Habilidades para el Cambio

REVISTA
GRATUITA
MENSUAL

Salud Mental

Octubre 2021
Volumen XXIV

CONTENIDO

TERAPIAS DE EXPOSICIÓN EN ANSIEDAD

TEMOR A LOS ANTIDEPRESIVOS

CÓMO PREVENIR EL BURN OUT EN TIEMPOS DIFÍCILES

LOS OBSTÁCULOS DE LA COMUNICACIÓN ASERTIVA, UNA PERSPECTIVA ACT

TERAPIA DE ACEPTACION Y COMPROMISO (ACT)

EL EQUIPO

PRESIDENTA: Psicóloga Laura Flynn
VICEPRESIDENTA: Ana Flynn
COORD. GRAL: Lic. Natalia Díaz
SECRETARIAS
María José Holgado
Inés Santamarina

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL ONLINE Y PRESENCIAL

SEDE CAPITAL FEDERAL:
- Coordinadora: Micaela Laurito
- Lic. María Belén Kaucher
- Lic. Marcos Maggi
- Lic. Andrea Biondi Folco
- Lic. Vanina De Janin
- Lic. Oriana Rojas Saccone
- Lic. María Cristina Klotzpach

SEDE ZONA OESTE - GBA:
- Coordinadora: Lic. Natalia Díaz
- Lic. Soledad Díaz
- Lic. Paula Analía Puig
- Lic. Noelia Sologuren
- Lic. Anabella Lejzurowicz
- Lic. María Laura Tamagnone
- Lic. Mayra Orellana
- Lic. Alina Buis
- Lic. Viviana Gonzalez Siciliano
- Lic. Elizabeth Bello
- Psiq. Gisele Herrera Martinez

SEDE ZONA SUR - GBA:
- Coordinadora Lic. Marcela Gómez
- Lic Sofía Stancanelli
- Lic. Valeria Andolina
- Lic. Georgina Raimondi
- Lic. Florencia Paredes
- Lic. Florencia González Palomino
- Lic. Mariela Borgio

SEDE NEUQUÉN:
- Coordinadora: Lic. Natalia Díaz
- Lic. María Florencia Rach
- Lic. Ariana Martínez
- Lic. Guadalupe Alarcón
- Lic. Nadia Paola Sotelo
- Lic. Tania Castillo
- Lic. Beatriz Elizabeth Fernández
- Lic. Florencia Sallaberry

SEDE ANDINA:
- Coordinadora: Lic. Marcela Gil García
- Lic. Carolina Argento
- Lic. Andrés Sosa Perea

SEDE NOA:
- Coordinador: Lic. Daniel Pellerito
- Lic. Gabriel Gordillo
- Lic. Tatiana Amado
- Lic. Milagros Morón
- Lic. Natalia Giaileloa

SEDE CÓRDOBA:
- Coordinadora: Lic. Paula Sánchez
- Lic. Belén Giménez
- Lic. Sofía Vico
- Lic. Omar Bustos
- Lic. Fátima Seppi
- Lic. Eliana Heredia

TERAPIA DIALÉCTICO CONDUCTUAL (DBT) ONLINE

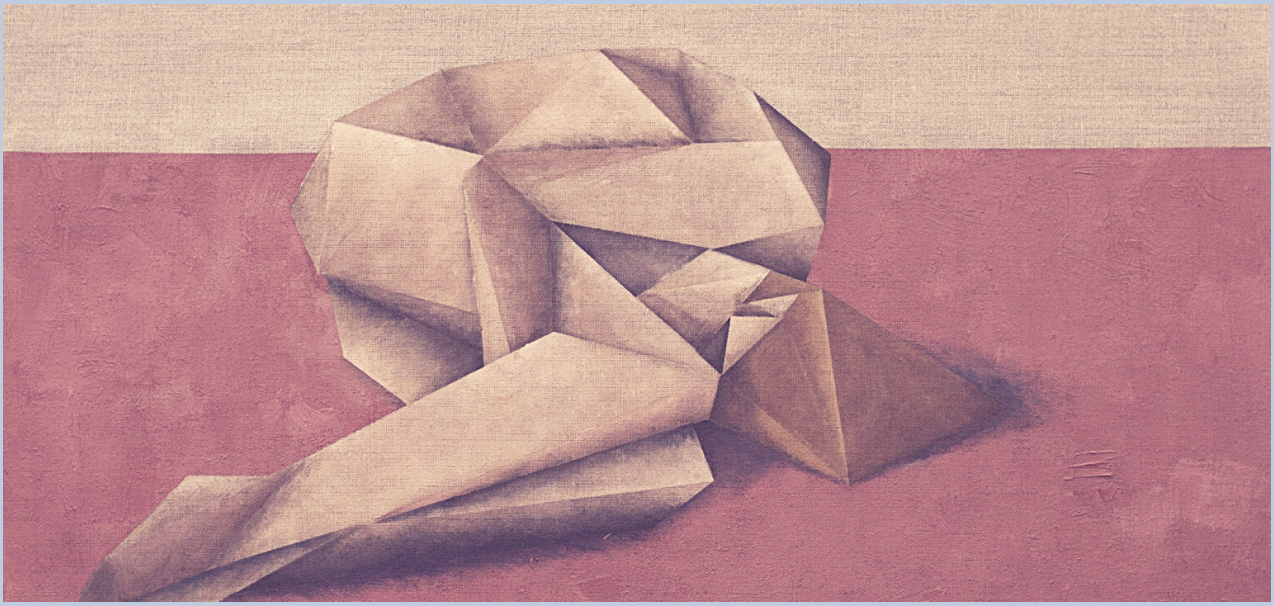
- Coordinadora: Lic. Laura Digerardis
- Psiq. Virginia Romarion
- Psiq. Belen Lopez Prieto
- Psiq. Fernando Terusi
- Lic. Ani Voskanyan
- Lic. Josefina Mainardi
- Lic. Mariano Bilbao
- Lic. Sofía Vico
- Lic. Belen Gimenez
- Lic. Agustina Robi
- Lic. Agostina Vignolo
- Lic. Gabriela Sansaneri
- Lic. Maite Aramburu

SUPERVISIÓN
- LIc. Belén Kaucher
- LIc. Soledad Díaz
- Liz Mariana Gonzalez

Habilidades para el Cambio

TERAPIAS DE EXPOSICIÓN EN ANSIEDAD

POR LIC. MAYRA ORELLANA (SEDE OESTE GBA)



En primer lugar, es importante mencionar que **la ansiedad es un estado emocional provocado por la activación del miedo.** El miedo como emoción, enciende una alarma cada vez que percibimos un peligro o amenaza para nuestra seguridad física y psicológica. Entonces, es la ansiedad la que nos prepara física, cognitiva y conductualmente para afrontarla, es ese motor que nos impulsa a activarnos y a llevar adelante nuestras actividades cotidianas. Inclusive, es necesaria para resolver conflictos del día a día. Si tenemos que cumplir con un horario laboral y se acerca la hora de salir de casa, la ansiedad será la encargada de mantenernos en movimiento para lograr nuestro objetivo y llegar a tiempo.

Pero, cuando sobrepasa la cantidad necesaria para adaptarnos a las exigencias del ambiente, puede volverse nociva generando un estado de alerta persistente. En este caso, la ansiedad se manifiesta al anticipar situaciones que se valoran como aversivas porque se perciben como incontrolables, ya que potencialmente podrían resultar perjudiciales a los intereses de una persona. Tanto el miedo como la ansiedad tienen una orientación hacia sucesos futuros en el que predominan preguntas del tipo: "¿Qué pasaría si…? ¿Y si…?". Si la intensidad de la emoción es alta, la mente responde a estas preguntas dando lugar a interpretaciones catastróficas donde esta valoración

cognitiva inhabilita nuestros recursos para enfrentar una amenaza que, a su vez, se sobreestima.

Cuando se experimenta ansiedad, evolutivamente hay una tendencia a poner en juego mecanismos de evitación o escape gracias a la respuesta de lucha/huida, que ha tenido una función al servicio de la supervivencia como especie humana. Constantemente nos encontramos huyendo de situaciones o estímulos peligrosos con la finalidad de mantenernos a salvo. Si eventualmente una persona se cruza con un perro que la enfrenta y la persigue de camino al trabajo, gracias a esta respuesta automática podrá correr lejos del peligro. Pero si luego de este evento, la persona siente un miedo intenso a revivir esa situación sin la presencia física de la amenaza y esto deviene en una modificación de su camino habitual, o en casos más extremos, a no salir de su casa, entonces podemos decir que la persona utiliza conductualmente el mecanismo de la evitación. Esta estrategia funcionaria a corto plazo, porque produce un alivio momentáneo de la sintomatología ansiosa. Alejarnos del peligro resulta adaptativo, ya que promueve la supervivencia. Pero ¿Qué consecuencias trae a lo largo del tiempo? **A largo plazo es la misma evitación la que mantiene la ansiedad, aumentando las probabilidades de que se continúen utilizando conductas de evitación y, como consecuencia, se ven afectadas ciertas áreas vitales de las personas.**

Entonces, las terapias de exposición pretenden desarmar el círculo que mantiene la evitación proponiendo contactar con las situaciones o estímulos internos temidos para dar lugar a nuevos aprendizajes. Según Bados (2011), las técnicas de exposición consisten en afrontar situaciones (subir un ascensor, ir al médico, viajar en un subterráneo, recibir críticas) o estímulos internos (preocupaciones, miedo a contraer una enfermedad, sensación de desmayo) que generan ansiedad o emociones altamente displacenteras y/o provocan el impulso de realizar una conducta determinada. En el tratamiento cognitivo conductual, dependiendo del caso, se trabaja con diferentes tipos de exposición:

- **Exposición en vivo:** consiste en enfrentarse a situaciones temidas de la vida cotidiana reales, como tomar un transporte público, sacarse sangre, estar en lugares con altura, etc.

- **Exposición en imaginación:** se trata de que la persona se imagine a si misma afrontando aquellas situaciones que generan emociones intensas y que disparan ciertos impulsos de acción. Puede tratarse, por ejemplo, de recordar una experiencia traumática que ya ocurrió como imaginar eventos contenidos en las preocupaciones.

- **Exposición interoceptiva:** mediante ejercicios que evocan las sensaciones físicas que se temen, se espera que la persona se exponga a ellas sin intentar cambiar nada.
- **Exposición narrativa:** se le pide al/la consultante que escriba situaciones que generan ansiedad y que la lea en el espacio terapéutico.

- **Exposición mediante realidad virtual:** la persona se expone a los estímulos temidos mediante cascos o gafas de realidad virtual que logran que se sumerja en un ambiente virtual logrando que se evoquen las emociones similares a las que se experimentan en situaciones reales.

- **Exposición con prevención de respuesta**: el paciente se expone a los estímulos temidos controlando el impulso de realizar una acción. Por ejemplo, tocar un insecticida controlando el impulso de lavarse las manos.

- **Exposición mediante ayudas audiovisuales:** con videos o sonidos, la persona contacta con aquellas situaciones que le generan ansiedad a la vez que se imagina a si mismo dentro del contenido audiovisual. Por ejemplo, si se trata de una fobia a las cucarachas, el/la consultante ve un video del insecto y se imagina estando cerca de ella.

- **Exposición simulada:** también conocido como role playing, se ensaya dentro de la sesión junto con el/la terapeuta

alguna situación social problemática, que desencadena emociones tales como ansiedad, miedo o ira.

En equipo con el/la consultante, se identifican estos estímulos para luego jerarquizarlos desde los que menor ansiedad representan a los que más intensidad emocional conllevan. Una vez realizada la jerarquía, se trabaja en consulta para que la persona pueda ir afrontándolos de manera sistemática hasta que se reduzcan significativamente tanto la intensidad de la emoción como el impulso de acción.

De esta manera, cabe preguntarnos: ¿para qué sirve la exposición?

Como se ha mencionado anteriormente, **se espera que se extingan las respuestas condicionadas de ansiedad**. En otras palabras, una vez presente el estímulo temido se trabaja para que la persona pueda permanecer frente a él sin alterar su comportamiento, y eso lograría que la respuesta de evitación/escape tenga menos probabilidad de aparición en situaciones futuras. Frente a esto, se generaría una **habituación o una reducción significativa de la activación fisiológica y emocional**

gracias a presentarse repetidamente el estímulo aversivo.

La persona podría "acostumbrarse" a estar presente frente a aquello que ha evitado anteriormente, logrando que su activación emocional y corporal disminuya cada vez que se presente la situación temida. . Simultáneamente, **aumenta la propia confianza de la persona en sus habilidades de afrontamiento** logrando que también **aumenten las expectativas de mejora.** Gracias a la exposición, disminuyen las interpretaciones amenazantes al comprobar que lo que se teme no termina ocurriendo. De esta manera, se **contribuye a la aceptación emocional** tolerando aquellos estados emocionales sin escapar o intentar controlarlos.

Para finalizar, es de suma importancia tener en cuenta que cada intervención terapéutica es única para cada diseño de tratamiento en particular y que, a su vez, cada proceso terapéutico depende de los tiempos de trabajo de cada consultante.

Centro de Capacitación Online

WWW.CURSOSDEPSICOLOGIA.COM.AR

Cursos creados por profesionales de Habilidades Para el Cambio, organización que brinda servicios de salud mental y formación en terapias psicológicas basadas en la evidencia. Se caracteriza por su orientación en Terapia Cognitivo Conductual y Terapias Contextuales

TEMOR A LOS ANTIDEPRESIVOS

POR PSIQ. GISELE HERRERA MARTINEZ

Aunque a lo largo de la historia se desarrollaron varios compuestos en la búsqueda de tratar la depresión, actualmente se los continúa llamando "antidepresivos" a pesar de que se usan para otras patologías, como por ejemplo trastornos ansiosos, o de pánico. Los primeros antidepresivos fueron los IMAO, y los tricíclicos. Estos fármacos **demostraron eficacia en el 70% de los pacientes deprimidos**, presentan latencia de acción, y posibles **efectos adversos molestos** a consecuencia de la acción en diferentes receptores, como aumento de apetito y peso, sedación, mareos, sequedad bucal, visión borrosa, constipación, disfunción sexual, etc.

El **avance en la psicofarmacología** durante los últimos años ha sido muy notorio. En la búsqueda de nuevas moléculas que tengan acción en receptores específicos, se **ha conseguido mayor eficacia y disminución de aparición de efectos adversos.** Se trata de un grupo muy heterogéneo, entre los que encontramos ISRS como la sertralina, fluoxetina, escitalopram; duales como venlafaxina, desvelanfaxina, duloxetina, bupropion, otros como mirtazapina, agomelatina, etc.

Con los antidepresivos "nuevos" se ha logrado:

- Mayor seguridad en sobre ingestas
- Menores efectos adversos, por menor bloqueo de receptores como alfa1, M1 y H1.
- No son cardiotóxicos
- Menor incidencia sobre umbral convulsivo
- Menores interacciones peligrosas con otros fármacos

Aunque estas drogas no son más eficaces que las moléculas clásicas en la depresión mayor, demostraron mucha utilidad en aquellos pacientes que no pudieron tolerar efectos adversos, o que no respondieron al tratamiento convencional, ya que la ventaja está relacionada con la variedad de mecanismos de acción.

Hoy en día, los efectos adversos son muchos menores, y son más frecuentes al inicio del tratamiento, y en personas ancianas o desnutridas. **Es necesario aclarar al paciente, que es posible que aparezcan los efectos adversos o que no aparezca ninguno**, y que la medicación sea tolerada sin inconvenientes, y verse beneficiado del tratamiento.

Dentro de los **posibles efectos adversos** de los ISRS encontramos, que por su escasa afinidad a receptores histaminérgicos, adrenérgicos y muscarínicos, prácticamente no se presentan hipotensión ortostática, ni efectos en la conducción cardiológica ni efectos anticolinérgicos (sequedad bucal, constipación, visión borrosa, retención urinaria).

A veces puede presentarse ansiedad, mareos, náuseas vómitos, al inicio del tratamiento, y que disminuye con el tiempo. Los ISRS, disminuyen el tiempo REM del sueño, y pueden producir aumento de sueños o pesadillas, puede disminuirse administrando el fármaco por la mañana. Se ha visto que luego de semanas o meses de tratamiento con ISRS pueden desarrollar síndrome de apatía, o falta de iniciativa y de respuesta emocional, que se puede mejorar disminuyendo dosis, o agregando otras medicaciones. Los efectos en la esfera sexual, no siempre aparecen desde el inicio del tratamiento, pueden aparecer disminución de la libido, problemas en la erección, o anorgasmia. Para este EA, lo primero es esperar disminución, si persiste agregar otro fármaco, o sustituir el antidepresivo por otro. Si apareciera aumento del apetito, o del peso, también es posible rotar por otro fármaco con menor incidencia en este aspecto.

Por lo antes mencionado, **si bien existen muchos posibles efectos adversos, en general con pautas de alarma y seguimiento médico podemos controlarlos y advertirlos prontamente para ajustar el plan psicofarmacológico.** En la actualidad estas medicaciones son muy bien toleradas, y grandes aliadas para la mejoría de cuadros depresivos, o ansiosos, junto con el tratamiento psicoterapéutico.

AUTOCUIDADO EN TERAPEUTAS: CÓMO PREVENIR EL BURN OUT EN TIEMPOS DIFÍCILES

POR LIC. GEORGINA RAIMONDI
(SEDE SUR GBA)

En este artículo intentaré definir el síndrome de Burn Out para luego poder plantear ciertos lineamientos para su prevención o remisión si es que se lo está atravesando, tomando como eje central al **autocuidado**.

Para comenzar, el interrogante que surge es **¿Qué es el síndrome de Burn Out?**

Christina Maslach propone un modelo multidimensional para explicar el síndrome de Burn Out. El mismo está compuesto por:
-Agotamiento emocional.
-Despersonalización.
-Baja realización personal.

Desde este modelo explicativo el **Burn Out se caracteriza por un estrés laboral crónico, vinculado al trabajo con personas que demandan contención, ayuda y apoyo.**

A raíz de esto la persona que sufre Burn out comienza sintiendo un gran agotamiento físico y mental, como respuesta a esto comienza a percibir cierta despersonalización- experimentando menor paciencia/empatía con el paciente y distanciándose emocionalmente del mismo-debido al agotamiento mental y físico antes mencionado.

Como resultado de lo anterior, el profesional comienza a percibir una baja realización personal. Percibiendo por ejemplo, que no está pudiendo ayudar a sus pacientes como le gustaría y que no está pudiendo disfrutar de su profesión como lo hacía previo al Burn Out.

Ahora bien, **¿Qué estrategias podemos emplear para prevenir el burn out?**

O si ya lo estamos atravesando ¿Cómo podemos revertir ese proceso?

En principio es fundamental señalar que el Burn out **no se resuelve con un fin de semana de descanso y relajación.**

Su remisión consistirá justamente en evaluar qué nos llevó a esa sensación de, tal como su nombre lo indica, sentirse "quemado" y poder comenzar a apagar ese incendio interno.

Algunas posibles preguntas pueden ser:

¿Cuántas horas le estoy dedicando a mi trabajo? No solamente a la atención de pacientes sino también a la formación, supervisión e incluso a esos momentos aleatorios del día en los cuales nuestra mente vuelve hacia el trabajo.

¿Estoy pudiendo establecer límites en mi trabajo? (cantidad de pacientes por día, cantidad de pacientes que considero graves por día, limites dentro del encuadre terapéutico, por ejemplo frente a la impuntualidad, falta de pago, incumplimiento de las indicaciones terapéuticas).

¿Hay alguna patología que siento que no puedo o no quiero atender y de todos modos lo estoy haciendo?

¿Le dedico tiempo y espacio a las demás áreas importantes para mí?

¿Si tuviera que establecer un porcentaje del espacio que le dedico a cada área, que porcentaje tendría el trabajo?

¿Puedo dedicarle tiempo a mis hobbies, al ocio?

¿Me cuesta tomarme vacaciones?

Como terapeutas somos nuestro único recurso. Con lo cual, **pensar y construir estrategias de autocuidado será fundamental para nuestra profesión.**

¿Puedo ayudar a otros si no me cuido a mí mismo?

La respuesta puede parecer obvia pero es un gran desafío diario tenernos presentes a nosotros mismos.

Para ilustrar lo antedicho les propongo pensar en un vuelo en avión.

Antes de despegar se nos indican las normas y recomendaciones del vuelo. Una de estas indicaciones es la siguiente:

En caso de ser necesario colocáte primero a vos mismo la máscara de oxígeno y luego ayuda a otra persona.

En un vuelo real la razón es la Hipoxia; es decir, si quiero socorrer a otro primero lo más probable es que me quede sin aire y no pueda ni ayudar ni ayudarme.

En este caso particular, brindar atención en salud mental implica brindar un espacio emocionalmente seguro, de contención, de escucha, de herramientas. Gran desafío en tiempos difíciles ya que todos, terapeutas incluidos, estamos en el mismo barco, atravesando la misma incertidumbre, las alarmas constantes, el aislamiento, la pérdida de nuestros afectos y de nuestra vida tal como la conocíamos. Con lo cuál se vuelve aún más categórica la importancia del autocuidado.

Para concluir y reflexionar, Si tu trabajo como terapeuta fuera un vuelo de avión, ¿Dónde crees que está ubicada la mascarilla?

SUPERVISIÓN CLÍNICA ONLINE GRUPAL/INDIVIDUAL

COGNITIVO CONDUCTUAL

TERAPIAS CONTEXTUALES

DESTINADO A PSICÓLOGOS

A CARGO DE PROESIONALES ESPECIALIZADOS

BIBLIOTECA VIRTUAL

MATERIAL DE APOYO DISPONIBLE

LOS OBSTÁCULOS DE LA COMUNICACIÓN ASERTIVA, UNA PERSPECTIVA ACT

POR LIC. GUADALUPE ALARCÓN (SEDE NEUQUÉN)

Una de las consultas más frecuentes en psicoterapia, al menos en mi experiencia, suele estar vinculada a las dificultades para establecer vínculos con una adecuada comunicación. Y suele aparecer siempre el obstáculo de "No se como comunicarme de forma asertiva", "no se como decir lo que pienso, no tengo las herramientas". Y si bien la falta de habilidades y pautas claras de comunicación es una variable fundamental, ya que el aprendizaje de estas habilidades culturalmente durante generaciones estuvo a un costado, en lo personal considero que en muchos casos no se debe tanto a un "no saber como", o una dificultad en las habilidades de comunicación, sino mas bien a la dificultad intrínseca de que comunicarse, y expresar a otros lo que nos sucede, implica siempre un grado alto de **vulnerabilidad**.

La mayoría de las personas no tienen dificultades para expresar en voz alta cualquier cosa a cualquier persona. Si bien por supuesto que existen cuadros donde la comunicación esta inhibida en gran medida, lo que intento exponer aquí es que gran parte del "problema de comunicarnos" se debe a que lo que tenemos en frente es otro que sufre y nosotros mismos nos vemos expuestos, vulnerables, cuando queremos comunicar algo que sentimos, o necesitamos.

Suelo escuchar en la clínica frases como "quiero decirle lo que me pasa sin lastimarlx", "quiero decirle a mis amigxs lo que me molesta sin que me importe tanto", "quiero pedir un aumento sin miedo a lo que me vayan a decir", "quiero ponerle limites a mis hijxs sin sentirme culpable".

En todas esas frases se habla de una "ausencia de dolor". Y como terapeuta lo vivo un poco contrariada a veces, pienso que me están diciendo algo así como "quiero aprobar el examen sin estudiar". Ese "sin dolor", es bastante un fenómeno cultural. Por supuesto que tener miedo a lastimar a otro, a perder un trabajo, a equivocarte a la hora de hablar por estar inundado de una emoción, es incomodo, desagradable y bastante válido querer escapar de eso. Pero la perspectiva ACT (de la Terapia de Aceptación y Compromiso) nos propone una vuelta de tuerca a esto: no es SIN dolor, es CON. De hecho, nuestras estrategias para evitar encontrarnos con esa incomodidad a la hora de expresarnos, suelen ser las mismas que nos llevan a "no saber como". De tanto evitar el miedo inherente a hablar de lo que nos pasa, expresar necesidades, deseos, desacuerdos etc, terminamos perdiendo oportunidades de practicar habilidades, de reconocer cuando nos estamos equivocando, de qué otra manera podemos decir tal cosa, qué emociones esta experimentando el otro mientras yo hablo etc. Por esperar hacerlo SIN la incomodidad asociada a estar vulnerable frente a otros, quedo paradójicamente cada vez mas despojado de habilidades.

Lo que intento decir es que cuando lo que buscamos es "ser mas asertivos", "comunicarnos mejor" , "expresar mejor mis emociones/necesidades", es porque hay algo importante y valioso para nosotros del otro lado, un trabajo, un amigo, una pareja, o el valor mismo de ser mas comunicativos independientemente de los demás. Y donde hay algo valioso, hay un dolor al que hacerle lugar, esa es la ambigüedad de la vida humana.

"Muchas de las cosas en la vida que realmente te importan y quieres, son probablemente muy ambiguas, y si no puedes hacerle lugar a la ambigüead es probable que estés condenado a actuar al servicio de su eliminación, lo cual es realmente una fantasía" [...] Aprender a amar la ambigüedad puede ser muy poderoso aunque bastante contraintuitivo. Y cuando hablamos de amar acá no hablamos de enamorarnos de la ambigüedad. Hablamos de amor como un acción. Podes invitarla a tu casa por un rato, darle un vaso de limonada, hablar con ella, y escuchar que es lo que tiene para decirte." Kelly Wilson

Por supuesto que de lo que estoy hablando no es de mandarnos al muere a pedir un aumento a tu jefe sin chequear si corresponde, de que manera decirlo, elegir el momento, si es realmente viable en los hechos, si no va a tener más consecuencias negativas que positivas etc; ni tampoco de decirle lo que nos importa a alguien lastimandolo. Mucho menos de "expresarle un desacuerdo" a alguien que sistemáticamente nos agrede. Allí habrá que discernir de qué manera cuidarnos. Lo que digo es que para comenzar a aprender a comunicarnos, la clave ACT, es que siempre hay un "riesgo", implica el coraje de hacerle lugar a experimentar malestar de alguna manera. Si no estas dispuesto, a vivenciar algún dolor, quizás de nada sirvan las estrategias clásicas de comunicación asertiva.

Si tenemos claro esto, y nos abrimos a experimentarlo aunque sea en pequeñas dosis, podremos poco a poco poner en juego estrategias concretas. Ensayarlas. Adquirirlas en la acción, en el tropezón, con la incomodidad, ansiedad, miedo, culpa, de la mano. Y si bien no creo que ningún terapeuta este dispuesto a prometer que así, poco a poco exponiéndonos a aquello que tememos, el miedo/vergüenza/incomodidad/culpa va a desaparecer, sí podemos decir que a medida que tus pasos vayan en dirección a algo que valorás, ese conjunto de emociones incómodas van a pasar a ser parte de la experiencia, a integrarse sin lucha, sin huida. Esas emociones desagradables poco a poco van a acompañar de una forma mas amigable, más liviana esta tarea que es vivir dentro de la piel de esta existencia que tenemos, inevitablemente tan ambigua, tan compleja y tan humana.

Comunicarse, y expresar a otros lo que nos sucede, implica siempre un grado alto de VULNERABILIDAD

Suelo escuchar en la clínica frases como "quiero decirle lo que me pasa sin lastimarlx", "quiero decirle a mis amigxs lo que me molesta sin que me importe tanto", "quiero pedir un aumento sin miedo a lo que me vayan a decir", "quiero ponerle limites a mis hijxs sin sentirme culpable". En todas esas frases se habla de una AUSENCIA DE DOLOR. La perspectiva ACT (de la Terapia de Aceptación y Compromiso) nos propone una vuelta de tuerca a esto: no es SIN dolor, es CON

Cuando lo que buscamos es "ser mas asertivos", "comunicarnos mejor" , "expresar mejor mis emociones/necesidades", es porque hay algo importante y valioso para nosotros del otro lado, y dónde hay algo valioso, hay un dolor al que hacerle lugar, esa es la ambigüedad de la vida humana.

Para comenzar a aprender a comunicarnos, la clave ACT es que siempre hay un "riesgo", implica el coraje de hacerle lugar a experimentar malestar de alguna manera.

A medida que tus pasos vayan en dirección a algo que valorás, ese conjunto de emociones incómodas van a pasar a ser **parte de la** experiencia, a integrarse **SIN LUCHA, SIN HUÍDA**. Esas emociones desagradables poco a poco van a acompañar de una forma mas amigable, más liviana esta tarea que es vivir dentro de la piel de esta existencia que tenemos, inevitablemente tan ambigua, tan compleja y tan humana.

TERAPIA DE ACEPTACION Y COMPROMISO (ACT)

POR LIC. ALINA BUIS (SEDE OESTE GBA)

Habitualmente la palabra **felicidad** se relaciona con una sensación de placer, alegría o satisfacción. Sin embargo, como ocurre con todos los sentimientos, este sentimiento no dura por mucho tiempo e ir detrás del mismo, contrariamente, suele darnos escasas satisfacciones.

ACT es un modelo de terapia psicológico, basado en evidencia y con tradición de investigación, presentada por Hayes, Wilson y Strosahl en 1999. Forma parte de las "Terapias Contextuales" (también llamadas de Tercera Generación).

Este modelo sostiene que las personas pueden aprender a **aceptar** sus eventos privados (emociones, sensaciones, pensamientos, sentimientos, recuerdos, imágenes, etc.) y **decidir comprometerse** con un cambio de conducta hacia una dirección que sea valiosa; la vida que ellos quisieran vivir.

Emplea el concepto de aceptación como la disposición a entrar en contacto con aquello que me genera malestar y el compromiso como la disposición a desarrollar acciones que estén al servicio de los valores que uno identifica como propios.

En lugar de intentar cambiar la forma o frecuencia en como se presenta la conducta, busca cambiar su función, desde una visión conductual (no solo lo observable es conducta, también lo son nuestros eventos privados) y contextual (conducta entendida como un acto en contexto).

¿Cuál es la función de la conducta problemática? ¿Qué obtiene la persona haciendo eso? ¿Para que lo hace? ¿Qué intenta evitar? ¿Qué intenta controlar?

Entiende el **sufrimiento humano** como parte de la vida, **inherente a la condición humana**, no como algo disfuncional que hay que reestructurar.

Sostiene que es la lucha (evitación experiencial) por eliminar el malestar y los sentimientos dolorosos es lo que hace que éstos se incrementen, alejando a la persona de aquello que es valioso para ella y que sí podría controlar.

Podemos preguntarnos ¿Qué pasaría si en vez de problematizar nuestra experiencia interna aprendemos a relacionarnos con ella de una manera diferente?

¿Qué implica entonces el trabajo terapéutico desde ACT?

Por un lado, facilitar a la persona que consulta la **clarificación de valores** (¿Qué o quién es importante para vos?) y **la acción comprometida para el cambio** (¿Qué es lo que podes hacer para acercarte a lo que es importante para vos?)

Por otro lado, acompañarlo/as a que se **defusionen de aquellos eventos privados** (¿Qué aparece en tu mundo interno como obstáculo?) **que limitan la realización de sus acciones valiosas** (¿Qué es lo que haces para alejarte?)

ACT apunta a **generar un patrón de mayor flexibilidad psicológica**. La flexibilidad psicológica es «la capacidad de sentir y de pensar con apertura mental, de asistir voluntariamente a la experiencia del momento presente y de avanzar en las direcciones que son importantes para nosotros, al tiempo que forjamos hábitos que nos permiten vivir de un modo congruente con nuestros valores y aspiraciones» (Hayes, S.C., 2020).

Las personas inflexibles psicológicamente tienen menos recursos psicológicos para afrontar las situaciones estresantes o traumáticas. Nuestra tendencia a entenderlo todo racionalmente, nos lleva a plantear la vida como un problema a resolver, en lugar de tomarlo cómo un proceso que hay que transitar.

¿Es posible desarrollar flexibilidad psicológica? ACT propone un modelo de flexibilidad psicológica basado en seis habilidades, denominado HEXAFLEX :

* **Defusión:** dejar de asumir como ciertos todos y cada uno de los pensamientos que surgen en la mente. Tendemos a fusionarnos con los pensamientos por el anhelo o necesidad de coherencia y comprensión de todo lo que nos pasa.

* **Yo como contexto:** el desarrollo de una perspectiva del yo, o de la consciencia misma y la distinción entre lo que soy y lo que experimento. Notar al yo como diferente al contenido que alberga.

* **Aceptación:** desarrollo de la habilidad de estar con la experiencia (emociones, pensamientos y sensaciones físicas) en lugar de evitarla.

* **Atención flexible al momento presente:** ampliar la conciencia de lo que nos ocurre en cada momento, en lugar de estar atendiendo durante tanto tiempo al pasado o el futuro.

* **Valores:** identificar y elegir valores que hará posible el contacto con lo evitado previamente.

* **Compromiso con la acción**: actuar en dirección a los propios valores, en la dirección que uno elige, y dejar de actuar al servicio de evitar sentirnos mal.

Steven Hayes reflexiona sobre los efectos del lenguaje y propone, a través de la presentación de técnicas de de-fusión cognitiva, una nueva manera de relacionarnos con aquellos eventos privados que nos resultan dolorosos de experimentar. Veamos algunas:

* Trata a la mente como un objeto externo, algo así como "aquí esta mi mente preocupándose de nuevo".

* Se amable con tu mente cada vez que se entrometa, después de todo esta haciendo aquello para lo que fue diseñada hace miles de años, resolver problemas y evitar peligros.

* Cuando te aferres a un pensamiento, obsérvalo un momento y pregúntate ¿al servicio de qué esta este pensamiento? Si no esta al servicio de tus intereses, podes elegir dejar de aferrarte a el.

"Si podemos pensar la felicidad como "una vida rica, plena y llena de sentido"… experimentaremos una poderosa sensación de vitalidad" (Russ Harris, 2007)

¿TENÉS ALGUNA CONSULTA?

consultas@habilidadesparaelcambio.com.ar

www.habilidadesparaelcambio.com.ar
www.cursosdepsicologia.com.ar
www.instagram.com/habilidades.para.el.cambio
www.facebook.com/habilidades.para.el.cambio