónde voy en la vida.	
73	Frecuentemente dejo que otros tomen decisiones importantes por mí.	
74	No puedo dormir, y me levanto tan cansado/a como al acostarme.	
75	Últimamente he sentido muchos sudores y me he sentido muy tenso.	
76	Sigo teniendo extraños pensamientos de los que desearía poder librarme.	
77	Tengo muchas dificultades para controlar el impulso de beber en exceso.	
78	Incluso cuando estoy levantado/a, parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca o alrededor de mí.	
79	Con frecuencia estoy irritable y de mal humor.	
80	Me resulta fácil hacer muchos amigos.	
81	Estoy avergonzado/a de algunos de los abusos que sufrí cuando era joven.	
82	Me aseguro siempre de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.	
83	Mis estados de ánimo parecen cambiar de un día para otro.	
84	Me siento demasiado inseguro/a de mí mismo/a para arriesgarme a probar algo nuevo.	
85	No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite.	
86	Me siento muy triste y melancólico/a últimamente, y parece que no puedo superarlo.	
87	Muchas veces me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.	
88	Cuando estoy en una fiesta o reunión nunca me quedo al margen.	
89	Vigilo cuidadosamente a mi familia, porque quiero saber en quién se puede y en quién no se puede confiar.	
90	A veces me siento confuso/a o trastornado/a cuando la gente es amable conmigo.	
91	El problema de usar drogas "ilegales" me ha causado discusiones con mi familia.	
92	Estoy solo/a la mayor parte del tiempo, y lo prefiero así.	
93	Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo/a.	
94	La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.	
95	A menudo la gente se irrita conmigo cuando les doy órdenes.	
96	En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y que me apasionaba por demasiadas cosas.	
97	Estoy de acuerdo con el refrán: "A quien madruga, Dios le ayuda".	

98	Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida, muchas veces han oscilado entre amarlas y odiarlas.	
99	Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso/a y controlado/a.	
100	Creo que no soy diferente de mis padres en mi inclinación a consumir alcohol.	
101	Pienso que no tomo muchas de las responsabilidades familiares tan seriamente como debería.	
102	Desde que era niño/a, he ido perdiendo contacto con la realidad.	
103	Gente mezquina intenta con frecuencia aprovecharse de lo que yo he realizado o ideado.	
104	No puedo experimentar mucho placer porque no siento que lo merezca.	
105	Tengo poca necesidad de amigos íntimos.	
106	He tenido muchos períodos en mi vida que he estado tan animado/a y he derrochado tanta energía, que luego me he sentido muy bajo/a de ánimo.	
107	He perdido completamente el apetito y muchas noches tengo problemas para dormir.	
108	Me preocupa mucho quedarme solo/a y tener que ocuparme de mí mismo/a.	
109	El recuerdo de una experiencia pasada desagradable vuelve con frecuencia a mi mente.	
110	El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.	
111	Parece que he perdido el interés por muchas cosas que me proporcionaban placer, como el sexo.	
112	Me he sentido desanimado/a y triste la mayor parte de mi vida, desde que era muy joven.	
113	He tenido problemas con la ley un par de veces.	
114	Una buena manera de evitar errores es tener una rutina para hacer las cosas.	
115	Otras personas, frecuentemente, me culpan de cosas que no he hecho.	
116	He tenido que ser realmente duro/a con algunas personas para mantenerlos en el camino recto.	
117	La gente piensa que a veces hablo de cosas diferentes o extrañas para ellos.	
118	Ha habido veces que no podía afrontar el día sin alguna droga.	
119	La gente intenta hacerme creer que estoy loco/a.	
120	Haría algo desesperado para evitar que me abandonara una persona que quiero.	
121	Varias veces a la semana, no puedo evitar comer en exceso.	
122	Parece que echo a perder las buenas oportunidades que me llegan.	
123	Siempre me ha resultado difícil dejar de sentirme deprimido/a y triste.	
124	Cuando estoy solo/a y lejos de casa, frecuentemente comienzo a sentirme tenso/a y asustado/a.	
125	La gente a veces se molesta conmigo porque dicen que hablo demasiado o muy rápido para ellos.	
126	La mayoría de la gente que tiene éxito hoy, es porque ha tenido suerte o ha sido deshonesto.	
127	No me relaciono con la gente a menos que esté seguro/a de que me gustarán.	
128	Me siento profundamente deprimido/a sin ninguna razón que lo justifique.	

129	Años después, todavía tengo pesadillas acerca de un suceso que fue una amenaza real para mi vida.	
130	Ya no tengo la energía para concentrarme en mis responsabilidades cotidianas.	
131	Beber alcohol me ayuda cuando me siento hundido/a.	
132	Odio pensar en alguna de las formas en la que se abusó de mí cuando era niño/a.	
133	Incluso en los momentos buenos, siempre he tenido miedo de que las cosas pronto fuesen mal.	
134	A veces me siento trastornado/a o fuera de la realidad cuando las cosas empiezan a ir mal en mi vida.	
135	Estar solo/a, sin la ayuda de alguien cercano de quien depender, me asusta realmente.	
136	Sé que he gastado más dinero del que debía comprando drogas "ilegales".	
137	He de ver siempre mi trabajo terminado antes de tomarme tiempo para la diversión.	
138	Puedo ver que la gente habla de mí cuando paso por su lado.	
139	Soy bueno/a inventando excusas cuando tengo un problema.	
140	Creo que se trama algo contra mí.	
141	Siento que la mayoría de la gente piensa mal de mí.	
142	Frecuentemente siento que no hay nada en mi interior, como si estuviera vacío/a.	
143	A veces me obligo a vomitar después de comer.	
144	Creo que dedico tiempo a animar a la gente a que admire las cosas que digo o hago.	
145	Paso mi vida preocupándome de una cosa u otra.	
146	Siempre me pregunto la razón verdadera para que alguien se comporte especialmente bien conmigo.	
147	Hay ciertos pensamientos que vuelven una y otra vez a mi mente.	
148	Hay pocas cosas en la vida que me resulten placenteras.	
149	Me siento inseguro/a y tengo dificultad para dormir, porque los recuerdos dolorosos del pasado vuelven a mi mente.	
150	Pensar en el futuro, al comienzo de cada día, me hace sentir terriblemente deprimido/a.	
151	Nunca he sido capaz de apartar el sentimiento de que soy inútil para los demás.	
152	Tengo un problema con la bebida que he intentado solucionar sin éxito.	
153	Alguien ha tratado de controlar mi mente.	
154	He intentado suicidarme.	
155	Estoy dispuesto/a a pasar hambre para estar más delgado/a.	
156	No comprendo por qué algunas personas me sonríen.	
157	No he visto ningún automóvil en los últimos diez años.	
158	Me pongo muy tenso/a con la gente que no conozco bien, porque pueden querer dañarme.	
159	Para comprender mis capacidades especiales hay que ser excepcional.	
160	Mi vida actual está todavía trastornada por imágenes de algo terrible que me sucedió.	
161	Parece que creo situaciones con otros en las que acabo perjudicado/a o me siento rechazado/a.	
162	Frecuentemente me pierdo en mis pensamientos y olvido qué ocurre a mi alrededor.	

163	La gente dice que soy una persona delgada, pero siento que mis muslos y/o espalda son demasiado grandes.	
164	Hay sucesos terribles de mi pasado que vuelven repetidamente a mis pensamientos y sueños.	
165	A excepción de mi familia, no tengo otros amigos íntimos.	
166	La mayoría de las veces actúo rápidamente y no pienso las cosas como debería.	
167	Tengo gran cuidado de mantener en secreto mi vida privada para que nadie pueda perjudicarme.	
168	Con mucha frecuencia, oigo cosas con tanta claridad que me molesta.	
169	Estoy siempre dispuesto/a a evitar el desacuerdo con otros porque temo su enfado o rechazo.	
170	Repito ciertos actos una y otra vez, en ocasiones para reducir mi inquietud y en ocasiones para evitar algo malo que pueda suceder.	
171	Recientemente he pensado muy en serio en suicidarme.	
172	La gente me dice que soy una persona muy formal y moral.	
173	Todavía me siento aterrorizado/a cuando pienso en una experiencia traumática que tuve hace años.	
174	Aunque me asusta hacer amistades, deseo tener más de las que tengo.	
175	Hay gente, que se supone que son mis amigos, a la que le gustaría hacerme daño.	