

PAUTA DE RECONSTRUCCIÓN DE MALESTAR PSICOLÓGICO: APLICACIONES A UN CASO CLÍNICO

Álvaro Quiñones Bergeret

Docente investigador. Facultad de Psicología, Universidad San Sebastián. Concepción, Chile.

Email: alvaro.quinones@uss.cl

Programa de Doctorado de Psicología Social. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Barcelona, España.

The purpose of this article is to describe the Psychological Distress Reconstruction Pattern [RMPS] and its clinical applicability in a didactic case. The RMPS for therapists emerges from the investigation on transcripts from successful and unsuccessful psychotherapy processes. RMPS draws on gleaned clinical experience as well as from cognitive psychotherapy tradition.

Keywords: self, mentalizing, time perception, psychotherapy, psychopathology.

INTRODUCCIÓN

La psicoterapia desde una perspectiva del procesamiento de la información se focaliza en el tipo de información que el paciente distingue y separa, las conexiones que hace con ésta, la integración que logra y organiza esencialmente en narrativas de diferentes niveles de articulación. Toda esta secuencia da forma a un significado personal dinámico y cultural. En tal sentido, la psicoterapia se centra en cómo es hecho el sufrimiento que vivencia y se cuenta a sí mismo el paciente, y por tanto, se puede comprender como un espacio intersubjetivo de co-construcción del sufrimiento de una persona, y que esencialmente entendemos como un tema problemático que revela malestar psicológico (Quiñones, 2008, 2011). La psicoterapia tiene por objetivo modificar el sufrimiento a través de la generación de un tipo de conocimiento saludable que la persona pueda integrar y mantener en su mundo psicológico a través de narrativas. Conocimiento que surge en un contexto de intersubjetividad, entre un terapeuta y un paciente, y presenta a lo menos dos condiciones esenciales que no pueden estar ausentes. Primero, darse en un contexto

de una relación que el paciente debe sentir como segura; y en segundo lugar, el paciente debe percibir al terapeuta con la intención genuina de ayudarlo en la consecución del bienestar psicológico.

En el plano de la generación de “conocimiento saludable” que se produce progresivamente en un proceso de psicoterapia exitoso, la relación dialéctica entre teoría y hecho, es un aspecto a tener presente por parte del terapeuta. Teoría y hecho es una relación compleja en la generación del conocimiento científico, y en el quehacer de la psicoterapia, también se aplica la misma distinción. Los terapeutas también necesitan una teoría de qué observar en sesión, o dicho de manera más precisa: “que no se puede dejar de observar en esa relación especial que busca generar un nuevo conocimiento”, y ajustar dicha distinción de teoría y hecho a los diferentes casos clínicos para así facilitar el cambio clínico posible. En tal sentido, una pauta de observación que ayude a pesquisar las variables, sus relaciones y definir con la mayor precisión posible sus cualidades, es de la mayor relevancia porque permite facilitar el objetivo de lograr cambios en la dirección de eliminar el sufrimiento psicológico y facilitar la emergencia del bienestar psicológico. En general, en los procesos psicoterapéuticos se persigue el propósito de lograr en el cliente el surgimiento de un nuevo significado personal “libre de sufrimiento” que presente esencialmente las siguientes características: 1) mejor regulación emocional y cognitiva en función de una mayor articulación del procesamiento tácito y explícito (Guidano, 1992; Dowd, 2006); 2) narrativas descriptivas y reflexivas que fomenten una autocomprensión articulada y bienestar psicológico (Quiñones, 2010; Cozolino & Sprokay, 2005; McAdams & Jans, 2004); 3) adecuada mentalización que produzca una adecuada atención a los estados mentales propios y a los de otros (Allen, Fonagy, & Bateman, 2008); 4) presentar flexibilidad de tipos de afrontamientos (Lazarus, 2006); 5) adecuada autopercepción del tiempo psicológico (Stern, 2004; Tulving, 2002; Brockelman, 1986; Piaget, 1978). La estrategia general para lograr lo descrito en los cinco puntos anteriores, es la estrategia terapéutica basada en la autoobservación.

La autoobservación en terapia cognitiva permite la comprensión gradual por parte del terapeuta de la dinámica del desequilibrio clínico (por ejemplo, ataques de pánico sin agorafobia) y se focaliza en las características de la información involucrada en la sintomatología en el aquí y ahora. En tal sentido, la estrategia de autoobservación busca dilucidar los elementos y el tipo específico de conexiones (perfil) de los diferentes dominios de información para lograr una comprensión de la dinámica de la coherencia de información que mantiene el malestar psicológico desencadenado. En dicho contexto, la relación terapeuta – cliente, es para investigar en conjunto el mundo privado del paciente, es decir, implica investigar “el qué” (tipo de información seleccionada) y “el cómo” (organización de la información seleccionada) construye un significado personal problemático (disfuncional) que se aprecia en un sentido de sí mismo no saludable y una calidad de verdad narrativa

(Spence, 1984) que transmite malestar psicológico. En tal sentido, una manera de hacer explícito el “qué” y el “cómo”, es a través de una pauta de observación que le indique al terapeuta lo que no debe omitir en su observación participante, de manera de ser más eficaz en su ayuda (Quiñones, 2011).

El objetivo del presente artículo es mostrar el cómo se trabaja con la Pauta de Reconstrucción de Malestar Psicológico, en su versión mejorada a partir de la práctica clínica y que hemos llamado RMPS clínico, en un proceso psicoterapéutico exitoso. Se muestra didácticamente como se trabaja sesión a sesión con este instrumento clínico como perfil general y perfil de reconstrucción. En el caso didáctico se omitieron una serie de aspectos del proceso terapéutico como evaluaciones psicométricas, detalles de sesiones que no se consideraron y especificaciones sobre la psicofarmacología, ya que el objetivo era describir de una manera didáctica el uso del RMPS clínico en sus versiones: perfil general y perfil de reconstrucción.

PAUTA DE RECONSTRUCCIÓN DE MALESTAR PSICOLÓGICO

La pauta de reconstrucción de malestar psicológico revisada [RMPS] (Quiñones 2011, 2012) surge inspirada en la tradición cognitiva en psicoterapia (Beck & Dozois, 2011; Beck, & Clark, 2010; Hawke & Provencher, 2011; Overholser, 2010; Caro, Neimeyer, & Newman, 2010; Dowd, 2006; Lazarus, 2006; Lazarus & Lazarus, 2000; Ellis & Dryden, 1997; Guidano, 1992; Mahoney, 1991). Por una parte se inspira en el ABC (Ellis, 1962) y BASIC.ID (Lazarus, 1973), que básicamente son esquemas mentales que tiene el terapeuta a la hora de identificar y ordenar los datos relevantes en psicoterapia para intervenir de manera comprensiva y aumentar la precisión de las intervenciones. Por otra parte, surge de la experiencia clínica (Quiñones, 2008) y de la investigación de procesos en psicoterapia exitosos y no exitosos, en el espectro no psicótico (Quiñones, 2012, 2011, 2010). En tal contexto, es reflejo de la creencia dominante sobre generar investigación de procesos que implique una indisolubilidad de procesos y resultados, que en lo fundamental busca un vínculo creciente y estable entre la investigación en psicoterapia y la práctica clínica real (Quiñones, 2011; Elliott, 2010; Caro, 2008; Stiles, 2007).

El RMPS presenta 11 variables agrupadas en dominios de primer orden y dominios de segundo orden. Los dominios de primer orden son dos: “tema procesal de significado desadaptativo” que incluye tema, procesos de mentalización y procesos de autoengaño; y “sentido de sí mismo y tiempo fluido” que incluye sentidos de sí mismo y percepción del tiempo (Véase cuadro 1). El Sentido de Sí Mismo se comprende como un conjunto de esquemas acerca del sí mismo (self). Estos esquemas son generalizaciones cognitivas relativamente estables que filtran y seleccionan información, facilitan abstraer significados e integran información en los conocimientos almacenados sobre el sí mismo. Siguiendo la tradicional defini-

ción de Markus sobre los esquemas del self, se sostiene que son estos esquemas los que “organizan y guían el procesamiento de la información acerca del self contenida en las experiencias sociales del individuo” (Markus,1977, p.64). Los esquemas acerca del self definen nuestro sentido de identidad, por lo que son fundamentales en la personalidad y en la conducta interpersonal. Dividimos el sentido de sí mismo en: Sentido de sí mismo Problemático [S-p] versus el Sentido de Sí Mismo saludable [S-s]. Por otra parte, la percepción del tiempo (fluido versus no fluido) es uno de los elementos psicológicos con los que todos los seres humanos organizan y planifican sus diferentes actividades en la vida cotidiana. La variable de la percepción del tiempo ha sido estudiada en diferentes ámbitos de la psicología (Grondin, 2010; Tulving, 2002). En el ámbito clínico se aprecian distorsiones en esta esencial variable para la existencia (ej: contracción del tiempo, dilatación del tiempo, etcétera), que hemos denominado tiempo fluido para la normalidad, y tiempo no fluido para los problemas de salud mental (Quiñones et al, 2012; Quiñones, 2011). Ambos dominios de primer orden, guían al terapeuta en la reconstrucción de significado problemático que el paciente presenta y, a su vez, nos indican en el inicio del proceso terapéutico posibles tendencias de procesamiento de información (Quiñones, 2011). Finalmente, bajo cada dominio de primer orden se complementa la información con los siguientes tres indicadores: presencia de indicadores de bienestar psicológico, presencia de malestar psicológico e información novedosa.

Cuadro 1: Dominios de primer orden: definiciones.

I.- DOMINIOS DE PRIMER ORDEN:

1) **TEMA PROCESAL DE SIGNIFICADO DESADAPTATIVO (T/P):** Alude a experiencias vivenciadas como problemáticas. Tales experiencias reflejan una matriz de esquemas y de procesos de mentalización que toman forma en una verdad narrativa que trasmite “dolor psicológico”. Tiene dos componentes que son Tema y Procesos.

1.a) **TEMA (T):** alude a los contenidos que reflejan el malestar psicológico: ¿Existe un tema o temas que le dan forma al dolor psicológico? ¿Se infiere algún esquema o esquemas? Los contenidos involucrados en el tema(s) pueden analizarse desde dos aspectos que son complementarios para la elaboración saludable de un significado de una experiencia discrepante: Narrativa Descriptiva y Narrativa Reflexiva. Primero, por Narrativa Descriptiva se entiende una narrativa que alude a aspectos externos de lo que le ocurrió a la persona que vivenció malestar. Implica una descripción secuencial y lineal de un hecho. Responde a la pregunta: “¿Qué ocurrió?” En segundo lugar, por Narrativa Reflexiva se entiende una narrativa que alude a aspectos de elaboración interna y análisis reflexivo de lo que pasó y procesó internamente la persona. Implica una elaboración de significado y articulación de lo que ocurrió. Responde a la pregunta: ¿Qué significó lo que pasó? Es de destacar, que bajo cada dominio de primer orden (véase anexo 1), se encuentran los tres siguientes indicadores complementarios, que aparecen a continuación:

Marcar con cruz:

“Presencia de indicadores de bienestar psicológico: ”. Se debe marcar si se observa algún indicador del dominio que pueda ser interpretado como indicador de cambio y articulación que indique una evolución hacia el bienestar psicológico. Se espera que este indicador aparezca omitido en las primeras sesiones puesto que no se ha intervenido, y por tanto, este indicador debería emerger a continuación de las diferentes intervenciones psicoterapéuticas.

“Presencia de malestar psicológico: ”. Es el segundo indicador. Se marca si se observa que el dominio contribuye al malestar psicológico, ya que se encuentra con algún grado de déficit.

“Información Novedosa: Presente: Ausente: ”. Es el tercer indicador. Nos indica, si hay nueva información que se asimile y acomode, de manera de mejorar la articulación de significado y así lograr que el dominio funcione contribuyendo al bienestar psicológico.

1.b) **PROCESOS (P)**: alude a procesos de mentalización (PM) y autoengaño (PA) que utiliza el paciente. Los procesos de mentalización aluden a una adecuada atención a los estados mentales propios y a los de otros. Presenta dos polos: Proceso de mentalización problemático (PM-p) y Proceso de mentalización saludable (PM-s).

Los procesos de autoengaño aluden a los sesgos y la coherencia de información para mantener una imagen de sí mismo aceptable. Uno de los mayores problemas del autoengaño problemático es la pérdida de capacidad de integración de la información. En cambio, en el autoengaño saludable (óptimo) los sesgos no producen problemas de integración de la información. Presenta dos polos: autoengaño problemático (PA-p) y autoengaño saludable (PA-s).

2) **SENTIDO DE SÍ MISMO (S-s versus S-p) Y TIEMPO FLUIDO (TF versus TnF)**: El sentido de sí mismo y la temporalidad percibida son dos aspectos relacionados en un sistema psicológico y que dan lugar al procesamiento autorreferente. Cuando se produce alteración del sentido de sí mismo y/o del tiempo percibido se producen grados de desorganización del procesamiento de información en el sistema psicológico.

2.a) **SENTIDO DE SÍ MISMO (S)**: Alude a los esquemas acerca del sí mismo que se entienden como generalizaciones cognitivas relativamente estables que filtran y seleccionan información, facilitan abstraer significado e integran información en los conocimientos almacenados sobre el sí mismo. Presenta dos polos. El primer polo es el Sentido de Sí Mismo Problemático [S-p] que alude a percibir y sentir malestar en el estar. El segundo polo llamado Sentido de Sí Mismo saludable [S-s] que alude a percibir y sentir bienestar en el estar con uno mismo y los demás.

2.b) **TIEMPO FLUIDO VERSUS NO FLUIDO (TF versus TnF)**: alude a la percepción de presencia o ausencia de alteración de la percepción de temporalidad subjetiva: ¿Hay una cronología adecuada de los hechos en el relato? ¿Se mantiene el sentido de realidad del tiempo? ¿Hay alteración de la percepción de la temporalidad subjetiva? ¿Cómo es la relación entre tiempo interno y tiempo real? Si el tiempo subjetivo está alterado observaremos alteraciones de diversa naturaleza, por ejemplo: tiempo dilatado, tiempo contraído, cronología alterada, etcétera.

Por otra parte, los dominios de segundo orden son: dominio afectivo, dominio cognitivo, dominio imaginativo, expectativa y retroalimentación, afrontamiento, sensorialidad y atribución, agencia, espiritualidad y trascendencia, autocuidado y

salud (Véase cuadro 2). Es de destacar que bajo cada uno de estos dominios hay seis posibilidades de tabulación (orden de aparición del dominio, presencia de indicadores de bienestar psicológico, presencia de malestar psicológico, frecuencia de malestar, intensidad de malestar, Información novedosa) que el terapeuta indica (marca) para precisar la información sesión a sesión.

Cuadro 2. Dominios de segundo orden: definiciones.

II.- DOMINIOS DE SEGUNDO ORDEN:

Es de destacar que bajo cada dominio de segundo orden (véase anexo 1), se encuentran seis indicadores complementarios, que mostramos a continuación:

DOMINIO AFECTIVO (da): identificar estados de ánimo, emociones negativas y positivas, que formen parte del malestar psicológico.

Orden de aparición del dominio: _____

Marcar con cruz:

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:

Información novedosa: Presente: Ausente:

“**Orden de aparición del dominio:**_____”. Es un indicador que se usa para explicitar el orden en que emerge el dominio en un episodio de reconstrucción (Perfil de reconstrucción). No obstante, en el caso que un dominio aparezca en dos ocasiones, se entiende que es un flujo de información (proceso continuo) y que puede variar cualitativamente y cuantitativamente en una situación de malestar psicológico

Marcar con cruz:

“**Presencia de indicadores de bienestar psicológico:** ”. Es el primer indicador. *Aquí se debe marcar si se observa algún indicador del dominio que pueda ser interpretado como un grado de cambio que apunte en la dirección de bienestar psicológico*

“**Presencia de malestar psicológico:** ”. Es el segundo indicador. *Aquí se debe marcar si se observa que el dominio involucrado contribuye al malestar psicológico. Si es así, se pasa a precisar el tercer indicador.*

“**Frecuencia de malestar** (semanal): Alta: Media: Baja: Nula: ”. *Es el tercer indicador. Aquí se debe precisar la frecuencia semanal.*

“**Intensidad de malestar** (semanal): Alta: Media: Baja: Nula: ”. *Es el cuarto indicador. Interesa observar cómo la intensidad del malestar se comporta en el tiempo cronológico que distingue al paciente. Al igual que el indicador previo, si fuera nula nos indicaría presencia de remisión.*

“**Información novedosa:** Presente: Ausente: ”. *Es el quinto indicador. Nos indica, si hay nueva información que permita mejorar la articulación y así lograr que el dominio funcione contribuyendo al bienestar psicológico.*

DOMINIO COGNITIVO (dc): identificar creencias, pensamientos invasivos y “deberías” implicados en el malestar psicológico.

DOMINIO IMAGINATIVO (di): identificar tipos de imágenes que formen parte del malestar psicológico.

(Continuación)

EXPECTATIVA Y RETROALIMENTACIÓN (e/r): identificar expectativas y capacidad deficitaria de retroalimentación del paciente.

AFRONTAMIENTO (af): identificar tipos de afrontamientos utilizados y que no son funcionales para la regulación psicológica.

SENSORIALIDAD Y ATRIBUCIÓN (s/at): Identificar sensaciones y explorar el tipo de atribuciones que contribuyen al malestar psicológico.

AGENCIA (ag): explorar el sentido de ser agente, lo que implica, identificar la auto percepción de cuánto siente que conduce la propia vida.

ESPIRITUALIDAD y TRASCENDENCIA (e/t): valorar la dimensión espiritual, presente o ausente, y su contribución eventual al malestar psicológico.

AUTOCUIDADO Y SALUD (aut/s): valorar autocuidado del cliente (hábitos alimentarios, descanso, ejercicio, dieta, número de horas diarias dedicadas a dormir, calidad del dormir, capacidad de relajarse, recreación, calidad del descanso, uso de automedicación, etcétera).

La tercera y última parte de la Pauta de Reconstrucción de Malestar Psicológico se denomina “Aspectos de la Sesión” (véase cuadro 3). Son indicadores que complementan la información clínica explorada en la primera y segunda parte del RMPS. Los aspectos considerados son los siguientes: a) Técnica de intervención utilizada, b) Qué dominios se trabajaron en sesión, c) Valoración de la sesión, y d) Observaciones.

Cuadro 3: Aspectos de la sesión: Definiciones.

III.- ASPECTOS DE LA SESIÓN

TÉCNICA DE INTERVENCIÓN UTILIZADA:

“Nombre de técnica (s): _____”. Aquí se debe explicitar la técnica(s) que se aplicó en sesión. Igualmente se debe describir la tarea (s) inter-sesión que se acordó con el paciente.

“Marcar con cruz:

Orientada a modificación de proceso: afirmativo: negativo:

Orientada a modificación de contenido: afirmativo: negativo:

En ambos indicadores se debe marcar si la técnica persigue modificar procesos y/o contenidos problemáticos en la representación del paciente.

“QUÉ DOMINIOS SE TRABAJARON EN SESIÓN:

Dominios de 1º orden: _____

Dominios de 2º orden: _____

Perfil identificado: _____”.

Los dos primeros indicadores sirven para mostrar los dominios que se trabajaron en sesión. El tercer indicador “perfil identificado” indica el perfil que se intenta modificar.

“VALORACIÓN DE SESIÓN (marcar con cruz):

¿Siente y piensa que lo que hemos trabajado en la sesión le ha sido de ayuda?

Nada: POCO: Mucho:

(Continuación)

b) ¿En qué le ha sido de ayuda la presente sesión? _____”.
Las dos preguntas que se le hace al paciente de manera explícita. Es de importancia, ya que se obtiene una valoración inmediata de cómo percibe lo tratado en sesión.

“**OBSERVACIONES:** _____”
Aquí se deben destacar aspectos que el terapeuta considere necesarios dejar explicitados.

La pauta de reconstrucción de malestar psicológico ayuda a los terapeutas a identificar, comprender, y posteriormente diseñar intervenciones en el transcurso del proceso terapéutico. El inicio de este proceso parte en lograr una comprensión temática del paciente (tema procesal de significado desadaptativo, sentido de sí mismo y tiempo fluido) que se va desarrollando en el proceso de psicoterapia de manera gradual, y siempre, en un contexto de significado personal y cultural. El terapeuta explora, identifica y valora la información que el paciente trasmite verbal, facial y corporalmente en relación a la temática que le da forma a su malestar psicológico. Después, inicia la compleja tarea de la modificación en función de lograr una nueva regulación psicológica.

En general, la pauta de reconstrucción de malestar psicológico, subordinada al juicio clínico, tiene dos aspectos a considerar. Primero hay que identificar la información y cómo toma forma dicha información a través de diferentes procesos y contenidos que confluyen en temáticas: “¿Qué dominios están presentes en el relato?, ¿Cómo se relacionan los dominios de segundo orden?, ¿Cuál es la calidad de la información que aparece en los dominios de segundo orden involucrados en el tema?, ¿Qué procesos de mentalización y autoengaño están contribuyendo al malestar psicológico?, ¿Qué tipo y calidad de información de los dominios de segundo orden utiliza el paciente para afrontar la tensión psicológica?, etc. Si tomamos la variable mentalización, se podría explorar a través de las siguientes preguntas: ¿Qué procesos de mentalización alterados están involucrados en el tema?, ¿La capacidad de identificar estados mentales y la de razonar sobre ellos está presente?, ¿Qué tan disminuida está la capacidad de mentalizar?, ¿Describe adecuadamente lo que piensa, siente o imagina en las situaciones que describe? El logro de esta primera fase es construir un perfil de procesamiento de información que estará en función de las diferencias individuales, de la historia de aprendizaje y del tipo específico de problema interpersonal que presente el paciente.

En segundo lugar, se pasa a la intervención basándose en lo que se detecta con el uso de la Pauta de Reconstrucción de Malestar Psicológico (RMPS). La lógica clínica implica usar los dominios de segundo orden y asociarlos con los dominios de primer orden, en una lógica de dos direcciones (“de abajo hacia arriba” y “de arriba hacia abajo”) y generar una comprensión gradual que permita diseñar estrategias de *modificación de la dinámica cognitiva –afectiva– conductual* que tengan mayor probabilidad de éxito. Y en tercer lugar, y considerando la conjunta

subjetividad e intersubjetividad implicada en la psicoterapia, es útil que el terapeuta se haga preguntas a sí mismo a lo largo del proceso terapéutico en función de lograr una adecuada sintonía con el significado del paciente: “¿Cómo me siento al sentirme conectado afectivamente?, ¿Cómo me percibo a mí mismo al escuchar la problemática?, ¿Cómo siento la gestualidad y corporalidad del paciente cuando emergen los dominios problemáticos?, ¿Qué información tácita distingo en la comunicación del paciente?”.

En relación a los tipos de uso del RMPS, se puede usar de dos maneras. Primero como un *perfil general* de una sesión, por ejemplo: entender un problema. Segundo como un *perfil de reconstrucción* de un episodio no asimilado y que produjo discrepancia cognitivo-afectiva, por ejemplo: ataque de pánico, despersonalización, etc. Ambos perfiles permiten trabajar en los síntomas, en las temáticas y en la estructura de las narrativas.

CASO CLÍNICO

A modo didáctico se mostrará el uso de la Pauta de Reconstrucción de Malestar Psicológico (RMPS) en la práctica clínica a través de un caso adaptado para el presente artículo. Pedro tiene 45 años, empresario, casado por segunda vez, con dos hijos del primer matrimonio y un hijo de 3 años de su segundo matrimonio. Llega a la consulta privada derivado por psiquiatra tratante con la indicación de recibir psicoterapia cognitiva. Tiene diagnóstico de trastorno de pánico sin agorafobia. Consulta por padecer ataques de pánico desde hace 4 años aproximadamente. Ha tomado fármacos continuamente desde esa fecha. Comenta que la farmacoterapia le ha sido de ayuda en los primeros dos años, ya que disminuyeron la frecuencia de los ataques, pero en los últimos 18 meses han vuelto los ataques con la misma frecuencia e intensidad. Detalla que padece un ataque al mes desde hace casi dos años y a veces dos ataques. El tratamiento seguido hasta el momento ha sido exclusivamente farmacológico. Él se ha negado a recibir tratamiento psicoterapéutico aunque esto le había sido sugerido por su psiquiatra. En el momento actual, decide solicitar psicoterapia, ya que está muy incómodo y ha perdido la fe en los fármacos.

Pedro se auto describe como ansioso pero sin que se aprecie socialmente. Después de indagar antecedentes, hacer la anamnesis y explorar su sintomatología actual, el terapeuta coincide con el diagnóstico descriptivo que hizo el psiquiatra tratante y que se mantiene en la actualidad. A continuación el terapeuta se focaliza en la demanda de ayuda de Pedro. El paciente manifiesta su problema de la siguiente manera: “Quiero no padecer más estos ataques de pánico que me vienen y no entiendo por qué me pasan. A veces estoy mejor y a veces peor. Estos ataques que ya llevan años me sobrepasan y desalientan. No me siento en control de mí mismo. Vivo en el miedo y no me siento el mismo...me encuentro decaído”. El terapeuta explora la historia del problema y qué estrategias ha intentado para resolver lo que le ocurre hace ya cuatro años. En términos de la Pauta de Reconstrucción de

Malestar Psicológico éste sería el tema que se denomina “tema procesal de significado desadaptativo” que a medida que se avance en el proceso terapéutico se irá modificando. En el cuadro 4, el RMPS perfil general, se observan los dominios de primer orden y segundo orden observados en la primera sesión de Pedro. En último lugar, para definir un objetivo de trabajo que comprometa al paciente, se le pregunta: ¿Qué te gustaría que cambie de ti como resultado de la psicoterapia? Pedro dice: “Me gustaría comprender por qué me pasa esto y en la medida de lo posible conseguir que disminuyan estos ataques que me tienen cansado”.

Cuadro 4. RMPS: Perfil General

Sesión N^o: 1^a

Objetivo terapéutico a tratar en sesión: *comprender cómo se desencadenan los ataques de pánico y disminuir la frecuencia y en lo posible lograr la remisión*

I.- DOMINIOS DE PRIMER ORDEN:

Tema: Constricción focalizada en el logro económico. Pedro vive en la obligación de tener cada vez mayor éxito laboral y económico. Se observan tres esquemas en sus narrativas: dos esquemas de amenaza fisiológico/mental (Beck, & Dozois, 2011), “creencia relativa a la vulnerabilidad a los infartos” y “una creencia de pérdida de control sobre el propio funcionamiento mental”; y un esquema de “normas inalcanzables” (Young, & Klosko, 1994).

Contenidos en el relato: *“Quiero no padecer más estos ataques de pánico que me vienen y no entiendo por qué me pasan. A veces estoy mejor y a veces peor. Está situación que ya lleva años me sobrepasa y desalienta. No me siento en control de mi mismo. Vivo en el miedo y no me siento el mismo... me encuentro decaído”.*

Marcar con cruz:

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente: Ausente:

PROCESOS DE MENTALIZACIÓN (PM-p:) versus (PM-s:): *No asocia los riesgos financieros en que ha incurrido y tampoco en las deudas como aspectos que han afectado su bienestar mental.*

Marcar con cruz:

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente: Ausente:

PROCESOS DE AUTOENGAÑO (PA-p:) versus (PA-s:): *“Combatir las dificultades y adversidad es mi regla, y no me toca... No necesito de nadie”*

Marcar con cruz:

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente: Ausente:

Sentido de sí mismo (S-p:) versus (S-s:): *“Me siento algo temeroso y frágil. Pero nadie se percató de cómo me siento”.*

Marcar con cruz:Presencia de indicadores de bienestar psicológico: Presencia de malestar psicológico: Información Novedosa: Presente: Ausente: **Percepción de tiempo** (TnF:) versus (TF:): *“Vivo en el miedo....siempre estoy vigilante de que me pase ...no se me pasará”***Marcar con cruz:**Presencia de indicadores de bienestar psicológico: Presencia de malestar psicológico: Información Novedosa: Presente: Ausente: **II.- DOMINIOS DE SEGUNDO ORDEN:****DOMINIO AFECTIVO** (da): *“Siento miedo y no sé por qué, pero es algo diario. En esta última semana he tenido dos días muy malos....me he sentido ansioso”.***Marcar con cruz:**Presencia de indicadores de bienestar psicológico: Presencia de malestar psicológico: Frecuencia de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula: Intensidad de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula: Información Novedosa: Presente: Ausente: **DOMINIO COGNITIVO** (dc): *“No sé si podré cumplir con las exigencias financieras de mi vida. Hace tiempo que pienso y me digo esto”.***Marcar con cruz:**Presencia de indicadores de bienestar psicológico: Presencia de malestar psicológico: Frecuencia de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula: Intensidad de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula: Información Novedosa: Presente: Ausente: **DOMINIO IMAGINATIVO** (di): *“me veo enfermo”.***Marcar con cruz:**Presencia de indicadores de bienestar psicológico: Presencia de malestar psicológico: Frecuencia de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula: Intensidad de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula: Información Novedosa: Presente: Ausente: **SENSORIALIDAD Y ATRIBUCIÓN** (s/at): *“Siento opresión en el pecho”.*Presencia de indicadores de bienestar psicológico: Presencia de malestar psicológico: Frecuencia de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula: Intensidad de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula: Información Novedosa: Presente: Ausente: **AFRONTAMIENTO** (af): *“Evito constantemente situaciones de malestar tomando mis fármacos. No tolero sentirme mal”.*Presencia de indicadores de bienestar psicológico: Presencia de malestar psicológico: Frecuencia de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula: Intensidad de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula: Información Novedosa: Presente: Ausente:

(Continuación)

AUTOCUIDADO Y SALUD (aut/s): *“Tengo un dormir de mala calidad”. “Ya no hago deporte porque no tengo tiempo”. “Tomo fármacos para dormir casi todas las noches”.*

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:

Información Novedosa: Presente: Ausente:

III.- ASPECTOS DE LA SESIÓN

TÉCNICA DE INTERVENCIÓN UTILIZADA:

Nombre de técnica (s): No se utilizó ninguna técnica.

Marcar con cruz:

Orientada a modificación de proceso: afirmativo: negativo:

Orientada a modificación de contenido: afirmativo: negativo:

QUÉ DOMINIOS SE TRABAJARON EN SESIÓN:

Dominios de 1º orden: se identificaron los dominio de primer orden que se observan con déficit.

Dominios de 2º orden: Todos los dominios de segundo orden se observan con grados de déficit.

Perfil identificado: Se identificó un perfil general.

VALORACIÓN DE SESIÓN (marcar con cruz):

¿Siente y piensa que lo que hemos trabajado en la sesión le ha sido de ayuda?

Nada: Poco: Mucho:

b) ¿En qué le ha sido de ayuda la presente sesión?

“En que me doy cuenta que necesito ayuda para superar mi problema”.

OBSERVACIONES: Se trabajó en resolver dudas sobre que era la psicoterapia y sobre lo que se trabajaría en sesiones. Fue una sesión de exploración, en que se logró identificar los dominios implicados en el malestar psicológico y establecer un objetivo de trabajo de común acuerdo.

En la segunda sesión se sigue complementando la historia de Pedro y se hace una cronología exhaustiva de los ataques de pánico más relevantes y de los sucesos de su vida que en esos momentos recuerda y que evalúa como posibles desencadenantes. Además, el terapeuta invita al paciente a retomar la descripción del ataque reciente, ataque que describe sin dificultades y después el terapeuta procede a la exploración identificando los diferentes dominios de primer y segundo orden. Posteriormente, el terapeuta le solicita a Pedro que describa el primer ataque que tuvo hace cuatro años de manera de buscar aspectos comunes. Pedro no tiene dificultad en rememorar y describir los dos ataques con ayuda del terapeuta.

El terapeuta se focaliza en el ataque de pánico reciente, reconstruye la experiencia de ataque y se identifica un primer perfil tentativo de los dominios de 1º y 2º orden del RMPS – perfil de reconstrucción. El perfil para los dominios de segundo orden sería un perfil secuencial: s/at (“se me seca la boca”. No hay atribución) – da (siento miedo) – dc (tendré un infarto) – di (me veo en una camilla

con mal aspecto) – s/at (siento dolor y opresión en el pecho – atribución: mi corazón fallará) – da (angustia de muerte) (véase cuadro 5). El terapeuta “escala” a los dominios de primer orden, que tiene un perfil no lineal, y sería: S-p, TnF, PM-p, PA-p (sentido de sí mismo y tiempo no fluido, procesos de mentalización, procesos de autoengaño). La información identificada por el terapeuta y contrastada con el paciente, permite diseñar una primera intervención que consistió en enseñar la técnica de respiración abdominal, ya que la respiración se observaba alterada.

Cuadro 5. RMPS: Perfil de Reconstrucción.

Sesión Nº: 2ª

Objetivo terapéutico a tratar en sesión: *comprender cómo se desencadenan los ataques de pánico y disminuir la frecuencia y en lo posible lograr la remisión.*

I.- DOMINIOS DE PRIMER ORDEN:

Tema: Constricción focalizada en el logro económico. Se siguen observando en las diferentes narrativas los tres esquemas ya mencionados en la sesión previa (dos esquemas de amenaza fisiológico/mental y un esquema de “normas inalcanzables”).

Contenidos en el relato: En su relato destaca: *“Cómo le dije, no deseo padecer más estos ataques de pánico que no entiendo por qué me pasan. Siempre estoy tenso”. También aparece la importancia de la perfección en su vida.* **Observación:** La reiteración temática se observa.

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente: Ausente:

PROCESOS DE MENTALIZACIÓN (PM-p:) versus (PM-s:): *No asocia los riesgos financieros en que ha incurrido y tampoco en las deudas como aspectos que han afectado su bienestar mental.*

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente: Ausente:

PROCESOS DE AUTOENGAÑO (PA-p:) versus (PA-s:): *“No necesito de nadie para saber qué hacer”*

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente: Ausente:

Sentido de sí mismo (S-p:) versus (S-s:): *“Me siento algo temeroso y frágil de padecer estos ataques. Pero nadie se percata de cómo me siento”.*

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente: Ausente:

Percepción de tiempo (TnF:) versus (TF:): *“Estoy vigilante de que un nuevo ataque me pase en cualquier momento”. Observación: Se contrasta con el paciente, llevándolo a algún recuerdo, y sostiene que es cómo que el tiempo no pasará. Es una distorsión temporal llamada dilatación temporal.*

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente: Ausente:

II.- DOMINIOS DE SEGUNDO ORDEN:

DOMINIO AFECTIVO (da): "siento miedo". Se activa en segundo lugar en el perfil. "Siento una angustia que me desborda y me paraliza". Se activa en sexto lugar en el perfil: Observación: Se observa miedo-ansiedad y angustia en dos momentos en el perfil.

Orden de aparición del dominio: 2º y 6º.

Marcar con cruz:

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:

Información Novedosa: Presente: Ausente:

DOMINIO COGNITIVO (dc): "tendré un infarto". Observación: es el tercer dominio que se activa en el perfil.

Orden de aparición del dominio: 3º

Marcar con cruz:

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:

Información Novedosa: Presente: Ausente:

DOMINIO IMAGINATIVO (di): "me veo en una camilla con mal aspecto". Observación: Es el cuarto dominio que se activa en el perfil.

Orden de aparición del dominio: 4º

Marcar con cruz:

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:

Información Novedosa: Presente: Ausente:

SENSORIALIDAD Y ATRIBUCIÓN (s/at): En primer lugar en el perfil "se me seca la boca". y aparece en quinto lugar: "Siento un fuerte dolor y opresión en el pecho". En ambos la capacidad de reevaluación desaparece. Observación: Se observa en dos momentos en el perfil y se diferencian porque hay cambios en la zona del cuerpo.

Orden de aparición del dominio: 1º y 5º

Marcar con cruz:

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:

Información Novedosa: Presente: Ausente:

III.-ASPECTOS DE LA SESIÓN**TÉCNICA DE INTERVENCIÓN UTILIZADA:**

Nombre de técnica: Respiración abdominal

Marcar con cruz:

Orientada a modificación de proceso: afirmativo: negativo:

Orientada a modificación de contenido: afirmativo: negativo:

QUÉ DOMINIOS SE TRABAJARON EN SESIÓN:

Dominios de 1º orden: *Se delimitó la importancia de su sentido de sí mismo que percibe como frágil y que son el preámbulo de los ataques de pánico.*

Dominios de 2º orden: *Se identificó un perfil (s/at -da – dc – di-s/at-da)*

VALORACIÓN DE SESIÓN (marcar con cruz):

¿Siente y piensa que lo que hemos trabajado en sesión le ha sido de ayuda?

Nada: Poco: Mucho:

b) Preguntar: ¿En qué le ha sido de ayuda la sesión? Pedro destaca dos aspectos. El primero: “me doy cuenta que necesito ayuda para salir de este estado psicológico. En todos estos años, no me había animado a pedir ayuda a un terapeuta. Yo creía que la solución era tomar pastillas de por vida pero no me funcionan”. Segundo: “siempre me ha sido difícil respirar cuando me siento muy mal. Lo que he aprendido en la sesión “respiración abdominal” espero me sea útil”.

OBSERVACIONES: Se hizo una cronología exhaustiva de los ataques de pánico y posibles desencadenantes. Se observa predominio de respiración torácica cuando se encuentra relatando momentos de malestar. Se le dio lecturas de psicoeducación sobre: ansiedad y angustia, ataques de pánico y emociones.

En la tercera sesión se valoró la semana de Pedro que la califica de difícil. Destaca sus problemas para dormir y relajarse. Subraya que ha tomado con frecuencia diaria rabotril en la mañana y en la noche. Se conversó de las lecturas de psicoeducación que hizo en la semana sobre: a) Qué es la ansiedad y la angustia, b) Qué es un ataque de pánico, c) La importancia de las emociones para la interacción social. También se hizo psicoeducación sobre higiene de sueño y se le enseñó una técnica de relajación.

En la cuarta sesión se rememoró la experiencia de ataque de pánico que tuvo en la semana y se exploró el perfil de los dominios de primer y segundo orden (véase cuadro 6). Se focalizó en los dominios de segundo orden: cognitivo (dc) e imaginativo (di). Se trabajó en explorar y reconocer cómo estos dos dominios se asociaban con el sentido de sí mismo problemático (fragilidad y soledad) y percepción del tiempo no fluido (no tengo tiempo ni veo salida... me arruinaré). Se aplicaron dos intervenciones, una en sesión y otra intersesión. En primer lugar, se procedió a realizar una Moviola (Guidano, 1992) para precisar información, facilitar la emergencia de nueva información, regulación de autoengaño y articular el sentido de sí mismo y la temporalidad constrictiva. Un aspecto que apareció como consecuencia de la moviola fueron sus dificultades para identificar estados mentales. Y en segundo lugar, se dio una tarea inter-sesión (Tarea de descentramiento) que consistió en que durante los posteriores días pusiera atención en la temática del logro, específicamente en identificar sus deseos, reflexionar sobre sus posibilidades reales de negocios, y que contrastara la información con sus asesores en la empresa. El propósito era investigar que tan grande era la discrepancia entre su percepción y la de sus asesores, y si las había, que “ajustáramos lo que no estaba ajustado”.

Esencialmente era insertar el cuestionamiento de su mundo privado-vivencial en la representación cognitiva de Pedro. Una manera de corregir el déficit de mentalización, que en su caso, tomaba la forma de ser omnipotente con su equipo de trabajo. Este aspecto que era frecuente, se traducía en no escuchar los consejos técnicos de sus asesores financieros, lo que estaba en función de percibir en los análisis de sus colaboradores aspectos que no se sintonizarán con sus propios deseos. En relación al clima laboral, Pedro comentaba que se daba cuenta de la tensión: “En el último tiempo las reuniones se han convertido en muy difíciles y yo termino molesto”. Una instrucción que se le dio, fue que en las reuniones que solía tener con sus asesores, se centrara en escuchar a sus interlocutores, interpretarlos, y asegurarse de entender lo que le decían descentrándose de sus deseos, así como en esforzarse por mantener una actitud de no discutir y de mostrar una expresión facial adecuada.

La quinta sesión consistió en explorar la tarea de descentramiento dada en la 4ª sesión. Pedro descubrió algunos aspectos, a través de la tarea de autoobservación conductual (Quiñones, 2010), sobre explorar su mundo privado en las reuniones con sus asesores. Relata que no fue fácil centrarse en los estados mentales de los asesores y distanciarse de sus propios deseos, percepciones y creencias de lo que se debía hacer, pero el clima de la reunión fue distendido y provechoso, ya que le permitió entender que habían aspectos que no había considerado en sus análisis previos. Además, hubo novedad de información para él y sus colaboradores, sobre todo el clima de colaborar y sentir que eran un equipo. Lo que más destacó fue lo difícil que le fue deponer su tendencia a no escuchar, lo cual lo tensionó emocionalmente pero controló con la respiración aprendida y con autoinstrucciones, lo que se tradujo en poder analizar los problemas en colaboración y plantear soluciones posibles.

Las sesiones 6ª y 7ª se continuó con tareas intersesión centradas en aumentar la mentalización y disminuir el autoengaño “no necesito de nadie”. Básicamente se logró que Pedro disminuyera su sentido de soledad y de constricción del sentido del tiempo no fluido (TnF: “Mi mente no está todo el tiempo pendiente de que me venga un ataque”), al percatarse que al estar excesivamente centrado en sí mismo y en no hacer un esfuerzo por intentar entender los estados mentales de sus colaboradores, contribuía significativamente a aumentar el propio malestar psicológico.

Cuadro 6. RMPS: Perfil de Reconstrucción.

Sesión N°: 4ª

Objetivo terapéutico a tratar en sesión: *comprender cómo se desencadenan los ataques de pánico y disminuir la frecuencia y en lo posible lograr la remisión.*

I.- DOMINIOS DE PRIMER ORDEN:

Tema: Constricción focalizada en el logro económico. Se observa en las narrativas de esta sesión un predominio del esquema de “normas inalcanzables”. Observación: Al parecer este esquema a nivel tácito ocupa un lugar jerárquicamente más alto que los otros dos esquemas.

(Continuación)

Contenidos en el relato: Destaca en su relato: “He estado intranquilo...a veces con miedo y opresión en el pecho. Mis asesores no me entienden.....Me siento frágil”. “Si no hay perfección en mi quehacer me siento mal....es muy importante para mí....desde pequeño me lo enseñaron y respiro eso”. Observación: La reiteración temática e inflexibilidad se observa.

Marcar con cruz:

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente: Ausente:

PROCESOS DE MENTALIZACIÓN (PM-p:) versus (PM-s:): “No entiendo a mi colaborador.....sólo se opone a mí”. Observación: Hay varios aspectos que se apreciaron en la moviola aplicada a una situación problemática. Se observó que emergió una clara dificultad para leer los estados mentales de los demás. No podía identificar posibles intenciones en sus colaboradores por ejemplo. Tampoco reconoce en sí mismo, los riesgos financieros en que incurre y la asociación con su ansiedad y mal dormir cotidiano.

Marcar con cruz:

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente: Ausente:

PROCESOS DE AUTOENGAÑO (PA-p:) versus (PA-s:): “La adversidad de la economía no me toca”.

Marcar con cruz:

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente: Ausente:

SENTIDO DE SÍ MISMO Y TIEMPO FLUIDO DEL PROBLEMA (S): Sentido de sí mismo (S-p:) versus (S-s:): “Me siento frágil”. Observación: Descubre a través de la moviola que la fragilidad que sientese asocia con la soledad que él mismo crea al apartar a los demás.

Marcar con cruz:

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente: Ausente:

Percepción de tiempo (TnF:) versus (TF:): “Vivo en el miedo....siempre estoy vigilante de que me pase ...no se me pasará”; “no tengo tiempo ni veo salida.....es un enorme peso”. Observación: Descubre a través de la moviola que el miedo intenso una vez activado le altera la percepción del futuro que no se limita a la crisis de angustia, sino que le dura varios días.

Marcar con cruz:

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente: Ausente:

II.- DOMINIOS DE SEGUNDO ORDEN:

DOMINIO AFECTIVO (da): “Siento mucho miedo y no sé por qué. Tuve el ataque después de una reunión que fue muy difícil en la empresa. Me empecé a sentir mal al

(Continuación)

final de la reunión, pero me aguante. Después me vino el ataque Me tomé la pastilla de siempre”.

Orden de aparición del dominio: 2º

Marcar con cruz:

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:

Información Novedosa: Presente: Ausente:

DOMINIO COGNITIVO (dc): *“No podré cumplir con las exigencias financieras”. “Me arruinaré”*

Orden de aparición del dominio: 3º

Marcar con cruz:

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:

Información Novedosa: Presente: Ausente:

DOMINIO IMAGINATIVO (di): *“Me veo harapiento....enfermo”. Observación:* Descubre a través de la moviola que esa imagen le da un sentido de fin. El sentido de vulnerabilidad y fragilidad tiene un aspecto invasivo que constriñe su esato mental.

Orden de aparición del dominio: 4º

Marcar con cruz:

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:

Información Novedosa: Presente: Ausente:

SENSORIALIDAD Y ATRIBUCIÓN (s/at): 1º *“se me secó la boca fuertemente”. “Siento un dolor en el pecho muy fuerte”.*

Orden de aparición del dominio: 1º y 5º

Marcar con cruz:

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:

Información Novedosa: Presente: Ausente:

AFRONTAMIENTO (af): *“Me siento muy mal y me tomó la pastilla de siempre”.*

Orden de aparición del dominio: 6º

Marcar con cruz:

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:

Información Novedosa: Presente: Ausente:

(Continuación)

III.- ASPECTOS DE LA SESIÓN

TÉCNICA DE INTERVENCIÓN UTILIZADA:

Nombre de técnicas: Se aplicó en sesión una Moviola. Al final de la sesión se le dio una tarea de descentramiento (mentalización).

Marcar con cruz:

Orientada a modificación de proceso: afirmativo: negativo:

Orientada a modificación de contenido: afirmativo: negativo:

QUÉ DOMINIOS SE TRABAJARON EN SESIÓN:

Dominios de 1º orden: Se trabajo en la regulación del autoengaño y articular el sentido de sí mismo y la temporalidad constrictiva. También en facilitar procesos de mentalización saludables.

Dominios de 2º orden: se trabajo en particular en los dominios cognitivo e imaginativo.

Perfil identificado: Se trabajo en secuencia del perfil: s/at -da-dc – di -s/at -af

VALORACIÓN DE SESIÓN (marcar con cruz): ¿Siente y piensa que lo que hemos trabajado en sesión le ha sido de ayuda?

Nada: Poco: Mucho:

b) Preguntar: ¿En qué le ha sido de ayuda la sesión? Me parece que tengo muchas dificultades en valorar las opiniones de los demás.

OBSERVACIONES: Se observa motivado en sesión y una actitud de compromiso con la psicoterapia.

En la 8ª sesión se exploró en particular un aspecto que fue apareciendo como otro factor desencadenante de sus ataques de pánico (Véase cuadro 7). Al explorar el dominio cognitivo en distintas situaciones de malestar, permitió identificar con mayor claridad para Pedro la incidencia de sus esquemas disfuncionales que eran los principales desencadenantes de su sentido de constrictión. Ello se relacionaba por una parte con su creencia nuclear catastrófica (pensamiento automático “tendré un infarto” que era reflejo del esquema: “creencia relativa a la vulnerabilidad a los infartos”); y en segundo lugar, pensamiento automático “perderé mis capacidades...me estoy volviendo loco” que era reflejo de su esquema de pérdida de control (creencia de pérdida de control sobre el propio funcionamiento mental) que le daba un sentido de que no sería capaz de generar ingresos suficientes para que su hijo pequeño pudiera en el futuro estudiar en la universidad y tener una vida con comodidades hasta que terminara sus estudios universitarios. El tema de significado desadaptativo se fue complementando ya que el autoengaño problemático empezó a disminuir y se empezó a observar un cambio gradual de actitud hacia sí mismo y hacia los demás. Básicamente pasar de “competir con sus colaboradores” a un grado de colaboración en la búsqueda de soluciones. Además, ya se comienza a apreciar que la reformulación realizada en términos de constrictión (“Tu estilo de auto constrictión que en ciertas situaciones llega a ataques de pánico, lo generas en parte importante con tu actitud de perfeccionismo hacia ti mismo y de no colaborar con las personas que te quieren ayudar), que en caso de Pedro se le muestra que trabajar

16 horas y exigirse ser cada vez más exitoso en lo económico y no permitirse descansar y disfrutar, empieza a producir una modificación gradual en su propia auto comprensión ya que se da cuenta de que su estilo de vida es un factor determinante en la generación de los ataques de pánico (Siente la vida como una constante presión y trabaja sin diversión). Sus pensamientos sobre perfeccionismo (“si no es perfecto el análisis vale muy poco”) refleja su esquema de normas inalcanzables que identifica ayudado por el terapeuta y lo empieza a cuestionar progresivamente.

En las sesiones, 9ª y 10ª, se trabajó en revisar las narrativas descriptivas y reflexivas de Pedro en diferentes momentos de constricción que no llegaron a ataques de pánico pero sí a momentos de malestar angustioso (crisis sintomáticas limitadas), que no controló con fármacos como antes de la psicoterapia era su costumbre por no decir una verdadera ley, de manera que el afrontamiento de evitar lo que le ocurría empezó a cambiar y emergieron nuevas narrativas descriptivas y reflexivas más articuladas. Dichas narrativas se explicitan en sesión y se reelaboran con la ayuda del terapeuta, de manera de facilitar la coherencia de la importancia de la auto constricción que Pedro se generaba a sí mismo con su actitud hacia sí mismo y hacia los demás (Por ejemplo: no contar con nadie porque no eran perfectos en sus análisis; las personas que no son perfectas en lo que hacen no los considero, no valorar la colaboración de los demás en la solución de problemas) de manera de ir articulando narrativas más flexibles y ajustadas a sus circunstancias. Dos aspectos que destacó en sesión, es que desde que empezó a controlar mejor su tensión emocional en su trabajo y el progresivo éxito en descentrarse de sí mismo (actitud positiva de escuchar, esforzarse por entender los argumentos de sus asesores y dejar de “competir” por tener la razón a cualquier costo), ha provocado una mejoría en su calidad de dormir y una sensación diaria de sentirse descansado y con energía.

Cuadro 7. RMPS: Perfil de Reconstrucción.

Sesión N°: 8ª

Objetivo terapéutico a tratar en sesión: *comprender cómo se desencadenan los ataques de pánico y disminuir la frecuencia y en lo posible lograr la remisión.*

I.- DOMINIOS DE PRIMER ORDEN:

TEMA PROCESAL DE SIGNIFICADO DESADAPTATIVO (T/P):

Tema: Constricción focalizada en el logro económico y si será capaz de mantenerlo. Le preocupa que su hijo sea tan pequeño. Se identificó un aspecto de su esquema “creencia relativa a la vulnerabilidad a los infartos” y de “normas inalcanzables”. Además, se ha empezado a dar cuenta de su estilo excesivamente competitivo en lo laboral lo cual ya empieza a incluir en su narrativa descriptiva y reflexiva.

Contenidos en el relato: “Los ataques de pánico los estoy empezando a comprender y asociarlos con mi estilo de vida en lo laboral. Sigo con miedo pero ya no me siento decaído como antes...cada vez me hace más sentido lo planteado sobre el sentido de constricción que me produce mi propio estilo personal en la vida y en los negocios”.

Marcar con cruz:Presencia de indicadores de bienestar psicológico: Presencia de malestar psicológico: Información Novedosa: Presente: Ausente:

PROCESOS DE MENTALIZACIÓN (PM-p:) versus (PM-s:): *Comienza a asociar los riesgos financieros que toma y malestar. Su poca atención y escasa valoración de los argumentos que sus asesores le dan sobre lo inseguro de llevar a cabo esas decisiones. Observación: Empieza a emerger información nueva que empieza a tener efecto en la capacidad de diferenciar e integrar información que su estilo se relaciona con su malestar. No obstante, aún no es suficiente para que predomine el bienestar psicológico.*

Marcar con cruz:Presencia de indicadores de bienestar psicológico: Presencia de malestar psicológico: Información Novedosa: Presente: Ausente:

PROCESOS DE AUTOENGAÑO (PA-p:) versus (PA-s:): *“Me percató que he sido impulsivo y temerario en las inversiones y decisiones que he tomado en mi empresa....yo las entendía como sin el riesgo que ahora percibo”. “Me es muy difícil escuchar opiniones que no coinciden con las mías”. “Me da temor quedarme solo”. Observación: Si bien Pedro prosigue con dificultades que se aprecian en sintomatología, ésta empieza a disminuir y se observa un cambio de actitud.*

Marcar con cruz:Presencia de indicadores de bienestar psicológico: Presencia de malestar psicológico: Información Novedosa: Presente: Ausente: **SENTIDO DE SÍ MISMO Y TIEMPO FLUIDO DEL PROBLEMA (S/TF):**

Sentido de sí mismo (S-p:) versus (S-s:): *“Me siento menos miedoso y más reflexivo. Sigo con sensación de fragilidad a veces, pero me siento menos solo en general”. Observación: Se aprecia una mejor articulación e integración de información en el sentido de sí mismo, aunque aún predomina el malestar psicológico.*

Marcar con cruz:Presencia de indicadores de bienestar psicológico: Presencia de malestar psicológico: Información Novedosa: Presente: Ausente:

Percepción de tiempo (TnF:) versus (TF:): *“A veces estoy vigilante de que me pase un ataque, pero es bastante menos... Mi mente no está todo el tiempo pendiente de eso”. Observación: Se comienza a apreciar que el tiempo que invierte en estar vigilante está disminuyendo.*

Marcar con cruz:Presencia de indicadores de bienestar psicológico: Presencia de malestar psicológico: Información Novedosa: Presente: Ausente: **II.- DOMINIOS DE SEGUNDO ORDEN:**

DOMINIO AFECTIVO (da): 2º “siento miedo de qué pasará con mi familia si me enfermo”.
Orden de aparición del dominio: 2º

Marcar con cruz:

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:

Información Novedosa: Presente: Ausente:

DOMINIO COGNITIVO (dc): "Tendré un infarto"; "Perderé mis capacidades...me estoy volviendo loco"; "Mi salud tiene que mantenerse bien hasta que mi hijo concluya sus estudios universitarios"; "Si no es perfecto el análisis vale muy poco". Observación: Los pensamientos que se detectan en la revisión de sus narrativas son reflejo de sus esquemas nucleares.

Orden de aparición del dominio: 3º

Marcar con cruz:

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:

Información Novedosa: Presente: Ausente:

DOMINIO IMAGINATIVO (di): "*Me veo sin mi empresa*"

Orden de aparición del dominio: 4º

Marcar con cruz:

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:

Información Novedosa: Presente: Ausente:

SENSORIALIDAD Y ATRIBUCIÓN (s/at): 1º "se me seca la boca un poco cuando reflexionó sobre este asunto".

Orden de aparición del dominio: 1º

Marcar con cruz:

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:

Información Novedosa: Presente: Ausente:

AFRONTAMIENTO (af): "No sé bien qué hacer...no encuentro una solución"

Orden de aparición del dominio: 5º

Marcar con cruz:

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:

Información Novedosa: Presente: Ausente:

III.- ASPECTOS DE LA SESIÓN

TÉCNICA DE INTERVENCIÓN UTILIZADA:

Nombre de técnica: Autoobservación de monólogos (narrativas).

Marcar con cruz:Orientada a modificación de proceso: afirmativo: negativo: Orientada a modificación de contenido: afirmativo: negativo: **QUÉ DOMINIOS SE TRABAJARON EN SESIÓN:**

Dominios de 1º orden: Se trabajó en lograr mayor articulación en las narrativas que incluían a los tres esquemas disfuncionales.

Dominios de 2º orden: Se trabajo en la secuencia de dominios de segundo orden y la calidad de información en cada uno de ellos.

Perfil identificado: Se trabajo en la secuencia del perfil: s/at – da -dc – di -af

VALORACIÓN DE SESIÓN (marcar con cruz):

¿Siente y piensa que lo que hemos trabajado en sesión le ha sido de ayuda?

Nada: Poco: Mucho:

b) Preguntar: ¿En qué le ha sido de ayuda la sesión? En darme cuenta de que pienso mucho en el futuro.

OBSERVACIONES: Se observa una actitud de autoexploración diaria y de compromiso con tolerar y aprender del malestar. Se observa información nueva que poco a poco está integrando en sus narrativas reflexivas.

En las sesiones 11ª y 12ª, Pedro hace varios descubrimientos graduales que comenta en ambas sesiones y que emergen con mayor claridad al hacer la tarea intersesión de rememorar, jerarquizar y analizar “momentos difíciles de su vida” que en los últimos 5 años hayan podido influir en desencadenar tensión emocional y que en muchas ocasiones llegaron a un sentido de constricción con ataques de pánico. Uno de los aspectos que emergió con nitidez fue la conciencia sobre el nacimiento de su hijo, que no fue algo esperado ni negociado con su esposa, pero tampoco una sorpresa para él ya que su esposa no usaba métodos anticonceptivos. Se da cuenta de que el nacimiento de su hijo activó esquemas disfuncionales, le proporcionó un sentido de mayor temor a qué le ocurra una enfermedad o accidente y dudas de si será capaz (esquema de funcionamiento cognitivo) de generar los recursos financieros por un tiempo mayor al que tenía previsto antes del nacimiento. Asimismo, empieza a observarse una modificación gradual de sus esquemas idiosincrásicos (Beck & Clark, 2010; Young & Klosko, 1994; Markus, 1977), lo que se aprecia en que la intensidad y frecuencia del malestar ha disminuido gradualmente.

En la sesión 13ª, Pedro ha logrado un nivel de autoconocimiento y de articulación en los dominios de segundo y primer orden que muestra ausencia de sintomatología clínica e indicios progresivos de logro de bienestar psicológico. Además, hay un cambio de actitud hacia sí mismo que describe como: “Ya no me exijo que tengo que ser exitoso todo el tiempo y a cualquier precio”; “También me doy cuenta que el perfeccionismo me ha provocado aislamiento y problemas de todo tipo”. Por otra parte, el tema de la preocupación por el hijo de tres años, se trabaja en facilitar un afrontamiento centrado en la solución del problema que incluya a su esposa. Activamente él plantea su preocupación a su esposa y juntos deciden

informarse de posibles soluciones. Después de varias conversaciones con su esposa, averiguaciones por internet de productos y consultas a amigos que también tienen hijos pequeños, deciden contratar un seguro para los estudios universitarios del hijo. Todo lo anterior se aprecia en una nueva articulación en todos los dominios de primer orden que presenta una cualidad diferente y más saludable. Igualmente, los dominios de segundo orden se muestran con una cualidad diferente (asintomático) y el perfil problemático ya no se da.

En la sesión 14^o se trabaja exclusivamente en su estilo trabajólico que ha disminuido algo pero sigue siendo poco saludable, más de 14 horas diarias dedicadas al trabajo en la semana y que se relaciona con su esquema de normas inalcanzables y se logra que tome conciencia de la pérdida de contacto consigo mismo por estar tan centrado en el éxito que no atiende lo suficiente a las necesidades emocionales, sociales y físicas (Young & Klosko, 1994). Además, se hace psicoeducación sobre regulación de estrés, necesidad de descanso y autocuidado. Se trabaja en generar conciencia de su estilo de falta de descanso físico, poca dedicación a su relación conyugal y ausencia de recreación, todos aspectos que contribuyen a su malestar psicológico. Se acuerda que Pedro haga un esfuerzo mayor para romper el círculo vicioso de la autoexigencia desmedida, por ejemplo: no hacer reuniones los sábados en la mañana, no llevarse trabajo para el hogar los fines de semana.

Cuadro 8. RMPS: Perfil General.

Sesión N^o: 13^a

Objetivo terapéutico a tratar en sesión: *comprender cómo se desencadenan los ataques de pánico y disminuir la frecuencia y en lo posible lograr la remisión.*

I.- DOMINIOS DE PRIMER ORDEN:

TEMA PROCESAL DE SIGNIFICADO DESADAPTATIVO (T/P):

Tema: Se observa una disminución en su estilo constrictivo de vivir en función del excesivo logro económico. Ahora está valorando el buscar soluciones con los demás, tanto en la empresa como con su esposa.

Contenidos en el relato: *“Los ataques de pánico ya no me han ocurrido hace bastante tiempo. Más de 7 semanas, lo que para mí es una eternidad. Creo que he mejorado y fomentado la prudencia y sopesar mejor los riesgos. Me siento más en equilibrio y el miedo aparece mucho menos y no ha sido intenso”. Observación: Se aprecia el emerger de narrativas descriptivas y reflexivas cada vez más reguladoras y saludables. Hay mayor conexión consigo mismo (con sus necesidades emocionales y físicas) y también en sus relaciones interpersonales.*

Marcar con cruz:

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente: Ausente:

PROCESOS (PM-PA):

**PROCESOS DE MENTALIZACIÓN (PM-p:) versus (PM-s:

120**

(Continuación)

son diferente de la realidad. La percepción del mercado es otra cosa. He aprendido a diferenciar mejor estos aspectos y mis decisiones ya no me angustian como antes. Escucho y valoro mejor la información que me dan mis asesores. Pienso antes de actuar". *Observación:* La mentalización se observa adecuada, lo que se refleja en la capacidad de integración de información en su representación cognitiva.

Marcar con cruz:

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:
Presencia de malestar psicológico:
Información Novedosa: Presente: Ausente:

PROCESOS DE AUTOENGAÑO (PA-p:) versus (PA-s:): "Me he dado cuenta de lo muy temerario que he sido en como he manejado mi empresa en los últimos 5 años. Ahora me he calmado....reflexiono más antes de decidir". "Que error he cometido..... Claro que necesito a los demás". *Observación:* El aspecto de no contar con los demás era un factor de desestabilización ya que la autoexigencia se hacia insostenible.

Marcar con cruz:

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:
Presencia de malestar psicológico:
Información Novedosa: Presente: Ausente:

SENTIDO DE SÍ MISMO Y TIEMPO FLUIDO DEL PROBLEMA (S/TF):

Sentido de sí mismo (S-p:) versus (S-s:): "Me siento mucho más tranquilo. La sensación de fragilidad aparece a veces pero no es lo mismo que antes. No me sobrepasa....".

Marcar con cruz:

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:
Presencia de malestar psicológico:
Información Novedosa: Presente: Ausente:

Percepción de tiempo (TnF:) versus (TF:): "Me he sorprendido de que ya no tengo mi mente ocupada en si me va a venir el ataque de pánico...". *Observación:* La distorsión temporal de dilatación del tiempo ha desaparecido. Se observa que no está gran parte del tempo cotidiano preocupado si ocurrirá o no un ataque de pánico.

Marcar con cruz:

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:
Presencia de malestar psicológico:
Información Novedosa: Presente: Ausente:

II.- DOMINIOS DE SEGUNDO ORDEN:

DOMINIO AFECTIVO (da): "siento un nivel de miedo menor".

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:
Presencia de malestar psicológico:
Frecuencia de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:
Intensidad de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:
Información Novedosa: Presente: Ausente:

DOMINIO COGNITIVO (dc): "Con mi esposa hemos pensado en una solución para que nuestro hijo no tenga problemas de financiamiento".

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:
Presencia de malestar psicológico:
Frecuencia de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:

(Continuación)

Intensidad de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:
Información Novedosa: Presente: Ausente:
SENSORIALIDAD Y ATRIBUCIÓN (s/at): "Se me ha secado la boca pero menos que antes". Observación: No ha tenido dolor de pecho.
Presencia de indicadores de bienestar psicológico:
Presencia de malestar psicológico:
Frecuencia de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:
Intensidad de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:
Información Novedosa: Presente: Ausente:
AFRONTAMIENTO (af): afrontamiento centrado en la solución del problemas. Incluye a su esposa en la búsqueda de una solución al posible problema del financiamiento de los estudios universitarios del hijo.
Presencia de indicadores de bienestar psicológico:
Presencia de malestar psicológico:
Frecuencia de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:
Intensidad de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:
Información Novedosa: Presente: Ausente:
AUTOCUIDADO Y SALUD (aut/s): "No he tomado medicamentos para dormir en casi dos semanas. Estoy descansando cada vez mejor".
Presencia de indicadores de bienestar psicológico:
Presencia de malestar psicológico:
Frecuencia de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:
Intensidad de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:
Información Novedosa: Presente: Ausente:

III.-ASPECTOS DE LA SESIÓN

TÉCNICA DE INTERVENCIÓN UTILIZADA:

Nombre de técnica: Búsqueda de soluciones y estrategias de afrontamiento que incluya a las personas involucradas en el problema.

Marcar con cruz:

Orientada a modificación de proceso: afirmativo: negativo:
Orientada a modificación de contenido: afirmativo: negativo:

QUÉ DOMINIOS SE TRABAJARON EN SESIÓN:

Dominios de 1º orden: Se trabajo en las narrativas.

Dominios de 2º orden: Los dominios de segundo orden se observan asintomáticos. En todos se observan indicadores de bienestar psicológico.

Perfil identificado: se trabajo en los dominios del perfil ya identificado en sesiones previas.

VALORACIÓN DE SESIÓN (marcar con cruz):

¿Siente y piensa que lo que hemos trabajado en sesión le ha sido de ayuda?

Nada: Poco: Mucho:

b) Preguntar: ¿En qué le ha sido de ayuda la sesión?

OBSERVACIONES: Se observa mayor información nueva que está emergiendo en su representación cognitiva y que poco a poco se está integrando en sus narrativas descriptivas y reflexivas. Se empieza a observar ausencia de sintomatología clínica e indicios de logro de bienestar psicológico.

En la 15ª sesión se hace una valoración del tiempo que ha transcurrido sin ataques de pánico que ya suman 11 semanas. El predominio es de bienestar psicológico aunque hay malestar en el ámbito laboral ya que han ocurrido dos hechos que han aumentado la carga de trabajo en su empresa. Los hechos han sido: varios trabajadores han tomado vacaciones al mismo tiempo y dos ejecutivos de ventas han presentado licencias de salud por 1 semana. Si bien ha tenido angustia no clínica (McNally, 1994) que ha sido valorada por Pedro como de nivel medio y leve según el registro de auto monitoreo que se le ha enseñado a utilizar entre sesiones. Ha sido manejada adecuadamente la ansiedad y angustia a través de: una actitud diferente hacia sí mismo y hacia los demás en el sentido de valorar positivamente la colaboración, respiración abdominal cuando está ansioso, solución de problemas en colaboración con los demás cuando sea necesario, afrontamiento flexible, aplicar las reestructuraciones cognitivas, y una actitud de tolerancia al malestar y de aprender de sí mismo en la relación con los demás. Igualmente, destaca que no ha necesitado medicamentos para dormir desde hace ya 10 días. En función de los avances, se decide de común acuerdo espaciar las sesiones cada dos semanas.

Cuadro 9. RMPS: Perfil General.

Sesión N°: 15ª

Objetivo terapéutico a tratar en sesión: *comprender cómo se desencadenan los ataques de pánico y disminuir la frecuencia y en lo posible lograr la remisión.*

I.- DOMINIOS DE PRIMER ORDEN:

Tema: Se observa una disminución significativa en su estilo constrictivo de vivir en función del logro económico. También se observa una cada vez mayor conciencia de la importancia de buscar soluciones con los demás en sus narrativas descriptivas y reflexivas.

Contenidos en el relato: *“Los ataques de pánico siguen ausentes. Creo que la prudencia y sopesar mejor los riesgos financieros y las posibilidades me ayuda mucho. Percibo equilibrio y el miedo es leve o inexistente”.* **Observación:** *Se aprecia estabilidad en las narrativas descriptivas y reflexivas. El efecto regulador y de mayor sintonía con su mundo privado e interpersonal tiene consecuencias para su bienestar psicológico.*

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente: Ausente:

PROCESOS DE MENTALIZACIÓN (PM-p:) versus (PM-s:): *“Mis deseos son diferentes de la realidad que percibo. Entender que la realidad no es un espejo de mis deseos ha sido un gran aprendizaje para mí”.* *“Me ha sido de utilidad escuchar y dejar de centrarme excesivamente en mí mismo”.*

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente: Ausente:

PROCESOS DE AUTOENGAÑO (PA-p:) versus (PA-s:): *“Soy una persona que no debo seguir con está idea de que ser temerario en el manejo de mi empresa no tenía consecuencias para mi bienestar”.*

(Continuación)

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente: Ausente:

Sentido de sí mismo (S-p:) versus (S-s:): *“Me siento sin sensación de fragilidad. No me siento sobrepasado todo el tiempo”.*

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente: Ausente:

Percepción de tiempo (TnF:) versus (TF:): *“Sigo sorprendido de que ya no tengo mi mente ocupada en si me va a venir el ataque de pánico”.*

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente: Ausente:

II.- DOMINIOS DE SEGUNDO ORDEN:

DOMINIO AFECTIVO (da): *“siento un nivel de miedo”.*

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:

Información Novedosa: Presente: Ausente:

DOMINIO COGNITIVO (dc): *“Debo aprender de mi malestar...No pasará nada”. “Con mi esposa hemos pensado en una solución para que nuestro hijo no tenga problemas de financiamiento”.*

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:

Información Novedosa: Presente: Ausente:

SENSORIALIDAD Y ATRIBUCIÓN (s/at): *“Se me ha secado la boca pero menos que antes y lo he tolerado”.*

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:

Información Novedosa: Presente: Ausente:

AFRONTAMIENTO (af): *No evita la situación de malestar tomando fármacos sino que se involucra activamente en tolerar el malestar y buscar activamente estrategias de regulación psicológica. En relación a su hijo ha cambiado de actitud. Habló del problema de su temor con su esposa y han tomado una decisión de tomar un seguro para estudios.*

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:

Información Novedosa: Presente: Ausente:

AUTOCUIDADO Y SALUD (aut/s): *“No he tomado medicamentos para dormir en 10 días. Estoy teniendo una calidad de descanso mejor”.*

(Continuación)

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:

Información Novedosa: Presente: Ausente:

III.- ASPECTOS DE LA SESIÓN

TÉCNICA DE INTERVENCIÓN UTILIZADA:

Nombre de técnica: reforzamiento de los logros de: una actitud diferente hacia sí mismo y hacia los demás de valorar positivamente la colaboración, realizar respiración abdominal en momentos de tensión, solución de problemas en colaboración con los demás, afrontamiento flexible, reestructuración cognitiva y una actitud de tolerancia al malestar y de aprender de sí mismo y de los demás.

Marcar con cruz:

Orientada a modificación de proceso: afirmativo: negativo:

Orientada a modificación de contenido: afirmativo: negativo:

QUÉ DOMINIOS SE TRABAJARON EN SESIÓN:

Dominios de 1º orden: Se trabajo en sus narrativas sobre los beneficios de la colaboración que se observa en su nueva actitud hacia sí mismo y hacia los demás.

Dominios de 2º orden: Se reforzó la importancia de tolerar el malestar y de aprender del mismo. También, se reforzó que no este tomando medicamentos para dormir.

Perfil identificado: se trabajo en los dominios del perfil ya identificado en sesiones previas.

VALORACIÓN DE SESIÓN (marcar con cruz):

¿Siente y piensa que lo que hemos trabajado en sesión le ha sido de ayuda?

Nada: Poco: Mucho:

b) Preguntar: ¿En qué le ha sido de ayuda la sesión? Que mi mejoría depende de mí en alto porcentaje. Ya entendí mi vulnerabilidad a la ansiedad y mi propia contribución ha constreñirme.

OBSERVACIONES: Ha dejado de evitar como estrategia de afrontamiento. Además, se ha mantenido la ausencia de sintomatología clínica y los indicios de logro de bienestar psicológico se observan estables.

En la sesión 16ª, se valoraron los avances que se mostraban estables e indicaban nuevos significados y la ligazón de esos nuevos significados con afectividad positiva. La actitud hacia sí mismo respecto al “logro económico compulsivo” cambió de manera significativa, se observa el tema articulado de una manera saludable, y por lo tanto, ha dejado de definir la vida de Pedro. También ha emergido progresivamente una valoración positiva (afectividad positiva) de la importancia de contar con las demás personas y asumir una actitud agradable y receptiva. Igualmente los tres esquemas que se mostraban como factores muy relevantes en sus ataques de pánico, no se siguen observando en los contenidos de sus narrativas (esquemas desactivados), y en mi opinión, se ha producido una reestructuración temática que ha promovido una suerte de disolución o reestructuración de estas tres unidades de información patógenas: “creencia relativa a la

vulnerabilidad a los infartos”, “creencia de pérdida de control sobre el propio funcionamiento mental” y de “normas inalcanzables”. En vista del bienestar psicológico mantenido, se decidió de común acuerdo ampliar el espaciamento de la última sesión a 3 semanas, y después hacer 2 sesiones de seguimiento.

En la sesión 17ª, los avances permanecían estables, y a continuación se trató sobre prevención de recaídas y de tener claro el curso de acción si llegará a ocurrir. Se dio de alta a Pedro, aspecto que había sido anticipado en la sesiones 15ª y 16ª, y que a él le había parecido adecuado en función de los logros alcanzados y mantenidos. El nuevo perfil de bienestar psicológico logrado correlacionaba con lo valorado positivamente en los dominios de primer orden y segundo orden. El perfil logrado se muestra articulado y esencialmente se caracteriza por un nuevo equilibrio en entender el logro de una manera no constrictiva (reestructuración temática), sino más bien como motivación para sentir satisfacción por el esfuerzo del proceso de trabajar en equipo y por alcanzar metas que pueden ser logradas o no. La actitud que se logró fue el asumir que los errores son instancias de aprendizaje, y que equivocarse es parte del ser humano, y en el caso de Pedro es parte de la carrera interminable de aprender a ser un buen empresario. Igualmente su estilo de vida ahora es más saludable en términos que hay una mayor armonía entre trabajo, cantidad y calidad de tiempo dedicado a su familia, ocio y descanso. Asimismo, un aumento de la capacidad de reflexión sobre su propio estilo de vida que se muestra en que ha aprendido a utilizar lo que le ocurre en su “mundo privado -vivencial” como “caminos” para sintonizarse con los demás (adecuada mentalización) para la búsqueda de adecuadas soluciones a los problemas. Igualmente, ha seguido valorando el relacionarse positivamente con las personas en su trabajo (emergencia de autoengaño saludable: “Es mejor estar en sintonía emocional y mental con los demás que indiferente y ajeno como era mi costumbre”) y en su vida conyugal ha empezado gradualmente a emerger vida social (Han retomado la vida social de antaño con otros matrimonios). Ahora se describe como más reflexivo con su propia vida, más prudente, lo que se ilustra en su propia autodescripción: “me observó más a mi mismo, me esfuerzo por escuchar más y valoro cada vez más la colaboración con las personas en diferentes niveles de mi vida”. Todo lo anterior, le ha permitido regular mejor la información psicológica representada que en antaño se transformaba en temas constrictivos que generaban síntomas.

Cuadro 10. RMPS: Perfil General.

Sesión N°: 16ª

Objetivo terapéutico a tratar en sesión: *comprender cómo se desencadenan los ataques de pánico y disminuir la frecuencia y en lo posible lograr la remisión.*

I.- DOMINIOS DE PRIMER ORDEN:

Tema: Se observa una articulación positiva sobre el logro económico, estilo de vida más saludable y conciencia de la importancia de buscar soluciones con los demás. Los tres

(Continuación)

esquemas: "creencia relativa a la vulnerabilidad a los infartos", "creencia de pérdida de control sobre el propio funcionamiento mental" y de "normas inalcanzables" no se observan activos en el procesamiento de la información. *Observación: Se observa una reestructuración temática saludable.*

Contenidos en el relato: "Creo que he mejorado bastante y sigo llevando a la práctica la prudencia. Las sensaciones de constricción que se asociaban con mi malestar en el pecho han desaparecido. Siento más equilibrio y el miedo aparece de vez en cuando pero cada vez menos". *Observación: Se aprecia estabilidad en las narrativas descriptivas y reflexivas que se muestran saludables. Se mantiene el efecto regulador y de mayor sintonía con su mundo privado e interpersonal. Los esquemas disfuncionales no se aprecian activos desde la sesión 13.*

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente: Ausente:

PROCESOS DE MENTALIZACIÓN (PM-p:) versus (PM-s:): "Estoy cada vez más valorando el poner atención a lo que me pasa emocionalmente, ha escuchado a los demás y dejar de centrarme excesivamente en mí mismo".

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente: Ausente:

PROCESOS DE AUTOENGAÑO (PA-p:) versus (PA-s:): "Me he dado cuenta de lo muy temerario que sigo en cómo he manejado mi empresa en los últimos 6 años. Ahora me he calmado... reflexiono más antes de decidir y diferencio mis deseos de la percepción de la realidad".

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente: Ausente:

Sentido de sí mismo (S-p:) versus (S-s:): "Me siento en paz y tranquilo. La sensación de fragilidad se ha ido". "No me siento alerta permanentemente".

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente: Ausente:

Percepción de tiempo (TnF:) versus (TF:): "Mi mente ya no está pegada al cuándo vendrá el ataque de pánico, eso ya se fue". "Mi mente ya no está todo el tiempo pensando en el fracaso financiero a la vuelta de la esquina". "Ya no siento que el tiempo se me escapa".

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente: Ausente:

II.- DOMINIOS DE SEGUNDO ORDEN:

DOMINIO AFECTIVO (da): "El miedo aparece cuando siento que estoy perdiendo la perspectiva... Ahora lo uso para escuchar a mis asesores". "Con los demás me siento tranquilo y alegre... antes estaba vigilante y muchas veces molesto sin razón". *Observación: Es importante destacar la afectividad positiva en sus relaciones interpersonales.*

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

(Continuación)

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:

Información Novedosa: Presente: Ausente:

DOMINIO COGNITIVO (dc): *"No estoy con diálogos negativos internos. Me digo que el diálogo es provechoso".*

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:

Información Novedosa: Presente: Ausente:

DOMINIO IMAGINATIVO (di): *"Me veo vestido como cualquier ejecutivo"*

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:

Información Novedosa: Presente: Ausente:

SENSORIALIDAD Y ATRIBUCIÓN (s/at): *"No he tenido opresión ni dolor en el pecho".*

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:

Información Novedosa: Presente: Ausente:

AFRONTAMIENTO (af): *Se observa un afrontamiento activo y flexible.*

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:

Información Novedosa: Presente: Ausente:

AUTOCUIDADO Y SALUD (aut/s): *"No tengo problemas para dormir como antes". "No he despertado en la noche en estas últimas dos semanas". "No he tomado medicamentos para dormir". "Retomé el deporte que dejé hace unos años".*

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Frecuencia de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:

Intensidad de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:

Información Novedosa: Presente: Ausente:

III.- ASPECTOS DE LA SESIÓN

TÉCNICA DE INTERVENCIÓN UTILIZADA:

Nombre de técnica: reforzamiento de los logros alcanzados.

Marcar con cruz:

Orientada a modificación de proceso: afirmativo: negativo:

Orientada a modificación de contenido: afirmativo: negativo:

QUÉ DOMINIOS SE TRABAJARON EN SESIÓN:

Dominios de 1º orden: Se observan articulados. Los esquemas están desactivados/reestructurados

(Continuación)

Dominios de 2º orden: Se observan articulados y asintomáticos.

Perfil identificado: se trabajó en los dominios del perfil ya identificado en sesiones previas.

VALORACIÓN DE SESIÓN (marcar con cruz):

¿Siente y piensa que lo que hemos trabajado en sesión le ha sido de ayuda?

Nada: Poco: Mucho:

b) Preguntar: ¿En qué le ha sido de ayuda la sesión? “Que mi mejoría depende de mi en alto porcentaje y también la mantención de este estado de bienestar.”

OBSERVACIONES: Se amplía el espaciamiento de las sesiones porque se observa un tiempo suficiente de ausencia de indicadores de malestar psicológico. Se explicita la posibilidad de alta en la próxima sesión (17ª).

Finalmente, en cuanto a la estructura de sesiones de seguimiento, se decidió de común acuerdo hacer dos sesiones de seguimiento, en 6 semanas y 10 semanas. La sesión 18ª de seguimiento fue realizada según lo planificado. Pedro mantenía su estado de bienestar psicológico con una actitud activa y reflexiva sobre su tendencia a la auto-constricción que ahora tenía una calidad que no llegaba a ser clínica como consecuencia de la reestructuración temática. No había padecido ataques de pánico desde hace 23 semanas y sus dominios de primer orden se seguían observando equilibrados a nivel intrapersonal e interpersonal. De la misma forma, los dominios de 2º orden no presentaban el perfil problemático (s/at- da - dc - di - s/at - da) y se seguían observando indicadores de bienestar psicológico, buen dormir y ausencia de fármacos. Posteriormente, se hizo la última sesión (19ª) de seguimiento según lo acordado y se mantenían los indicadores de bienestar psicológico logrados.

RECAPITULACIÓN

La Pauta de Reconstrucción de Malestar Psicológico (RMPS) nace inspirada en la tradición cognitiva en psicoterapia. Surge de la investigación de procesos de psicoterapia y de la práctica clínica. Es un instrumento clínico joven que se ha logrado mejorar con la valiosa experiencia clínica de quienes la utilizan. El RMPS tiene dos posibilidades de uso: perfil general y perfil de reconstrucción. Ambos perfiles permiten trabajar en los síntomas, en las temáticas y en la estructura de las narrativas. Se entiende como un complemento del juicio clínico por una parte, y por otra, como una manera de organizar jerárquicamente la información en un perfil comprensivo y también para lograr una reconstrucción que permita mapear y aplicar intervenciones con mayores posibilidades de éxito. Además, es una suerte de “mapa relacional” que ayuda al terapeuta a estar observando de manera participante el significado disfuncional del paciente con una doble actitud: de investigación comprensiva y reconstrucción del significado personal para buscar posibilidades viables de modificación; y de ayuda “sintonizada” hacia el paciente que necesita de un guía para distinguir y releer sus propios flujos de información dinámica con una

actitud de curiosidad e investigación que se espera se transforme en conocimiento saludable que sea asimilado y acomodado en una nueva representación cognitiva y emocional.

Finalmente, es de subrayar que es fundamental que todo terapeuta cuente con un esquema, nosotros le llamamos Pauta de Reconstrucción de Malestar Psicológico, que lo ayude a identificar un perfil de procesamiento de información problemático de manera de facilitar gradualmente la obtención de bienestar psicológico en sus pacientes.

El propósito del presente artículo es describir la Pauta de Malestar Psicológico [RMPS] y sus posibilidades de aplicabilidad clínica en un caso didáctico. Esta pauta de observación para terapeutas, surge de la investigación de transcripciones de procesos de psicoterapia tanto exitosos como no exitosos. La RMPS se inspira tanto en la experiencia clínica atesorada como en la tradición cognitiva en psicoterapia.

Palabras clave: sí mismo, mentalización, tiempo percibido, psicoterapia, psicopatología.

Referencias bibliográficas

- Allen, J., Fonagy, P., & Bateman, A. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Beck, A., & Dozois, D. (2011). Cognitive Therapy: Current Status and Future Directions. *Annual Review of Medicine*. Vol. 62: 397-409.
- Beck, A., & Clark, D. (2010). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders*. New York: Guilford Press.
- Brockelman, P. (1986). *Time and Self*. New York: The Crossroad Publishing Company.
- Caro, I. (2008). Assimilation of problematic experiences in linguistic therapy of evaluation: a case study. *Journal of Constructivist Psychology*, 21:151-172.
- Caro, I., Neimeyer, R., & Newman, C. (2010). Theory and practice in the cognitive psychotherapies: convergence and divergence. *Journal of Constructivist Psychology*, 23: 65-83.
- Cozolino, L., & Sprokay, S. (2005). La necesidad evolutiva de la psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 61,5 -28.
- Dowd, E. (2006). What changes in cognitive therapy? The role of tacit knowledge structures. *J Cogn Behav Psychother*, 6: 141-8.
- Ellis, A., & Dryden, W. (1997). *The practice of rational-emotive behavior therapy* (2nd edition). New York: Springer.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: Realizing the promise. *Psychotherapy Research*, 20(2): 123-135.
- Grondin, S. (2010). Timing and time perception: A review of recent behavioral and neuroscience findings and theoretical directions. *Attention, Perception, & Psychophysics*, 72 (3),561-582.
- Guidano V. (1992). *Il sé nel suo divenire*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Hawke, L., & Provencher, M. (2011). Schema Theory and Schema Therapy in Mood and Anxiety Disorders: A Review. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*. 25 (4), 257-276.
- Lazarus R. S. (2006). Emotions and interpersonal relationships: toward a person -centered conceptualization of emotions and coping. *Journal of Personality*, 74: 9-46.
- Lazarus, R., & Lazarus, B. (2000). *Pasión y razón*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Lazarus, A.A. (1973). Multimodal behaviour therapy: Treating the BASIC.ID. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 156, 404 -411.

McAdams D., Jans L. (2004). Narrative identity and narrative therapy. In L. Angus & J. Mcleod (Eds), *The Handbook of Narrative and Psychotherapy: Practice, theory, and research* (pp. 3-14). California: Sage.

McNally, R. J. (1994). *Panic Disorder: A critical Analysis*. New York: Guilford Press.

Mahoney, M.J. (1991). *Human change processes*. New York: Basic Books.

Markus, H. (1977). Self-Schemata and processing information about the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 63-78.

Piaget, J.(1978). *El desarrollo de la noción de tiempo en el niño*. Fondo de Cultura Económica: Méjico.

Quiñones, A., Melipillán, R., & Ugarte, C. (2012). Indicadores de procesos de éxito en psicoterapia cognitiva. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. En prensa.

Quiñones, A. (2011). Change of personal meaning: perspectives of a research program in psychotherapy process. *Rivista di Psichiatria*, 46, 319 -325.

Quiñones, A. (2010). Modifica del significato personale attraverso il Modello di Ricostruzione del Malessere Psicologico. *Quaderni di psicoterapia cognitiva*, 26, vol.15, N°1, 206 -221.

Quiñones, A. (2008). Comprensión clínica y perturbación estratégica gradual. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17 (1), 37-47.

Spence, D.P. (1984). *Narrative truth and historical truth*. New York: Norton,1984.

Stern, D.N. (2004). *The present moment: In psychotherapy and everyday life* . New York: Norton.

Sternberg, R. (2008). *Cognitive Psychology*. Fifth edition. Wardsworth: Cengage learning.

Tulving, E. (2002). Chronesthesia: Conscious awareness of subjective time. In D. T. Stuss & R. T. Knight (Eds.), *Principles of frontal lobe function* (pp. 311-325). New York: Oxford University Press.

Young, J., & Klosko, J. (1994). *Reinventing Your Life*. New York: Plume.

ANEXO 1:

PAUTA DE RECONSTRUCCIÓN DE MALESTAR PSICOLÓGICO
[RMPS versión clínica]
 © Álvaro Quiñones Bergeret

Nombre: Fecha:

Sesión N ° :

Identificar objetivo (s) terapéutico a tratar en sesión: _____

I.- DOMINIOS DE PRIMER ORDEN:

TEMA PROCESAL DE SIGNIFICADO DESADAPTATIVO (T/P):

Tema: _____

Contenidos en el relato: _____

Observaciones: _____

Marcar con cruz:

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:

Presencia de malestar psicológico:

Información Novedosa: Presente: Ausente:

Procesos (PM-PA):

PROCESOS DE MENTALIZACIÓN (PM-p:) versus (PM-s:): _____

Observaciones: _____

Marcar con cruz:

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:
Presencia de malestar psicológico:
Información Novedosa: Presente: Ausente:

PROCESOS DE AUTOENGAÑO (PA-p:) versus (PA-s:): _____

Observaciones: _____

Marcar con cruz:

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:
Presencia de malestar psicológico:
Información Novedosa: Presente: Ausente:

SENTIDO DE SÍ MISMO Y TIEMPO FLUIDO DEL PROBLEMA (S/TF):

Sentido de sí mismo (S-p:) versus (S-s:): _____

Observaciones: _____

Marcar con cruz:

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:
Presencia de malestar psicológico:
Información Novedosa: Presente: Ausente:

Percepción de tiempo (TnF:) versus (TF:): _____

Observaciones: _____

Marcar con cruz:

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:
Presencia de malestar psicológico:
Información Novedosa: Presente: Ausente:

II.- DOMINIOS DE SEGUNDO ORDEN:

DOMINIO AFECTIVO (da): _____

Orden de aparición del dominio: _____

Marcar con cruz:

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:
Presencia de malestar psicológico:
Frecuencia de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:
Intensidad de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:
Información Novedosa: Presente: Ausente:

DOMINIO COGNITIVO (dc): _____

Orden de aparición del dominio: _____

Marcar con cruz:

Presencia de indicadores de bienestar psicológico:
Presencia de malestar psicológico:
Frecuencia de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:
Intensidad de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:
Información Novedosa: Presente: Ausente:

DOMINIO IMAGINATIVO (di): _____

Orden de aparición del dominio: _____

Marcar con cruz:

- Presencia de indicadores de bienestar psicológico:
Presencia de malestar psicológico:
Frecuencia de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:
Intensidad de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:
Información Novedosa: Presente: Ausente:

EXPECTATIVA Y RETROALIMENTACIÓN (e/r): _____

Orden de aparición del dominio: _____

Marcar con cruz:

- Presencia de indicadores de bienestar psicológico:
Presencia de malestar psicológico:
Frecuencia de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:
Intensidad de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:
Información Novedosa: Presente: Ausente:

AFRONTAMIENTO (af): _____

Orden de aparición del dominio: _____

Marcar con cruz:

- Presencia de indicadores de bienestar psicológico:
Presencia de malestar psicológico:
Frecuencia de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:
Intensidad de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:
Información Novedosa: Presente: Ausente:

SENSORIALIDAD Y ATRIBUCIÓN (s/at): _____

Orden de aparición del dominio: _____

Marcar con cruz:

- Presencia de indicadores de bienestar psicológico:
Presencia de malestar psicológico:
Frecuencia de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:
Intensidad de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:
Información Novedosa: Presente: Ausente:

AGENCIA (ag) : _____

Orden de aparición del dominio: _____

Marcar con cruz:

- Presencia de indicadores de bienestar psicológico:
Presencia de malestar psicológico:
Frecuencia de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:
Intensidad de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:
Información Novedosa: Presente: Ausente:

ESPIRITUALIDAD Y TRASCENDENCIA (e/t): _____

Orden de aparición del dominio: _____

Marcar con cruz:

- Presencia de indicadores de bienestar psicológico:
- Presencia de malestar psicológico:
- Frecuencia de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:
- Intensidad de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:
- Información Novedosa: Presente: Ausente:

AUTOCUIDADO Y SALUD (aut/s): _____

Orden de aparición del dominio: _____

Marcar con cruz:

- Presencia de indicadores de bienestar psicológico:
- Presencia de malestar psicológico:
- Frecuencia de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:
- Intensidad de malestar (semanal): Alta: Media: Baja: Nula:
- Información Novedosa: Presente: Ausente:

III.-ASPECTOS DE LA SESIÓN

TÉCNICA DE INTERVENCIÓN UTILIZADA:

Nombre de técnica: _____

Marcar con cruz:

- Orientada a modificación de proceso: afirmativo: negativo:
- Orientada a modificación de contenido: afirmativo: negativo:

QUÉ DOMINIOS SE TRABAJARON EN SESIÓN:

Dominios de 1º orden: _____

Dominios de 2º orden: _____

Perfil identificado: _____

VALORACIÓN DE SESIÓN (marcar con cruz):

a) ¿Siente y piensa que lo que hemos trabajado en la sesión le ha sido de ayuda?
Nada: Poco: Mucho:

b) ¿En qué le ha sido de ayuda la presente sesión? _____

OBSERVACIONES: _____