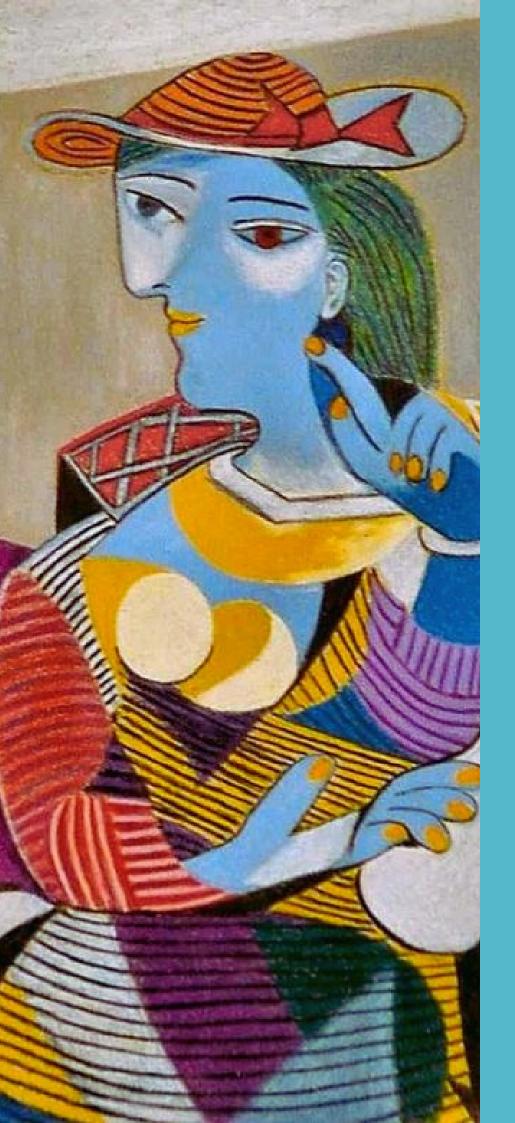


Salud Mental



CONTENIDO

LA RELACIÓN DE NUESTRAS EMOCIONES Y EL **DOLOR FÍSICO**

MIEDO A ENFERMAR QUE ENFERMA

ATAQUE DE PÁNICO Y TRASTORNO DE PÁNICO: CARACTERÍSTICAS Y TRATAMIENTO.

LAS **REDES SOCIALES**NOS ENFERMAN

LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL



PRESIDENTA: Psicóloga Laura Flynn VICEPRESIDENTA: Ana Flynn COORD. GRAL: Lic. Natalia Díaz SECRETARIAS: Raquel Pincheira, Lic. Inés Santamarina COMUNITY MANAGER.: Leila Rivara

Terapia Cognitivo Conductual

Online y presencial

SEDE CAPITAL FEDERAL:

- Coordinadora: Micaela Laurito
- Lic. Marcos Maggi
- Lic. Andrea Biondi Folco
- Lic. Vanina De Janin
- Lic. Juan Santojanni
- Lic. María Cristina Klotzpach

SEDE ZONA OESTE - GBA:

- Coordinadora: Lic. Natalia Díaz
- Lic. Paula Analía Puig
- Lic. Florencia Martinez
- Lic. Anabella Lejzurowicz
- Lic. María Laura Tamagnone
- Lic. Federico Barrionuevo
- Lic. Alina Buis
- Lic. Elizabeth Bello
- Lic. Zuny Sánchez
- Lic. Ailén Bethencourt
- 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. Marina Cibeira
- Lic. Mariela Borgio

SEDE ZONA NORTE - GBA:

- Coordinadora Lic. Vanina de Janin
- Andrea Bonnet
- María Laura Casco

SEDE NEUQUÉN:

- Coordinadora: Lic. Natalia Díaz
- Lic. Nadia Paola Sotelo
- Lic. Tania Castillo
- Lic. Beatriz Elizabeth Fernández
- Lic. Marcos Cabrera
- Lic. Ximena Del Rio Trila

SEDE ANDINA:

- Coordinadora: Lic. Marcela Gil García
- Lic. Carolina Argento

SEDE NOA (Salta y Tucumán):

- Coordinador: Lic. Daniel Pellerito
- Lic. Tatiana Amado
- Lic. Natalia Giaileloa
- Lic. Emilia Reinoso
- Lic. Paula Valero
- Lic. Tomas Dominguez

SEDE CÓRDOBA:

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

SEDE SANTA FE

- Coordinadora: Lic. Marcela Gil García
- Lic. María Laura Barragán

Terapia Dialéctico Conductual (DBT)

- Coordinadora: Lic. Laura Digerardis
- Psig. 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 Gonzalo Rojas

Equipo de Géneros y Sexualidades

- Coordinadora: Ana Flynn
- Directora Académica:
- Lic. Celeste Mariotti
- Lic. Sofía Stancanelli
- Lic. Marcela Gómez
- Lic. Beatriz Fernandez
- Lic. Omar Bustos
- Lic. Fátima Seppi
- Lic. Natalia Giaileola
- Lic. Eliana HerediaLic. Juan Santojanni

LA RELACIÓN DE NUESTRAS EMOCIONES Y EL DOLOR FÍSICO

POR LIC. MARCELA GIL GARCÍA (JUNIN DE LOS ANDES)



La belleza de la naturaleza nos emociona, la sonrisa de un niño nos atrapa y fascina, y el amor de nuestros seres queridos nos gratifica. En definitiva, las emociones nos marcan el paso del tiempo en nuestra vida, no sólo nos hacen sentir alegres, enojados o tristes, sino que también afectan el funcionamiento de algunos de nuestros órganos. Es lo que denominamos «dolor emocional»: aparte de los síntomas evidentes de miedo, ira, tristeza, rabia, o frustración, estas emociones, sobre todo cuando no se expresan o se expresan inadecuadamente. desencadenan efectos sobre algunos órganos o aparatos del cuerpo que se traducen en dolor, contracturas, alteraciones digestivas, bajadade defensas, cefalea o

un dolor de espalda invalidante.

Cada uno de nosotros experimentamos y vivimos nuestras emociones de una manera distinta y única, y la manera como las registremos y racionalizamos determinará en muchos casos cómo afectan a nuestro organismo. Las personas que en sus contextos han sufrido y sufren dolor de espalda no han cambiado nada en su vida, aún no han dado un giro de timón a algunos de sus hábitos o patrones de comportamiento que resultan perjudiciales.

Como dijo Séneca hace casi dos mil años: «Parte de la curación está en la voluntad de sanar». Empecemos, entonces, conociendo el porqué de nuestro cuerpo.

¿Cómo funciona nuestro organismo?

En relación con el sistema nervioso hay que saber que unas fibras conducen impulsos relacionados con el movimiento voluntario (sistema nervioso motor) y otras fibras conducen impulsos que sirven para mantener las principales funciones de los distintos órganos (el sistema nervioso vegetativo). El sistema nervioso vegetativo es especialmente importante porque es el que relaciona nuestro entorno (lo que percibimos, lo que imaginamos y las emociones) con la respuesta por parte de algunos órganos internos. Hay dos tipos de fibras que pertenecen al sistema nervioso vegetativo y que, de algún modo, se contrarrestan mutuamente: el sistema simpático y el parasimpático.

Las funciones antagónicas de ambos sistemas pueden resumirse con un ejemplo sencillo: cuando nos emocionamos, el sistema simpático hace que segreguemos adrenalina, aumenta la frecuencia cardíaca y se nos erizan los pelos de los brazos; por el contrario, el sistema parasimpático es el encargado de contrarrestar este estado y regresar al equilibrio. Una vez pasada la emoción, los efectos se revierten, cesa la producción de adrenalina, la frecuencia cardíaca regresa a la normalidad y el organismo puede reposar. Sin embargo, a veces el sistema parasimpático no entra en acción o no tiene oportunidad de hacerlo. Esto sucede cuando hay un exceso de estimulación del sistema simpático que no puede ser contrarrestado por el parasimpático. Esto conlleva un estado de excitación o superestimulación crónico que tiene graves consecuencias para la salud. Cuando no hacemos caso de un dolor que nos avisa de que debemos pisar el freno y dejar de forzar la máquina, a menudo la propia adrenalina provocada por el día a día, la prisa y la necesidad de seguir ocultan la causa del dolor.

Tenemos que aprender a escuchar, transitar,

interpretar, vehiculizar y vivir con el dolor. Según el diccionario, el dolor es un sentimiento atormentador que aumenta el desánimo y el malestar. Sin embargo, según los médicos antiguos, el dolor es un perro ladrador guardián de la salud.

Curiosamente, en la era moderna normalizamos la idea de que hay reducir el dolor a la mínima expresión; no toleramos el más mínimo padecimiento y para eso empezamos a tomar analgésicos a cualquier hora y en cualquier momento. Tengo dolor de muelas, analgésico; tengo dolor de espalda, analgésico. La primera consecuencia es que no hacemos caso al dolor, sólo buscamos una solución inmediata y sintomática que desaparezca el dolor, sin preocuparnos por tratar la causa.

Con lo que ha avanzado el conocimiento de la psicología a partir de la introducción de conceptos como el de la inteligencia emocional de Goleman, el papel de las emociones se ha empezado a tomar en serio. Actualmente parece innegable que existe una relación entre nuestras emociones y el estado físico.

¿Cuántas veces uno se enoja con un familiar o con su pareja, y no ha podido comer nada porque siente un nudo en el estómago? ¿ cuántas veces presenciamos injusticias y comenzamos a experimentar un dolor de cabeza o cierta tensión en la nuca?

Saber regular nuestras propias emociones determinará muchos aspectos de nuestra vida. El descontrol sobre nuestras propias reacciones emocionales desencadenará, día tras día, reacciones negativas sobre nuestro organismo. El organismo es un todo, de manera que cualquier enfado, cualquier gestión descontrolada de nuestras emociones, también provoca desajustes en el sistema nervioso y, probablemente, desequilibrios estructurales como contracturas o como alteraciones del sistema inmunológico.

Es bastante común entre los humanos recriminarnos constantemente nuestros errores, menospreciarnos a nosotros mismos y dudar de nuestras capacidades. Pasamos media vida preocupados por lo que probablemente nunca pasará.

Pero entonces, ¿qué podemos hacer para gestionar de otra forma lo que nos pasa, lo que sentimos? Tomar conciencia de los alertas que se manifiestan en nuestro cuerpo, detenernos, poder parar y mirarnos, observar nuestros propios pensamientos para poder percatarnos de que está

pasando en nuestra mente durante los momentos de máximo estrés.

Estos son momentos interesantes para anotar o reflexionar sobre nuestros pensamientos negativos, a menudo recurrentes, como la preocupación por nuestra imagen con respecto a los demás, las propias críticas o la culpabilidad. La mejoría anímica dependerá de nuestra capacidad para mejorar nuestros hábitos físicos, para poder entrar en coherencia con la mente y las emociones, de modo que finalmente todo nuestro cuerpo se beneficie.



MIEDO A ENFERMAR QUE ENFERMA

POR DRA HERRERA MARTINEZ GISELE

El temor a enfermarse es algo que puede pasarle a muchas personas, sobre todo en contexto de antecedentes familiares de enfermedades graves, o atravesar una pandemia cómo lo fue la del COVID 19. Sin embargo, cuando ese temor es intenso y persistente a pesar de el adecuado control médico y habiendo sido descartadas enfermedades orgánicas, esto puede convertirse en un problema.

Los pacientes con "trastorno de ansiedad por la enfermedad" padecen una preocupación intensa, se repite la idea de que están enfermos o que podrían enfermarse. Esta ansiedad patológica persiste por más de 6 meses y afecta el funcionamiento social y ocupacional o provoca malestar significativo. Los pacientes pueden o no tener síntomas físicos, generalmente son inespecíficos (cómo gases abdominales y dolores cólicos, conciencia del latido cardíaco, palpitaciones, sudoración etc) Entonces en el caso de existir síntomas, su preocupación es más acerca de las posibles implicaciones o enfermedades, que de los síntomas en sí, que suelen ser sutiles.



El trastorno de ansiedad por enfermedad es la preocupación y el miedo de tener o adquirir un trastorno grave. Es decir que los pensamientos predominantes tienen que ver con la posibilidad de catástrofe, o el peor escenario al que podría conducir ese síntoma. El diagnóstico se confirma cuando los miedos y los síntomas persisten durante más de 6 meses a pesar de haber tranquilizado al paciente después de una evaluación médica detallada, y no existe evidencia o indicios de alguna enfermedad clinica.

Suele existir dos perfiles de personas en el trastorno de ansiedad por enfermedad: aquellos que visitan frecuentemente a médicos y especialistas, que repiten interconsultas por síntomas o signos leves, cómo puede ser un dolor gastrointestinal, o una mancha diminuta en la piel que no habían detectado previamente. Y por otro lado, hay personas que les angustia tanto el temor a estar enfermos, y creen firmemente que "tienen algo malo" que evitan ir a los controles médicos.

En la actualidad, el amplio acceso a la información mediante internet, redes sociales, paginas científicas, etc, nos expone a un estímulo de conocimiento que debe ser utilizado cuidadosamente.

Muchas veces buscamos información sobre síntomas, o nombres de enfermedades que nos lleva a leer datos, estadísticas, o pronósticos no validados ni corroborados científicamente. Esto nos genera ansiedad y malestar si no podemos contextualizar e identificar la veracidad o calidad de la información.

Por otro lado, esta rutina de "chequear información en internet" puede volverse un mal hábito, sobretodo cuando aparece cómo un comportamiento compulsivo, repetitivo para buscar sentirnos más seguros, pero termina generando el efecto contrario aumentando nuestra ansiedad y temores de características hipocondríacas.

Este malestar puede ser aliviado con la ayuda de profesionales, la terapia cognitivo-conductual e inhibidores de la recaptación de serotonina pueden ser útiles. Es necesario remarcar que internet no es un espacio para la búsqueda de diagnósticos y tratamientos, siempre se recomienda la evaluación de un profesional para escuchar los síntomas subjetivos, pero también examinar, evidenciar y estudiar otros signos objetivables que nos orientan a un determinado cuadro clínico, o bien, descartarlos.



Servicio de supervisión clínica online individual

Creemos que es valioso generar redes y espacios de intercambio entre profesionales para aprender en conjunto. Nuestro abordaje parte de terapias basadas en la evidencia, con el objetivo de brindar un asesoramiento tanto de clínica infanto juvenil como de adultos. Acompañaremos en las primeras experiencias de atención clínica con el fin de clarificar los obstáculos que pueden aparecer en el recorrido. La inscripción a la supervisión incluye todo el material de apoyo orientado en TCC y terapias contextuales como así también acceso a la biblioteca virtual de Habilidades para el Cambio.

Realizamos supervisión psicológica y psiquiátrica, especializadas en temáticas de duelo, TCA, diversidad y violencia, ansiedad, depresión, TOC, ADD, traumas, sexología, terapia de pareja y; desde la Terapia Dialéctico Conductual, 2da y 3era Ola, ACT y FAP

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





"Tuve un ataque de pánico y a partir de ese momento dejé de hacer cosas valiosas para mí"

ATAQUE DE PÁNICO Y TRASTORNO DE PÁNICO: CARACTERÍSTICAS Y TRATAMIENTO.

POR LIC. GEORGINA RAIMONDI (SEDE CABA Y SUR)

Tomando como referencia al DSM V, Un ataque de pánico es un episodio abrupto de miedo intenso o malestar intenso que alcanza un pico en minutos, y durante el cual ocurren cuatro (o más) de los siguientes síntomas:

Nota: El aumento repentino puede ocurrir desde un estado de calma o un estado de ansiedad.

- 1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia
- 2. cardiaca.
- 3. Sudoración.
- 4. Temblor o sacudidas.
- Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
- 6. Sensación de ahogo.
- 7. Dolor o molestias en el tórax.
- 8. Náuseas o malestar abdominal.
- 9. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
- 10. Escalofríos o sensación de calor.
- 11. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).

11. Miedo a perder el control o "volverse loco"."12. Miedo a morir.

Y lo que conocemos como **Trastorno de pánico:**

- A. Ataques de pánico inesperados recurrentes. B. Al menos uno de los ataques es seguido por 1 mes (o más) de uno o ambos de los siguientes:
 - Preocupación persistente por volver a tener ataques de pánico o sus consecuencias (por ejemplo, perder el control, sufrir un ataque cardíaco, "volverse loco").
- 2. Un cambio desadaptativo significativo en el comportamiento relacionado con los ataques (por ejemplo, comportamientos diseñados para evitar ataques de pánico, como evitar el ejercicio o situaciones desconocidas).

Cualquier persona puede experimentar un ataque de pánico (o más de uno) a lo largo de la vida. La diferencia entre tener un ataque de pánico y lo que se denomina "Trastorno de Pánico" es que Luego de la aparición de él o los ataques de pánico se manifiesta una preocupación por la posibilidad de volver a vivirlo. Con lo cual se realizan comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, o se produce la evitación de ciertas situaciones como (realizar ejercicio, viajar en transporte público, reunirse con personas, estar en lugares cerrados, estar en la calle). Esto no solo no evita el ataque de pánico si no que lo mantiene. Además del elevado costo personal que implica comenzar a evitar lo que es valioso para nuestras vidas.

Tratamiento:

El tratamiento comenzará con la psicoeducación acerca de la ansiedad y el pánico. Es decir, que el paciente conozca qué es lo que le está pasando y su mecanismo.

Luego se indagará acerca de situaciones valiosas y evitadas por el paciente o llevadas a cabo con gran nivel de malestar o con algún tipo de medida de seguridad/reaseguro. Para poder, progresivamente ir exponiéndose a las sensaciones temidas de ansiedad. Siempre haciendo hincapié en que sea algo valioso para el paciente para que la exposición no se vuelva forzada. Y comenzando por lo que genera menos ansiedad para poder ir subiendo la intensidad progresivamente y ganando confianza.

Siguiendo con la línea de la exposición tambiénrealizamos lo que se conoce como exposición interoceptiva-indicando previamente un chequeo medico-que consiste en auto provocar las sensaciones temidas.

Por ejemplo, una persona que le teme al mareo se expondrá a esa sensación temida (girando en el lugar ya sea parado o en una silla) O una persona que le teme a la aceleración del ritmo cardíaco se expondrá por ejemplo subiendo escaleras o trotando en el lugar por unos minutos. En general lo realizamos primero en sesión y luego lo realiza el paciente algunas veces al día.

Lo que buscamos con esto es que esas sensaciones dejen de asociarse al pánico, es decir, habituarse a esas sensaciones y saber que nada malo ocurrirá.

Además, a lo largo de todo el tratamiento trabajamos con los pensamientos y creencias que se ponen en juego, ayudando al paciente a construir pensamientos de calma/alternativos.

Por ultimo pero no menos importante, algo que será transversal a lo largo de todo el tratamiento es trabajar la autocompasión y la aceptación del pánico. Ya que aunque los pacientes sepan que no es algo voluntario suelen juzgarse y sentir que deberían poder siempre y en todo contexto.

1. **Anexo:** modelo de registro para exposición a situaciones evitadas:

| Situación: | quiero/necesito | Nivel de | Pensamientos | Pensamientos | Recursos que | Si lo hice: |
|------------|-----------------|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | in | ansiedad de | de temor: | de calma: | puedo | ¿Cómo fue la |
| | | 0 a 100: | | | utilizar: | experiencia? |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Espacios para pacientes

Talleres de Junio

Inscripciones a consultas@habilidadesparaelcambio.com.ar

1

Taller virtual para trabajar vínculos de pareja

Para mujeres (hetero/bi/les, cis/trans) para trabajar: responsabilidad afectiva, comunicación asertiva y compasiva en la pareja, resolución de situaciones de conflicto, estrategias y/o habilidades de afrontamiento, celos patológicos, empoderamiento, consciencia plena, autocuidado y modalidades vinculares.

Duración: cuatro encuentros de 2hs (1 mes)

Días: Viernes de 18 a 20hs

Valor: \$5000 cinco mil pesos los 4 encuentros.



Taller virtual para manejo efectivo de la ansiedad

Para adultos interesadas en informarse sobre los síntomas que conlleva la ansiedad y conocer técnicas para poder manejar diferentes estados emocionales. Se abordarán diferentes técnicas. Al finalizar cada encuentro se les envía material con la información proporcionada durante el encuentro.

Duración: ocho encuentros de hora y media (2 meses)

Días: Martes de 17:30 a 19 hrs

Valor: \$11000 once mil pesos los 8 encuentros.

LAS REDES SOCIALES NOS ENFERMAN

POR LIC. PAULA VALERO URÍA (TUCUMÁN)



La revolución tecnológica de los últimos años, representó un giro de 360° en la historia de la humanidad. Aparejado a lo que desde el terreno tecnológico representó una ganancia sin precedentes, cabe cuestionarnos los efectos de estas nuevas tecnologías y modos de vinculación en la subjetividad.

Dentro de la revolución tecnológica, el uso de las redes sociales representó también una revolución de las subjetividades. La construcción de nuestra subjetividad se encuentra sujeta a diversos valores que estuvieron siempre reflejados en las redes de vincularidad cercanas de las personas. Hoy la construcción de la subjetividad, se encuentran mediada en gran medida por

las voces y valores de un círculo mucho más amplio, un circulo globalizado, el circulo de las redes virtuales.

Las redes sociales fueron construyendo poco a poco un perverso escenario de ideales que se convirtieron en la imagen de referencia subjetiva. De manera automática, estamos constantemente consumiendo un concepto ideal de felicidad y éxito, donde sólo se permiten los logros; y tanto las frustraciones, como los fracasos y las tristezas son actores que no fueron invitados a participar. Consecuentemente vamos construyendo internamente un concepto ideal de felicidad completamente ilusorio y humanamente imposible.

Bajo este encanto mágico de las redes sociales, las sonrisas y los buenos momentos tienen que ser parte de nuestro día a día y me animo a decir tienen, porque ya se ha convertido en parte de un mandato al cual respondemos sin darnos cuenta. Los momentos, paisajes, destinos, trabajos, familias, etc, deben ser siempre perfectos. Tenemos que ser felices todos los días de nuestras vidas y debemos hacerlo público.

Nos convertimos así en una generación que, consecuentemente, recibimos una incorrecta educación emocional. Tras éste perfecto escenario, las emociones se clasificarían solo en dos grandes grupos: buenas y malas. Las buenas son aquellas que estamos no solo habilitados sino obligados a sentir constantemente. Por otro lado las malas, son aquellas emociones de las cuales poco se habla y todos desean huir.

Esta tajante polaridad en el mundo de las emociones, fue generando de a poco un estilo de anestesia emocional, la cual operaría a modo de "protección" distanciándonos del contacto real con aquellas emociones que evitamos sentir.

Fuimos construyendo valores e ideales que responden a la ilusoria realidad que constantemente nos reflejan las redes sociales. Cabe cuestionarnos entonces ¿cuál es el costo emocional de todo esto...? Asociamos el llanto a la debilidad, el fracaso a la derrota, tolerar la frustración no es una opción a considerar y sentir tristeza es un mal que debe ser evitado a todas costas.

Dentro de éste marco, forma parte del desafío del espacio terapéutico comenzar

una deconstrucción de esta incorrecta clasificación de las emociones. Lejos de encajar en los criterios polares de "buenas vs. Malas", las emociones deben clasificarse en "cómodas" e "incomodas".

Bajo estas nuevas etiquetas, ahora ya no sólo es permitido, sino también necesario, poder conectar con aquellas emociones más "incómodas". Es necesaria la desanestesia y la validación de las emociones incómodas de quienes concurren en el espacio terapéutico. Debemos cuestionar el ideal de felicidad que consumimos a diario y construir uno nuevo, donde ésta no solo pase por los momentos "alegres y perfectos". La felicidad es una construcción constante cuyo condimento crucial son las emociones incómodas. Frustraciones, angustias y tristezas también forman parte de este proceso de construcción de la felicidad.

Todo esto de la mano de la inmediatez característica de un mundo globalizado, nos lleva a olvidar lo más importante en el mundo emocional, los procesos, que por definición llevan tiempo.

Así, ante pérdidas que precisan un duelo, nos apresuramos a estar bien lo antes posible. Ante fracasos que son partes de la vida, nos volvemos completamente intolerantes a todo tipo de frustración. Olvidando que la construcción del éxito es también un proceso que requiere no solo de tiempo, sino también de frustraciones.

¿Cuál es el costo emocional de las redes sociales? ¿Cuál es el costo de estar sujetos al mandato de constante felicidad? ¿Acaso las redes nos están enfermando?

LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

POR LIC. ANDREA BONNET (SEDE ZONA NORTE BA)

Motivación y Cambio

Los terapeutas de todas las épocas han intentado comprender y crear las condiciones que facilitan un cambio beneficioso para sus consultantes

¿Qué es lo que realmente importa para el cambio? Si bien son "factores inespecíficos", la forma en la cual el terapeuta se vincula con su cliente, es decisiva.

La atmósfera segura y de apoyo hace que los clientes puedan abrirse a las experiencias y encontrar soluciones a los propios problemas (C.Rogers1959)

Estas cualidades son comunes a todos los modelos teóricos

Podríamos hablar del "estilo personal del terapeuta" como factor facilitador del cambio entonces. Así pues, cómo considera un terapeuta, si su cliente está motivado para el cambio implicaría:

- Está de acuerdo con el terapeuta
- Acepta el diagnóstico (por ej: acepta la conducta problema)
- Expresa deseo o necesidad de ayuda
- Sigue los consejos de terapeuta
- Su problema lo atribuye a un factor externo o interno



Si tomamos un enfoque pragmático podríamos definir la MOTIVACION como la probabilidad de que una persona inicie, continúe y se comprometa con una estrategia específica para cambiar.

Cabe señalar la importancia de la primera consulta Muchas veces, la persona ha contemplado que tiene un problema pero aún no está decidido a realizar una psicoterapia.

El terapeuta deberá estar muy atento a la estrategia que utilizará en esa relación interpersonal que recién comienza. El estilo confrontativo disminuirá la posibilidad de que el consultante vuelva a la próxima consulta Mientras que un estilo empático favorecerá el largo plazo y empezar a girar la rueda del cambio.

La motivación es un desafío tanto para el terapeuta como para el consultante.

Motivación y cambio en la Teoría comportamental Clásica

Según A Beck (1979) el estilo del terapeuta debe contar con los siguientes atributos:

Aceptación: el terapueta debe aceptar plenamente a su cliente, su mundo y sus problemas, por mas que no comparta su cosmovisión

Autenticidad: el terapeuta debe ser genuino, sincero y auténtico. La falta de honestidad se considera como un obstáculo en el vínculo terapéutico Empatía: se hace referencia a la capacidad de ponerse en el lugar del otro, de ser receptivo con el sufrimiento de otro.

Las estrategias de cambio se centran

en la resolución de problemas emocionales a través del cambio comportamental y cognitivo. Se le explica al cliente cuales pueden ser algunas de las distorsiones cognitivas en las cuales pueden incurrir También se detectan algunas creencias disfuncionales que mantienen su sufrimiento y se los alienta a que estas sean reestructuradas.

Transmitimos que algo está funcionando mal en ellos y hay que cambiarlo. Esto puede provocar que el consultante adopte una actitud defensiva respecto a la terapia y así caer en el riesgo de repetir las mismas experiencias que la persona vive en su ambiente cotidiano

Motivación y cambio en las terapias cognitivas de tercera generación

En cuanto al "estilo personal del terapeuta" el mismo combina una actitud realista, un tanto irreverente, con una destacada calidez y flexibilidad.

La dialéctica típica a la cual se enfrenta el terapeuta es: "buena disposición frente a la obstinación"

El tratamiento promueve la construcción y mantenimiento de una relación colaborativa, interpersonal y positiva entre cliente y terapeuta.

M Lineham (1991) , pone énfasis en la aceptación y la validación, para desde allí conseguir el cambio.

La ACEPTACION es fruto de la integración de las practicas espirituales especialmente del budismo Zen.

La ACEPTACION es abrir los ojos, ver donde estás "ahora" para tomar decisiones y darte cuenta cómo resolverás "después". Definitivamente, la aceptación no es un concepto pasivo o que te detiene. Es el punto de partida, muy activo por cierto para el cambio

Se diferencia del modelo anterior, en que el cliente NO se equivoca, sino que hace lo mejor que puede de acuerdo a lo que ha aprendido para aliviar su malestar. Pero " entiende" que hay una más adecuada de resolver su problema o al menos no

agravarlo.

La estrategia de cambio está destinada a definir junto al cliente, la o las conductas problema. El patrón de funcionamiento que presenta el cliente se trata como un problema que está alcanzando alto malestar e interferencia en la áreas vitales de desarrollo del individuo

A lo largo de la terapia se analizan de forma conductual los problemas que se generan y analizan posibles soluciones y orienta al cliente a la solución





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

