

**UNIVERSIDAD DE LA HABANA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**MODELO DE PSICOTERAPIA INTEGRATIVA PARA TRASTORNOS DE NIVEL  
NEURÓTICO (MOPSITAN): EFECTIVIDAD. SANCTI SPIRITUS  
(1998-2010).**

Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Psicológicas.

**JOAQUÍN FELIPE MÁRQUEZ PÉREZ**

**La Habana, 2011.**

**UNIVERSIDAD DE LA HABANA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**MODELO DE PSICOTERAPIA INTEGRATIVA PARA TRASTORNOS DE NIVEL  
NEURÓTICO (MOPSITAN): EFECTIVIDAD. SANCTI SPIRITUS  
(1998-2010).**

Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Psicológicas.

Autor: Profesor Auxiliar, Joaquín Felipe Márquez Pérez. Ms.C.  
Tutor: Profesor Titular, Miguel Ángel Roca Perara. Dr. C.

**La Habana, 2011.**

*“Empieza por hacer lo necesario, luego lo que es posible  
y de pronto te encontrarás haciendo lo imposible”.*

*San Francisco de Asís.*

## **DEDICATORIA**

A mi madre, cuyo anhelo inspiró este empeño,

A Iris, su cause recurrente,

A Claudia, mi ángel de luz.

## AGRADECIMIENTOS.

Una empresa como esta establece lazos de gratitud con muchas personas. Mencionarlas a todas es un deber constreñido por los límites de espacio que las normas y la sensatez imponen, sin embargo la presencia de otras resulta felizmente obligada:

- Primero a quien desde un inicial encuentro, ya lejano, se erigió como legítimo tutor. Su mirada aguda y mordazmente crítica, sin perder humanidad, permitió convertir la investigación y experiencia clínica del autor en un informe disponible para la presentación y evaluación de sus resultados. A mi tutor y amigo, el Dr Miguel Ángel Roca Perara, ¡muchas gracias!
- A Iris, mi esposa, colega y asesora más cercana. Por su sugerencia sabia y atinada, por su incondicionalidad y compromiso con esta investigación de la que forma parte hace tanto tiempo.
- A mi Claudita, por su benevolencia tierna y afectuosa, por cederme su tiempo frente a la computadora y apenas protestar cuando le robé muchas horas a nuestro tiempo compartido.
- A mi madre, que desde ese lugar donde hoy todavía vela por nosotros, sigue siendo la inspiradora más entusiasta y la fuerza mayor de este proyecto.
- A mi padre, que es también inspirador de estos resultados.
- A mi hermano, por su solidaridad desde sus lares de independencia.
- A mis suegros, por su apoyo en mi ausencia cercana, por comprender sin la necesidad de entender.
- A Norys, por su presencia clínica en estos resultados, pero más que eso, por su entrega afectiva, por su halo, por su mantenido aporte que siempre ignoró las barreras.
- A Martica y Daya, vinculadas a la génesis de MOPSITAN, porque su talento es parte de estos resultados.
- A la memoria de Lutgardo, por aportar entonces su pericia sin reticencias, por el recuerdo de su amistad.
- A Niurka cuya presteza y lucidez son también ingredientes que enriquecieron esta investigación.
- A Yenibel y Alexander, colaboradores que mostraron que aprendiendo se enseña.
- A un grupo de 15 colegas que radican y laboran en diferentes localidades del país y ofrecieron su criterio como expertos a esta investigación, por la insustituible valía de su experticia.
- A las Dras Edelsys Hernández, Beatriz Torres y Patrica Arés cuya lucidez y experiencia convirtieron la elaboración final de este informe en un auténtico espacio de aprendizaje.

- Al Dr. Armando Alonso, por ejercer una crítica oportuna que permitió también ajustar y perfeccionar la presentación de los resultados.
- A la Dra. Ederlys Hernández, cuya sabiduría y dulzura permitieron ajustar a las normas formales el informe final.
- A Lety y Carlos, por ser AMIGOS con mayúsculas, por asumir este empeño como propio, por su apoyo irrestricto, por salvar obstáculos y ofrecer su buen y mucho saber.
- A GETAN, un legítimo orgullo que ha acogido a talentosos apasionados, por ser el espacio donde se discutió y modeló este informe.
- A Osvaldo, un jefe que es además muy buen amigo, por su empuje, por su tenacidad, por su laboriosidad disposicional, por creer en la magia del empeño.
- A Milagros, maestra de generaciones, que se impuso a sus molestias físicas y dejó con su sapiencia el sello de corrección gramatical a este informe.
- A Irhomis, Erick y Víctor por mostrar que la amistad es un valor perdurable que vence distancias.
- A mis pacientes, de quienes siempre aprendo mucho más de lo que les puedo ofrecer.

A todos, y también a los que sin ser mencionados tienen una cuota de presencia cuya auténtica pregnancia los salva del anonimato, ¡muchas y muy sinceras gracias!

## SÍNTESIS

El presente es un estudio mixto centrado en probar la efectividad de un modelo psicoterapéutico diseñado desde la perspectiva integracionista y orientado por pautas diagnósticas en la dimensión psicológica para el tratamiento de trastornos de nivel neurótico en pacientes adultos. Con un diseño esencial de Teoría Fundamentada a partir de los datos obtenidos de un conjunto de pruebas y técnicas (Entrevista semi estructurada en profundidad, Observación participante, EAP, Inventario de Depresión de Beck, IDARE, IDERE y Completamiento de frases) aplicado a 231 aquejados por trastornos de ese nivel, se sistematizan siete pautas diagnósticas que los identifican en la dimensión psicológica: la Paradoja esencial de los trastornos de nivel neurótico, los Trastornos de la respuesta emocional, los Trastornos del autocontrol conductual, los Trastornos en las relaciones interpersonales, el Trastorno de los intereses, las Fluctuaciones del rendimiento intelectual, y el Deterioro de la autoestima; precisando el carácter nuclear de las tres primeras. Una combinación de Investigación-Acción con un diseño de Casos múltiples permitió luego mostrar la efectividad del modelo de psicoterapia para dos formas clínicas de trastornos con nivel neurótico: ansiosa y depresiva en otros 80 aquejados. Se revelan los mecanismos psicológicos asociados a su efectividad elevada o discreta.

## ÍNDICE

Contenido	Páginas
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
Problema:	6
<b>CAPÍTULO 1. LAS NEUROSIS. ASPECTOS TEÓRICOS Y METODOLÓGICOS EN SU ESTUDIO Y TRATAMIENTO</b>	<b>10</b>
1. 1. Las neurosis y su tratamiento.	10
1.1.1 La perspectiva psicodinámica: aportes y limitaciones.	10
1.1.2 La perspectiva conductista: la conducta neurótica y su manipulación terapéutica.	15
1.1.3 La Revolución cognitiva: evaluación de las distorsiones cognitivas y las propuestas de reestructuración.	17
1.1.4 El sentido de la vida en la visión de las neurosis: un tratamiento diferente.	19
1.1.5 La perspectiva neurofisiológica y su propuesta terapéutica.	20
1.1.6 Los manuales de clasificación de los trastornos mentales: se intensifica el debate.	22
1.1.7 El papel del autoconcepto en la perspectiva humanista.	24
1.1.8 ¿Más complejidad?	25
1.1.9 La situación en Cuba y las propuestas terapéuticas nacionales.	26
1.1.10 Los trastornos de nivel neurótico como fenómenos multidimensionales.	27
1.2. El impacto terapéutico: la evaluación de la efectividad y el desarrollo de un modelo integrativo de psicoterapia para trastornos de nivel neurótico.	29
1.2.1 Eficacia, efectividad y eficiencia: la necesidad de evaluar los resultados de la psicoterapia.	29
1.2.2 El movimiento integrativo en psicoterapia.	32

1.2. 3 Los modelos integrativos.	37
1.2.4 Un modelo de psicoterapia integrativa para trastornos del nivel neurótico (MOPSITAN).	40
1.3. Consideraciones Finales.	42
<b>CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA PARA LA CONCEPCIÓN, DISEÑO Y EVALUACIÓN DE UN MODELO DE PSICOTERAPIA INTEGRATIVA PARA TRASTORNOS DE NIVEL NEURÓTICO</b>	<b>45</b>
2.1 Tipo de estudio.	47
2.2 Glosario de términos.	51
2.3 Población y muestra.	58
2.4 Pruebas y técnicas de diagnóstico empleadas.	60
2.5 El procedimiento de investigación.	66
2.6 Consideraciones éticas.	70
<b>CAPÍTULO 3. LA SISTEMATIZACIÓN DEL “CONSTRUCTO TEÓRICO DE RANGO MEDIO” Y EL ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD DEL MODELO DE PSICOTERAPIA INTEGRATIVA PARA TRASTORNOS DE NIVEL NEURÓTICO</b>	<b>73</b>
3.1 La sistematización del “constructo teórico de rango medio” desde la práctica clínica.	73
3.2 Diseño e implementación de MOPSITAN. Los mecanismos psicológicos asociados a su efectividad.	91
Consideraciones finales.	119
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>122</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>125</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	
<b>ANEXOS</b>	

ANEXO 1. Expertos que trabajaron en el Método por rondas de Delphi.

ANEXO 2. Entrevista semi estructurada en profundidad.

ANEXO 3. Observación participante.

ANEXO 4. Documento circulado a los expertos para aplicar el Método por rondas de Delphi.

ANEXO 5. ESTAN (Escala de Trastornos de nivel Neurótico).

ANEXO 6. Cálculos de Validez estructural (Rho de Spearman) y confiabilidad de ESTAN (alfa de Cronbach).

ANEXO 7. Modelo de consentimiento informado.

ANEXO 8. Tablas de evolución longitudinal del TAG y el TDR.

ANEXO 9. Evolución de un caso con la aplicación de MOPSITAN.

# INTRODUCCIÓN





## INTRODUCCIÓN

La polémica como *modus operandis* quedó “institucionalizada” en las ciencias desde sus inicios. El método socrático es la confirmación palmaria de esta afirmación (Corral, 2006).

El estudio científico de las neurosis replica esta realidad desde la misma introducción del concepto por Cullen (Rivera, Murillo, Sierra, 2007; Hidalgo, 2009). Los trabajos de Sigmund Freud abrieron una senda de investigaciones en el ámbito de lo psicológico. Sus consideraciones sobre los factores intrapsíquicos e inconscientes, con un predominio de conflictos dinámicos “profundos” de naturaleza mayormente sexual (Freud, 1923, 1924) establecieron la visión de una “neurosis psicógena”.

Sus consecuencias impactaron de manera muy importante el pensamiento psicológico hasta la actualidad, aunque las posiciones de sus seguidores se alejaron de la ortodoxia psicoanalítica para considerar otros factores en la etiología de los trastornos neuróticos –como el papel de las relaciones sociales- y optaron por procedimientos de tratamiento diferentes –como preferir los contactos cara a cara con sus aquejados-. Se trataba, en resumen, de un movimiento cuya pujanza inicial ha calado hasta la actualidad (Sketel, 1950; Alexander, 1954; Horney, 1963; Kohut, 1971; Kutash, 1976; Baker, 1985; Wachtel, 2005).

Las posiciones del psicoanálisis clásico y sus seguidores, recibieron el cuestionamiento de los conductistas. Para sus adeptos, cuya decantación radical por una ciencia “medible” los centró en el análisis de la conducta (Watson, 1913; Skinner, 1953, 1974, 1987), las propuestas psicoanalíticas resultaban inaceptables al considerar instancias intrapsíquicas no cuantificables.

El Conductismo no flexibilizó sus posiciones hasta avanzada la segunda mitad del siglo XX con los postulados de Albert Bandura y su “Teoría del Aprendizaje Social” (Bandura, 1975), momento en que se inició la “Revolución cognitiva” dentro de sus partidarios (Weiten, Lloyd y Lashley, 1991; Zaldivar, Vega,



Roca, 2004). En general las neurosis fueron vistas como “conducta neurótica” (Gigena, 2003; García, 2009).

Otra postura que formuló consideraciones diferentes es la del psiquiatra Vícktor Frankl quien, en virtud de sus experiencias con personas que sufrieron la barbarie nazi en sus campos de concentración y exterminio, se decantó por una “neurosis noógena”. La pérdida del sentido de la vida constituía la causa más importante de la aparición del trastorno según su opinión (Frankl, 1987; García, 2009).

Las diferencias de criterio no se detuvieron allí. Para los terapeutas cognitivos, aparecidos después de la flexibilización que en las posiciones conductistas supuso la propuesta de Bandura, los trastornos emocionales tenían su génesis en distorsiones cognitivas que afectaban la perspectiva con que los afectados juzgaban la realidad. Se desplazó así la causa hacia fenómenos cognitivos resultantes de percepciones automáticamente distorsionadas (Ellis, 1962, 1973, 1977; Beck, 1976).

Los desacuerdos continuaron con las propuestas defendidas por los humanistas. Las incongruencias en el autoconcepto y la determinación de éstas a su vez por la naturaleza y condicionalidad del amor temprano que las personas reciben, resultó la postura que sobre la naturaleza de las neurosis estos autores defendieron (Rogers, 1951, 1986).

La Psicología y Psiquiatría clínicas de la entonces Unión Soviética, apoyadas en los trabajos de Pávlov, también elaboraron consideraciones particulares.

Concibieron las neurosis desde el basamento de una explicación neurofisiológica, precisando que los agentes que afectasen el equilibrio, la fuerza y la movilidad de los procesos nerviosos básicos (Sluchevski, 1963), o la sobretensión del proceso de excitación, del proceso de inhibición, o de la movilidad de los procesos de excitación e inhibición, además de la sobrecarga de la actividad analítico-sintética y de la inhibición protectora, resultaban decisivos para explicarlas (Sviadosch, 1959, 1961; Sluchevski, 1963).

Otra mirada a este concepto, incuestionablemente polémico, fue aportada desde el terreno psicopatológico. La aparición de los intentos de clasificación de los trastornos mentales tuvo un singular momento de giro en 1980 con la aparición de la tercera versión del manual de clasificación de la APA y de la novena de la CIE. Los conceptos de “neurosis” y “psicosis” fueron derogados como entidades diagnósticas, quedando sólo como identificadores de niveles de funcionamiento psicológico alterado (APA, 1980; OMS, 1980).



Con la propuesta del término “trastorno” una nueva consideración se defendía: la de una “neurosis psicopatológica” donde se hizo énfasis en las pautas diagnósticas de cada forma clínica particular descrita y se obviaron (con toda intención) las evaluaciones etiológicas.

Se consideraron asimismo dificultades en las relaciones interpersonales (Caballo, 1995; Zaldívar, Vega, Roca, 2004), en la situación económica particular de los afectados, en los fenómenos climáticos, en las decisiones migratorias, en la capacidad de recibir y procesar información como fenómenos explicativos o asociados a la aparición de trastornos neuróticos (Sviadosh, 1959, 1961; Weiten, Lloyd y Lashley, 1991, Márquez, 1998, 2010).

En Cuba, desde los trabajos de Alfonso Bernal del Riesgo (Zaldívar, Vega, Roca, 2004), pasando por los estudios sobre el síndrome de ansiedad patológica (Grau, 1982), la configuración de una personalidad neurótica (Alonso, 1989), la concepción de las neurosis como un fenómeno en el que confluyen una cierta predisposición con aprendizajes anómalos (Castro, Barrientos, 1994), el desarrollo de modelos terapéuticos grupales (Rodríguez, 1997; Clavijo, 2002, 2008), psicocorrectivos (Rodríguez, 1999) o la caracterización de la inteligencia emocional en neuróticos (Herrera, 2003), el tema no ha dejado de ser investigado.

El autor de la presente investigación, identificado con las posiciones de la integración, ha trabajado en una concepción teórica de los trastornos de nivel neurótico que comparte con sus colaboradores. Los concibe como complejos fenómenos en un sistema multidimensional (Francisco, 2009; García, 2009; Hidalgo, 2009; Márquez, 2008, 2009, 2010).

En la primera dimensión se deja claro que no se propone una nueva entidad diagnóstica, más bien se considera una mirada integradora a todas las concepciones revisadas. La siguiente se concibe para identificar pautas diagnósticas en la dimensión psicológica, la tercera para entenderlos como un fenómeno único a pesar de sus diferentes dimensiones. La cuarta propone consideraciones etiológicas. La última se deja para la valoración de las implicaciones que tiene en la dimensión biológica (el soma) de los aquejados.

A tenor con estas consideraciones sobre la naturaleza de los trastornos de nivel neurótico, las estrategias psicoterapéuticas para su afrontamiento también han correspondido a las elaboraciones conceptuales defendidas por cada escuela.

El psicoanálisis y sus derivaciones optaron por la exploración “profunda” del material intrapsíquico y los fenómenos dinámicos asociados a las manifestaciones sintomáticas de los aquejados (Freud,



1923,1924; Weiten, Lloyd y Lashley, 1991; Márquez, 1998; Zaldívar, Vega, Roca, 2004; Wachtel, 2005; Wolfe, 2008).

Con su aparición, tras la “Desensibilización sistemática” de Wolpe (1958), la eclosión de procedimientos, técnicas y recursos conductuales agrupados en lo que se denominó “Terapia de Modificación de Conducta” supuso el mayor aporte en cuanto a instrumentos para la intervención terapéutica de que disponen los psicoterapeutas en la actualidad (Caballo, 1995; Gafford, Russell, 2008).

La extensión más conocida y generalizada de la “Terapia de Modificación de Conducta” se inició con los trabajos de Ellis y su Terapia Racional Emotivo Conductual (Ellis, 1962, 1973,1977). Las terapias cognitivas han alcanzado un grado de popularidad que parece descansar en la evidencia investigativa de su eficacia y efectividad (Heimberg, Dodge, Hope, 1990; Butler, Fennell, Robson, Gelder, 1991; Wilfley, Agras, Telch, 1993; Heimberg, Jester, 1995; Jacobson, Dobson, Truax, 1996; Craske, Rowe, Lewin, Noriega-Dimitri, 1997; Barlow, Esler, Vitali, 1998; Craighead, Craighead, Illardi, 1998; Franklin, Foa, 1998; Wilson, Fairburn, 1998; Goisman, Warshaw, Keller, 1999; Chard, Widiger, 2005; Gava, Barbui, Aguglia, 20007; Hunot, Churchill, Silva, Lima, Teixeira, 2007; Sanderson, 2007; Benito, 2008; Sánchez, 2008).

Más allá de las preferencias y entrenamiento de los terapeutas, se impuso la necesidad de evaluar la eficacia de los procedimientos empleados (Compas et al., 1998; Echeburúa, Corral, 2001; Hamilton, Dobson, 2001; Mustaca, 2004 a, 2004 b).

Las exigencias y condiciones de artificialidad experimental que supusieron los estudios de eficacia, llevaron a considerar los efectos de los tratamientos así considerados, en el entorno real del contexto clínico concreto de los aquejados. Se impusieron pues, nuevas consideraciones para los estudios de efectividad (Garfield, 1996; Benito, 2008).

En ellos el grado de satisfacción del aquejado con el tratamiento resulta una variable de primer orden (Ferro, Vives, 2004; Roca, 2009).

Con estas exigencias, la ponderación de los costos para el paciente o el Sistema de Salud que ofrece los servicios, el sufrimiento humano, el tiempo dedicado por el terapeuta al tratamiento, y las erogaciones directas a la comunidad e indirectas a la sociedad, son variables que entran a considerarse para evaluar la eficiencia de los tratamientos (Carles, 2002; Ferro, Vives, 2004).

En ese entorno, y en la búsqueda de efectividad y eficiencia se abre paso el movimiento integrativo en psicoterapia (Rosado, 2007; Sánchez, 2008).



Su consolidación y desarrollo se da en los años ochenta (Feixas, 1993; de Boer, 1999; Rosado, 2007). Se identifican tres posiciones que agrupan a la mayoría de sus correligionarios: la integración técnica, la integración teórica y los factores comunes (Feixas, 1993; Zaldívar, Vega, Roca, 2004; Rosado, 2007).

Actualmente la "integración asimilativa" se evidencia como *status quo* de la integración en psicoterapia (Raskin, 2007; Wolfe, 2008), sin embargo se presentan también "metateorías" que pretenden una integración de las posiciones epistemológicamente compatibles (Opazo, 2003; Allen, 2007).

En general, los modelos integrativos han optado por elaboraciones generales que permiten la intervención de las características o rasgos psicológicos de la personalidad que se evalúen de acuerdo al modelo en cuestión (Lampropoulos, 2000; Allen, 2007; Chard, 2005; Wachtel, 2005; Richert, 2006, 2007; Raskin, 2007).

Otra postura, defendida por los seguidores actuales de la Terapia cognitiva de Beck (Quinto, 2008) y por autores como Barry Wolfe (2008), prefiere la elaboración de modelos de intervención para trastornos específicos.

En este estudio, se valora la efectividad de un modelo de psicoterapia integrativa y corte individual que tiene similitudes con el de Wolfe. Consta de tres etapas: una comportamental y cognitivo comportamental (denominada de "Desarrollo del autocontrol y reducción del malestar emocional"), la segunda, psicodinámica ("Psicodinámica o de exploración profunda") y la tercera que combina recursos de las dos anteriores (de "Consolidación").

Con referentes conceptuales comportamentales, cognitivo comportamentales y psicodinámicos, se identifica con las posiciones humanistas, al menos en las exigencias de la postura del terapeuta y aboga por una lógica constructivista si se entiende como tal que su diseño concibe la aplicación de los procedimientos ajustándose a la realidad contextual de cada aquejado (Márquez, 2010). La formación profesional del autor, permitió su elaboración desde una epistemología dialéctico materialista.

Estos antecedentes, la práctica clínico asistencial del autor por más de veinte años en el tratamiento de trastornos de nivel neurótico por un lado y su labor docente e investigativa al frente del Grupo de Estudios de Trastornos Neuróticos con sede en la Universidad de Sancti Spiritus por el otro, establecieron las condiciones que dieron paso al surgimiento del **problema científico** de esta investigación.



**Problema:**

¿Será efectivo un modelo psicoterapéutico desarrollado con una perspectiva integracionista y orientado por pautas diagnósticas en la dimensión psicológica para el tratamiento de trastornos de nivel neurótico en pacientes adultos?

Su consecución partió del **Objetivo general:**

Desarrollar un modelo psicoterapéutico con una perspectiva integracionista y orientado por pautas diagnósticas en la dimensión psicológica para el tratamiento de trastornos de nivel neurótico en pacientes adultos.

Que se dividió en cuatro **objetivos específicos:**

- Sistematizar teóricamente y a partir de la práctica clínica la presencia de pautas diagnósticas que desde la dimensión psicológica, caracterizan a los trastornos de nivel neurótico en pacientes adultos.
- Diseñar un modelo psicoterapéutico con perspectiva integracionista y orientado por pautas diagnósticas en la dimensión psicológica para el tratamiento de trastornos de nivel neurótico en pacientes adultos.
- Implementar el modelo psicoterapéutico con perspectiva integracionista y orientado por pautas diagnósticas en la dimensión psicológica para el tratamiento de trastornos de nivel neurótico en pacientes adultos.
- Evaluar la efectividad del modelo psicoterapéutico con perspectiva integracionista y orientado por pautas diagnósticas en la dimensión psicológica para el tratamiento de trastornos de nivel neurótico en pacientes adultos.

Con una **Hipótesis general:**

El modelo psicoterapéutico desarrollado con perspectiva integracionista y orientado por pautas diagnósticas en la dimensión psicológica para el tratamiento de trastornos de nivel neurótico en pacientes adultos es efectivo porque propicia la remisión de las pautas esenciales.

Esta investigación, de corte mixto, optó en esencia para el primer objetivo específico por un diseño de Teoría Fundamentada, mientras que el resto descansó en una combinación de Investigación-Acción con Casos múltiples.

Inicialmente se estudiaron todos los aquejados por trastornos de nivel neurótico que fueron remitidos a la consulta del autor a partir de 1998. La "saturación informativa" se produjo un año después (1999),



quedando identificadas un grupo de pautas diagnósticas para la caracterización de los trastornos de nivel neurótico en la dimensión psicológica.

Los datos se obtuvieron a través de la combinación de recursos cualitativos (entrevista semi estructurada en profundidad y observación participante) con una cualificación de datos cuantitativos (al focalizar el análisis en los ítems de las pruebas psicológicas estandarizadas aplicadas: EAP en sus formas paralelas A, B y C, el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, el Inventario de Depresión de Beck, el Inventario de Depresión Rasgo-Estado y el Test de Completamiento de frases).

Para evaluar la efectividad del modelo terapéutico, se dividió intencionalmente la muestra de 40 aquejados para cada caso (Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno Depresivo Recurrente sin síntomas psicóticos) en dos subgrupos de 20 por cada uno: por un lado los que fueron respondiendo al tratamiento con elevada efectividad terapéutica y por el otro los que lo hicieron con discreta efectividad terapéutica. Sumaron así 80 los aquejados sometidos a tratamiento.

Una vez más se obtuvieron los datos de los instrumentos y procedimientos antes citados.

Los aportes de este estudio, presentes en los planos teórico, metodológico y en el de la praxis clínica asistencial, pueden sintetizarse como sigue:

- **En el teórico:**

Se ofrece una mirada a los trastornos de nivel neurótico desde las posiciones de la integración que permitió proponer un "constructo teórico de rango medio". Éste sistematiza un grupo de pautas que emergieron por vía inductiva en la práctica clínica del autor y permiten caracterizar a dichos trastornos en la dimensión psicológica. Sin ser un "descubrimiento" suyo, ellas se habían descrito total o parcialmente sólo desde referentes conceptuales diferentes. Aquí se identifican tres esenciales, dando sentido de entendimiento al constructo que unifica a un grupo de siete en total, se muestra además una lógica de su dinámica dentro de los trastornos citados.

- **En el metodológico:**

Se aporta un modelo integrativo de psicoterapia (MOPSITAN) cuya secuencia cronológica de aplicación, referentes epistemológicos y procedimientos técnicos, son pormenorizadamente detallados.

- **En el de la práctica clínica:**



La sistematización de un grupo de pautas diagnósticas que permiten la identificación de los trastornos de nivel neurótico en la dimensión psicológica, se concretó en un instrumento estandarizado (ESTAN) que facilita evaluar su presencia.

La novedad y originalidad del estudio radican en la integración en un constructo teórico de rango medio, de un grupo de pautas diagnósticas que habían sido descritas total o parcialmente desde referentes conceptuales diferentes, con valor para orientar la intervención psicoterapéutica, a lo que se suma un modelo de psicoterapia integrativo, surgido de la práctica clínica del autor en la realidad contextual cubana de los años 80 y 90 del pasado siglo y la primera década del presente. Se muestran además, los mecanismos psicológicos implicados en la elevada efectividad del modelo y los que se asocian con su discreta efectividad.

El estudio resultó factible por disponer de recursos humanos y materiales para su realización, sin costos adicionales, en los servicios de Psicología de los Policlínicos de Guayos y el Tipo I de Cabaiguán, en la provincia de Sancti Spiritus. Su replicabilidad es probable en tanto investigadores del Grupo de estudios que lidera el autor han sido adiestrados, en estancias de entrenamiento tutorado no menores de un año, para la aplicación del modelo psicoterapéutico que emplea.

El presente informe incluye tres capítulos: uno Teórico en que se sistematizan los antecedentes teóricos y las filiaciones conceptuales que justifican el proceder interventivo e investigativo del autor; uno Metodológico en que se esclarecen tanto el problema y los objetivos del estudio como la naturaleza del diseño empleado, los procedimientos y las técnicas de obtención de datos y de intervención psicoterapéutica, así como la definición de conceptos con que se trabajó, el procedimiento asumido y sus requerimientos éticos, y por último otro dedicado al análisis e interpretación de resultados.

Intervenir y aliviar el displacer de los aquejados como urgencia suprema, asumiendo para ello una actitud seria y de compromiso con la Psicología científica ha sido la exigencia recurrente de esta investigación.

**CAPÍTULO I**

**LAS NEUROSIS. ASPECTOS**

**TEÓRICOS Y METODOLÓGICOS EN**

**SU ESTUDIO Y TRATAMIENTO**





## **CAPÍTULO 1. LAS NEUROSIS. ASPECTOS TEÓRICOS Y METODOLÓGICOS EN SU ESTUDIO Y TRATAMIENTO**

### **1. 1. Las neurosis y su tratamiento.**

Desde su introducción por Cullen (Rivera, Murillo, Sierra, 2007; Wikipedia, 2008; Hidalgo, 2009), el término “neurosis” ha estado asociado a una intensa y no concluida polémica (APA, 2008; Cala, 2008). Propuesto inicialmente para describir trastornos sensoriales y motores causados por enfermedades del sistema nervioso, su evolución en el campo de la salud mental ha estado signada por la diversidad de criterios y enfoques. En este apartado se revisan las posiciones más destacadas en su estudio y tratamiento con una valoración de lo que constituyen, según la consideración del autor, sus limitaciones y aportes para el desarrollo de un modelo psicoterapéutico de orientación integrativa.

#### **1.1.1 La perspectiva psicodinámica: aportes y limitaciones.**

Una de las posiciones de mayor divulgación se vinculó a los trabajos de Sigmund Freud (1923, 1924), quien las concibió como complejos fenómenos en los que se alteraba el equilibrio entre las instancias de la personalidad con un predominio de procesos y pulsiones inconscientes que en su “batalla” por evadir los mecanismos de represión, se transformaban en síntomas (Weiten, Lloyd y Lashley, 1991).

Otorgó un importante papel a las pulsiones de naturaleza sexual, concibiéndolas como un conjunto de urgencias para el placer o satisfacción física y no únicamente para la cópula (Weiten, Lloyd y Lashley, 1991). Este acierto sobre las causas “profundas” e “intrapíquicas” de las manifestaciones neuróticas ha sido retomado recurrentemente en la actualidad (Wachtel, 2005; Wolfe, 2008).

A Freud se debe un importante enfoque conceptual sobre las neurosis, sus consideraciones etiológicas y recursos psíquicos asociados (como la represión, los mecanismos de defensa, o los procesos



simbólicos de condensación, sublimación y transformación asociados al paso del contenido “manifiesto” al “latente” en los sueños).

A su zaga, tanto los seguidores ortodoxos, como las posiciones neopsicoanalistas (Adler, 1917, 1927, 1964; Jung, 1917; Horney, 1969) o la Psicodinamia moderna (Weiten, Lloyd y Lashley, 1991), han desarrollado y enriquecido una comprensión dinámica de las neurosis.

El “*striving for superiority*” o el “complejo de inferioridad” adlerianos (Adler, 1917, 1927, 1964), el “inconciente colectivo” o los arquetipos jungnianos (Jung, 1917), las “necesidades o tendencias neuróticas” de Horney (1969; Smith, 2007) son conceptos tempranos con repercusiones explícitas en autores contemporáneos, tanto locales como foráneos (Alonso, 1989, 1996, 2003; Castro y Barrientos, 1987, 1991, 1994; Otero et al, 2001; Clavijo, 2002, 2008; Wachtel, 2005; Wolfe, 2008).

Las tendencias neuróticas de Horney, (1969) son centralmente atendidas en la propuesta terapéutica del autor del presente estudio. Concebidas por él como necesidades insatisfechas, consustanciales a la naturaleza psicológica de los trastornos de nivel neurótico, su presencia y tipo son exploradas por su vínculo directo con las manifestaciones sintomáticas y las limitaciones de los aquejados.

La posición de Horney (1969) sobre el papel de situaciones demandantes acaecidas también en estadios posteriores del desarrollo de la personalidad en la acentuación del carácter neurótico y patogénico de estas necesidades o tendencias neuróticas, ha encontrado sustento investigativo en autores actuales (Wachtel, 2005; Wolfe, 2008).

El impacto de las posiciones psicoanalíticas ha dejado una visión dinámica de las neurosis, centrada en las determinantes “profundas”, “intrapésicas” donde eventos y situaciones como los conflictos infantiles, el manejo familiar inadecuado, o las necesidades insatisfechas tienen un importante efecto en el desarrollo de una personalidad anómala o neurótica (Horney, 1969; Alonso, 1998, 1996, 2003).

La presencia de esas necesidades “hipertrofiadas”, “neuróticas”, “insatisfechas”, de “afecto”, “protección”, “seguridad”, “realización” -también identificadas como “predisposiciones”- en el núcleo de los mecanismos intrapésicos ha sido frecuentemente convocada por los expertos en el tema (Horney, 1969; Alonso, 1989; Castro-López, Barrientos, 1991, 1994; Otero et al, 2001; Wachtel, 2005; Mordoh, Gurevicz, Lombarda, 2006; Cury, 2007; Abelin-Sas, 2008; Wolfe, 2008). Ellas explican el discurso paradójico de los aquejados que “quieren mejorar su situación, pero no pueden” –en virtud del carácter “profundo” de estos mecanismos que no siempre responden a los esfuerzos voluntarios de los aquejados para modificarlos-; paradoja también descrita en términos de “quieren, pero no quieren”



como consecuencia de las llamadas “ganancias secundarias” que suponen los síntomas (Castro-López, Barrientos, 1991, 1994).

Las expresiones emocionales alteradas, típicas en los trastornos de nivel neurótico, también se asocian a estos “mecanismos intrapsíquicos” según la opinión de múltiples autores. A partir de la elaboración freudiana sobre la angustia, derivada de los conflictos entre las diferentes instancias de la personalidad, estas “manifestaciones emocionales” resultan frecuentemente citadas (Weiten, Lloyd y Lashley, 1991; De Castro, 2005; Aguirre, Yazigi, Del Porto, 2006; Duncan, 2007; García, de Castro, 2008; Carrasco, Gómez, Staforelli, 2009; Piqueras, Ramos, Martínez, Oblitas, 2009).

La intervención de esas dificultades generó la necesidad de desarrollar modelos psicoterapéuticos orientados hacia ellas. La psicoterapia, como tratamiento de elección, tiene en el campo de los trastornos de nivel neurótico una posición de privilegio histórico iniciada con los trabajos de Freud (1923, 1924; Benito, 2008).

El Psicoanálisis clásico, con la intención de “traer a la conciencia” el material reprimido y “fortalecer el yo” para lograr la abreacción, aliviando al aquejado de los síntomas neuróticos, abre las puertas a un importante grupo de procedimientos para el abordaje en profundidad del material “intrapsíquico”: asociaciones libres, interpretación de sueños, análisis de resistencias, transferencias y contratransferencias, actos fallidos y represiones (Freud, 1923,1924; Weiten, Lloyd y Lashley, 1991; Márquez, 1998; Zaldívar, Vega, Roca, 2004).

El Neopsicoanálisis legó nuevos procedimientos terapéuticos (Jung, 1917; Adler, 1927; Klein, 1948; Stekel, 1950; Alexander, 1954; Horney, 1969; Kohut, 1971; Kutash, 1976; Baker, 1985) empero con importantes diferencias: abreviaron la duración del tratamiento, dedicaron menos atención al material inconciente y más al conciente, la relación terapéutica se hizo más directa y asumió el estilo “cara a cara”, no concibieron únicamente conflictos sexuales y agresivos en la naturaleza de las neurosis, además asumieron que los problemas y las relaciones sociales actuales de los aquejados son tan importantes como su pasado distante (Wachtel, 2005).

Siguiendo esas influencias las llamadas “Terapias psicodinámicas e interpersonales” han mantenido su presencia por muchos años (Gafford, Russell, 2008).

Aunque son menos frecuentes en virtud del costo y lo extendido en el tiempo que resulta la formación de terapeutas de orientación psicodinámica (Yllá, 2009), estas modalidades se mantienen con total vigencia.



Así mismo para algunos trastornos de nivel neurótico como el Trastorno Depresivo Mayor sin síntomas psicóticos (según la terminología del DSM IV) la Terapia psicodinámica breve y la Terapia interpersonal resultan estrategias de elección muy frecuentes (Elkin, Shea y Watkins, 1989; Gallagher-Thompson, Steffen, 1994; Craighead, Craighead, Illardi, 1998; Leichsenring, 2001; Gafford, Russell, 2008).

No obstante, entre las limitaciones de esta perspectiva con las que el autor de la presente investigación se identifica, suelen citarse el empleo de procedimientos terapéuticos muy largos, la excesiva focalización en elementos intrapsíquicos de naturaleza inconciente, la absolutización del impacto de sucesos tempranos (infantiles) en el desarrollo de perturbaciones emocionales tardías, así como la consideración del carácter universal o arquetípico de determinadas expresiones simbólicas evaluadas en el análisis terapéutico (Weiten, Lloyd y Lashley, 1991; Zaldivar, Vega, Roca, 2004).

Sin embargo, el autor considera que las posiciones psicodinámicas ofrecieron una visión de la naturaleza intrapsíquica, subjetiva y dinámica de múltiples mecanismos personales cuya presencia difícilmente puede ser cuestionada, a lo que se suma la valoración de la relación entre dichos mecanismos intrapsíquicos con expresiones (síntomas) observables en la conducta externa. Estos criterios que han recibido el respaldo de reconocidos terapeutas integrativos del presente (Wachtel, 2005; Wolfe, 2008), coinciden con los hallazgos sobre las manifestaciones intrapsíquicas de los trastornos de nivel neurótico que se presentan en este estudio y justifican que el modelo psicoterapéutico desarrollado por el autor, tenga una etapa cuyos objetivos se centran en estas manifestaciones y sus recursos técnicos tengan una "orientación psicodinámica".

En esa etapa del modelo, se trabaja con dos principios generales convocados por Karen Horney (1963), para la exploración del inconciente. El autor los considera válidos para el trabajo con cualquier material intrapsíquico:

- La necesidad de respetar y registrar cuidadosamente el historial anamnésico de cada aquejado. Sólo desde esa perspectiva el trabajo de interpretación puede librarse de una dosis excesiva de especulación y subjetividad apriorística.
- Además, entender el carácter simbólico, indirecto y velado de las formas en que "se presenta" este material que precisa entonces de su interpretación, también cuidadosa. Es un proceso que en este modelo de tratamiento resulta necesariamente particularizado y contextual, evadiendo el empleo de símbolos arquetípicos o universales (La Roche, 2005; Pinto, 2006).



La consideración antes vertida resulta de la identificación del autor con una epistemología dialéctico materialista sobre el fenómeno psíquico. La impronta de la cultura y sus manifestaciones concretas en el “contenido” de la psiquis humana fueron rigurosamente expuestas desde los trabajos de Vigotsky (1989).

El autor de este estudio no considera acertado el empleo de símbolos universales y trascendentes. El contenido “intrapsíquico”, aún el inconciente, es un resultado cultural contextual (La Roche, 2005, Pinto, 2006). Un papel importante, a diferencia del Psicoanálisis clásico, (Zaldívar, Vega, Roca, 2004), se asigna en el modelo terapéutico del autor a los mecanismos de defensa. Su presencia resulta un indicador de la necesidad de exploración.

Otras formaciones psicológicas “intrapsíquicas” (estado de la autoestima, valores, formaciones de sentido), no necesariamente inconcientes, son incorporadas al análisis según el caso y presencia particulares.

Las formaciones intrapsíquicas asociadas a la discapacidad psicológica de los aquejados por trastornos de nivel neurótico son, en opinión que el autor comparte con otros especialistas, el resultado de una compleja estructuración que puede tener sus orígenes en etapas tempranas (Alonso, 1989, 1996, 2003) del desarrollo de la personalidad (no únicamente, aunque sí mayoritariamente infantiles y/o juveniles) pero que se actualiza y obtiene reforzamiento de los síntomas observables (Wachtel, 2005; Wolfe, 2008).

Varios autores en la actualidad comparten esta visión de los mecanismos etiológicos asociados a las manifestaciones psicológicas “anómalas o perturbadas”. Uno precisa:... “parece claro que los síntomas de la mayoría de los trastornos emocionales o conductuales están generados por una variedad de determinantes profundos”... (Wachtel, 2005; Wolfe, 2008, p. 298).

Ellos apuntan además que la conducta actual está tan implicada en la generación y mantenimiento de las pautas personales inadaptadas, como los conflictos “históricos” inconcientes.

Por ello son también útiles las terapias orientadas a la acción, para modificar las pautas actuales de comportamiento.

Wachtel (2005) considera que los cambios en el comportamiento actual son tan importantes como adquirir el *insight* de pautas de conflictos pasados y asume que el proceso en que el paciente entra en contacto con sus emociones no placenteras es una forma de terapia de exposición.



En consecuencia el autor del presente estudio estima necesario que el paciente reconozca cómo los síntomas que lo traen a consulta, resultan un reforzamiento para sus formaciones intrapsíquicas.

### **1.1.2 La perspectiva conductista: la conducta neurótica y su manipulación terapéutica.**

Seguir la ruta teórica que justifica el proceder terapéutico del autor, lleva del Psicoanálisis a su oponente manifiesto: la Psicología conductista.

El Conductismo emergió en medio de la cruzada de Watson por colocar a la Psicología en el “espacio epistemológico” de la mensurabilidad objetiva: una condición exigida por la visión positivista para evaluar cualquier ciencia (Weiten, Lloyd y Lashley, 1991; Márquez, 1998; Roca, 2000, 2002; Zaldívar, Vega, Roca, 2004).

Tres momentos resultan importantes en las formulaciones conductistas: su surgimiento, asociado a John B. Watson y su Conductismo metodológico (Watson, 1913) con la presentación del esquema estímulo-respuesta cuyo paradigma de aprendizaje fue el modelo del Reflejo Condicionado (Pávlov, 1906); su continuidad, liderada por Burrhus F. Skinner (1953, 1974, 1987) con su inversión del esquema estímulo-respuesta en la formulación respuesta-estímulo (o, para ser más precisos, conducta-consecuencias) que propone como paradigma de aprendizaje el modelo de Condicionamiento Operante o Instrumental y su última evolución, encabezada por Albert Bandura (1973, 1977, 1986) que con su paradigma de aprendizaje observacional o por “modelos”, inicia la etapa de la “Revolución cognitiva”.

Otras teorías sobre el aprendizaje se estimulan en esa etapa: Thorndike, Tolman, Hull, Wolpe con un impacto más o menos relevante en las formulaciones conductistas (Gigena, 2003).

En ese contexto, tanto el Conductismo metodológico de Watson, como el radical de Skinner (1953, 1974, 1987; Weiten, Lloyd y Lashley, 1991; Roca, 2000, 2002), “extirparon” de la Psicología todo lo que no pudiese ser “objetivamente medido”. El “material intrapsíquico” por su “inconsistencia y subjetividad” quedó proscrito del lenguaje técnico.

Las dificultades en el autocontrol recibieron especial atención desde la óptica conductista. Desde entonces, resultan un lugar común cuando se caracteriza a los aquejados por trastornos de nivel neurótico (La Rivera, 2005; Espíndola, Morales, Díaz, Pimentel, Meza, Henales, Carreño, Ibarra, 2006; Rodríguez, Sónora, 2007; Roemer, Orsillo, Salters-Pedneault, 2008; Sosa, 2009).

Aún cuando las clasificaciones psicopatológicas en general y las neurosis como concepto en particular no llamaron la atención del Conductismo, desde los inicios de sus propuestas en el campo de la psicoterapia, trabajaron con fenómenos “neuróticos”. La primera técnica de terapia propiamente



conductista, la “Desensibilización sistemática” de Joseph Wolpe (Caballo, 1995), se desarrolló para lidiar con fobias singulares (únicas).

Wolpe aventuró una definición sobre lo que llamó “conducta neurótica”, concebida como... “conjunto de hábitos persistentes de una conducta desadaptada aprendida, ante situaciones que provocan ansiedad”...(Gigena, 2003; García, 2009, p. 9).

La diferencia se centró en lo que se apreciaba del fenómeno. El “análisis funcional de la conducta” (Caballo, 1995; Zaldívar, Vega, Roca, 2004) evaluaba las expresiones conductuales, observables, “medibles” de la fobia en particular: temblores, sudoración, palidez, falta de coordinación motora, duración e intensidad de la “conducta de evitación”, entre otros factores “objetivos”.

La terapia debía partir de la determinación precisa y objetiva de la magnitud e intensidad de la “conducta problema o desadaptada”, su intervención terapéutica y la evaluación de la efectividad de los procedimientos empleados cuando finaliza su aplicación (Caballo, 1995; Zaldívar, Vega, Roca, 2004).

Se trataba de una perspectiva radicalmente diferente de las neurosis. Más que un fenómeno cuya etiología se asociase a conflictos “intrapésíquicos” de marcada acentuación inconsciente, se valoró una determinación más simple y directa: los estímulos o situaciones que actuaban sobre los individuos expuestos, tenían consecuencias directas en su comportamiento.

Los estímulos incondicionados aversivos, generaban respuestas de evitación que luego se condicionaban aversivamente para producir la fobia (Caballo, 1995). Así explicó Watson su experiencia para el desarrollo de una fobia experimental en el conocido “caso Alberto” (Caballo, 1995).

Que los estímulos fuesen antecedentes o consecuentes no era relevante (se explicaban por Condicionamiento Clásico u Operante respectivamente), lo cierto es que de la asociación del individuo con ellos dependía la aparición de la fobia (Caballo, 1995; Márquez, 1998; Zaldívar, Vega, Roca, 2004).

En general el legado conductista resultó preciso: la Psicología es la ciencia de la conducta humana, “medible y cuantificable”. Toda expresión conductual debía ser explorada y explicada a través de las situaciones estímulares del entorno (Sos-Peña y Tortosa, 1992).

Luego de su debut con la Desensibilización sistemática de Wolpe (1958), las modalidades de terapia conductual han cubierto un importante espectro del tratamiento de los trastornos de nivel neurótico.

Tanto los recursos que descansan en Condicionamiento clásico como la propia Desensibilización sistemática, la Terapia implosiva de Stampfl, los procedimientos aversivos, las interpretaciones conductuales de la Intención paradójica, o los múltiples recursos de relajación y meditación; como los



que lo hacen en Condicionamiento operante entre los que cuentan los empleados para aumentar o disminuir conductas, la Economía de fichas o los Juegos de reglas, resultaron una amplia gama de procedimientos que los terapeutas conductuales usaron para enfrentar las dificultades de nivel neurótico (Caballo, 1995).

La rapidez de aplicación y los resultados evidentes, permite que muchos de estos procedimientos se continúen empleando en la actualidad. El Trastorno Depresivo Mayor sin síntomas psicóticos, el Trastorno de Ansiedad Generalizada, el Trastorno de Pánico, el Trastorno Fóbico o el Trastorno Obsesivo Compulsivo son diagnósticos de funcionamiento neurótico para los que se aplican diferentes modalidades de terapia comportamental y de exposición (Butler, Fennell, Robson, Gelder, 1991; Barlow, Esler, Vitali, 1992; Borkovec, Costello, 1993; Gafford, Russell, 2008).

Resulta común la valoración crítica de cada escuela de pensamiento psicológico. Entre las limitaciones más frecuentes que se señalan a las posiciones conductistas, con las que se identifica el autor, destacan la reiterada generalización de experiencias realizadas con animales al comportamiento humano y la concentración exclusiva en los estímulos que actúan sobre el individuo como explicación universal de su desempeño. Eso los llevó a focalizar su trabajo en los síntomas, su manipulación y extinción sin considerar los mecanismos subjetivos e intrapsíquicos de todo trastorno (Weiten, Lloyd y Lashley, 1991; Zaldívar, Vega, Roca, 2004).

A pesar de ello, el Conductismo legó una eclosión de técnicas terapéuticas que facilitan la intervención directa de las manifestaciones clínicas de los aquejados y agilizan la reducción del malestar (Caballo, 1995). Ello justifica que el autor utilice técnicas de naturaleza comportamental en la primera etapa de su modelo psicoterapéutico. Confía en la acción combinada de procedimientos para el desarrollo del autocontrol y la reducción del malestar emocional a fin de atenuar con rapidez los síntomas de los aquejados. Esta es una necesidad en la realidad asistencial cubana donde el común empleo y reconocimiento social de los psicofármacos, explica la rapidez con que los pacientes abandonan la psicoterapia y buscan ayudas farmacológicas si con aquella no logran alivio rápido (Márquez, 1998).

### **1.1.3 La Revolución cognitiva: evaluación de las distorsiones cognitivas y las propuestas de reestructuración.**

Luego de la "flexibilización" de las posiciones conductistas a través del "aprendizaje observacional o por modelos" descritos en la "Teoría del Aprendizaje Social" (Bandura, 1973, 1977, 1986) y la aceptación de variables y procesos "internos" como atención, comprensión, memorización, selección y generalización,



nuevas consideraciones se invocan sobre el malestar emocional (neurótico). Inició así la época de la "Revolución cognitiva" que abrió el escenario a las terapias de igual denominación.

El pionero de estos terapeutas, Albert Ellis (1962, 1973, 1977, 1984, 1987) aún sin formación conductista previa, propuso una formulación interesante: los trastornos emocionales no eran el producto directo de situaciones demandantes (como aseguraba el conductismo anterior), sino de determinadas distorsiones cognitivas, de pensamientos automáticos irracionales que provocaban una deformación de la perspectiva humana para afrontar la situación (Weiten, Lloyd y Lashley, 1991; Caballo, 1995).

El "agente activador" externo es relegado al plano de señal indefinida. Son las creencias irracionales (*belief system*) las causas de las dificultades de los aquejados (Weiten, Lloyd y Lashley, 1991; Roca, 2002; Zaldívar, Vega, Roca, 2004).

Proliferaron luego los terapeutas cognitivos: Aaron Beck (1976, 1987), Meichenbaum, Liotti, Guidano (Carnwath, Miller, 1989; Caballo, 1995).

Con las formulaciones cognitivas, a las determinantes psicógenas e "intrapélicas" (mirada psicodinámica) o los efectos de los estímulos externos (mirada conductista), se agregan las distorsiones en la evaluación cognitiva de la situación demandante como causa de los conflictos emocionales.

Su empleo capitalizó por años las preferencias de los terapeutas. Basta con revisar los recursos usados en múltiples trastornos de nivel neurótico. El Trastorno de Ansiedad Generalizada, el Trastorno Depresivo Mayor sin síntomas psicóticos, el Trastorno de Pánico, el Trastorno Fóbico, el Trastorno Obsesivo Compulsivo o la Bulimia nerviosa son ejemplos (Heimberg, Dodge, Hope, 1990; Butler, Fennell, Robson, Gelder, 1991; Wilfley, Agras, Telch, 1993; Heimberg, Jester, 1995; Jacobson, Dobson, Truax, 1996; Craske, Rowe, Lewin, Noriega-Dimitri, 1997; Barlow, Esler, Vitali, 1998; Craighead, Craighead, Illardi, 1998; Franklin, Foa, 1998; Wilson, Fairburn, 1998; Goisman, Warshaw, Keller, 1999; Chard, Widiger, 2005; Gava, Barbui, Aguglia, 2007; Hunot, Churchill, Silva, Lima, Teixeira, 2007; Sanderson, 2007).

El empleo de estrategias individuales o grupales en cada una de estas modalidades terapéuticas estuvo condicionado por varios factores que incluyeron, desde las preferencias o entrenamiento de los terapeutas, pasando por consideraciones técnicas sobre la adecuación de la elección, hasta factores de costo-beneficio en el ámbito de la rentabilidad económica (Zaldívar, Vega, Roca, 2004).



La preferencia por terapias cognitivo conductuales y su aceptación por terapeutas e instituciones de salud resulta muy documentada (de Boer, 1999; Vera-Villaruel, Mustaca, 2006; Benito, 2008; Sánchez, 2008).

Los modelos cognitivo conductuales son un ejemplo de integración terapéutica con la clara intención de mejorar la efectividad de su impacto.

Sin embargo las terapias cognitivas también han recibido críticas. El autor de esta investigación se identifica con una en particular: las posturas cognitivas ofrecen una mirada que sin dejar de ser interesante y adecuada, resulta tan “unidireccional” como la psicodinámica o la conductista. Valorar a las distorsiones cognitivas como explicación única del malestar emocional, supone ignorar otras explicaciones incluso dentro del propio espacio conceptual del Conductismo (Weiten, Lloyd y Lashley, 1991; Caballo, 1995).

No obstante la valiosa presentación de una comprensión de lo intrapsíquico y subjetivo más “mensurable” que la ofrecida por formulaciones psicodinámicas, resulta un aporte con el que se identifica y asume el autor de este estudio.

Es menester destacar como comentario a favor de la integración, el reconocimiento de la similitud entre las “tendencias o necesidades neuróticas” (Horney, 1969) y las “creencias irracionales” propuestas por Ellis (1962, 1973, 1977, 1984, 1987).

Los procedimientos de reestructuración cognitiva y su avalada efectividad son también retomados por el autor de este estudio, ellos forman parte de la primera etapa de su modelo integrativo de psicoterapia. Se combinan con recursos conductuales para lograr el ágil alivio de los síntomas.

A ello se añade que la visión del material intrapsíquico y subjetivo como una realidad evaluable, “viable” a la medición, es también considerada en la segunda etapa de dicho modelo, centrada en identificar los mecanismos psíquicos internos asociados a las expresiones sintomáticas observables en la conducta externa.

#### **1.1.4 El sentido de la vida en la visión de las neurosis: un tratamiento diferente.**

La polémica alrededor de las neurosis adquirió relevancia desde su planteamiento mismo. Destacadas resultaron también las consideraciones del psiquiatra suizo Vïcktor Frankl (1987).

Profundamente impresionado por sus experiencias en la Segunda Guerra Mundial y los sobrevivientes de los campos de concentración nazis, Frankl desarrolló una interpretación interesante sobre las neurosis. Describió las manifestaciones psicológicas de esas personas y mostró una experiencia



singular: aún las condiciones más penosas, inhumanas y extremas podían no doblegarlas mientras mantuviesen motivos por los que aferrarse a la vida. La esperanza de un futuro posible, el “sentido de la vida” resultaba la piedra angular del equilibrio y la salud psicológica (Frankl, 1987).

Según sus experiencias cuando las personas pierden el sentido de la vida, cuando desaparecen los intereses “movilizadores”, se quiebra el equilibrio psicológico y se evidencia lo que llamó “neurosis noógena”: una agonía y sufrimiento asociados a esa pérdida (García, 2009).

La identificación de dificultades con los intereses como parte de la naturaleza psicológica de los trastornos de nivel neurótico resulta desde entonces reconocida (Oriol, 1991; Alonso, 1996; González, 2006; González, 2007; Campos, Sotolongo, Santander, 2008; Aquino, 2009).

En una interesante comparación entre Freud, Adler y Frankl sobre sus consideraciones acerca de la motivación, se valora: mientras el primero concibió que la “pulsión de placer era la raíz de toda motivación humana” (Bleichmar, 2000), el segundo la encontraba en la “voluntad de poder” o “*striving for superiority*” y el tercero se decantó por la “voluntad de sentido”.

El fracaso de las dos primeras, llevaría a un estado de displacer patógeno (García, 2009), el fracaso de la tercera suponía, en opinión de Frankl, la aparición de la “neurosis noógena” cuyo síntoma clínico por excelencia era la ansiedad anticipatoria, consecuencia del “vacío existencial” de los aquejados.

A tenor con sus consideraciones, Frankl desarrolló una modalidad terapéutica a la que llamó Logoterapia, que se centró en técnicas como la Derreflexión o la Intención paradójica (Zaldívar, Vega, Roca, 2004). Su objetivo resultaba la recuperación del sentido de la vida, de los intereses que motivaran a los aquejados con la existencia.

Aún reconociendo el mérito de esta nueva mirada sobre los trastornos de nivel neurótico, el autor de este estudio considera que, como las anteriores absolutiza una de las dimensiones de su compleja naturaleza: esta vez la de los intereses y motivaciones humanas, en detrimento de otras cuya valía ha sido previamente declarada en el presente informe.

### **1.1.5 La perspectiva neurofisiológica y su propuesta terapéutica.**

El concepto original de Cullen continuó de esta forma acumulando consideraciones diferentes con cada nuevo abordaje.

A partir de los trabajos de I. P. Pávlov (1906) las investigaciones sobre las neurosis siguieron dos derroteros: la inferencia que de estos trastornos se hizo por las posiciones conductistas y el que



asumirían la Psicología Clínica y Psiquiatría en la entonces Unión Soviética (Weiten, Lloyd y Lashley, 1991, Márquez, 1998).

El propio Pávlov definió a las neurosis como:..."alteraciones funcionales de la actividad nerviosa superior producidas por la acción de un agente reflejo-condicionado patógeno que altera la dinámica de la relación normal entre excitación e inhibición y por ende la tolerancia fisiológica"... (Sluchevski, 1963; García, 2009, p. 7).

Este autor las considera trastornos relativamente benignos asociados a causas psicógenas (la acción de un agente reflejo-condicionado patógeno), entre las que invoca: la sobretensión del proceso de excitación, la sobretensión del proceso de inhibición, la sobretensión de la movilidad de los procesos de excitación e inhibición, la sobrecarga de la actividad analítico-sintética y la sobrecarga de la inhibición protectora (Sviadosch, 1959, 1961; Sluchevski, 1963).

Esa línea neurofisiológica de las neurosis fue seguida en la URSS, donde en general se les consideró enfermedades de etiología psicógena producto de la acción de una noxa, entendiéndose como tal la presencia de un agente reflejo-condicionado patógeno. Asumieron además que éste (identificado también como "trauma psíquico") puede actuar sobre el primero o el segundo sistema de señales con idénticos resultados (Sviadosch, 1959, 1961).

Se consideró que podían sobrevenir inmediatamente después de la acción del reflejo-condicionado patógeno, o..."al cabo de cierto tiempo después del trauma psíquico que las ha provocado"... "la estructura patodinámica fijada, puede ponerse en evidencia (desinhibirse) muchos años después de la acción del agente reflejo-condicionado que la provocó"... (Sviadosch, 1959, 1961, p. 14).

Se adicionó así una nueva mirada acerca de las "neurosis", concebidas ahora como la consecuencia del desequilibrio neurofisiológico producido por la acción de reflejos condicionados patógenos.

Las propuestas psicoterapéuticas de estos autores no difieren por su naturaleza de las elaboradas por el Psicoanálisis y el Conductismo, aunque la explicación de los procedimientos descansa en las formulaciones sobre la dinámica neurofisiológica de la Actividad Nerviosa Superior y los reflejos condicionados. Hay mucha cercanía entre el "tratamiento por el método de la extinción de la conexión condicionada" (Sviadosch, 1959, 1961) y el "fading" de factura conductista (Caballo, 1995). De igual forma técnicas como las conversaciones largas y reiteradas poniendo en claro las diversas circunstancias de la vida del paciente, el experimento asociativo verbal, el estudio de los sueños del enfermo, el restablecimiento en la memoria de sucesos olvidados mediante interrogatorio en hipnosis, o



el estudio de asociaciones libres y los recuerdos que afloran en ellas (Sviadosch, 1959, 1961), resultan muy cercanas a las de elaboración psicoanalítica.

El autor considera valioso el reconocimiento del papel de los factores psicógenos en los trastornos de nivel neurótico que hace esta escuela, así como la valoración de los agentes reflejo-condicionados patógenos o noxas como “traumas psíquicos”, pero prefiere ofrecer una consideración diferente sobre lo que se ha invocado como su limitación más prominente (Cura, 1995). La ausencia de recursos terapéuticos originales, sustituida en la práctica clínica soviética por la reinterpretación desde postulados neurofisiológicos de los elaborados por el Psicoanálisis o el Conductismo esencialmente, puede tener una valoración diferente.

Esta reevaluación de los mecanismos que explican la efectividad de dichos procedimientos, aún sin ser la intención expresa de los psicólogos clínicos y psiquiatras soviéticos, resulta una práctica común de la integración en psicoterapia actualmente. Más que una casualidad histórica, este hecho muestra la necesidad, posibilidad y pertinencia de las miradas integrativas en el área de la clínica psicológica.

#### **1.1.6 Los manuales de clasificación de los trastornos mentales: se intensifica el debate.**

El vínculo histórico del término “neurosis” con la Medicina está asociado también a divergencias.

Con los primeros intentos de clasificación de las enfermedades mentales en 1840, se recogen cuarenta años más tarde siete categorías para identificarlas: manía, melancolía, monomanía, paresia, demencia, dipsomanía y epilepsia (García, 2009; Hidalgo, 2009).

Luego de la Segunda Guerra Mundial, con la sexta edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades, la OMS propone nueve categorías para las “psiconeurosis” (Mezzich, 2008).

Aparece después -1952-, desarrollado por la American Psychiatric Association, la primera edición del *Diagnostical and Statistical Manual for Mental Disorders*. Se sucedieron desde entonces la CIE 7, la CIE 8 y el DSM II sin diferencias mayores. En todos, las neurosis fueron concebidas como enfermedades psicógenas asociadas a conflictos inconscientes en las que, correspondiendo con la forma clínica concreta, predominaban unas u otras manifestaciones psicopatológicas (Mezzich, 2008; García, 2009; Hidalgo, 2009).

Un giro interesante se produjo en 1980 cuando con la tercera edición del DSM (APA, 1980) y la 9na de la CIE (OMS, 1980) se derogaron los conceptos neurosis y psicosis que quedaron como descriptores del nivel de funcionamiento psíquico.



Se introduce el término “trastorno” (*disorder* en inglés), quizás más ambiguo pero que garantizó la identificación con la propuesta, a partir de un grupo concreto de pautas diagnósticas específicas para cada trastorno tipificado, de aquellos especialistas que no coincidían con las consideraciones psicodinámicas sobre las “neurosis” asumidas por los manuales hasta entonces (Márquez, 1998; Mezzich, 2008; García, 2009; Hidalgo, 2009).

Se sucedieron nuevas versiones; el DSM III-R (APA, 1987) y la CIE 9 MC. Las vigentes en la actualidad: DSM IV (APA, 1994) y CIE 10 (OMS, 1991) continúan empleando el término “trastorno”. Los de nivel neurótico están contenidos en dos apartados para ambos manuales.

Para el DSM IV, en el grupo “Trastornos de ansiedad” (donde están la mayoría de las formas clínicas identificables) y el que agrupa a los “Trastornos afectivos o del humor” (donde se consideran la Distimia y las presentaciones sin síntomas psicóticos del Trastorno Depresivo Mayor).

Para la CIE 10, en el grupo “Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos” (también con la mayoría de las formas clínicas clasificadas) y el grupo Trastornos del humor o afectivos (que de similar manera considera a la Distimia, el Trastorno Depresivo Recurrente y los Episodios Depresivos sin síntomas psicóticos).

Este es un nuevo enfoque en que se evitan las consideraciones etiológicas y se privilegia la descripción de una “neurosis psicopatológica”, sintomática, de “pautas diagnósticas” identificables en el discurso o el desempeño de los aquejados.

Las versiones modernas de los manuales han resuelto las dificultades que originalmente se asociaron a la descripción de las dificultades “mentales y del comportamiento”. Aquellas, por su ajuste a consideraciones etiológicas que privilegiaban posiciones psicodinámicas, generaron la aparición de múltiples manuales de Psiquiatría y Psicopatología con las más diversas clasificaciones e interpretaciones de estas dificultades, lo que redundaba en falta de acuerdo y consideraciones homogéneas para el diagnóstico y la investigación (Clavijo, 2002, 2008).

La citada polémica ante la diversidad de interpretaciones conceptuales de las “neurosis”, devenidas “trastornos neuróticos” logró, con estas últimas ediciones (OMS, 1991; APA, 1994) una integración nomotética: la identificación de un grupo de pautas psicopatológicas que permitieron el diagnóstico clínico de cada una de las formas tipificadas.

No obstante, este logrado concilio para el diagnóstico no es ajeno a dificultades. En principio, al optar por el término “trastorno”, la complejidad del fenómeno que antes respondía al rubro de “neurosis”



quedó reducido a un grupo de pautas diagnósticas, precisas, eso sí, pero que no aportan mucho a la comprensión de su naturaleza.

A eso debe añadirse la subdivisión en apartados cuya única razón de existencia es la cercanía externa en la expresión de las formas clínicas, con escasa o nula evidencia etiológica o de sus mecanismos patogénicos y patodinámicos en general (OMS, 1991). Ejemplo de ello son los “Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos” donde se incluyen la mayoría de las formas clínicas de los trastornos de nivel neurótico (antiguas “neurosis”) y los “Trastornos del humor o afectivos”, donde clasifican un grupo de trastornos que también resultan de nivel neurótico: la Distimia, el Trastorno Depresivo Recurrente y los Episodios Depresivos sin síntomas psicóticos (donde se incluye la antigua Neurosis depresiva).

Estos intentos conciliatorios encuentran en la diversidad idiográfica de cada aquejado por alguna forma de trastorno de nivel neurótico, un considerable escollo (Zaldívar, Vega, Roca, 2004). En la expresión personal de cada aquejado aparece una “neurosis” particular, diferente, que se identifica con un sello individual.

### **1.1.7 El papel del autoconcepto en la perspectiva humanista.**

Las posiciones humanistas, conocidas como la “tercera fuerza” por su divergencia con los postulados conductistas y psicoanalistas, muestran una consideración diferente, especialmente en la figura de Carl Rogers (1951, 1959, 1961, 1986), quien valora como causa esencial de la ansiedad neurótica a la incongruencia entre el autoconcepto y la realidad. Para defenderse de la ansiedad generada por la “agresión” a ese autoconcepto como consecuencia de los retos que suponen evaluaciones realistas realizadas por otros, el individuo emplea una serie de mecanismos defensivos y distorsiones de la realidad. Una incongruencia excesiva tiene raíces en la sobre dependencia de los aquejados de la aceptación y la aprobación de otros.

A su vez, esta dependencia tiene sus fundamentos en la condicionalidad del amor ofrecido al individuo desde su etapa infantil, donde los padres juegan un rol determinante.

La neurosis aparece esta vez como un trastorno cuyos orígenes se vinculan a la necesidad temprana de afecto (especialmente a la situación en que esta es gratificada sólo condicionalmente por los adultos) y a las distorsiones e incongruencias en el autoconcepto que este tipo de amor condicional generan.

Se trata de una neurosis por no recibir amor incondicional y consecuentemente, por distorsiones del autoconcepto.



Desde entonces, el papel de formaciones asociadas al autoconcepto como la autovaloración o la autoestima, han recibido la atención de los estudiosos de este nivel de funcionamiento psíquico (Rosenberg, 1985; Hurtado, 2002; Herrero, Rondón, 2005; Baldwin, Baldwin, Ewald, 2006; Ferreras, 2007; Roqué, 2008).

El enfoque terapéutico de naturaleza humanista más citado es la "Terapia centrada en el cliente" de Carl Rogers (1951, 1961, 1986). La aceptación incondicional y empática de los pacientes (o clientes según la terminología rogeriana), la autenticidad del terapeuta y el logro del *rapport* son conceptos y recursos técnicos de esta modalidad.

El autor de este estudio, aún cuando considera que la no directividad como condición inmanente a todo tratamiento puede ofrecer flaquezas a considerar en la terapia de Rogers, se identifica con la "postura del terapeuta" que éste desarrolló y la asimila como actitudes que se deben asumir en el modelo de psicoterapia integrativa que propone.

### **1.1.8 ¿Más complejidad?**

Otra valoración interesante dimana de un fenómeno que ha sido considerado con reiteración en las últimas tres décadas (Weiten, Lloyd y Lashley, 1991, Márquez, 1998, 2010). Se trata de dificultades o manifestaciones clínicas que han generado estrategias y modelos de tratamiento por su frecuencia de aparición, a veces incluso sin ser un trastorno tipificado en los manuales vigentes.

Una de esas dificultades, donde en general el nivel de funcionamiento neurótico caracteriza al cuadro clínico, son las limitaciones para las relaciones interpersonales y el comportamiento asertivo. Este es un indicador del nivel de funcionamiento neurótico también descrito por los expertos en el tema (Montes, Conde, Saíz, 1998; Oros, 2005; Fonseca, Pacini, 2006; Campos, Sotolongo, Santader, 2008; Adserá, 2009).

El desarrollo de variadas estrategias de Entrenamiento en Habilidades Sociales o Entrenamiento Asertivo, en el que los enfoques terapéuticos han descansado de manera destacada en los principios de la "Terapia de Modificación de Conducta" (Caballo, 1995; Zaldívar, Vega, Roca, 2004), constituye la expresión más interesante de ese fenómeno para el presente estudio.

Esta es una nueva consideración. Se trata de una "neurosis para las relaciones interpersonales".

La diversidad de criterios y elaboraciones conceptuales no se agota en las propuestas antes sistematizadas. También se han caracterizado "neurosis de renta, estacionales, culturales, migratorias,



informativas" entre otras (Sviadosh, 1959, 1961; Weiten, Lloyd y Lashley, 1991; Navarro, 1996; Márquez, 1998, 2010).

### **1.1.9 La situación en Cuba y las propuestas terapéuticas nacionales.**

En Cuba las primeras consideraciones sobre la temática se encuentran en los trabajos de Alfonso Bernal del Riesgo quien laboró en el desarrollo de un instrumento para la evaluación de las neurosis (Zaldívar, Vega, Roca, 2004). Por su parte Jorge Grau desarrolló una muy citada caracterización del síndrome de ansiedad patológica o neurótica de la que derivó una escala de amplio uso en el área clínica – la Escala de Ansiedad Patológica- (Grau, 1982).

Entre sus seguidores, destacan los criterios de Armando Alonso. Las consideraciones de este autor sobre el pernicioso efecto de situaciones familiares desfavorables en el desarrollo de una personalidad neurótica (Alonso, 1989), continúan recibiendo evidencia investigativa (Alonso, 2003).

La Dra Reina C. Rodríguez Mesa (1997) desarrolló un interesante modelo de terapia con grandes grupos denominado "Psicoterapia dinámica de la familia, el individuo y el grupo" para el tratamiento de trastornos neuróticos y trastornos básicos de la personalidad de tipo neurótico. Trabaja con grupos grandes, heterogéneos y semiabiertos con una duración para cada aquejado de tres meses, combinando el enfoque dinámico individual y el grupal. En su opinión las necesidades de afecto, seguridad, comunicación e independencia son esenciales en la formación de las neurosis, priorizando el papel de las primeras.

Destacados fueron también los trabajos de Hiram Castro López-Guinard quien consideró a las neurosis como un grupo de trastornos que se desarrollaban por aprendizaje anormal con cierta predisposición constitucional (Castro, Barrientos, 1987, 1991, 1994). Desarrolló un modelo de terapia grupal para la "Modificación de predisposiciones".

En sus estudios encontró tres predisposiciones (concepto muy cercano a las tendencias o necesidades neuróticas de Horney) vinculadas a los trastornos de nivel neurótico en la población con que trabajó: la de huida (que presenta los síntomas como recursos de evitación inconcientes), la búsqueda de apoyo (donde se valora la intensa necesidad de afecto de estos aquejados y el papel de los síntomas para demandarlo) y la tendencia de reafirmación (menos frecuente que las dos anteriores, pero con expresiones que buscan llamar la atención, ser considerado, o mostrar autosuficiencia ante la angustia de ser ignorado).



El autor de la presente investigación, en sintonía con Rodríguez Mesa (1997), Castro López-Guinard (1987) y las posiciones del Glosario Cubano. 3 (2001), ha encontrado también evidencia de la presencia de estas necesidades “hipertrofiadas” de “afecto y aprobación”, de “un compañero que se encargue de la vida de uno”, y diferentes variantes de “necesidades a la realización” (Márquez, 1998).

En Camagüey destaca la obra del Dr. Alberto Clavijo quien ha desarrollado un modelo de terapia grupal –de “actitudes concretas”- a tenor con sus consideraciones sobre los trastornos de nivel neurótico (Clavijo, 2002, 2008).

En el centro del país los trabajos de Luis Felipe Herrera han vinculado las manifestaciones de los aquejados por trastornos neuróticos con estudios de inteligencia emocional (Casanova, Herrera, y Fernández, 2003).

Resultan también apreciables los criterios de Leonardo Rodríguez Méndez (1999) quien, inspirado en las ideas de la Psicocorrección, concibe toda acción terapéutica como acción educativa y autoeducativa. En su opinión determinadas estructuras básicas del funcionamiento personal como la autoconciencia, la autovaloración, los ideales y los propósitos resultan vitales en el proceso terapéutico en tanto propician la autorregulación. Es partícipe de la idea de viabilizar, a través de estos mecanismos de autorregulación, la organización motivacional y reformulación del sentido de la vida como medio para bloquear la evolución neurótica (Rodríguez, 1989; Zaldívar, Vega, Roca, 2004). Otra idea muy interesante que defiende y con la que se identifica plenamente el autor de esta investigación, es la necesidad de dirigir el accionar psicoterapéutico a las características psicológicas del sujeto más que a los síntomas o el diagnóstico psicopatológico.

#### **1.1.10 Los trastornos de nivel neurótico como fenómenos multidimensionales.**

El autor del presente estudio, en virtud de su identificación con las posiciones de la integración, considera que los trastornos de nivel neurótico son complejos fenómenos multidimensionales. Si se atiende a la sistémica unidad biopsicosocial del hombre (Roca, 2002; Zaldívar, Vega, Roca, 2004), debe convenirse en que cualquier fenómeno humano pasa por esa condición.

El empleo del término “trastorno” obedece, en la práctica clínica del autor a la necesidad de no “desentonar” con los utilizados por los manuales vigentes de clasificación (OMS, 1991: DSM IV, 1994) y al reconocimiento de la utilidad de estos para lograr consenso en el diagnóstico.

Se presenta una dimensión de “generalidades” para dejar constancia de que no se trata de una nueva conceptualización o de la propuesta de un nuevo tipo de trastorno. Se valoran los mismos desórdenes



que una vez respondieron al rubro "neurosis" y que hoy se recogen en dos grupos en los manuales de clasificación de los trastornos mentales (los "Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos" para el Capítulo V o F de la CIE 10 y los "Trastornos de ansiedad" según el DSM IV por un lado y la Distimia y los Trastornos y episodios depresivos sin síntomas psicóticos en el grupo "Trastornos del humor" para la CIE 10 y la Distimia y el Trastorno Depresivo Mayor sin síntomas psicóticos en el mismo grupo según el DSM IV por el otro). Así se deja claro desde el inicio, que el autor considera la presencia de una "unidad" en el nivel de funcionamiento neurótico, más allá de la clasificación de trastornos en grupos diferentes.

En una segunda dimensión, se propone su caracterización psicológica: un grupo de pautas diagnósticas que identifican a estos trastornos en el ámbito psicológico (Hidalgo, 2009; Márquez, 2009, 2010). La tercera los concibe en su unicidad al considerar cada forma clínica como expresión de un único y complejo fenómeno con manifestaciones en diferentes áreas del funcionamiento psicológico (y sin dudas también fisiológico).

Una cuarta para su etiología, concebida como resultado de la interacción de una determinada disposición psicofisiológica, con la acción de noxas de naturaleza esencialmente psicológica (Heim, Bühler, 2003) en el desarrollo temprano de la personalidad primero (en las que juegan un destacado papel las situaciones acontecidas en la estimulación y educación familiar), a consecuencia de lo cual se limita tempranamente el desarrollo de capacidades necesarias para la ulterior integración y funcionamiento social. La continuidad de la acción de nuevas noxas a lo largo de la vida es, en esta visión de los trastornos de nivel neurótico, considerada también en su formación o expresión. Este es un criterio que el autor comparte con reconocidos terapeutas integrativos (Wachtel, 2005; Wolfe, 2008).

Por último se propone otra dimensión para la comprensión de las implicaciones biológicas, "somáticas" de los trastornos de nivel neurótico. Se consideran sus manifestaciones en los diferentes órganos y sistemas corporales (taquicardias, hipertensión arterial, temblores, poliuria, disnea, entre muchas otras) y las expresiones del síndrome clínico (ansioso, depresivo, fóbico, psicasténico, disociativo, somatomorfo) de cada forma clínica particular (Márquez, 2010).

El actual estudio dedica su primer objetivo específico a la presentación de los resultados investigativos que sustentan la propuesta del autor para la segunda y tercera dimensión. El resto ofrece resultados que, además de confirmar la presencia de las pautas diagnósticas que se ofrecen en el primero, tributan también a su visión sobre la dimensión biológica.



## **1.2. El impacto terapéutico: la evaluación de la efectividad y el desarrollo de un modelo integrativo de psicoterapia para trastornos de nivel neurótico.**

La complejidad y variedad de expresiones de los trastornos de nivel neurótico, así como su relación con otras dificultades personales, laborales o familiares, obligó a los terapeutas a ampliar el repertorio de recursos para enfrentarlos con la combinación de procedimientos y técnicas de referentes conceptuales o paradigmas diferentes (Lazarus, 1989; Sánchez, 2008; Gafford, Russell, 2008).

Se impuso el empleo de estrategias psicofarmacológicas y psicoterapéuticas (DeRubeis, Hollon, Amsterdam, 2005; Lippiello, Beaver, Gatto, James, Jordan, Traina, y Bencherif, 2008; Torpy, 2008), sin ignorar otros abordajes menos convencionales (Andersen, 2005; ITIEE, 2007; Álvarez, 2008; Kelly, 2008), pero la psicoterapia conservó una posición privilegiada.

En un inicio, la eficacia de los recursos y modalidades terapéuticos fue estudiada en condiciones cercanas a lo ideal: empleo de técnicas estandarizadas tal y como se describían en los manuales (APA, 1998), terapeutas altamente entrenados, pacientes homogéneamente diagnosticados sin comorbilidad (Gafford, Russell, 2008); pero las condiciones exigidas en dichos estudios diferían a la aplicación de esas técnicas y modelos psicoterapéuticos en el “mundo real”.

Ese es un nuevo espacio en la historia de la psicoterapia en general. Sus particularidades en el campo de los trastornos de nivel neurótico, derivan de las exigencias de la práctica clínico-asistencial (Addis, Wade, Hatgis, 1999).

Se revisarán en este apartado los criterios de eficacia, efectividad y eficiencia, precisando la opción del autor, así como el desarrollo del movimiento integrativo en psicoterapia, para finalizar con la presentación del modelo integrativo de psicoterapia para trastornos de nivel neurótico (MOPSITAN) que se desarrolla en este estudio.

### **1.2.1 Eficacia, efectividad y eficiencia: la necesidad de evaluar los resultados de la psicoterapia.**

Los estudios sobre eficacia en psicoterapia se iniciaron tempranamente con serios cuestionamientos a su valor (Eysenck, 1952).

En los años 60 y 70 se constató la ausencia de superioridad en los resultados entre las modalidades entonces empleadas (APA, 1995, 1996).

Los “tratamientos empíricamente sustentados”, como se denominó a la investigación de las modalidades terapéuticas basadas en la evidencia (Dobson, Craig, 1998), pronto se mostraron como



alternativa terapéutica de elección para los más comunes trastornos psíquicos, dentro de los cuales destacan los de nivel neurótico (Gafford, Russell, 2008).

La evaluación de la eficacia, especialmente en el área de la Psicología Clínica tiene importantes antecedentes en los acuerdos del Congreso de EEUU de 1989 cuando se creó una agencia federal para la política de cuidados de salud e investigaciones (Agency for Health Care Policy and Research). Esta tuvo el auspicio y colaboración de la División 12 (Psicología Clínica) de la Asociación Psicológica Americana (Compas et al., 1998; Echeburúa, Corral, 2001; Hamilton, Dobson, 2001; Mustaca, 2004 a, 2004 b).

Se consideró entonces que la eficacia de un tratamiento descansaba en tres criterios: a) existencia de al menos dos estudios rigurosos de distintos investigadores que demuestren superioridad al tratamiento farmacológico, al placebo o a otro tratamiento, con diseño experimental intergrupar de un N = 30 por grupo como mínimo, o una serie de estudios de caso único (9 como mínimo); b) contar con un manual de tratamiento; y c) los sujetos a prueba deben estar claramente identificados en función de un manual, como el DS-IV (Echeburúa, Corral, 2001; Hamilton, Dobson, 2001).

Chambless y Hollon (1998) han sido también muy citados en este aspecto (Vera-Villarreal, Mustaca, 2006). Ellos propusieron tres tipos de eficacia: a) tratamiento eficaz, aquel que es mejor que la ausencia de terapia en, al menos, dos estudios independientes; b) tratamiento probablemente eficaz, aquel que no ha sido aún replicado; y c) tratamiento eficaz y específico, aquel que es mejor que un tratamiento alternativo o un placebo.

Otras consideraciones interesantes se deben a Selligman (1995) quien enumeró un grupo de condiciones que, en su opinión, permiten consignar como eficaces los resultados de un ensayo clínico.

Tanto la Asociación Psicológica como la Psiquiátrica Americanas han elaborado sendos manuales de tratamiento eficaces, disponibles en sus respectivas páginas en la red (Ferro, Vives, 2004).

Se ha reunido abundante evidencia de resultados terapéuticos eficaces para trastornos de nivel neurótico, incluyendo trastornos de ansiedad (Campbell-Sills, Grisham, Brown, 2005; Hakkaart-van Roijen et al, 2006), depresión (Wolf, Hopko, 2008) y de conducta alimentaria (Compas et al, 1998; Echeburúa, Corral, 2001).

La elevada validez interna de los estudios de eficacia (Ferro, Vives, 2004) contrasta con su nulo interés por la validez externa.



En general la investigación ha demostrado que los estudios de eficacia son buenos predictores de la efectividad (Becoña, 1999; Carles, 2002).

Sin embargo la presencia de trastornos de nivel neurótico implica dificultades en varias áreas del funcionamiento personal, familiar, laboral y la integración social de los aquejados. Su naturaleza compleja exige de enfrentamientos terapéuticos de amplio espectro. Evaluar los resultados de estos esfuerzos terapéuticos es una tarea que rebasa los marcos de las ortodoxas condiciones impuestas a los estudios de eficacia (APA, 1998; Benito, 2008; Gafford, Russell, 2008).

Las exigencias que se establecen para evaluar el impacto o resultado terapéutico de intervenciones psicológicas en trastornos de nivel neurótico precisan de investigaciones centradas en la efectividad, a las que se acoge el autor del presente estudio.

Estos, por demás relativamente recientes (Addis, Wade, Hatgis, 1999), optan por la evaluación de los resultados de tratamientos aplicados en condiciones clínicas habituales, rutinarias (Garfield, 1996; Benito, 2008), evitando el condicionamiento y el control riguroso de variables que si bien es cierto permitían observar la correlación "ascéptica" del tratamiento con el trastorno, llenaron de artificialidad los estudios de eficacia (Hernández, Fernández, Baptista, 2006; Gafford, Russell, 2008).

Resulta necesario en la práctica clínica atender a las personas en su contexto y en su condición actual real. Son requisitos que imponen entrar a considerar la efectividad.

..."un tratamiento deja de ser eficaz para convertirse en efectivo cuando se pueden generalizar los resultados obtenidos en la investigación a las situaciones clínicas reales"... (Becoña, 1999, p. 89).

Parece lógico y necesario combinar los resultados de la investigación experimental con los de la investigación clínica (Carles, 2002).

Se considera en general a la efectividad de un tratamiento por el grado de satisfacción de un cliente o paciente con este (Ferro, Vives, 2004).

Una vez más Seligman (1995) precisó que en estudios de efectividad se trabaja con personas que no son sujetos voluntarios, que no presentan una sintomatología homogénea, que pueden elegir tratamiento y terapeuta en función de sus preferencias y que reciben tratamientos más largos y flexibles. No hay número predeterminado de sesiones.

El autor de este estudio considera que evaluar la efectividad necesita al menos de dos indicadores: uno nomotético en el que se precisen las pautas diagnósticas sobre las que se ejercerá la acción terapéutica para atenuarlas o hacerlas remitir (podrían ser psicológicas o psicopatológicas, sin embargo la



psicoterapia debía guiarse y centrarse en las primeras), y otro idiográfico que se asocia a la percepción subjetiva que desarrollan los aquejados sobre los resultados del tratamiento, a la manera en que reconocen sus mejorías o “ganancias”. Ambos son considerados en esta investigación.

Otra cuestión, es la relativa a la eficiencia, asociada al logro de los objetivos terapéuticos con el menor costo posible y similar calidad o efectividad, lo que agrega el factor económico al problema de la utilidad y selección de los métodos y técnicas psicoterapéuticas. La eficiencia involucra el costo de las intervenciones, pero además incluye el monto en sufrimiento del aquejado y el tiempo dedicado por el terapeuta al tratamiento. Un tratamiento eficiente minimiza las tres variables (Carles, 2002).

La eficiencia evalúa la relación costo-beneficio de una intervención. Tres niveles son comúnmente considerados: el costo directo para el paciente o para el sistema proveedor del servicio, el costo directo a la comunidad y el costo indirecto a la sociedad (Ferro, Vives, 2004).

Los tratamientos deben ser lo más seguros y eficaces posible, pero tienen que generar satisfacción y agrado en el aquejado, lográndolo de manera breve y eficiente. El compromiso ético del terapeuta con el reclamo de los aquejados sigue siendo el factor que posibilita esa conciliación (Anchin, 2005; Roca, 2009).

En una reflexión sobre lo que sería deseable para lograr una atención psicoterapéutica efectiva, eficiente y éticamente comprometida con los aquejados, Miguel Ángel Roca apunta: ... “la deseabilidad de que sin perder la efectividad, se logaran resultados equivalentes en la menor cantidad de tiempo posible, a la par que se dotara a la persona del arsenal mínimo imprescindible para hacer frente a los inconvenientes tanto de la vida cotidiana como a los de su propia manera de construir la existencia”...(Roca, 2008, p. 3).

A tenor con estas consideraciones, se deben elegir procedimientos terapéuticos que resulten óptimos para la naturaleza del trastorno (Vera-Villarroel, Mustaca, 2006), permitan remitir o aliviar el displacer del aquejado (Lazarus, 1989; Sánchez, 2008) y hacerlo con presteza (Carles, 2002; Ferro, Vives, 2004).

### **1.2.2 El movimiento integrativo en psicoterapia.**

La búsqueda de procedimientos psicoterapéuticos más eficaces o efectivos es una de las razones que propició la aparición de lo que hoy se conoce como movimiento o enfoque integrativo en psicoterapia (Cross, 2007; Rosado, 2007; Sánchez, 2008).

Con expresiones puntuales aisladas desde los años 30 entre las que destacan los pronunciamientos de Rosenweig (Kaufman, 2007; Roca, 2008), no es hasta los 70 que se identifica al eclecticismo como un



fenómeno reiterado en el quehacer psicoterapéutico con figuras descollantes como Lazarus, Beutler y Consoli (Márquez, 1998). Ya en los 80 surge y se potencia el movimiento integrador (Feixas, 1993; de Boer, 1999; Lampropoulos, 2000; Rosado, 2007).

En su aparición, otros factores son también invocados: la proliferación de enfoques que atestiguan la existencia de más de 400 formas de psicoterapia, el reconocimiento que una forma de psicoterapia no puede ser adecuada para todos los problemas y aquejados (Schottenbauer, Glass, Arnkoff, 2007), la ausencia de evidencia que justifique la eficacia diferencial entre esas formas de psicoterapia, la presencia de factores comunes a todas las formas, el reconocimiento que las variables asociadas al paciente y a la relación terapéutica justifican de manera decisiva el cambio y por último, el entorno sociopolítico y económico como "cardo de cultivo" en que surgen estas formas de terapia (Feixas, 1993; Zaldívar, Vega, Roca, 2004).

Kelly con su "alternativismo constructivo" (Feixas, 1993; Rosado, 2007) que aboga por construcciones alternativas más amplias y evolucionadas es un antecedente a considerar. La evolución de sus criterios propicia hoy que, además de aceptarse las verdades terapéuticas fragmentarias de cada enfoque o escuela, se abogue por reconstruir la actitud y manera de aceptarlas e interpretarlas con una visión alternativa de lo ya existente (Castonguay, 2006).

Con esa misma lógica, los filósofos de la ciencia (Safran, Messer, 1997; Anchin, 2008) apuntan la necesidad de enfrentar las elaboraciones científicas en la post modernidad con sujeción a dos conceptos claves: el pluralismo y el contextualismo. En el ámbito de la psicoterapia resultan decisivos para entender el surgimiento y vigencia del movimiento integrativo. El pluralismo atestigua la presencia de más de una teoría correcta para cada fenómeno. No hay verdades absolutas y acabadas. El contextualismo consigna que cada elemento sólo debe ser estudiado en el contexto que lo identifica y define.

La integración en psicoterapia se muestra como una opción necesaria -aún cuando la formación de terapeutas integrativos resulta complicada (Gold, 2005; Lampropoulos, 2006) -, especialmente en virtud de la amplia gama de trastornos y dificultades personales de los aquejados que deben encarar los especialistas en la actualidad (Zaldívar, Vega, Roca, 2004).

Sus seguidores se han reunido en tres grandes grupos: la integración técnica o eclecticismo técnico, la integración teórica y los factores comunes (Feixas, 1993; Rosado, 2007).



La elección de los recursos técnicos, según la consideración subjetiva, habilidades o preferencias del terapeuta ha recibido tanta crítica que suele excluirse incluso de esta variante conocida como integración técnica (Feixas, 1993).

El eclecticismo técnico, iniciado por Lazarus aboga por la selección de las técnicas que parezcan adecuarse más a las necesidades de cada caso concreto, ignorando sus referentes teóricos originales. Se prefiere optar por lo técnico en detrimento de la teoría.

Dentro de la integración técnica se conciben tres formas: primero la "integración técnica pragmática", donde el criterio de selección de las técnicas descansa únicamente en su eficacia probada en la contrastación empírica. El modelo de "Terapia de Modificación de Conducta" es su ejemplo por excelencia (Feixas, 1993; Caballo, 1995).

La próxima forma de integración técnica es la "integración técnica de orientación". Aquí la selección de las técnicas de fuentes teóricas diferentes no obedece necesariamente a su eficacia probada (aunque esta no se desprecie), si no a su adecuación a una teoría concreta que el terapeuta defiende sobre la situación sometida a análisis. La Terapia de constructos personales de Kelly resulta su ejemplo más conocido (Feixas, 1993).

Por último, "la integración técnica sistemática" completa el grupo. Se trata de seleccionar las técnicas de acuerdo al tipo de "clientes". Se escogen a tenor con ciertos esquemas conceptuales generales acerca de la naturaleza del cambio y cómo producirlo terapéuticamente. (Feixas, 1993).

El modelo de Beutler –la "Psicoterapia ecléctica sistémica"- que combina variables asociadas a los estilos terapéuticos, al cliente y al emparejamiento de ambas y la "Terapia multimodal" de Lazarus que establece la selección de técnicas en dependencia de la evaluación del perfil BASIC ID, son los ejemplos típicos (Márquez, 1998; Zaldívar, Vega, Roca, 2004).

Otros estudios han continuado esta línea de trabajo (Rial, Castañeiras, García et al, 2006; Norcross, 2006).

El segundo gran grupo dentro del movimiento es la integración teórica. Con opositores prominentes como el citado Lazarus, los seguidores de este enfoque optan por la integración de dos o más modelos teóricos de psicoterapia con la aspiración de que el resultado sea mejor que cada una de las formas constituyentes. Se centra en la integración de conceptos terapéuticos, aunque así quedan también integradas las técnicas.



En este movimiento se privilegió desde un inicio la integración de posiciones psicodinámicas y conductuales. La propuesta de Dollard y Miller (1950), muy adelantada a su época fue un serio intento de sintetizar ambas teorías y desarrollar una, en su concepción de las neurosis y la psicoterapia (Feixas, 1993; Rosado, 2007).

No es hasta los años 80 en que, ya desarrollado y establecido el campo de las terapias de modificación de conducta y con terapeutas psicoanalíticos interesados en procesos y recursos conductuales como el establecimiento de metas, el trabajo centrado en un foco terapéutico o la consideración de procesos y eventos actuales en la expresión alterada del paciente (Wachtel, 2005; Richert, 2007), se da un clima propicio para el desarrollo de la integración teórica (Feixas, 1993, Rosado, 2007).

Tres modalidades de integración teórica han recibido una atención destacada.

La primera de ellas se conoce como "integración teórica híbrida". Supuso integrar teorías y prácticas terapéuticas de dos enfoques establecidos. Se prefiere aquellos que se pueden considerar complementarios, vinculando sus conceptos y técnicas más útiles en un marco teórico híbrido común. La "Terapia psicodinámica cíclica" de Paul Wachtel es su ejemplo. En ella ofrece una visión de los trastornos neuróticos donde convergen factores inconscientes tempranamente formados con eventos reforzadores actuales, lo que supone importantes implicaciones para el ejercicio de la psicoterapia (Feixas, 1993; Rosado, 2007).

La integración posterior de terapias psicoanalíticas y conductuales, cognitivas, sistémicas y humanistas ha sido también documentada (Chard, Widiger, 2005; Gold, 2005; Allen 2007).

La segunda modalidad de integración teórica comúnmente citada es la "integración teórica amplia". Lo característico de esta posición es la unión de más de dos enfoques, pero además la integración de diferentes aspectos del funcionamiento humano como los emocionales, cognitivos, conductuales, interpersonales. No sólo se unen varias psicoterapias, si no que resulta común la consideración de los aportes de la psicología cognitiva y de la social. Es un "espacio de diálogo" para la psicología académica y la psicoterapia. El enfoque integrador de Fernández Álvarez la ejemplifica (Feixas, 1993; Rosado, 2007).

La tercera de estas modalidades es la "integración metateórica". Se propone integrar diferentes teorías terapéuticas bajo un marco metateórico común. Su asunción básica radica en limitar la síntesis teórica y técnica a los enfoques que resulten epistemológicamente compatibles para evitar críticas sobre la ausencia de bases epistemológicas para integrar. El "integracionismo teórico progresivo" de Feixas y



Neimeyer es uno de sus ejemplos más conocido. Ellos proponen una epistemología constructivista para la integración (Feixas, 1993).

El tercer y último gran grupo dentro del movimiento integrativo, está conformado por los que consideran la existencia de “los factores comunes” (Feixas, 1993; Rosado, 2007). Ellos enfatizan los factores comunes que pueden propiciar el cambio en cualquier modelo o tipo de psicoterapia (Kazantzis, Kevin, 2006).

Con antecedentes muy tempranos en un artículo de Rosenzweig de 1936 (Roca, 2008) los “factores comunes” tuvieron siempre resultados que hablaron a su favor.

El concepto de “experiencia emocional correctiva” de Alexander y French es un ejemplo. Ellos lo consideraron común a todas las psicoterapias. Se trataba de reexponer al paciente, en condiciones más favorables ahora, a situaciones emocionales que en el pasado no pudo superar. El paciente debe experimentar una experiencia emocional correctiva para que pueda superar la experiencia traumática anterior (Feixas, 1993).

Los conceptos de empatía, aceptación incondicional y congruencia invocados por Rogers (1951, 1959, 1961, 1986), son actitudes del terapeuta deseables para cualquier modalidad psicoterapéutica.

Sin embargo son los trabajos de Jerome Frank en su obra “Persuasión y curación” de 1961 los más acabados dentro de las elaboraciones sobre los “factores comunes”. Su impacto resultó tan relevante que todo lo que se ha trabajado después sigue siendo una extensión de sus criterios (Zaldívar, Vega, Roca, 2004). Frank considera a la psicoterapia como una forma de influencia social cuyo objetivo cardinal es evitar la desmoralización.

Según su opinión todas las psicoterapias son igualmente efectivas para reducir la desmoralización, lo que se debe a que todas incluyen seis factores no específicos: una relación de confianza con cierta carga emotiva que el aquejado comparte con el profesional que le brinda ayuda, una explicación racional sobre los problemas del paciente y los métodos para solucionarlos, el proporcionar nueva información sobre el origen de los problemas de los aquejados y de las formas de tratarlos, la esperanza del aquejado de lograr ayuda en el terapeuta, la oportunidad de tener experiencias de éxito en el curso de la terapia y la facilitación de la activación emocional (Feixas, 1993).

También Marvin Goldfried ha aportado a estas posiciones. Su consideración más relevante apunta a buscar factores comunes en un nivel intermedio entre la teoría y la práctica, a nivel de las estrategias usadas por terapeutas de distintas orientaciones (Feixas, 1993).



Su liderazgo dentro del movimiento integrativo se justifica por la valoración de los factores comunes en los diferentes modelos de psicoterapia (la motivación para el cambio que trae el que busca ayuda, el poder de la alianza terapéutica, la posibilidad de aumentar la conciencia del cliente, la experiencia del antídoto o experiencia emocional correctiva y la necesidad de enfrentar la realidad), su vocación técnicamente integrativa a pesar de su formación cognitivo-conductual, su explícito reconocimiento del valor de la motivación del aquejado para la efectividad del tratamiento, su reconocimiento de los sucesos pasados y su repercusión en el presente y la devolución constante del sentido subjetivo que dimana del discurso del paciente (Goldfried, 1995; Yura, 2005).

Resulta honesto destacar que no se ha podido constatar, como se esperaba, la superioridad de los modelos integrativos en su capacidad para mejorar las dificultades de los aquejados (Feixas, 1993).

No obstante, la integración resulta una opción deseable y contextualmente necesaria ante las condiciones que ha impuesto la vida en la postmodernidad. Un certero comentario lo ilustra:..."En un mundo cada vez mas inundado por la diversidad y el dinamismo, y a pesar de la globalización, no puede pasarse por alto el hecho que de manera similar a como las personas y las relaciones devienen procesos dinámicos y cambiantes, así lo es también el desarrollo de las teorías y las prácticas profesionales: cambian los tiempos, cambian los contextos, cambian los paradigmas, crecen las teorías y aumenta la experiencia profesional, constantemente surgen nuevos puntos de vista, ¡cambian las personas,... tanto las que brindan ayuda como las que la reciben!. Mantener estáticos y cerrados puntos de vista sobre *cómo hacer psicoterapia* mutila no sólo el crecimiento exponencial de la teoría y práctica profesional de la Psicoterapia, sino sus potenciales efectos beneficiosos sobre el bienestar de las personas"...(Roca, 2007, p. 11).

A esto se añade que en los EEUU se financió en 1986 un congreso dedicado monotemáticamente a la investigación en psicoterapia integrativa con Goldfried entre sus principales promotores. De allí surgió un grupo de recomendaciones, publicadas en el primer número de la principal revista de los terapeutas integrativos, la *Journal of Psychotherapy Integration*. Estas recomendaciones pusieron a la investigación en psicoterapia en un nivel de institucionalización hasta entonces desconocido (Feixas, 1993; Rosado, 2007).

### **1.2. 3 Los modelos integrativos.**

La concepción de modelos integrativos de psicoterapia tiene sólidos sustentos filosóficos, científicos e históricos:



En principio destaca en la conceptualización general sobre los modelos que defienden el Departamento de Filosofía de la Academia de Ciencias de Cuba y el Instituto de Filosofía de la Academia de Ciencias de la URSS (1981) de la que derivan cuatro rasgos fundamentales: la correspondencia objetiva con el objeto modelado, la capacidad de sustituir el objeto que se conoce en determinadas etapas de la investigación, la capacidad de ofrecer en el curso de la investigación una determinada información susceptible de comprobación y la existencia de reglas para pasar de la información que nos ofrece el modelo, a la información sobre el propio objeto modelado (Gorgas, 2005).

Los modelos tienen dos planos específicos de existencia: el de la abstracción teórica, mental, cuando representan esencias de la realidad que reflejan y el de la aplicación práctica, a partir de las formas de materialización concebidas teóricamente (Valle, 2007).

Las concepciones teóricas que sustentan los modelos psicoterapéuticos resultan creencias compartidas por grupos de especialistas de la Psicología y de los dedicados al trabajo clínico en particular (Fernández-Álvarez, Opazo, 2004).

Generalmente integran posiciones desde referentes epistemológicos amplios que permitan la integración sin acudir a “empastes” forzados –lo que convierte a la mirada constructivista en un patrón muy empleado para la integración-. El autor de la presente investigación, coincide con el Dr. Miguel Ángel Roca Perara al considerar a las posiciones del Materialismo Dialéctico como un referente adecuado para la integración (Roca, 2009).

Los modelos terapéuticos se han elaborado como “construcciones de conceptos” a partir de los cuales es posible formular predicciones generales y condicionales sobre lo que se espera que acontezca en las manifestaciones de un trastorno en específico, cuando se intervienen según la lógica de esa “construcción de conceptos” (Uña, 2000).

Finalmente, como apunta Valle Lima (2007, p. 11): ... “El modelo como punto de partida para la transformación de la realidad debe ser asumido también como un conjunto de acciones, distribuidas en etapas y enmarcadas en una estrategia de trabajo”.

El modelo de psicoterapia que presenta el autor de esta investigación, responde a estas exigencias.

En la actualidad, la integración en psicoterapia se ha decantado por lo que se conoce como integración asimilativa (Raskin, 2007; Wolfe, 2008).



Se trata de una modalidad de integración teórica que descansa en la “redundancia teórica”, que se produce cuando los autores “acomodan” sus teorías a los hallazgos positivos de otras orientaciones (Wolfe, 2008).

Precisa además, de integrar orientaciones “mayores” en psicoterapia y no sólo un par de ellas, lo que supone unificar además de las clásicas posiciones psicodinámicas, cognitivo conductuales y conductuales, a las perspectivas humanistas y experienciales (Raskin, 2007; Wolfe, 2008).

La presencia de la integración asimilativa como *status quo* de la integración en psicoterapia (Raskin, 2007; Mahrer, 2007; Wolfe, 2008) difiere de los intentos de una integración metateórica que valida integrar sólo a las modalidades epistemológicamente compatibles (Feixas, 1993).

En los seguidores de las posiciones constructivistas (Mahoney, 2005, 2008; Richert, 2006; Raskin, 2007) aparece un espacio de integración asimilativa muy productivo.

En el “integracionismo asimilativo” las técnicas que se importan de una orientación terapéutica deben cambiar tanto como la orientación teórica a la que son importadas (Raskin, 2007; Dagirmanjian, Eron, Lund, 2007).

No han faltado en estos intentos, las opciones por metateorías que integren psicopatología, personalidad y psicoterapia (Allen, 2007). Dentro de estas teorías clasifican la de Magnavita (2005), la de Scaturro (2005), y la de Mahoney (2003).

El modelo “supraparadigmático” del chileno Roberto Opazo (2006, 2009) concebido esencialmente como un modelo de integración paradigmática –según las palabras del propio autor- propone la validación de los paradigmas biológico, cognitivo, afectivo, inconciente, ambiental/conductual y sistémico que se integraron en función del sistema “self” de la persona. También clasifica dentro de estas metateorías.

Si algo en común han tenido las diferentes variantes del movimiento integrativo en psicoterapia, más que la hasta ahora no muy productiva búsqueda de una “Teoría unificada en psicoterapia” (Wolfe, 2008), ha sido su preferencia por elaborar modelos y estrategias psicoterapéuticas dirigidas a las características psicológicas de la personalidad (Lampropoulus, 2000; Chard, 2005; Wachtel, 2005; Richert, 2006, 2007; Raskin, 2007; Allen, 2007).

La solidez de esta manera de proceder, descansa en la idoneidad y especificidad de la psicoterapia para la intervención de rasgos, estados y procesos psíquicos (Márquez, 1998; Rodríguez, 1999). Por ello el autor de esta investigación se adscribe a dicha consideración.



Algunos modelos han optado, sin desatender ni desviarse del diagnóstico de la personalidad, por la elaboración de estrategias de intervención para grupos de trastornos específicos.

Uno de los ejemplos más significativos se encuentra en la evolución actual de la “Terapia cognitiva” originalmente propuesta por Beck. En el Instituto Beck de Terapia Cognitiva e Investigación, se han desarrollado modelos cognitivos para cada trastorno genérico, una idea que difiere de las propuestas de Ellis quien consideró un mismo patrón cognitivo para todos los trastornos (Quinto, 2008).

Otro destacado autor en este ámbito es Barry Wolfe (2008). Su propuesta es un modelo particular para los trastornos de ansiedad. Incluye presupuestos psicodinámicos, cognitivo conductuales y experienciales.

Wolfe asimila las consideraciones de Wachtel sobre el papel de la conducta actual en la generación y mantenimiento de las pautas personales inadaptadas, consideradas tan importantes como los conflictos históricos inconscientes. De ello se desprende que los cambios en el comportamiento presente son tan importantes como adquirir el insight de pautas pasadas (tempranas) de conflictos (Wolfe, 2008).

Consecuente con estas consideraciones, Wolfe inicia su modelo con técnicas orientadas a la acción (conductuales o cognitivas), en un segundo momento opta por técnicas psicodinámicas y experienciales para provocar el insight, y termina una vez más con recursos conductuales y/o cognitivos para estabilizar la mejoría.

Precisándolo en los términos del propio Wachtel, con quien Wolfe declara una elevada identificación,...“el insight se promueve mejor en las terapias que atienden a la reducción de la ansiedad y evitación del paciente y lo ayuden a reconstruir las capacidades conductuales y emocionales que fueron truncadas por las evitaciones generadas por la ansiedad”... (Wachtel, 2005, p. 251).

#### **1.2.4 Un modelo de psicoterapia integrativa para trastornos del nivel neurótico (MOPSITAN).**

El modelo psicoterapéutico cuya efectividad se presenta en este estudio, obedece a la filiación del autor con las posiciones de la integración en psicoterapia y tiene muchos puntos en común con los postulados de Wachtel y Wolfe.

Integra posiciones psicodinámicas, cognitivo-conductuales y conductuales en su concepción teórica, sin desatender una postura francamente humanista en la actitud de aceptación incondicional e intención empática del terapeuta. Se asume una posición constructivista al reconocer la individualidad y unicidad idiográfica de la presentación de los trastornos de nivel neurótico para cada aquejado en particular, donde el contexto juega un papel que no puede ser desestimado (Richert, 2006; Márquez, 2010).



La identificación del autor con la filosofía Dialéctico Materialista resulta el plano epistemológico de análisis más general que sustenta la concepción de este modelo de psicoterapia integrativa (y corte individual) para el tratamiento de trastornos de nivel neurótico (Roca, 2008).

En el plano técnico el modelo tiene tres etapas, comienza con recursos comportamentales y cognitivo-comportamentales (en la denominada de "Desarrollo del autocontrol y reducción del malestar emocional"), su segunda etapa opta por recursos psicodinámicos (denominada "Psicodinámica o de exploración profunda") y en la tercera (de "Consolidación") se combinan procedimientos (comportamentales y cognitivo-comportamentales). Coincidiendo con los criterios de Leonardo Rodríguez Méndez (1999) y de una buena parte de los terapeutas integrativos en la actualidad (Lampropoulus, 2000; Chard, 2005; Wachtel, 2005; Richert, 2006, 2007; Raskin, 2007), el modelo centra el trabajo sobre un grupo de pautas diagnósticas que caracterizan a los trastornos de nivel neurótico en la dimensión psicológica. Estas fueron sistematizadas en la práctica clínica del autor del presente estudio y constituyen el primer objetivo específico de esta investigación.

Además de las consideraciones antes vertidas y aunque es un modelo integrativo de psicoterapia individual, tiene puntos en común con las visiones post modernas, sistémicas y "despsicopatologizadas" de la psicoterapia, como las caracteriza la Dra. Patricia Arés (intervención en el ejercicio de predefensa de esta investigación en Octubre de 2010):

a- Aunque se desarrolló para trastornos de nivel neurótico, descansa en una "mirada psicológica" de este nivel de funcionamiento. Se orienta por pautas diagnósticas en la dimensión psicológica en tanto se considera que las de corte psicopatológico, propuestas por los manuales de clasificación, son insuficientes para direccionar la intervención psicológica (visión "despsicopatologizante").

b- Siendo un modelo de psicoterapia individual, mantiene una "mirada sistémica". Se asume al individuo como un resultado del desarrollo ontogenético donde la familia en primer término, los grupos de pertenencia, las influencias históricas y culturales concretas replican el papel del trabajo, la socialización y el lenguaje en la evolución filogenética (Rubinstein, 1981). Pueden existir dificultades en esas influencias ontogenéticas, dentro de las cuales determinadas situaciones familiares desfavorables (Alonso, 1989) juegan un importante papel para explicar el desarrollo anómalo temprano de la personalidad, que favorece la aparición de trastornos de nivel neurótico.

Se concibe al individuo como compleja unidad sistémica (biopsicosocial) compuesta por diversos subsistemas. La psiquis es expresión de esa complejidad de ínter vínculos que se manifiestan en



niveles diferentes, interconectados y a la vez presupuestos, como contrarios dialécticos: las manifestaciones intrapsíquicas, subjetivas, se expresan en implicaciones emocionales o conductuales observables que a su vez las refuerzan (Wachtel, 2005).

La intervención psicoterapéutica individual debe asumir ese carácter sistémico y complejo de su objeto, por lo que precisa de intervenciones que excedan los procedimientos y técnicas de un modelo teórico único. De ahí la integración "multiparadigmática" de MOPSITAN (visión sistémica de la psiquis que no incluye únicamente los vínculos familiares y grupales, si no también a las complejas interacciones entre sus diferentes áreas de expresión).

c- A pesar de que se presenta en una secuencia sucesiva de etapas: de "Desarrollo del autocontrol y reducción del malestar emocional", "Psicodinámica o de exploración profunda" y de "Consolidación"; lo hace para asumir un abordaje lo más integral y sistémico posible desde la perspectiva individual.

Los procedimientos de la primera etapa pretenden aliviar con prontitud los síntomas observables que causan malestar al aquejado, con una doble entrada hacia manifestaciones emocionales y conductuales. Esa intención se profundiza, en la segunda etapa, con el esclarecimiento y trabajo en la modificación de los mecanismos y procesos subjetivos, intrapsíquicos asociados a esas manifestaciones sintomáticas externas (primera negación dialéctica). La labor se consolida, en la tercera etapa, con la implementación de conductas opuestas a los síntomas (segunda negación dialéctica), creadas a través de los recursos terapéuticos empleados en la primera etapa.

El proceso de doble entrada inicial se retoma al final en una espiral de doble negación dialéctica. La asociación entre los mecanismos intrapsíquicos objeto de la segunda etapa del tratamiento y los síntomas por un lado, y la sustitución de estos (en la tercera etapa) por las conductas alternativas desarrolladas en la primera etapa a través de procedimientos conductuales y cognitivo-conductuales por el otro, evidencian la sistémica conexión del modelo y sus etapas con las expresiones identificables de los trastornos de nivel neurótico en la dimensión psicológica (visión de secuencia no necesariamente lineal de MOPSITAN).

### **1.3. Consideraciones Finales.**

Surgido de la práctica clínica del autor durante más de veinte años atendiendo aquejados cuya calidad de vida resulta deteriorada por la presencia de trastornos de nivel neurótico (Ferrerías, 2007), se presenta como un modelo inspirado en las concepciones teóricas que sobre este nivel de



funcionamiento psíquico comparte con sus colaboradores (Francisco, 2009; García, 2009; Hidalgo, 2009; Márquez, 2009).

Se declara como principio que la única razón que puede justificar el uso de este modelo o que llevará a su modificación, estriba en su efectividad: que ayude a mejorar el malestar de los aquejados y que ellos así lo perciban, pues aún siendo útil, tal y como apuntó Wachtel (2005, p. 251):... “demasiado de una cosa buena, -o, más preciso aún, una sola manera de ver una cosa buena- puede terminar siendo contraproducente”.

**CAPÍTULO II**

**METODOLOGÍA PARA LA CONCEPCIÓN,  
DISEÑO Y EVALUACIÓN DE UN MODELO  
DE PSICOTERAPIA INTEGRATIVA PARA  
TRASTORNOS DE NIVEL NEURÓTICO**





## **CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA PARA LA CONCEPCIÓN, DISEÑO Y EVALUACIÓN DE UN MODELO DE PSICOTERAPIA INTEGRATIVA PARA TRASTORNOS DE NIVEL NEURÓTICO**

La variedad en los puntos de mira con que la ciencia psicológica ha interpretado el fenómeno que hoy se clasifica como “trastornos de nivel neurótico” y que desde la propuesta de Cullen (Hidalgo, 2009) se identificó como “neurosis” ha sido profusa.

Esa diversidad de miradas presentó múltiples neurosis: La “psicógena” de Freud y una buena parte de sus seguidores (Freud, 1923, 1924), la “conducta neurótica” del Conductismo (Gigena, 2003; García, 2009), la “noógena” de Víctor Frankl (Frankl, 1987; García, 2009), la centrada en “distorsiones cognitivas” de Ellis, Beck y muchos de los terapeutas cognitivos (Ellis, 1973, 1987; Beck, 1976, 1987, 2008), la que resultaba producto de un “amor en exceso condicionado” y consecuentemente propiciador de “incongruencias en el autoconcepto” (Rogers, 1951, 1986), la explicada por sus “fundamentos neurofisiológicos” (Sviadosch, 1959, 1961; Sluchevski, 1963), hasta llegar a su identificación en “pautas o indicadores diagnósticos psicopatológicos” con un interés expreso en evitar asumir consideraciones etiológicas (OMS, 1991; APA, 1994).

En virtud de la citada diversidad de perspectivas y a tenor con ellas, se desarrollaron modalidades de intervención psicoterapéuticas. Unas acentuando el tratamiento de las “instancias profundas” (Freud, 1923, 1924; Weiten, Lloyd y Lashley, 1991; Márquez, 1998; Zaldívar, Vega, Roca, 2004), otras la modificación conductual (Butler, Fennell, Robson, Gelder, 1991; Barlow, Esler, Vitali, 1992; Borkovec, Costello, 1993; Gafford, Russell, 2008), las terceras con procedimientos para recobrar el sentido de la vida (Frankl, 1987; García 2009), todavía otras focalizadas en la reestructuración cognitiva (de Boer, 1999; Vera-Villaruel, Mustaca, 2006; Benito, 2008; Sánchez, 2008), o en la autoactualización o autorrealización (Rogers, 1951, 1959, 1961, 1986; Maslow, 1968, 1970).



Los intentos de hacerlo de manera efectiva se asociaron a la aparición del movimiento integrativo (Rosado, 2007; Sánchez, 2008) y sus extensiones actuales.

Este entorno justifica la presentación de un modelo integrativo de psicoterapia individual para trastornos de nivel neurótico (MOPSITAN).

El capítulo tiene el objetivo de mostrar la naturaleza del diseño mixto seguido para dar salida a los objetivos del estudio, ofrecer un glosario de términos, caracterizar la muestra, las pruebas diagnósticas y técnicas de recolección de información, describir el procedimiento específico de la investigación y sus consideraciones éticas.

Todavía, antes de presentar el diseño seguido en esta investigación, es menester retomar su problema, objetivos e hipótesis.

**Problema:**

¿Será efectivo un modelo psicoterapéutico desarrollado con una perspectiva integracionista y orientado por pautas diagnósticas en la dimensión psicológica para el tratamiento de trastornos de nivel neurótico en pacientes adultos?

**Objetivo general:**

Desarrollar un modelo psicoterapéutico con una perspectiva integracionista y orientado por pautas diagnósticas en la dimensión psicológica para el tratamiento de trastornos de nivel neurótico en pacientes adultos.

**Hipótesis general:**

El modelo psicoterapéutico desarrollado con perspectiva integracionista y orientado por pautas diagnósticas en la dimensión psicológica para el tratamiento de trastornos de nivel neurótico en pacientes adultos es efectivo porque propicia la remisión de las pautas esenciales.

**Objetivos específicos:**

- Sistematizar teóricamente y a partir de la práctica clínica la presencia de pautas diagnósticas que desde la dimensión psicológica, caracterizan a los trastornos de nivel neurótico en pacientes adultos.
- Diseñar un modelo psicoterapéutico con perspectiva integracionista y orientado por pautas diagnósticas en la dimensión psicológica para el tratamiento de trastornos de nivel neurótico en pacientes adultos.



- Implementar el modelo psicoterapéutico con perspectiva integracionista y orientado por pautas diagnósticas en la dimensión psicológica para el tratamiento de trastornos de nivel neurótico en pacientes adultos.
- Evaluar la efectividad del modelo psicoterapéutico con perspectiva integracionista y orientado por pautas diagnósticas en la dimensión psicológica para el tratamiento de trastornos de nivel neurótico en pacientes adultos.

### **2.1 Tipo de estudio.**

Esta es una investigación mixta que asumió un diseño esencial de Teoría Fundamentada para el primer objetivo (aunque trabajó con procedimientos cuantitativos en la elaboración de un instrumento estandarizado que permitió la "triangulación metodológica") y combinó uno de Investigación-Acción con estudio de Casos múltiples para el resto (sin desestimar el cómputo del número de aquejados que evolucionaron con elevada o discreta efectividad terapéutica, un criterio también cuantitativo).

Los diseños mixtos son muy jóvenes. Es frecuente que los especialistas los consideren en una etapa "adolescente" del desarrollo (Hernández, Fernández, Baptista, 2006). Quizás por esa razón, han surgido bajo la frecuente crítica tanto de los partidarios de los diseños clásicamente cuantitativos, como la de los cualitativos.

Existe una posición "fundamentalista" que defiende la imposibilidad de mezclar ambos enfoques: los partidarios de los diseños cualitativos esgrimen la "incapacidad para capturar el verdadero significado de la experiencia humana", o la "impersonalidad" de los diseños cuantitativos. Los que defienden el enfoque cuantitativo, consideran que la postura de los investigadores que optan por diseños cualitativos es "pseudocientífica", "subjetiva", o "sin poder de medición".

Por otro lado los "separatistas" aceptan ambos enfoques y aunque puedan conducir investigaciones con uno u otro diseño, se oponen a mezclarlos.

Otra postura, a la que se afilia el autor de esta investigación, es defendida por los integradores y los pragmáticos. Para ambos grupos, la mezcla de los diseños no es sólo posible, si no incluso necesaria. Se precisa además que son el planteamiento del problema y las circunstancias específicas de cada investigación, las que pautan su diseño (Hernández, Fernández, Baptista, 2006).

Parece claro que al final, las reticencias para mezclarlos han descansado en la relación de compatibilidad-incompatibilidad entre enfoques epistemológicos y métodos. A esa postura, autores como Creswell (Hernández, Fernández, Baptista, 2006) argumentan que si bien es cierto que determinados métodos surgieron y son comunes para un tipo de diseño, también pueden ser exitosa y



provechosamente usados con otro –como ha demostrado la investigación psicológica en Cuba por años-.

Otro argumento de Creswell apunta que las realidades “objetivas”, por ejemplo la existencia de una organización, suelen entrañar la coexistencia de múltiples realidades subjetivas.

El propio Creswell en el 2005 (citado por Hernández, Fernández, Baptista, 2006), propone una serie de factores que debían justificar la selección del enfoque o diseño a emplear en un estudio particular. Considera que los autores deben optar por el diseño que mejor se ajuste al problema de la investigación, a los “usuarios” o lectores del informe de la investigación, con el que el investigador se sienta más cómodo, el que considere racionalmente más apropiado al problema de la investigación y, por último, con el que el investigador tenga más entrenamiento.

De cualquier manera, en el enfoque mixto la influencia del pragmatismo es innegable, según apuntaron Teddlie y Tashakkori (Hernández, Fernández, Baptista, 2006).

Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio (2006, p. 755), proponen una definición del enfoque mixto que, por reunir la postura de varios investigadores, resulta ilustrativa. Ellos lo consideran: ...“un proceso que recolecta, armoniza y vincula datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio o una serie de investigaciones para responder a un planteamiento del problema (Teddlie y Tashakkori, 2003; Creswell, 2005; Mertens, 2005; Willians, Unrau y Grinnell, 2005). Se usan métodos de los dos enfoques cuantitativo y cualitativo y pueden involucrar la conversión de datos cuantitativos en cualitativos y viceversa (Mertens, 2005). Asimismo, el enfoque mixto puede utilizar los dos enfoques para poder responder distintas preguntas de investigación de un planteamiento del problema”...

Ha sido también denominado “Metodología sintética interpretativa” (Van y Cole, 2004), cuali-cuantiología (Stenner y Stainton, 2004), tipo de investigación con diseños específicos (Creswell, 2005), pero la mayoría opta por modelo, método o enfoque mixto (Hernández, Fernández, Baptista, 2006).

Es, en general un diseño que se fundamenta en la triangulación de métodos.

Un grupo de ventajas, entre las invocadas por los últimos autores citados, justifican también el diseño de este estudio que permitió: una perspectiva más precisa, completa y holística del problema de estudio, clarificar y reformularlo, obtener datos de diversas fuentes y por tanto más ricos y variados, potenció además la creatividad teórica, aumentó la capacidad de entendimiento, ofreció mayor solidez a las inferencias que se ofrecieron, garantizando en síntesis una mayor “exploración y explotación de los datos obtenidos”.



No es, la elección de este tipo de diseño un sendero expedito; múltiples dificultades se asocian a su implementación: el entrenamiento y la posesión de habilidades investigativas con ambos métodos, los criterios para evaluar la investigación y mezclar métodos, la revisión y empleo de la literatura y el análisis de bases de datos a gran escala son algunas de los más comunes.

Se han invocado varias formas de diseños mixtos: de dos etapas, de enfoque dominante o principal, en paralelo y los mixtos complejos. El presente estudio optó por la segunda.

Para el primer objetivo específico de este estudio se aplicó, esencialmente, un diseño de Teoría Fundamentada. Ésta apareció en 1967 como una propuesta de Glaser y Strauss que descansaba en el interaccionismo simbólico (Rodríguez, Gil, García, 2002).

Supone el empleo de... “un procedimiento cualitativo sistemático para generar teoría que explique en un nivel conceptual una acción, una interacción o un área específica. Esta teoría es denominada sustantiva o de rango medio y se aplica a un contexto más concreto”...(Hernández, Fernández, Baptista, 2006, p. 687).

Los autores tuvieron más adelante diferencias y cada uno propuso distintas formas de diseño para realizar Teoría Fundamentada: el “emergente” por un lado y el “sistemático” por el otro.

El diseño emergente (Glaser, 1992, en Hernández, Fernández, Baptista, 2006) pretende evitar la premodificación. Supone hacer surgir la teoría directamente de los datos a través de un proceso de codificación abierta por comparación constante.

El diseño sistemático (Strauss y Corbin, 1990, en Hernández, Fernández, Baptista, 2006) supone un proceso gradual de generación de teoría que parte de la codificación abierta para la generación de categorías, luego propone la codificación axial para la selección de la categoría central o fenómeno clave al que es preciso identificar factores o categorías asociadas como causales, consecuencias, interacciones, condiciones del contexto, intervinientes y estrategias que la modifican. Su resultado es el “modelo emergente o paradigma codificado”. Por último un proceso de codificación selectiva para dar sentido de entendimiento.

El resto de los objetivos específicos de esta investigación, precisó de una combinación de Investigación-Acción con Casos múltiples. La Investigación-Acción se desarrolla para resolver problemas cotidianos e inmediatos (Álvarez-Gayou, 2003 en Hernández, Fernández, Baptista, 2006) y mejorar prácticas concretas. Pretende... “aportar información que guíe la toma de decisiones para programas, procesos y reformas estructurales”...(Sandín, 2003 en Hernández, Fernández, Baptista, 2006, p. 706).



En tanto diseño para construir conocimiento por medio de la práctica, reúne una serie de características: envuelve la transformación y mejora de una realidad (social, educativa, administrativa, entre otras), se construye desde esta; parte de problemas prácticos de un ambiente o entorno; implica total colaboración de los participantes.

Se conocen tres perspectivas en estos diseños: la visión científico técnica, convocada por Kurt Lewin, la deliberativa y la emancipadora (Álvarez-Gallou, 2003 en Hernández, Fernández, Baptista, 2006). Este estudio combina las dos primeras en tanto si bien es cierto que se asume un proceso de ciclos repetidos de análisis para conceptualizar y definir el problema una y otra vez, también se centra en la interpretación humana y la comunicación interactiva entre el autor y los aquejados que son atendidos en consulta.

Las tres fases que se invocan en estos diseños: observar, pensar y actuar (Stringer, 1999 en Hernández, Fernández, Baptista, 2006), se concretan en una flexible espiral de ciclos más o menos sucesivos: detectar el problema de investigación, formulación de un plan o programa para resolverlo, implementar dicho plan evaluando los resultados y la retroalimentación del proceso que lleva a un nuevo diagnóstico.

Finalmente, los Estudios de Casos son investigaciones en que mediante los procesos cuantitativos, cualitativos o mixtos... "se analiza profundamente una unidad para responder al planteamiento del problema, probar hipótesis y desarrollar teorías"...(Rodríguez, Gil, García, 2002; Hernández, Fernández, Baptista, 2006, CD anexo. Capítulo 4, p. 2).

Su idoneidad es esclarecida por Yin cuando escribe: "...¿Cómo puedo saber si debo utilizar el método de Estudio de Casos? No hay fórmula, pero su elección depende en gran medida de las preguntas de investigación. Mientras más las preguntas de investigación busquen explicar ciertas circunstancias (Ej. "cómo" o "por qué" funciona cierto fenómeno social) más relevante será el uso del Estudio de Casos. El método también es relevante mientras más sus preguntas de investigación requieran una extensiva y "en profundidad" descripción del fenómeno social" (Yin, 2009, p 3).

Más allá de las múltiples definiciones que se han ofrecido, a tenor con su empleo en este estudio, resulta necesario precisar su tipología atendiendo al número de casos y las unidades de análisis (Yin, 2003 en Hernández, Fernández, Baptista, 2006). Así puede resultar: un caso o varios casos. En cuanto a unidades de análisis, se les considera: holística (todo el caso como una única unidad de análisis) e incrustadas (varias unidades de análisis dentro del caso).



El propio autor anteriormente (1984) empleaba los términos: diseño de Caso único y diseño de Casos múltiples y atendiendo a las unidades de análisis optaba por “global” (unidad simple de análisis) e “inclusivo” (unidades múltiples de análisis) (Rodríguez, Gil y García, 2002).

Aquí se asumen ambas consideraciones terminológicas indistintamente.

## **2.2 Glosario de términos.**

I. Trastornos de nivel neurótico: En este estudio se asumen a los trastornos de nivel neurótico como complejos fenómenos que se expresan en un sistema multidimensional.

En la primera dimensión de este sistema no se considera un nuevo diagnóstico. Se trata del mismo grupo de trastornos que fueron denominados inicialmente neurosis y luego trastornos de nivel neurótico. Resultan trastornos donde los factores psicógenos tienen un significativo valor, se conserva la crítica de las manifestaciones sintomáticas y éstas tienen un carácter egodistónico. No existe una distorsión grosera de la realidad, ni una desorganización global de la personalidad. Además las manifestaciones emocionales tienen una expresión dominante.

Agrupación a las formas clínicas concebidas en apartados específicos de los manuales vigentes de clasificación de los trastornos mentales: el Capítulo V o F de la CIE 10 (OMS, 1991) y DSM IV (APA, 1994).

Se trata concretamente de los apartados “Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos” para el Capítulo V o F de la CIE 10 y los “Trastornos de ansiedad” según el DSM IV por un lado y la Distimia y los Episodios y Trastornos Depresivos Recurrentes sin síntomas psicóticos en el grupo “Trastornos del humor” para la CIE 10 y la Distimia y el Trastorno Depresivo Mayor sin síntomas psicóticos en el grupo “Trastornos del humor” para el DSM IV por el otro.

En la segunda dimensión se asumen un grupo de siete pautas diagnósticas sistematizadas en la práctica clínica del autor que constituyen el primer objetivo específico de este estudio.

La tercera dimensión concibe a los trastornos de nivel neurótico en su unicidad, al considerarlos como un único y complejo grupo de fenómeno con expresiones o manifestaciones en diferentes áreas del funcionamiento psicológico (y también fisiológico).

La cuarta se dedica a las consideraciones sobre la etiología de estos trastornos, concebida como resultado de la interacción de cierta disposición psicofisiológica con determinadas noxas tempranas (con predominio de las de naturaleza psicológica), entre las que tienen un destacado papel las situaciones desfavorables acontecidas en la estimulación y educación familiar. Se generan así necesidades y carencias que propician el desarrollo de lo que Karen Horney llamó necesidades



neuróticas (Horney, 1969) y en una conceptualización más detallada, Armando Alonso (1989) presentó como desarrollo anómalo de la personalidad o personalidad neurótica.

A estos factores se añade la acción de nuevas noxas o acontecimientos demandantes a lo largo de la vida (Wachtel, 2005; Wolfe, 2008), así pueden producirse tres condiciones que favorecen el desarrollo de un trastorno de nivel neurótico: primera, el no desarrollo de recursos psíquicos necesarios para lidiar con las exigencias de la vida (generalmente como consecuencia de la acción de las noxas tempranas en el contexto familiar); segunda, la limitación de la efectividad y funcionamiento de recursos psíquicos que llegaron a formarse, pero que ante la acción de esos nuevos acontecimientos demandantes a lo largo de la vida, pierden su efectividad; y tercera, la desestructuración total de dichos recursos psíquicos que aunque una vez pudieron ser efectivos, terminan perdiéndose por la acción continuada de noxas de sentido muy demandante que abruma el desempeño de los aquejados.

La última dimensión se dedica a la comprensión de las implicaciones biológicas, "somáticas" del trastorno. Se consideran sus manifestaciones en los diferentes órganos y sistemas corporales (taquicardia, constricción torácica, disnea, salto epigástrico, poliuria, entre otros) y las expresiones del síndrome clínico (ansioso, depresivo, fóbico, psicasténico, disociativo, somatomorfo) de cada forma clínica particular (Márquez, 2010).

II. Pautas diagnósticas en la dimensión psicológica: Se conciben como tal a un grupo de siete categorías sistematizadas teóricamente y a través del análisis clínico en profundidad realizado por el autor para el primer objetivo específico de esta investigación. Se obtuvieron del discurso de aquejados que llegaban remitidos a su consulta, diagnosticados con diferentes trastornos de nivel neurótico según los criterios del capítulo V o F de la CIE 10. No son un "descubrimiento" de este estudio pues se encuentran parcial o totalmente descritas desde diferentes referentes conceptuales.

Resultaron siete categorías que permiten la identificación de los trastornos de nivel neurótico en su dimensión psicológica. Aquí se les da sentido de entendimiento al presentar a tres de ellas como esenciales. Se explica su dinámica dentro de estos trastornos.

El autor no desestima la presencia de manifestaciones somáticas de los trastornos de nivel neurótico, pero las excluye de estas "pautas diagnósticas en la dimensión psicológica".

III. Efectividad terapéutica: Esta es evaluada a partir de dos indicadores: uno nomotético y otro idiográfico comparando las evaluaciones realizadas al inicio, al final y aproximadamente al cabo de un año de finalizado el tratamiento.



-El primero estimado a partir de la presencia en los aquejados de las pautas sistematizadas en el primer objetivo específico de este estudio para caracterizar la presencia de los trastornos de nivel neurótico, tres de las cuales se consideran esenciales.

A ellas se suman, en este estudio, las pautas diagnósticas invocadas por el capítulo V de la CIE 10 para cada uno de los casos estudiados (Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno Depresivo Recurrente sin síntomas psicóticos).

-El segundo (idiográfico) se asocia a la percepción subjetiva de cada aquejado, a la manera en que reconoce su mejoría o las “ganancias” que obtuvo por el tratamiento. Se concreta en las expresiones de su “discurso real”, detectadas en las evaluaciones realizadas. Incluye tanto la satisfacción por la mejoría de sus dificultades, como la percepción de que, aún con estas, los recursos aprendidos y desarrollados durante el tratamiento le permiten lidiar con estas dificultades de mejor manera.

Se divide en dos categorías de análisis:

1. Elevada efectividad terapéutica: Se considera a los aquejados que evolucionan con una desaparición de las tres pautas esenciales y la atenuación o desaparición del resto, a lo que se suma la modificación de las pautas diagnósticas propuestas por el capítulo V de la CIE 10 y la confirmación de bienestar que refieren los aquejados por esta mejoría.

2. Discreta efectividad terapéutica: Se considera a los que evolucionan con una desaparición o atenuación de una o dos de las tres pautas esenciales y consecuentemente con una atenuación o desaparición muy escasa del resto, que incluso pueden terminar en total recidiva al cabo de varios meses de terminado el tratamiento. A esto debe sumarse una parcial remisión de las pautas diagnósticas convocadas por el capítulo V de la CIE 10 (que pueden también hacer una recidiva después de terminado el tratamiento), pero con una percepción subjetiva en el aquejado de tener beneficios debidos al tratamiento (por propiciar el desarrollo de recursos psíquicos) que le permiten lidiar con sus dificultades a pesar de la permanencia de las pautas. Sin la presencia de este criterio idiográfico en el discurso de los aquejados, se desestima la efectividad del tratamiento.

IV. Modelo de Psicoterapia Integrativa para Trastornos de nivel Neurótico (MOPSITAN):

El modelo consta de tres etapas: la primera denominada de “**Desarrollo del autocontrol y reducción del malestar emocional**”, con una orientación esencialmente conductual y cognitivo-conductual, se dirige hacia las pautas dos y tres (del “constructo teórico de rango medio” que se trabaja en el primer objetivo específico), para ello se emplean sobre todo recursos de relajación y de autocontrol.



La segunda, denominada “**Psicodinámica o de exploración profunda**”, cuya orientación resulta esencialmente psicodinámica, se focaliza en la primera pauta. Aquí procedimientos de análisis “profundos” como la interpretación de los sueños, o del material ofrecido por técnicas como la Relajación Ideativa y recursos de “saturación informativa” como el Ejercicio Abreativo son centrales. El objetivo de la etapa es la identificación de los mecanismos intrapsíquicos “profundos” asociados a las expresiones y quejas observables en las manifestaciones externas de los sujetos.

La tercera, denominada de “**Consolidación**”, combina procedimientos y técnicas de las dos primeras. Se orienta a modificar o atenuar los mecanismos intrapsíquicos “profundos” sustituyendo los síntomas observables, después de explicarlos contextualmente a la luz dichos mecanismos intrapsíquicos develados en la segunda etapa del tratamiento (primera evitación o negación dialéctica), por conductas alternativas (segunda evitación o negación dialéctica) creadas por los procedimientos y recursos terapéuticos de la primera etapa (ver Figura 1).

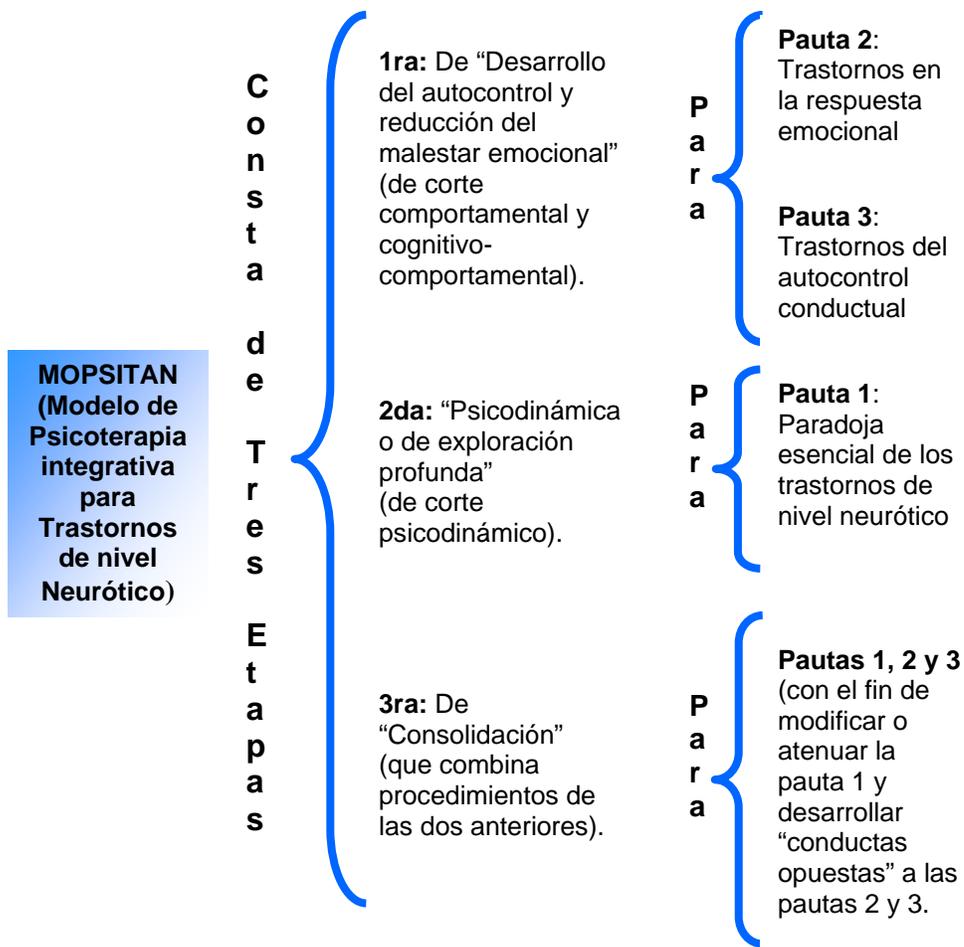


Figura 1. Etapas de MOPSITAN y sus propósitos.



La etapa descansa en el uso de la Tríada de extinción: un procedimiento que va desde la identificación de los síntomas externos pasando por su asociación con los mecanismos intrapsíquicos “profundos” que los generan, hasta los intentos de modificar o atenuar dichos mecanismos profundos sustituyendo los síntomas externos que los expresan (y refuerzan), por conductas alternativas (desarrolladas en la primera etapa del tratamiento).

El modelo en general se nutre de fuentes conductuales, cognitivo-conductuales y psicodinámicas en lo referente a sus consideraciones teóricas y recursos técnicos. Otros modelos integrativos han optado por una lógica de construcción similar (Wolfe, 2008).

Además la postura del terapeuta resulta intencionalmente humanista en tanto se convoca la aceptación incondicional de los aquejados, el desarrollo de la empatía y la actitud auténtica y congruente del terapeuta, al menos durante la labor asistencial (Márquez, 2009).

Se atiende también a una postura constructivista en tanto el modelo está concebido con la suficiente flexibilidad que permita adecuarlo a las condiciones concretas de cada aquejado: por una parte a sus características personales, por otra a su contexto concreto de vida. Se construye particularmente para cada caso (sin desatender a su “lógica organizativa estratégica”).

Además de estas consideraciones y en virtud de su formación profesional, el autor declara a MOPSITAN como un modelo integrativo de psicoterapia en cuya elaboración se asumió una postura dialéctico materialista como fundamento epistemológico auténtico de la integración (Roca, 2009).

MOPSITAN se orienta al trabajo con las tres pautas diagnósticas consideradas esenciales en el constructo teórico de rango medio que sistematiza el autor (Ver Figura 3 en el “Apéndice especial”).

El resto de las pautas sólo son intervenidas si su intensidad o características de presentación en un caso específico, impiden el trabajo con las tres esenciales.

La experiencia clínica evidenció que ellas suelen atenuarse significativamente o desaparecer como consecuencia de la remisión de las tres primeras.

MOPSITAN se concibe como un “modelo” atendiendo a los requisitos que se citan en el epígrafe 2.2 (Los modelos integrativos) del primer Capítulo de este estudio.

La concepción sistémica del hombre como unidad biopsicosocial (Zaldívar, Vega, Roca, 2004), resulta el referente general que se aplica a la manera de interpretar teóricamente los trastornos de nivel neurótico en este estudio. Estos son, y así se apuntó antes, complejos fenómenos que se expresan como un sistema multidimensional. Desde esta concepción y especialmente a tenor con sus pautas psicológicas en la dimensión psicológica, se orienta el modelo psicoterapéutico.



La presencia de pautas diagnóstico-psicológicas habitualmente descritas desde concepciones y modelos teóricos diferentes, pero sistematizadas en este estudio en un constructo teórico de rango medio que ofrece “sentido de entendimiento” al presentar un grupo de tres de ellas como esenciales, es otro criterio que redundará en la elaboración de un modelo psicoterapéutico integrativo que permita intervenir, con procedimientos que se originaron en esos modelos conceptuales diferentes, la diversidad de pautas que caracterizan a los trastornos de nivel neurótico .

La descripción detallada y secuencia de aplicación de MOPSITAN puede encontrarse en el “Apéndice especial” que se agrega a este estudio.

V. Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG): Es una forma clínica específica de Trastorno de nivel neurótico. En esta investigación se asume de acuerdo a la descripción clínica y pautas para el diagnóstico que propone la CIE 10, donde es identificado con el código F41.1.

La característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, se trata de una angustia libre flotante). Como en el caso de otros trastornos de ansiedad los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más común son quejas de sentirse constantemente nervioso, tembloroso, con tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigo y malestar epigástrico.

A menudo se ponen de manifiesto temores a que uno mismo o un familiar vayan a enfermar pronto o a tener un accidente, al lado de una grave variedad de otras preocupaciones y presentimientos. Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico.

Pautas para el diagnóstico.

El enfermo debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte del día durante al menos varias semanas seguidas. Estos síntomas deben incluir normalmente rasgos de:

- 1 - Aprensión (preocupación acerca de calamidades venideras, sentirse “al límite”, dificultades de concentración, etc.);
- 2 - Tensión muscular y motriz (agitación e inquietud, dolores de cabeza, temblores, incapacidad de relajarse) y;
- 3 - Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestia epigástrica, vértigo, sequedad en la boca, etc).

La presencia transitoria (de pocos días seguidos) de otros síntomas, en particular la depresión, no descarta un diagnóstico principal de Trastorno de Ansiedad Generalizada, pero el sujeto no debe reunir



pautas para el Episodio Depresivo (F32), Trastorno Fóbico (F40), Trastorno de Pánico (F41.0) o Trastorno Obsesivo Compulsivo (F42).

Incluye la categoría 300.0 de la C.I.E-9: Estado de ansiedad, Neurosis de ansiedad, Reacción de ansiedad.

VI. Trastorno Depresivo Recurrente sin síntomas psicóticos (TDR): Es también una forma clínica específica de trastorno de nivel neurótico, asumido en este estudio en correspondencia con su descripción clínica y pautas para el diagnóstico según la CIE 10, donde es identificado con el código F 33.

Los episodios depresivos por lo general suponen:

1 - Un humor depresivo.

2 - Una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas.

3 - Una disminución de la vitalidad que lleva a la reducción de la actividad y un cansancio exagerado.

Este trastorno se caracteriza por la aparición de episodios repetidos de depresión, que pueden presentar los rasgos de episodio depresivo leve (F32.0), moderado (F32.1) o grave (F32.2 y F32.3), pero sin antecedentes de episodios aislados de exaltación del estado de ánimo o aumento de la vitalidad suficientes para satisfacer las pautas de manía F30.1 y F30.2. No obstante, pueden haberse presentado episodios breves de elevación ligera del estado de ánimo o hiperactividad (que satisface las pautas de hipomanía F30.0) inmediatamente después de un episodio depresivo, a veces precipitados por el tratamiento antidepresivo. La edad de comienzo y la gravedad, duración y frecuencia de los episodios depresivos pueden ser muy variables. En general, el primer episodio se presenta más tarde que en el trastorno bipolar, situándose la edad media de comienzo en la quinta década de vida. Los episodios también suelen tener una duración de tres a doce meses (duración mediana de seis meses), pero las recaídas son menos frecuentes. La recuperación suele ser completa, un pequeño número de enfermos queda crónicamente deprimido, en especial si se trata de personas de edad avanzada (en estos casos debe utilizarse también esta categoría). A menudo acontecimientos vitales estresantes son capaces de precipitar episodios aislados con independencia de su gravedad y en muchas culturas son dos veces más frecuentes en las mujeres que en los varones, tanto los episodios aislados como cuando se trata de depresiones persistentes. El riesgo de que un enfermo con un trastorno depresivo recurrente tenga un episodio de manía nunca desaparece totalmente, con independencia del número de episodios depresivos que haya tenido. Si se presentara un episodio maníaco debe cambiarse el diagnóstico a trastorno bipolar.



El trastorno depresivo recurrente puede subdividirse como se indica a continuación, especificando primero el tipo del episodio actual, y después (si se dispone de suficiente información), el tipo que predomina en todos los episodios.

Incluye:

(F33.0 ó F33.1) episodios recurrentes de:

Reacción depresiva.

Depresión psicógena.

Depresión reactiva.

Trastorno afectivo estacional.

Fueron consideradas además:

F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve.

F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado.

F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos.

Pautas para el diagnóstico:

Para un diagnóstico preciso deben satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente (F33) y el episodio actual debe satisfacer las pautas para episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2). Además por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y deben haber estado separados por un periodo de varios meses libres de alteración significativa del humor. De lo contrario debe recurrirse a Otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes (F38.1). Puede especificarse, si es preciso, el tipo predominante de los episodios previos (leve, moderado, grave, incierto).

### **2.3 Población y muestra.**

En esta investigación se optó por un muestreo no probabilístico, seleccionado por factibilidad que escogió a sujetos tipo.

Para el primer objetivo específico fueron seleccionados aquejados adultos que eran remitidos a la consulta del autor por los servicios de Medicina General o Psiquiatría, y reunían las pautas para el diagnóstico de cualquier tipo de trastorno neurótico o trastornos de nivel de funcionamiento neurótico en el apartado "Trastornos del humor" (específicamente los Episodios o Trastornos depresivos sin síntomas psicóticos y la Distimia) según el Capítulo V o F de la CIE-10. El número final ascendió a 231. Se empleó además, para ofrecer "solidez externa" (confiabilidad cualitativa o "dependencia") a las categorías (pautas) diagnósticas que se sistematizaron por Teoría Fundamentada en el cumplimiento



del primer objetivo específico, el criterio de 15 expertos a través del Método por rondas de Delphi (Hidalgo, 2009). Estos debían acumular más de 10 años de experiencia en la intervención o la investigación. Los académicos sólo se incluyeron si su investigación aplicada en el área clínica se asociaba a los trastornos de nivel neurótico o simultaneaban la labor académica con la práctica clínica. Resultaron 5 Doctores en Ciencias, 8 Master en Ciencias y 2 Licenciados. Se incluyó un psiquiatra y el resto fueron psicólogos (Ver Anexo 1).

Para los objetivos específicos tercero y cuarto se seleccionaron dos trastornos de nivel de funcionamiento neurótico: el Trastorno de Ansiedad Generalizada y el Trastorno Depresivo Recurrente sin síntomas psicóticos, a lo que se sumaron algunas exigencias importantes a tenor con los objetivos del autor:

- Edades oscilantes entre los 25 y 55 años (para evitar que la falta de madurez del desarrollo de los recursos personales o su desorganización senil, introdujeran sesgo en la efectividad del tratamiento).
- No presencia de Retraso Mental.
- Ausencia de cualquier enfermedad ajena al trastorno mental tipificado y que exigiese el consumo de fármacos de reconocido efecto psicomimético (como las reacciones extra piramidales de la Metoclopramida que podrían simular un trastorno de ansiedad).
- Ausencia de medicación psicofarmacológica (estas exigencias fueron consideradas para todos los objetivos de la investigación).

Todos de las localidades espirituanas de Cabaiguán, Guayos, Sancti Spiritus, La Sierpe y Fomento, pero también se incluyeron de las cercanas provincias de Ciego de Ávila, Villa Clara y Cienfuegos.

En todos los casos, se trató de aquejados que llegaban remitidos por los médicos de familia o los psiquiatras de asistencia de diferentes áreas de salud de las locaciones citadas: Policlínicos, Centros de Salud Mental, los servicios de Psiquiatría de los Hospitales Clínico Quirúrgicos Provinciales y de los Hospitales Psiquiátricos.

Los dos trastornos sumaron 80 pacientes: 40 aquejados del caso Trastorno de Ansiedad Generalizada (20 en un subgrupo que evolucionó con elevada efectividad terapéutica y otro similar que lo hizo con discreta efectividad) y 40 del caso Trastorno Depresivo recurrente sin síntomas psicóticos (divididos también en dos subgrupos de 20: uno que evolucionó con elevada efectividad y otro con discreta) (ver Anexo 8).



La explicación de esta división en subgrupos de elevada o discreta efectividad se expone en el epígrafe "Procedimiento de la investigación".

#### **2.4 Pruebas y técnicas de diagnóstico empleadas.**

Para el primer objetivo específico, se aplicó un grupo de pruebas y técnicas empleadas por el autor y sus colaboradores en la evaluación de la presencia de trastornos de nivel neurótico, con antecedentes de investigación y uso por ellos desde hace doce años (Márquez, Hernández, Lima, González, Gómez, 1997; Márquez, 1998).

Se trata de:

- Entrevista semi estructurada en profundidad.  
Se utilizó para completar la anamnesis y corroborar el diagnóstico de remisión, además de obtener datos "en profundidad" que permitiesen identificar la presencia de pautas diagnósticas en la dimensión psicológica (ver Anexo 2).
- Observación participante.  
Su objetivo, tanto durante la terapia como en los contactos con familiares de los aquejados fue la confirmación del diagnóstico de remisión y la identificación de pautas diagnósticas en la dimensión psicológica (ver Anexo 3).

El siguiente grupo de pruebas empleadas, por ser ampliamente conocidas y utilizadas como parte del ejercicio clínico en Cuba, no se incluyen en "Anexos".

- EAP en sus formas paralelas A, B y C.  
Esta técnica creada en la UCLV por Jorge Grau y colaboradores permitió, a través de la identificación de los niveles de ansiedad patológica o neurótica, confirmar el diagnóstico de remisión y caracterizar el síndrome ansioso, pero además la cualificación de sus datos (mediante la consideración de sus ítems, más que su resultado cuantitativo total), permitió triangular datos para la identificación de las pautas diagnósticas que caracterizan a los trastornos de nivel neurótico en la dimensión psicológica.
- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. IDARE.  
Se empleó la versión en español de Ch. Spielberger, R. Díaz Guerrero y colaboradores que permitió en su uso tradicional la evaluación de los niveles de la ansiedad como rasgo y como estado para complementar la confirmación del diagnóstico de remisión y el síndrome ansioso, además se cualificaron sus datos (al centrar el análisis en el contenido de los ítems más que en el resultado



cuantitativo final) para triangularlos con el resto de las pruebas e identificar la presencia de pautas diagnósticas que caracterizan a los trastornos de nivel neurótico en la dimensión psicológica.

- Inventario de Depresión Beck.

Desarrollado originariamente por Beck, Medelson y Erbaugh, ha demostrado ser efectivo para valorar la existencia y profundidad de la depresión. Fue validado en Cuba por Isabel Louro y colaboradores. En su uso tradicional aportó datos en este estudio para la confirmación del diagnóstico de remisión y la caracterización del síndrome depresivo, además la cualificación de sus datos (al centrar el análisis en el contenido de sus ítems más que en los resultados cuantitativos) permitió la triangulación con el resto de las pruebas para identificar la presencia de pautas diagnósticas que caracterizan a los trastornos de nivel neurótico en la dimensión psicológica.

- Inventario de Depresión Rasgo-Estado IDERE.

Elaborado por Marta Martín, Jorge Grau y colaboradores, permite evaluar la presencia e intensidad de la depresión como rasgo y como estado de la personalidad. En este estudio su uso tradicional ayudó a la confirmación del diagnóstico de remisión y del síndrome depresivo. Se empleó además para, cualificando sus datos cuantitativos (centrando el análisis en el contenido de los ítems), triangularlos con el resto de las pruebas a fin de identificar las pautas diagnósticas que caracterizan la presencia de trastornos de nivel neurótico en la dimensión psicológica.

- Test de Completamiento de frases.

Es una variante del Test propuesto inicialmente por J. B. Rotter en 1949. Se empleó en su uso clásico para contribuir en la confirmación del diagnóstico de remisión y, como todas las anteriores, para centrar el análisis en el contenido de sus ítems y confirmar la presencia de pautas diagnósticas en la dimensión psicológica que identifican a los trastornos de nivel neurótico. Para ello se establece la correlación entre el nivel de logros y el de pretensiones en cinco áreas específicas: sexual, escolar, laboral, familiar y personal y de relaciones.

El conjunto de estas pruebas y técnicas permitieron, primero confirmar el diagnóstico de remisión, caracterizar los síndromes ansioso y depresivo y luego sistematizar las categorías o pautas diagnósticas de los trastornos de nivel neurótico (en la dimensión psicológica) a través de un diseño de Teoría Fundamentada.

En el análisis se privilegió a la entrevista semi estructurada en profundidad en primera instancia, complementada con la observación participante. De ellas se extrajeron las unidades de análisis en la



“propia voz” de los aquejados. Se buscó su saturación informativa en la reiteración de esas unidades de análisis en el discurso del resto de los aquejados que se evaluaban.

Se triangularon además con los ítems de las pruebas estandarizadas empleadas (“cualificación” de datos cuantitativos), así más que emplear sus resultados numéricos estandarizados, se exploraron las respuestas de sus ítems.

Esta triangulación de datos con las unidades de análisis emergentes de la entrevista semi estructurad en profundidad y la observación participante hasta lograr la saturación informativa, permitió la elaboración de categorías (pautas diagnósticas de los trastornos de nivel neurótico en la dimensión psicológica).

El Método por rondas de Delphi, empleado para evaluar los criterios que emitieron los expertos sobre las pautas diagnósticas sistematizadas en el primer objetivo se aplicó con un algoritmo pre concebido.

Se circuló entre ellos un documento en el que se solicitaban datos con el objetivo de determinar su nivel de conocimientos relacionado con el tema. Ahí debían ubicarse en un lugar del 1 al 10.

Expertos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1										
2										
3										

A partir de aquí se calculó el **Coefficiente de Conocimiento o Información (Kc)**, a través de la siguiente fórmula:

$$K_c = n (0,1)$$

Donde:

Kc: Coeficiente de Conocimiento o Información.

n: Rango seleccionado por el experto.

Además se indagó acerca del nivel de argumentación al respecto, lo que permitió calcular el coeficiente de competencia de cada experto, procedimiento que se llevó a cabo siguiendo las propias instrucciones del Método Delphi.

Fuentes de argumentación o fundamentación	Alto	Medio	Bajo
Análisis teóricos realizados por usted			
Su experiencia obtenida			



Trabajos de autores nacionales			
Trabajos de autores extranjeros			
Su conocimiento del estado del problema en el extranjero			
Su intuición			

Se determinaron estos aspectos como los de mayor influencia. A partir de los valores reflejados por cada experto en la tabla se contrastaron con los valores de una tabla patrón:

Fuentes de argumentación o fundamentación	Alto	Medio	Bajo
Análisis teóricos realizados por usted	0.3	0.2	0.1
Su experiencia obtenida	0.5	0.4	0.2
Trabajos de autores nacionales	0.05	0.05	0.05
Trabajos de autores extranjeros	0.05	0.05	0.05
Su conocimiento del estado del problema en el extranjero	0.05	0.05	0.05
Su intuición	0.05	0.05	0.05

Los aspectos que influyen sobre el nivel de argumentación o fundamentación del tema a estudiar permitieron calcular el **Coefficiente de Argumentación** ( $K_a$ ) de cada experto:

$$K_a = a n_i = (n_1 + n_2 + n_3 + n_4 + n_5 + n_6)$$

Donde:

$K_a$ : Coeficiente de Argumentación.

$n_i$ : Valor correspondiente a la fuente de argumentación  $i$  (1 hasta 6).

Una vez obtenido los valores del **Coefficiente de Conocimiento** ( $K_c$ ) y el **Coefficiente de Argumentación** ( $K_a$ ) se procedió a obtener el valor del **Coefficiente de Competencia** ( $K$ ) que finalmente fue el coeficiente que determinó en realidad qué experto se tomaría en consideración para trabajar en esta investigación. Este coeficiente ( $K$ ) se calculó de la siguiente forma:

$$K = 0,5 (K_c + K_a)$$

Donde:

$K$ : Coeficiente de Competencia.

$K_c$ : Coeficiente de Conocimiento.

$K_a$ : Coeficiente de Argumentación.

Posteriormente obtenido los resultados se valoraron de la manera siguiente:

$0,8 < K < 1,0$  Coeficiente de Competencia Alto.

$0,5 < K < 0,8$  Coeficiente de Competencia Medio.



$K < 0,5$  Coeficiente de Competencia Bajo.

A continuación de la tabla correspondiente al nivel de argumentación o fundamentación, se reflejaron las 7 pautas diagnósticas con sus indicadores para que cada experto determinara hasta que punto consideraba correcto lo expuesto, ofreciéndoseles un rango de 5 categorías:

1. Estoy completamente de acuerdo.
2. Estoy de acuerdo en casi todos los aspectos.
3. Estoy de acuerdo.
4. No estoy de acuerdo con casi nada.
5. No estoy para nada de acuerdo.

Además se les dio la posibilidad de brindar sus sugerencias.

De este modo quedó confeccionado en su totalidad el documento que se circuló a un total de 15 expertos (Anexo 4).

Una vez plasmados los criterios de los expertos en cada rango de valoración para los diferentes aspectos, se siguieron los pasos establecidos:

- Obtención de la tabla de frecuencia observada.
- Obtención de la tabla de frecuencia acumulativa.
- Obtención de la tabla de frecuencia acumulativa relativa.
- Asignación a partir de la tabla de Z de la distribución normal, del valor de la imagen que corresponde a cada frecuencia acumulativa relativa obtenida.
- Obtención de los puntos a través del cálculo de N-P, donde:

$$N = \frac{\text{Sumatoria de la Suma por Aspectos}}{(\text{No. de Rangos de Valoración} \times \text{No. de Aspectos})}$$

P = Promedio por Aspectos.

- Se divide la recta por categorías a partir de los Puntos de Corte y se ubican los puntos N-P para determinar la categoría de cada aspecto.

$$\text{Puntos de Corte} = \frac{\text{Sumatoria Rangos de Valoración}}{\text{No. de Aspectos a Evaluar}}$$

Este análisis se realizó haciendo uso del programa Microsoft Excel. Teniendo en cuenta las pautas y los resultados arrojados por los expertos en una investigación paralela a esta, se confeccionó una propuesta de instrumento en forma de escala Likert al que se denominó ESTAN (ver Anexo 5).



Para los objetivos específicos tercero y cuarto, se organizaron las pruebas y técnicas de recolección del dato primario en dependencia del diagnóstico de remisión que traían los aquejados cuando llegaban a la consulta del autor.

En el caso de la evaluación del Trastorno de Ansiedad Generalizada se emplearon:

- Entrevista semi estructurada en profundidad (esta vez se incluyeron como tópicos a evaluar las categorías o pautas detectadas en el análisis del primer objetivo específico y sus expresiones directas en la práctica clínica como se aclara en el Anexo 2).
- Observación participante.
- EAP en sus formas paralelas A, B y C.
- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. IDARE.
- Test de Completamiento de frases.

Para el Trastorno Depresivo Recurrente sin síntomas psicóticos resultaron:

- Entrevista semi estructurada en profundidad (también aquí se incluyeron como tópicos a evaluar las categorías o pautas detectadas en el análisis del primer objetivo específico y sus expresiones directas en la práctica clínica como se aclara en el Anexo 2).
- Observación participante.
- Inventario de Depresión de Beck.
- Inventario de Depresión Rasgo-Estado. IDERE.
- Test de Completamiento de frases.

Esta organización de los instrumentos de evaluación permitió, además de confirmar el diagnóstico de remisión y el síndrome clínico (en su uso tradicional), la determinación de una "línea base".

La identificación de las categorías o pautas diagnósticas de los trastornos de nivel neurótico que se sistematiza en este estudio, se obtuvo por el mismo procedimiento que se describió para el primer objetivo específico: se identificaron a través de la entrevista semi estructurada en profundidad y de la observación participante, cuyos resultados se triangularon con los ítems de las pruebas estandarizadas (cualificación de datos cuantitativos).

Esa "línea base" se comparó con evaluaciones similares realizadas a los aquejados al final del tratamiento y aproximadamente al año de concluirlo.



## **2.5 El procedimiento de investigación.**

Para el primer objetivo específico se optó por el diseño esencial de Teoría Fundamentada con el fin de elaborar un “constructo teórico de rango medio” (teoría sustantiva o de rango medio), mediante la sistematización por vía inductiva, a partir de los datos obtenidos en la exploración clínica directa con los aquejados, de un grupo de pautas o indicadores diagnósticos que permitieron caracterizar a los trastornos de nivel neurótico en la dimensión psicológica.

El proceso comenzó en 1998 luego que los resultados del autor en esta área de trabajo (con precedentes desde 1989) recibieron la valoración de un grupo de expertos -auditoría externa- cuando defendió su investigación de maestría (Márquez, 1998). Alrededor de un año después quedó sistematizado el constructo teórico de rango medio que sustenta el modelo terapéutico asumido en este estudio.

El objetivo se cumplió empleando triangulación de datos, de investigadores y metodológica.

El análisis comenzó con la triangulación de datos que se obtuvieron a partir de técnicas de evaluación propiamente cualitativas (la entrevista semi estructurada en profundidad y la observación participante) y de la cualificación de datos cuantitativos (al centrarse en los ítems de pruebas estandarizadas como unidades de análisis, más que en el resultado numérico y cuantitativo).

Las técnicas cualitativas (especialmente la entrevista semi estructurada en profundidad y la observación participante) ofrecieron de manera privilegiada y en la “propia voz” de los aquejados las unidades de análisis que luego se triangularon con los ítems de las pruebas estandarizadas para buscar la saturación informativa.

Las unidades de análisis constituyen los “segmentos de datos” que aparecen primero en el análisis en profundidad (Hernández, Fernández, Baptista, 2006). En este estudio se escogieron las oraciones del “discurso real” de los aquejados.

El proceso siguió la lógica cualitativa más común en los diseños de Teoría fundamentada: de las unidades de análisis a las categorías, de estas a la construcción de temas más generales y de estos a la propuesta de patrones (Hernández, Fernández, Baptista, 2006).

La saturación informativa de las unidades de análisis producto de la triangulación antes descrita, permitió sistematizar las categorías (o pautas diagnósticas que en la dimensión psicológica identifican a los trastornos de nivel neurótico).

Luego se identificaron las categorías principales o centrales en virtud de su velocidad de saturación y frecuencia de aparición. Fueron consideradas centrales o nucleares las que saturaron con mayor



velocidad y se presentaron con mayor frecuencia (se podían identificar en el discurso de un mayor número de aquejados). El resto, aunque también caracterizan a estos trastornos, se consideraron asociadas a la presentación y dinámica de las primeras. Se asumió ese constructo teórico de rango medio como "tema".

Este proceso de triangulación de datos permitió finalmente completar el constructo teórico de rango medio cuyas categorías centrales y secundarias fueron corroboradas una y otra vez en los aquejados que continuaron arribando a la consulta del autor, siempre remitidos desde otros servicios (Medicina General y Psiquiatría) con el diagnóstico de alguna de las formas clínicas de los "trastornos de nivel neurótico". Fue asumido como "tema" o constructo teórico de rango medio, sólo cuando su reiterada identificación permitió considerar que se había producido la saturación.

Para aumentar su rigor y solidez se optó también por evaluarlo "desde fuera" (triangulación de investigadores). Se estableció así la confiabilidad cualitativa (dependencia), a través del criterio de expertos. Quince especialistas fueron convocados para la evaluación de las categorías (o pautas diagnósticas) en la dimensión psicológica y sus indicadores (o sub categorías). Ellos se seleccionaron en virtud de su experiencia en el área clínica asistencial o en la academia (nunca inferior a diez años como requisito) siempre que esta no estuviese alejada de la investigación práctica con trastornos de nivel neurótico. Se empleó el Método por rondas de Delphi para evaluar sus criterios.

Por último, la triangulación metodológica también fue considerada. En un estudio paralelo a este, se elaboró ESTAN, un instrumento estandarizado cuyo objetivo es evaluar la presencia de las categorías (o pautas diagnósticas) que en el presente estudio se proponen.

Para ello, las expresiones de las sub categorías se convirtieron directamente en ítems de ESTAN y se sometieron a cálculos de validez y confiabilidad en un pilotaje inicial con una muestra de aquejados por diferentes formas clínicas de trastornos de nivel neurótico. Luego el instrumento fue validado en una población mayor y mostró ser válido y confiable (Hidalgo, 2009). Los cálculos matemáticos necesarios en el proceso de validación de ESTAN incluyeron los coeficientes Rho de Spearman y Alfa de Cronbach) (ver Anexo 6).

Así se concluyó el análisis para dar salida al primer objetivo específico del presente estudio.

El proceso de elaboración del segundo objetivo se describe en el tercer Capítulo.

En el seguimiento de los objetivos específicos tercero y cuarto se optó por una combinación de Investigación – Acción con un Estudio de Casos múltiples. Los casos resultaron sendas presentaciones



incrustadas (o inclusivas): Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno Depresivo Recurrente sin síntomas psicóticos.

Esta combinación se empleó en primera instancia para mostrar la efectividad del modelo terapéutico. También permitió profundizar en los mecanismos psicológicos asociados a su efectividad. Se buscó la replicación literal: formas clínicas diferentes de trastornos de nivel neurótico enfrentados con el mismo modelo terapéutico, ofrecieron resultados similares (Rodríguez, Gil, García, 2002).

Se parte aquí, de una asunción básica: la presencia de un grupo de pautas diagnóstico-psicológicas comunes a los trastornos de nivel neurótico, permite la intervención psicoterapéutica planificada al focalizarla en ellas. Su presencia es más relevante para la psicoterapia que otras manifestaciones no psicológicas de los trastornos de nivel neurótico (como su expresión somatizada a forma de salto epigástrico, sudoraciones, temblores, hiperventilación entre otras múltiples, o que su síndrome clínico dominante: ansioso, depresivo, fóbico, disociativo, psicasténico, somatomorfo).

Se asumió para estos objetivos como hipótesis implícita, emergente de la experiencia en la práctica psicoterapéutica con estos aquejados, que la remisión psicoterapéutica de esas pautas diagnóstico-psicológicas generaba una remisión o mejoría de los trastornos de nivel neurótico con independencia de su síndrome clínico particular o su expresión somatizada.

La replicación literal de resultados (ambos casos, tratados con el mismo modelo integrativo de psicoterapia, evolucionaron de manera muy similar) brindó información adicional sobre la legitimidad de las pautas diagnósticas que emergieron en el primer objetivo específico y la esencialidad de las tres primeras.

Para evolucionar estos objetivos específicos (tercero y cuarto), se procedió a evaluar los resultados de la aplicación del modelo integrativo de psicoterapia que emplea el autor (MOPSITAN) con ambos casos en tres momentos: al inicio, al final del tratamiento y aproximadamente al año de concluirlo; sin embargo en consonancia con los resultados que fueron mostrándose y en virtud del carácter emergente de los diseños cualitativos, que siguen la "coreografía propia" de cada estudio particular por la exigencia cualitativa de recolectar y analizar datos simultáneamente (Rodríguez, Gil, García, 2002), se optó por dividir cada caso en dos subgrupos.

El primero agrupó a los que evolucionaban satisfactoriamente, generalmente con la aplicación del submodelo básico de MOPSITAN mostrando al final una elevada efectividad del tratamiento. El segundo a los que evolucionaban con dificultades y precisaban además de recursos del submodelo complementario, mostrando al final una discreta efectividad del tratamiento.



Esta reconsideración “emergente” del diseño se asumió para poder evaluar en profundidad la presencia de mecanismos psicológicos que explicasen las diferencias que fueron apareciendo en la evolución de los aquejados con la aplicación de MOPSITAN y en consecuencia, las diferencias en la efectividad del tratamiento encontrados por el autor.

Para facilitar la exposición de los hallazgos y comparar homogéneamente, cada caso (Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno Depresivo Recurrente sin síntomas psicóticos) el total de 80 aquejados que sumaban los 40 de cada uno, se dividió en dos subgrupos de 20 para cada caso: los que respondían al tratamiento mostrando una elevada efectividad y lo que lo hacían con discreta efectividad. La evaluación de los aquejados (que llegaban siempre remitidos a la consulta del autor con el diagnóstico de una de las dos formas clínicas que constituyen cada caso) descansó en la triangulación de datos y de investigadores.

La triangulación de datos siguió el procedimiento descrito para el primer objetivo.

La triangulación de investigadores comparó el criterio de otros profesionales (jueces) además del autor: el médico general o psiquiatra que remitía el caso, y la evaluadora psicológica (psicometrista) que aplicaba las pruebas estandarizadas. Ellos evaluaban la presencia y gravedad del trastorno según las pautas propuestas por el capítulo V o F de la CIE 10 para los dos casos (Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno Depresivo Recurrente sin síntomas psicóticos).

Esta triangulación y evolución según las pautas del capítulo V o F de la CIE 10 tuvo una intención de confirmación. Si un aquejado con presencia grave del trastorno según las exigencias de este manual portaba todas las pautas sistematizadas por el autor del estudio en la evaluación inicial y evolucionaba remitiendo las pautas del manual en la evaluación final, con una situación similar de las pautas sistematizadas por el autor, entonces se podía asumir también que las pautas sistematizadas resultaban tan propicias para identificar a los trastornos de nivel neurótico (pero con la precisión de hacerlo en la dimensión psicológica) como las invocadas por el manual.

Esta triangulación de investigadores (jueces) sobre la presencia del trastorno descansó en cuatro categorías:

- a) Ausencia del trastorno. Cuando no reunía las pautas diagnósticas invocadas en el Capítulo V o F de la CIE 10.
- b) Baja presencia. Cuando hay una presencia atenuada de las pautas invocadas en el Capítulo V o F de la CIE 10 o incluso de sólo algunas.



- c) Moderada presencia. Cuando la presencia de las pautas invocadas en el Capítulo V o F de la CIE 10 es completa y manifiesta, pero permite al aquejado un desempeño en el que todavía puede prescindir de la ayuda profesional sistemática, aún cuando esto le genere malestar y limitaciones.
- d) Alta presencia. Cuando la presencia de las pautas invocadas en el Capítulo V o F de la CIE 10 es completa y manifiesta, generando un nivel de malestar y limitaciones que llevan al aquejado o sus familiares a solicitar ayuda profesional sistemática.

### **2.6 Consideraciones éticas.**

Esta investigación se adscribió estricta y rigurosamente a un desempeño ético y cuidadoso de la integridad, la salud y el decoro tanto de los pacientes evaluados, como de los intervenidos con el modelo de psicoterapia que se propone.

El consentimiento informado, donde se consultó la aprobación de cada uno de los participantes tanto para llenar los formularios (técnicas y pruebas psicológicas aplicadas en las evaluaciones) o responder a las interrogantes de las entrevistas, como para la aplicación del modelo de psicoterapia que se propone por una parte, con respeto al más estricto anonimato por la otra, resultaron los dos fundamentos cardinales en el tratamiento ético que sigue este estudio.

En "Anexos" (Anexo 7) se incluye el modelo usado.

Debe destacarse que en la medida en que los pacientes arribaban a consulta, luego de la entrevista inicial, se les hacía partícipes de los empeños del autor en la elaboración, validación y estudio de procedimientos psicoterapéuticos para enfrentar el tipo de trastorno que los aquejaba. Se les pidió su consentimiento para, respetando un estricto anonimato, emplear los resultados de su evaluación psicológica con fines investigativos.

En caso de negativa, se respetó siempre la decisión del aquejado y eso no influyó en el tratamiento o su estancia en la consulta.

El protocolo supuso, para los que se negaran, su atención con procedimientos tradicionales. Ningún caso se negó a ser incluido en el estudio.

### **Consideraciones finales.**

La pertinencia de los estudios mixtos en los que la orientación cualitativa facilita tanto desarrollar como enriquecer elaboraciones teóricas desde su apreciación por vía inductiva, permitió en esta investigación la sistematización de un constructo teórico de rango medio que aporta un determinado "sentido de entendimiento" sobre la naturaleza psicológica de los trastornos de nivel neurótico. La visión cuantitativa garantizó la triangulación metodológica desde la objetividad matemática ofrecida por los cálculos de



validez y confiabilidad de un instrumento estandarizado (ESTAN) para evaluar la presencia de las pautas que caracterizan esa naturaleza psicológica de dichos trastornos.

La combinación de un Estudio de casos múltiples con un diseño de Investigación-Acción permitió constatar la efectividad del modelo de psicoterapia integrativa desarrollado (MOPSITAN) y explorar en los mecanismos psicológicos que se asocian a sus diferentes niveles.

**CAPÍTULO III**

**LA SISTEMATIZACIÓN DEL “CONSTRUCTO  
TEÓRICO DE RANGO MEDIO” Y EL  
ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD DEL  
MODELO DE PSICOTERAPIA INTEGRATIVA  
PARA TRASTORNOS DE NIVEL  
NEURÓTICO**





### **CAPÍTULO 3. LA SISTEMATIZACIÓN DEL “CONSTRUCTO TEÓRICO DE RANGO MEDIO” Y EL ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD DEL MODELO DE PSICOTERAPIA INTEGRATIVA PARA TRASTORNOS DE NIVEL NEURÓTICO**

El presente capítulo muestra un escrutinio en profundidad propio de los diseños cualitativos que permitió, en las condiciones de la práctica clínica del autor, ofrecer una mirada desde las posiciones de la integración sobre la unicidad de la naturaleza psicológica de los trastornos de nivel neurótico, a pesar de sus diferentes expresiones clínicas o su inclusión en apartados distintos del Capítulo V o F de la CIE 10 (OMS, 1991).

Se presenta además una valoración de la efectividad del modelo de psicoterapia integrativa para trastornos de nivel neurótico propuesto y de los mecanismos que se asocian a sus diferentes niveles.

Los objetivos del capítulo se centran en sistematizar las pautas diagnósticas que identifican a los trastornos de nivel neurótico en la dimensión psicológica, así como en diseñar, implementar y evaluar la efectividad de un modelo de psicoterapia integrativa orientado por esas pautas.

#### **3.1 La sistematización del “constructo teórico de rango medio” desde la práctica clínica.**

Para el análisis de los datos que permitiese dar salida al primer objetivo específico de la investigación, se optó esencialmente por un diseño de “Teoría Fundamentada” (Strauss y Corbin, 1990, 1998, en Hernández, Fernández, Baptista, 2006). La intención del autor fue sistematizar por vía inductiva un grupo de pautas diagnósticas a fin de caracterizar a los trastornos de nivel neurótico en la dimensión psicológica. Éstas no son un “descubrimiento” suyo, pero su descripción total o parcial sólo desde referentes conceptuales diferentes, generó la necesidad de la sistematización desde las posiciones de



la integración que aquí se realizó. El análisis se centró en los datos que se obtuvieron en la exploración clínico- psicológica de los aquejados que fueron remitidos a su consulta.

Resultó una cifra de 231 sujetos, 168 mujeres (73%) y 63 hombres (27%). Esta prevalencia resulta frecuente (Márquez, 1998; Clavijo, 2002, 2008). De ellos 209 (90%) con residencia urbana y 22 (10%) rural; 123 (53%) bachilleres o técnicos medios, 73 profesionales (32%) y 35(15%) con Secundaria terminada; repartidos en tres grupos etáreos: de 20 a 30 años, 59 (26%); de 31 a 40 años, 95 (41%) y de 41 a 55 años, 77 (33%). Ninguna de estas condiciones supuso diferencias en la expresión de las pautas.

Como se precisó en el segundo Capítulo, se empleó inicialmente un grupo de pruebas que permitió, además de confirmar el diagnóstico que traían los aquejados al ser remitidos a la consulta del autor (en su uso "clásico"), ofrecer una mirada cualitativa, de escrutinio en profundidad para identificar la presencia de pautas diagnóstico-psicológicas que permitieran la caracterización de los trastornos de nivel neurótico.

La búsqueda de categorías (pautas diagnósticas) precisó de la comparación constante de datos - unidades de análisis que emergían del análisis de las pruebas diagnósticas aplicadas- hasta lograr la saturación. Se asumieron como unidades de análisis primarias, las oraciones "en la propia voz" de los aquejados, obtenidas a través de la entrevista semi estructurada en profundidad y la observación participante (datos esencialmente cualitativos), que eran luego comparadas (triangulación de datos) con los ítems de las pruebas estandarizadas (cualificación de datos cuantitativos).

La cualificación de los datos cuantitativos aportados por los instrumentos estandarizados se realizó centrándose en la exploración de sus ítems como unidades de análisis, más que en la cuantificación numérica de sus resultados totales.

El proceso de búsqueda de categorías por vía inductiva se inició siempre por la entrevista semi estructurada en profundidad. Las unidades de análisis se organizaron en virtud de su frecuencia y generalidad de aparición, así como la velocidad de saturación.

De esta forma se inició la búsqueda para sistematizar las categorías (pautas diagnósticas) que en la dimensión psicológica permitiesen caracterizar a los trastornos de nivel neurótico.

En principio, del análisis de la entrevista resultaron evidentes explicaciones de naturaleza psicológica vinculadas con la presencia de estos trastornos.

*... "no sé por qué me está pasando. De verdad no tengo ningún problema grave, pero me paso la vida poniéndome "peros" yo mismo. Veo fantasmas en todas las esquinas y la depresión me ataca todo el*



*día...ni mi mujer, ni mis hijos me han dado motivos, sé que es algo dentro de mi cabeza, pero no me lo puedo quitar de arriba"... (A.R.H. 52 años, masculino, músico).*

La naturaleza "intrapésica", subjetiva y dinámica de estas "unidades de análisis" resultó reiterada en el discurso de los evaluados:

*... "la ansiedad y el miedo me matan. Es algo dentro de mí. Me parece que me va a dar algo, me aterro"... (M.I.L.T. 57 años, femenina, jubilada por trastorno depresivo)*

Los niveles de conciencia (crítica) de éstas abarcaron desde su claro reconocimiento, hasta desconocerlas totalmente.

Muchos podían determinar con exactitud qué situaciones le generaban el malestar, desde cuándo, ante cuáles mejoraban o empeoraban:

*... "la situación se pone crítica cuando me levanto por las mañanas para el trabajo; me dan temblores, sudoraciones, salto en el estómago y unas ganas de irme para el fin del mundo si fuera necesario, pero no para allá. Creo que se debe a los palos que cogí en la auditoría económica. No me gustó nunca ser jefa de nada, pero ahora es peor. Ese Departamento me queda más que grande. Ya llevo dos días con vómitos. El viernes por la tarde me mejoro y paso el fin de semana bien, hasta que se acerca el Lunes, ¡y otra vez la cosa esta!"... (V.S.R. 42 años, femenina, abogada).*

*... "Sé que la situación de enfermedad de mi madre es la causa de mi estado de ánimo. Basta con abrir los ojos y pensar en ella para que comiencen mis temblores, la ansiedad, las flojeras."... (E.M.L.P. 38 años, femenina, secretaria).*

Otros ni siquiera eso, sólo lo sufrían:

*... "me han dicho en todas partes que tengo que poner de mi parte. Le juro que lo he intentado, pero no puedo. Es más fuerte que yo...hay que sentirlo para poder entender lo que estoy pasando. Esto es lo más terrible que me ha pasado. Tengo miedos, ansiedad, intranquilidad. A veces me irrito y al momento estoy llorando. Me estoy volviendo loca y voy a volver locos a todos en mi casa"... (E.H.R. 27 años, femenina, contadora).*

La búsqueda de unidades de análisis en la EAP mostró la saturación de un grupo que confirmaba las que emergieron en la entrevista. Así se detectaron... *"espera que suceda algo durante todo el día sin saber qué pueda ser", "siente el peligro de algo que va a suceder, sin saber cuándo ni por qué", "siente últimamente algo dentro de sí, sin poderlo definir, que no lo deja tranquilo", "se está sintiendo asaltado por pensamientos que le intranquilizan y sobresaltan y no logra explicarse las causas", "siente frecuentemente como si algo no lo dejara respirar, se siente intensamente intranquilo, como si quisiera*



*algo, pero no sabe qué es" y "no puede explicarse ya lo que desea sin poder estar tranquilo en ningún lugar".*

En el Completamiento de frases:... *"lamento no poder resolver esto solo", "me molesta que me digan que ponga de mi parte", "mis nervios están muy mal y no lo puedo controlar", "mi mente me tiene hecho un trapo", "me pone nervioso que se acerque el lunes y tenga que regresar al trabajo", "mi personalidad se ha desmoronado".*

A partir de estas unidades de análisis se consideraron como sub-categorías (o indicadores):

- El reconocimiento consciente (crítica) del malestar generado por los síntomas.
- La probabilidad de que el aquejado pueda llegar incluso a reconocer las situaciones, eventos o condiciones que "disparan" o acentúan sus dificultades, pero en cualquier caso, se evidencia una imposibilidad de cambiar esa situación.

Con estas consideraciones se arribó a la "construcción" (categoría o pauta diagnóstica) **Paradoja esencial de los trastornos de nivel neurótico**. Ella se expresó de manera precisa como sigue:

1. Lograr el reconocimiento consciente (crítica) de situaciones, eventos, contextos o personas que generan malestar y síntomas en el aquejado.  
Reconocimiento de los síntomas como molestos y ajenos a su desempeño habitual. Capacidad incluso de recordar desde cuándo aparecen estos síntomas y su malestar en general.
2. Posibilidad de no lograr ese reconocimiento pero, en ambos casos, se añade una tercera condición:
3. Incapacidad de comportarse o sentirse de otra manera a pesar del reconocimiento (crítica) de esa situación. No logran "poner de su parte" para cambiar. Sus esfuerzos por dejar de comportarse así resultan fallidos.

Esta pauta ha sido enunciada desde las elaboraciones clásicas sobre las neurosis iniciadas por el Psicoanálisis (Freud, 1923, 1924). La investigación la ha seguido invocando luego insistentemente (Alonso, 1989; Tutté, 2004; Wachtel, 2005; Fernandes Da Motta, 2005; Gallese, Eagle, Migone, 2006; Mordoh, Gurevicz, Lombarda, 2006; Cierpka, Stasch, Dahlbender, 2006; Sigales, 2006; Cury, 2007; Abelin-Sas, 2008; Lombardi, 2008; Wolfe, 2008).

La continuidad del análisis se orientó a la búsqueda de otros contenidos. Así también se hicieron evidentes manifestaciones perturbadas en la respuesta emocional de este grupo de personas.

En la entrevista se detectaron unidades de análisis muy ilustrativas:... *"mi hermano viene del extranjero. Me está invitando a pasarnos unos días en un Hotel de Varadero. Mi esposa y la niña están "locas" de*



*embullo con eso y yo me quiero morir. Esta tristeza, este desgano, esta falta de gusto para todo lo que hacen sólo crecen cada día. No me interesa ese viaje"... (L.A.M. 28 años, masculino, dibujante técnico).*

*... "Lo que pasa es que estoy tan nerviosa que ya no puedo más. Puede aliviarse un poco en algunos momentos del día, pero la mayor parte estoy así"... (V.H.N. 41 años, femenina, Lic. en educación).*

*... "Es una agonía todos los días, las semanas. Llevo meses así"... (E.R.V. 34 años, masculino, médico).*

*... "es que esa tristeza me mata. Es un dolor, una opresión en el pecho que no me deja respirar"... (O.H.M. 48 años, masculino, Lic. en educación).*

*... "es ansiedad, angustia, desespero, agitación, pero también a veces es una tristeza, un miedo a todo, unas ganas de llorar, otras quiero volar o salir corriendo y no parar nunca."... (B.R.M. 45 años, femenina, trabajadora del turismo).*

Se buscó confirmación en el análisis cualitativo de las pruebas estandarizadas. En la EAP se constató:

*... "no me siento feliz casi siempre", "he sentido miedo alguna que otra vez", "siento temor sin saber por qué", "me siento melancólico muy frecuentemente", "se me nota el nerviosismo hasta en la voz y los gestos", "siento mucho miedo ante cualquier situación".*

El IDARE también resultó ilustrador: Responden "no" a ítems como:... *"me siento seguro", "me siento calmado", "me siento alegre" y "me siento bien"*; mientras que responden "bastante" o "mucho" a ítems como: *"estoy tenso", "estoy alterado por algún posible contratiempo", "me siento ansioso", "me siento nervioso", "estoy agitado", "me siento a punto de explotar"*. De igual manera, responden "frecuentemente" o "casi siempre" ítems como: *"siento ganas de llorar", "me siento melancólico"*.

En el Inventario de Depresión de Beck:... *"estoy triste y me siento tan desgraciado que sufro mucho"; "estoy tan triste y me siento tan desgraciado que no lo puedo soportar más", "estoy descontento de todo", "lloro con mucha frecuencia, más de lo corriente", "me paso todo el tiempo llorando y no puedo dejar de hacerlo", "me enfado o me irrito con más facilidad que antes", "me preocupo constantemente por mis molestias físicas y mis malestares"*.

En el IDERE también emergen ítems que ilustran la situación. Suelen responder "mucho", o "bastante" a:... *"siento que nada me alegra como antes"*; mientras responden "frecuentemente" o "casi siempre" a:... *"quisiera ser tan feliz como otras personas parecen serlo", "me deprimó por pequeñas cosas"*.

Esta vez se elaboraron como sub-categorías (indicadores):

- Malestar emocional "flotante" generalmente activado sin una causa directa identificable.



- Este malestar se mantiene con una intensidad de grado diferente a lo largo del día, de la semana o del mes.
- Con evolución tórpida y crónica sin tratamiento.

Se optó por la categoría (o pauta diagnóstica) **Trastornos en la respuesta emocional**. Esta se manifestó en:

1. Sensación de estar “aplastado”, agobiado, vencido por las emociones negativas y de no saber qué las hizo aparecer en ese momento.
2. Sensación de que las emociones lo ahogan, lo asfixian y no se las puede “sacar de encima”.
3. Percepción de un futuro carente de esperanzas, sensación de que su malestar emocional no se resolverá.
4. Percepción de gravedad variable de los síntomas emocionales a lo largo de un periodo determinado (día, semana, mes).
5. Afirmaciones que evidencian la tendencia de los síntomas emocionales a mantenerse o a incrementarse gradualmente en la medida que el tiempo (meses, años) transcurre.

Esta resulta la pauta más frecuentemente citada en los estudios sobre el tema (De Castro, 2005; Aguirre, Yazigi, Del Porto, 2006; Montañés, De Lucas, 2006; Savio, 2006; Sigales, 2006; Zubeidat, Fernández, Sierra, 2006; Duncan, 2007; Gómea, 2007; González, 2007; Riveros, Hernández, Rivera, 2007; López, 2007; León-Barúa, 2007; García, de Castro, 2008; Carrasco, Gómez, Staforelli, 2009; Piqueras, Ramos, Martínez, Oblitas, 2009; Luengo, Brotons, Lorente, Herrero, Aguilar, Escartí, González, Leal, Sanjuan, 2009).

La continuidad del análisis permitió, comenzando siempre por la entrevista semi estructurada en profundidad, encontrar unidades de análisis que apuntaban en otra dirección:

... *“ni siquiera tener la computadora en casa mejora mi torpeza. No se trata únicamente de que me estén mirando. Cuando estoy solo en casa, yo mismo me pongo la urgencia. Me equivoco casi igual que en el trabajo”*... (O.C.I. 47 años, masculino, economista).

... *“no soy el de antes, no sirvo para nada”*... (E.O.P. 42 años, masculino, economista).

... *“lo intento constantemente, es una lucha para que no se me note, pero supongo que de verdad no lo puedo ocultar, esto es más fuerte que yo”*... (M.M.L.H, 58 años, masculino, Lic en educación).

... *“no me puedo controlar. Estoy tan torpe e inseguro que nadie que me conociera antes lo podría creer. Mi hijo adolescente es más seguro que yo”*... (J.M.R.H. 36 años, gineco-obstetra).

En el IDARE:... *“se pierde cosas por no poder decidirse rápidamente”*.



En la EAP aseguran ... *"no puedo soportar la intranquilidad y me entran deseos de caminar sin parar por mucho tiempo", "me parece insoportable esperar", "las labores difíciles me hacen temblar y sudar", "me pone nervioso tener que esperar hasta el punto que actualmente me parece insoportable", "tengo momentos en que pierdo la noción total de lo que estoy haciendo", "gasto actualmente más energía preocupándome por algo que tengo que hacer, que la energía que gastan otros o que gastaría yo mismo en hacerlo".*

En el inventario de Depresión de Beck se registraron también interesantes unidades de análisis:... *"ahora tengo constantemente la sensación de que hago las cosas mal o de que no valgo nada", "ya no puedo tomar decisiones sin que me ayude alguien a hacerlo", "ahora me siento completamente incapaz de tomar ninguna decisión, sea la que sea", "ya no trabajo tan bien como antes", "tengo que hacer un gran esfuerzo para realizar cualquier cosa".*

En el IDERE:.. *"me ahogo en un vaso de agua".*

En este caso se elaboraron como sub-categorías (o indicadores):

- Dificultades para controlar sus impulsos.
- Falta de madurez del YO y consecuentemente disminución en la capacidad de tomar decisiones o ajustar su conducta para desempeñarse eficazmente ante situaciones demandantes.
- Dificultades para lograr un desempeño conductual fluido y sin errores reiterados.
- Pérdida del sentido de orientación ante lo cotidiano.

A tenor con esas carencias de autocontrol, se identificó la categoría (o pauta diagnóstica) **Trastornos del autocontrol conductual**. Ella se expresó en:

1. Sensación de sucumbir a impulsos, a emociones primarias, a "prontos".  
Evaluación, posterior al desempeño, de no haber pensado las cosas antes de actuar.
2. Percepción de inseguridad o angustia de no saber escoger entre opciones, o de no saber qué hacer ante situaciones de la vida cotidiana.  
Sensación de desconfianza, inconformidad, inseguridad sobre la pertinencia o adecuación de elecciones tomadas o con comportamientos asumidos ante retos cotidianos.
3. Conducta cotidiana torpe, irregular y con errores de coordinación motora.
4. Sensación de estar perdido, de no saber qué hacer o por dónde empezar ante las demandas cotidianas.



Las dificultades en el autocontrol fueron centro de atención de las posiciones conductistas. El desarrollo de estrategias de autocontrol ha sido un lugar común en la "Terapia de Modificación de Conducta" (Carnwath y Miller, 1989; Caballo, 1995). Estas dificultades continúan invocándose en los pacientes con trastornos de nivel neurótico (La Rivera, 2005; Espíndola, Morales, Díaz, Pimentel, Meza, Henales, Carreño, Ibarra, 2006; Rodríguez, Sónora, 2007; Roemer, Orsillo, Salters-Pedneault, 2008; Kanter, Manos, Busch, Rush, 2008; Ruiz, Cano, 2008; Sosa, 2009; Folch, Soler, 2009).

El análisis continuó con idéntica intención: encontrar unidades de análisis que al saturar, permitiesen la sistematización por vía inductiva de categorías (pautas diagnósticas) para la caracterización psicológica de estos trastornos.

La entrevista mostró esta vez nuevas unidades:

... *"no quiero saber de nadie, no estoy en condiciones, lo único que quiero es sacarme esto de arriba"*... (A.L.T. 56 años, femenina, ama de casa).

... *"no me interesa saber del mundo, con mis problemas no puedo, así que menos con los de la gente"*... (I.R.V. 46 años, femenina, Lic en Educación).

... *"si por mi fuera, no salía de mi cuarto. Con mi mujer en la casa es suficiente. No me quiero quedar solo, pero tampoco quiero a nadie. Solo no puedo, pero más de dos es para mi un tumulto"*... (A.R.H. 52 años, masculino, músico).

... *"me gustaba hablar, relacionarme con la gente, pero ahora me agobian. No quiero saber de nadie que no sea mi hijo, mi esposo o mi hermano"*... (E.C.H, 63 años, femenina, ama de casa).

En la EAP se muestra cómo a pesar de necesitar de amigos refieren:... *"me es muy fácil decepcionarme con la gente", "dificultades para comunicarme con recién conocidos", "no creo caerle bien a la mayoría de la gente que conozco", y "no agrado por estar con grupo de amigos"*.

En el IDARE,... *"me afectan tanto los desengaños que me es imposible quitármelos de la cabeza"*...

En el Inventario de Depresión de Beck,... *"he perdido casi por completo el interés hacia los demás"* y *"siento poca simpatía por otras personas"*, o *"los demás no me interesan nada"* y *"todo el mundo me es totalmente indiferente"*.

Con esta óptica, las subcategorías (o indicadores) que emergen del análisis fueron:

- Apatía, desgano o incapacidad para hacer vida pública.
- Incomodidad por la presencia de personas no íntimas (sólo desean la compañía de las muy cercanas).



- Deseo de aislarse y evitar la asiduidad de relaciones interpersonales pudiendo producirse agresividad defensiva.

La categoría (o pauta diagnóstica) elaborada fue **Trastornos en las relaciones interpersonales** que se expresa en:

1. Percepción de apatía, desgano o incapacidad para mantener su vida pública habitual.
2. Sensación de desagrado ante la presencia de personas no íntimas (sólo aceptan a las muy cercanas).
3. Reconocer la preferencia de mantenerse aislado o evitando el contacto con otros.
4. Emisión ocasional de conductas agresivas, verbales o físicas, para mantener el aislamiento.

La valoración de los trastornos de nivel neurótico en la literatura especializada ha incluido también el reconocimiento de esta pauta (Montes, Conde, Saíz, 1998; Oros, 2005; Fonseca, Pacini, 2006; Martínez, Calvo, Rodríguez, 2006; Vidal, 2006; Campos, Sotolongo, Santader, 2008; Ordóñez, 2008; Thompson, Frydman, Lombardi, 2008; Adserá, 2009; Ubilla, 2009).

La continuidad del estudio en la búsqueda de otros contenidos, mostró nuevas unidades de análisis:

En la entrevista:

*... "además, en el trabajo me va pésimo, se me olvidan las cosas, no me concentro, sólo pienso en mis problemas, es como si no me sirviera la experiencia de tantos años"... (M.E.Z.P. 48 años, femenina, técnico en planificación física).*

*... "hasta bruta me he puesto, me equivoco en boberías, y eso que siempre estuve orgullosa de lo que dominaba mi puesto de trabajo"... (Y.G.B. 43 años, femenina, secretaria).*

*... "no le digo con esto yo sea un súper talento, pero tengo experiencia, siempre he tenido mis cosas al día,... pero ahora no tengo cabeza para nada. Me lleva el doble del tiempo y esfuerzo todo; lo que hacía en dos días ahora me lleva una semana, y con errores"... (L.C.A. 23 años, masculino, técnico industrial).*

*... "sí sigo así hasta el trabajo voy a perder, tengo la cabeza en mis problemas, sólo pienso en eso. Se me olvidan cosas importantes, dejo de hacer informes, no apunto recados, olvido reuniones,...pa´ qué, soy un desastre"... (B.C.N. 32 años, femenina, secretaria docente).*

*... "me siento tan mal que pospongo constantemente el trabajo que antes hacía en un ratico"... (I.M.P. 34 años, femenina, Lic educación).*

Los ítems que permitieron la valoración cualitativa de las pruebas estandarizadas arrojaron las siguientes unidades de análisis, en virtud de la saturación producida por comparación constante.



En la EAP:... *"se siente cansado la mayor parte del tiempo"*.

En el IDARE:... *"algunas ideas poco importantes pasan por mi mente", "cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado"*.

En el IDERE:... *"me siento incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeño que sea"*.

En el Inventario de Depresión de Beck:... *"tengo que hacer un gran esfuerzo para realizar cualquier cosa"*.

De tal forma, se consideraron sub categorías (o indicadores):

- Incapacidad para resolver tareas intelectuales con niveles de rendimiento similares a los habituales antes de la aparición del trastorno.
- Dificultades para concentrarse.
- Merma o fluctuación de la productividad intelectual.

La categoría resultante (o pauta) se nombró entonces: **Fluctuaciones del rendimiento intelectual**. Ella se expresa en:

1. Disminución de la capacidad para entender y realizar tareas intelectuales con la facilidad y rapidez habituales.
2. Dificultades para la concentración.
3. Sensación de incapacidad o fluctuaciones de la capacidad ante los retos intelectuales habituales en general.

Su expresión, aunque difiere de un aquejado a otro, resultó la de más lenta saturación en esta etapa del estudio. Cabe señalar que, aunque el autor confía en su presencia cuando se describe la naturaleza psicológica de los trastornos de nivel neurótico, según la presente investigación resulta la categoría de mayor fluctuación y presencia más individualizada entre los aquejados.

Con denominaciones diferentes: bloqueo neurótico del pensamiento, inhibición neurótica o emocional del pensamiento, alteración dinámica de la capacidad de trabajo intelectual, rumiación neurótica del pensamiento entre otras, esas manifestaciones también han sido identificadas en el estudio de estos trastornos (Abella, 1991; Oriol, 1991; Alonso, Mendoza, 2003; Casanova, Herrera, Fernández, 2003; Villa, 2005; Micca, 2006; Palma, Tapia, 2006; Sánchez, 2006; De Castro, Salamanca, 2007; Sánchez, 2009).

La insistencia en la búsqueda de unidades de análisis que por saturación indicaran la presencia de otras categorías, remitió una vez más a la entrevista. Los datos continuaron así mostrándose:



...*"a decir verdad, hasta lo más simple me acobarda. No sé cómo enfrentarme a las cosas. A veces son boberías, pero no puedo"*... (Y.M.V. 22 años, masculino, estudiante).

...*"estoy tan mal que no me reconozco, no puedo hacer nada sola, tengo que pedir opinión siempre a otros"*... (A.G.H. 63 años, femenina, ama de casa).

...*"sin mi hija no puedo ir a ningún lugar, no sirvo ya para nada sola."*... (P.C.S.C. 59 años, femenina, cocinera).

...*"me parece que se me va a salir el corazón cuando estoy solo antes de salir al escenario. Tengo que pedirle a alguien de la orquesta que me acompañe. Sudo tanto como ahora aquí"*... (A.R.H. 52 años, masculino, músico).

...*"quiero a alguien siempre conmigo. No puedo quedarme sola. Tengo loca a mi madre que es una anciana, y mis hijos tienen que estudiar, mi esposo trabaja."*... (M.I.L.T. 68 años, femenina, retirada por trastorno neurótico).

En la EAP se encontraron respuestas afirmativas a items como el que explora *"dificultades para hablar con gente acabada de conocer"*, o el que precisa si les *"falta confianza en sí mismos"*.

En el IDARE refieren una acentuada *"falta de confianza en sí mismo y de seguridad"*, y una *"carencia de estabilidad mantenida"*.

En el Completamiento de frases se refiere que *"me gustaría estar calmado"*, que *"fracaso muy frecuentemente"* o *"soy muy tenso y miedoso"*.

Se definieron a partir de ellas las sub categorías (o indicadores):

- Sensación de incapacidad y falta de confianza en si mismo.
- Sentimientos de dependencia.
- Minusvalías múltiples (imagen corporal, desempeño profesional, adecuación a sus roles familiares).

Así, contextualizada en su real expresión en los aquejados la categoría (o pauta) devino **Deterioro de la autoestima**, que se expresa en:

1. Percepción de inseguridad ante los retos de la cotidianidad, carencia de confianza, incluso ante eventos triviales.
2. Necesidad de compañía (que se centra en personas íntimas o muy cercanas).
3. Necesidad de aprobación u orientación por parte de personas íntimas o muy cercanas.
4. Sensación de incapacidad para afrontar tareas o retos cotidianos de su vida laboral, familiar, personal.



Los trastornos de la autoestima y sus negativos efectos han recibido siempre evidencia investigativa en esta área (Rosenberg, 1985; Hurtado, 2002; Oliván, 2002; Herrero, Rondón, 2005; Ruggeri, Nosé, Bonetto, 2005; Baldwin, Baldwin, Ewald, 2006; Oramas, Santana, Vergara, 2006; Ferreras, 2007; García, Ruiz, Gallego, Marqués, Ledo, Gómez, 2007; Roqué, 2008).

Finalmente, la comparación constante permitió identificar un nuevo grupo de unidades de análisis que terminaron saturando por reiteración.

Las entrevistas identificaban expresiones muy similares del tipo:

*...“estoy que no me interesa nada, ni mi trabajo, ni mi casa, ni la comida, ni mejorar. Me da lo mismo una cosa que otra. Las ilusiones se me murieron”... (R.M.C. 49 años, desocupado).*

*...“mejorar la casa, la vida, adquirir algunas cosas que le hacen la vida agradable a uno me mantuvieron siempre luchando, pero ya no me interesa, no me llaman esas cosas,...ni ninguna. Estoy vivo porque Dios quiere, pero nada me interesa”... (A.G.N.D. 61 años, masculino, tornero).*

En las pruebas psicológicas también se identificaron.

En el Inventario de Depresión de Beck se precisó: *...“he perdido casi por completo el interés hacia los demás y siento poca simpatía por otras personas”, “los demás no me interesan para nada y todo el mundo me es totalmente indiferente”.*

En la EAP afirma que le *“lucen sin esperanzas el futuro”, “me siento aburrida la mayor parte del tiempo”.*

Para identificar su presencia, se consideraron las sub categorías (o indicadores):

- Concreción o reducción de los intereses, gustos, preferencias e inclinaciones habituales del individuo, dejando de movilizar su comportamiento y desarrollando una apatía ante eventos, situaciones, actividades, locaciones y personas que antes lo motivaban.
- Puede pasar por estadios en que sólo hablan, piensan y se concentran en sus dolencias psicológicas.
- Puede terminar con una involución tan severa que lleva a la idea suicida.

La categoría (o pauta diagnóstica) elaborada resultó, el **Trastorno de los intereses**. Su expresión se concretó a:

1. Refieren disminución de sus intereses, gustos, preferencias e inclinaciones habituales e informan que ya no los mueven a la actuación.
2. Refieren que últimamente sólo piensan, hablan o se interesan por sus dificultades actuales.
3. Informan que tienen o han tenido ideas suicidas o asociadas a terminar sus sufrimientos.



Desde los trabajos clásicos de Víctor Frankl que elevó esta pauta al rango de esencial para el diagnóstico de las neurosis noógenas (Frankl, 1987), la atención de los expertos no ha dejado de considerarla (Oriol, 1991; Alonso, 1996; González, 2006; González, 2007; Luty, Carter, Mckenzie, Rae, Frampton, Mulder, Joyce, 2007; Campos, Sotolongo, Santander, 2008; Markowitz, Friedman, Arent, 2008; Aquino, 2009).

Una vez sistematizadas estas categorías, el proceso de análisis se centró en buscarles un “sentido de entendimiento”. Cada nuevo aquejado evaluado, además de permitir la confirmación de su presencia, facilitaba considerar su intensidad y forma concreta de presentación.

Habida cuenta que los diseños cualitativos suelen solapar unos con otros (Rodríguez, Gil, García, 2002; Hernández, Fernández, Baptista, 2006), se recurrió a la evidencia que emergía de la práctica psicoterapéutica del autor y colaboradores con estos trastornos. Según su experiencia la intervención sobre tres de las categorías (pautas) tenía un efecto directo: la significativa atenuación del trastorno (lo que será clarificado con mayor detalle en el análisis que muestra el cumplimiento del resto de los objetivos específicos de esta investigación).

Estas tres categorías resultaron ser: la **Paradoja esencial de los trastornos de nivel neurótico**, los **Trastornos en la respuesta emocional** y los **Trastornos del autocontrol conductual**.

Emergieron como resultado de un proceso de triangulación: de los datos obtenidos por un diseño de Teoría Fundamentada con los de un diseño de Investigación-Acción, a los que se añadió la no menos importante velocidad de saturación: en estas tres categorías resultó significativamente mayor que para las restantes. Además su presencia fue general: se encontraron en todos los aquejados evaluados.

Resulta menester traer a colación nuevos datos que ilustran el proceso que siguió la elaboración del modelo integrativo de psicoterapia que se propone en este estudio. Cuando éste se iba construyendo, emergió un hecho que por su reiteración, obligó al autor a modificarlo. Muchos pacientes regresaban a terapia, luego de producirse el alta, en un lapso de tiempo que podía oscilar entre unos meses y cuatro o cinco años. Lo hacían con un cuadro sintomático que podía ser tan intenso como la primera vez.

El diseño de los procedimientos terapéuticos entonces empleados suponía una integración de procedimientos comportamentales y cognitivos. Se decidió incluir una nueva etapa –corría entonces el 1994-. Esta vez con recursos psicodinámicos. La intención del autor era lidiar con las posibles causas intrapsíquicas de las manifestaciones sintomáticas de los aquejados, en tanto se adscribía a consideraciones como la que precisa:... “parece claro que los síntomas de la mayoría de los trastornos



emocionales o conductuales están generados por una variedad de determinantes “profundas”... (Wolfe, 2008, p. 298).

La inclusión de una nueva etapa en el modelo, centrada más en componentes dinámicos, de la subjetividad y el mundo interno de los participantes, mejoró el problema. Después de esa modificación disminuyeron las recidivas.

Con esta evidencia el autor asume un “constructo teórico de rango medio” sobre los trastornos de nivel neurótico que le permitió organizar su modelo psicoterapéutico. En principio las siete categorías se evidenciaron como “ausencias o carencias” en los aquejados. Fueron concebidas como las categorías (pautas) que identificaban la naturaleza o dimensión psicológica de los trastornos de nivel neurótico.

Surgió así un “tema” para englobar a todas las categorías: **Pautas diagnósticas que desde la dimensión psicológica, definen a los trastornos de nivel neurótico en pacientes adultos.**

Como categoría central se propone a la **Paradoja esencial de los trastornos de nivel neurótico**, la evidencia aportada por la triangulación de los datos obtenidos a través del diseño de Teoría Fundamentada, con los aportados por los resultados de la psicoterapia (Investigación-Acción), la universalidad de su presencia en todos los aquejados y la velocidad de saturación resultaron determinantes en esta elección.

A ellas se unen otras dos categorías que también fueron seleccionadas en virtud de su velocidad de saturación, nivel de generalidad y los resultados de la intervención psicoterapéutica (el modelo integrativo desarrollado por el autor focaliza su acción en esas tres categorías).

Estas son los **Trastornos en la respuesta emocional** y los **Trastornos del autocontrol conductual**.

Este “sentido de entendimiento” que emerge del comportamiento de las categorías (pautas) en el presente estudio, permitió elaborar consideraciones teóricas.

Los trastornos de nivel neurótico son aquí apreciados como complejos fenómenos multidimensionales. En la dimensión psicológica destacan un grupo de categorías que son propuestas como pautas diagnósticas: la **Paradoja esencial de los trastornos de nivel neurótico**, los **Trastornos en la respuesta emocional**, los **Trastornos del autocontrol conductual**, los **Trastornos en las relaciones interpersonales**, el **Trastorno de los intereses**, las **Fluctuaciones del rendimiento intelectual** y el **Deterioro de la autoestima**.

Como se apuntó, se agrupan bajo el “tema”: **Pautas diagnósticas que desde la dimensión psicológica, definen a los trastornos de nivel neurótico en pacientes adultos**. Todos ellos bajo el “patrón” **Trastornos de nivel neurótico en adultos**.



Para confiar en su análisis, el autor regresó reiteradamente a las unidades de análisis con el objetivo de corroborar su “constructo teórico de rango medio” en el discurso de los pacientes, un recurso de triangulación muy empleado en los diseños cualitativos (Rodríguez, Gil, García, 2002; Hernández, Fernández, Baptista, 2006). Finalmente, en aras de contrastar con criterios más “objetivos” de valoración, en la búsqueda de confiabilidad (dependencia) para estas categorías (pautas diagnósticas), ellas y sus sub categorías (indicadores), así como sus expresiones concretas, fueron sometidas a las consideraciones de un grupo de 15 expertos mediante el Método por rondas de Delphi (ver Anexo 4). Ellos fueron 14 psicólogos y un psiquiatra.

Se necesitó de una sola ronda para lograr un nivel de consenso que las legitimaba.

Los expertos acumularon todos más de 15 años en la práctica clínica asistencial o en la investigación asociada a los trastornos de nivel neurótico (cinco más de los asumidos como requisito de inclusión).

Aunque es una práctica común buscar al menos una segunda ronda en el método propuesto por Delphi cuando aparece consenso desde la primera (Hidalgo, 2009), en este estudio se desestimó en virtud de que, una vez obtenida la aceptación de los expertos, en una investigación paralela a esta en que el autor trabajó con sus colaboradores (Francisco, García, Hidalgo, Márquez, 2009), se tradujeron los indicadores y su expresión directamente en ítems para crear un instrumento que permitiese evaluar el riesgo o la presencia de trastornos de nivel neurótico desde la perspectiva de estas pautas psicológicas (ver Anexo 5).

El instrumento (a forma de escala Likert y llamado ESTAN) fue inicialmente piloteado en 50 aquejados con diagnósticos de alguna de las formas de trastornos de nivel neurótico según las pautas del capítulo V o F de la CIE 10. Los resultados de este pilotaje permitieron en un segundo momento ampliar la muestra hasta 209 sujetos.

La validez se probó con resultados que mostraron la elevada correlación interna primero entre las pautas y sus indicadores y luego entre ellas mismas a través del coeficiente Rho de Spearman para una significación de 0,01. La confiabilidad, calculada a través del alfa de Cronbach, mostró un coeficiente de correlación de 0,918.

Estos cálculos mostrados en “Anexos” (ver Anexo 6), añadieron criterios cuantitativos sobre la validez y confiabilidad de las categorías (pautas diagnósticas) sistematizadas en este estudio. Se trata de un proceso de triangulación metodológica que se añade a la triangulación de investigadores.

Es preciso apuntar que aún cuando en la dimensión psicológica ese grupo de pautas diagnósticas caracterizan el funcionamiento de los aquejados (imponiendo ciertas tendencias generales de



funcionamiento que “tipifican” el denominador “nivel neurótico”), este tiene múltiples variantes de expresión individual en virtud del carácter sui géneris e irrepetible del proceso de formación de la personalidad (su expresión idiográfica).

La categoría central, **Paradoja esencial de los trastornos de nivel neurótico**, evidencia la consideración mantenida por el autor sobre las determinantes de los síntomas de nivel neurótico. Ellas resultan formaciones intrapsíquicas, “profundas”, que se expresan y gratifican en aquellos. Los **Trastornos en la respuesta emocional** y los **Trastornos del autocontrol conductual**, resultan las áreas de expresión directa y más común de estas causas “profundas”.

El resto de las categorías o pautas diagnósticas en esta dimensión psicológica, se asocian a las dificultades que al funcionamiento personal, imponen las tres primeras.

Los **Trastornos en las relaciones interpersonales** obedecen a la focalización del aquejado en sus dificultades emocionales y sus problemas para auto controlarse, esas se evidencian como razones que lo llevan a evitar el contacto social o lo hacen patológicamente dependiente de personas muy íntimas. Recuérdese este fragmento de entrevista... *“me gustaba hablar, relacionarme con la gente, pero ahora me agobian. No quiero saber de nadie que no sea mi hijo, mi esposo o mi hermano”*... (E.C.H, 63 años, femenina, ama de casa).

El **Deterioro de los intereses** también guarda una estrecha relación con las categorías centrales. Abrumados por su malestar emocional, con o sin reconocimiento de las situaciones que lo provocan y víctima de reiterados y fallidos intentos de “poner de su parte”, de controlarse, los aquejados son consumidos por sus dificultades. Su pensamiento y vivencias están centrados en ese malestar, así el resto de sus antiguos intereses pierde su poder motivacional, concretándose. La afirmación antes citada de uno de ellos lo ilustra... *“estoy que no me interesa nada, ni mi trabajo, ni mi casa, ni la comida, ni mejorar. Me da lo mismo una cosa que otra. Las ilusiones se me murieron”*... (R.M.C. 49 años, desocupado).

Las **Fluctuaciones del rendimiento intelectual** no evidencian en este estudio obedecer a causas diferentes: el malestar emocional y las dificultades de autocontrol hacen que los aquejados disminuyan su capacidad de concentrar la atención; con ello, aparecen altibajos en su rendimiento intelectual. La frase más común resulta... *“ahora no tengo cabeza para eso”*... (M.P.D. 29 años, masculino, tornero).

El caso del **Deterioro de la autoestima** merece un comentario adicional. El autor considera que también deriva de las tres categorías esenciales. Percibir que sus esfuerzos resultan estériles para cambiar la situación que los agobia, incluso conociendo sus causas o condiciones desencadenantes;



sufrir la intensidad asfixiante de su malestar emocional son condiciones que generan dependencia, inseguridades y minusvalías. Los aquejados lo hacen muy claro en sus reclamos:.. *“a decir verdad, hasta lo más simple me acobarda. No sé cómo enfrentarme a las cosas. A veces son boberías, pero no puedo”*... (Y.M.V. 22 años, masculino, estudiante).

No obstante, resulta prudente no perder de vista la necesidad de asumir el análisis de datos con un carácter sistémico.

Podía suceder a la inversa, o sea, que fueran los trastornos de la autoestima una causa condicionante de las dificultades identificadas en las tres categorías esenciales, o incluso que entre ellos se estableciese un circuito de retroalimentación circular, sin embargo el autor considera que en estos casos, la explicación ofrecida en el párrafo anterior es más plausible. Resultados que se expondrán con mayor detalle en el análisis del resto de los objetivos específicos de este estudio soportan su criterio.

Una valoración adicional está condicionada por la necesidad de explicar la exclusión de esta pauta del grupo de las tres esenciales en el diagnóstico psicológico de los trastornos de nivel neurótico que aquí se propone.

Los mecanismos de regulación personal han sido especialmente considerados en varios intentos de ofrecer modelos teóricos de personalidad (Rogers, 1951, 1961, 1986; Maslow, 1968, 1970; Bandura, 1977, 1986; González, 1990). En ellos se ha concedido central importancia a procesos auto valorativos como el autoconcepto, la autovaloración, la autoeficacia, la autorrealización, la autoactualización, o la autoestima. Sin embargo en el caso de los trastornos de nivel neurótico, los resultados investigativos del autor son interpretados de una manera específica.

La comparación de los datos obtenidos por Teoría Fundamentada con los resultados de la intervención psicoterapéutica (Investigación–Acción) hizo evidente que la autoestima solía mejorar como consecuencia de la reducción o desaparición primero de las tres categorías centrales y de la paulatina recuperación del resto después.

El reconocimiento de mecanismos intrapsíquicos, dinámicos asociados a los síntomas, la mejora del autocontrol, la desaparición del malestar emocional y la recuperación posterior de la capacidad para restablecer y disfrutar de sus relaciones interpersonales, la recuperación de los intereses y la mejora del rendimiento intelectual, se evidenciaron como las razones que explicaban el ulterior y “espontáneo” restablecimiento de la autoestima (Hernández, 1997; Lima, 1997; González, Gómez, 1997; Márquez, 1998, 2009).



No se excluye la posibilidad, insistiendo en el análisis sistémico, que una vez estabilizada la autoestima refuerce la recuperación de las tres categorías o pautas esenciales y del resto, sin embargo, por su lentitud de recuperación, aparentemente condicionada a la previa recuperación de las tres esenciales en un inicio y a las otras tres después, se excluyó del grupo de las primeras.

Resulta entonces que dentro del “patrón” **Trastornos de nivel neurótico**, una de sus dimensiones (evidentemente no la única, pero definitivamente la que más parece importar a la Psicología) emergente es el “tema” **Pautas diagnósticas que desde la dimensión psicológica, definen a los trastornos de nivel neurótico en pacientes adultos.**

Las categorías que constituyen estas pautas quedaron precisadas: **Paradoja esencial de los trastornos de nivel neurótico, Trastornos en la respuesta emocional, Trastornos del autocontrol conductual, Trastornos en las relaciones interpersonales, Trastorno de los intereses, Fluctuaciones del rendimiento intelectual y Deterioro de la autoestima.** Las tres primeras son vitales, al menos para el abordaje psicoterapéutico y aquí se consideran **esenciales o nucleares en la definición psicológica de estos trastornos.**

La próxima figura ilustra el constructo teórico de rango medio elaborado sobre la caracterización psicológica de los trastornos de nivel neurótico.

Se cierra así el análisis del primer objetivo de este estudio. Su aporte se centra en dos direcciones:

- En la teórica: la propuesta de un constructo teórico de rango medio que ofrece una explicación sobre la naturaleza del funcionamiento psicológico de los adultos aquejados por trastornos de nivel neurótico. Se agrupan siete pautas diagnósticas, que han sido habitualmente enunciadas desde referentes conceptuales diferentes (psicodinámico, comportamental, cognitivo, existencial). En este estudio, emergen de la investigación del autor que las sistematiza con una mirada integrativa. Se precisa el carácter nuclear de tres de ellas y su relación con el resto para dar sentido de entendimiento.
- En el plano de la práctica clínica: Las pautas que se sistematizan resultan útiles para el trabajo en la clínica asistencial. Bajo esta concepción se desarrolló una investigación que creó y validó un instrumento para su diagnóstico estandarizado (ESTAN) que puede ser consultado en los Anexos de la presente tesis (anexo 5).

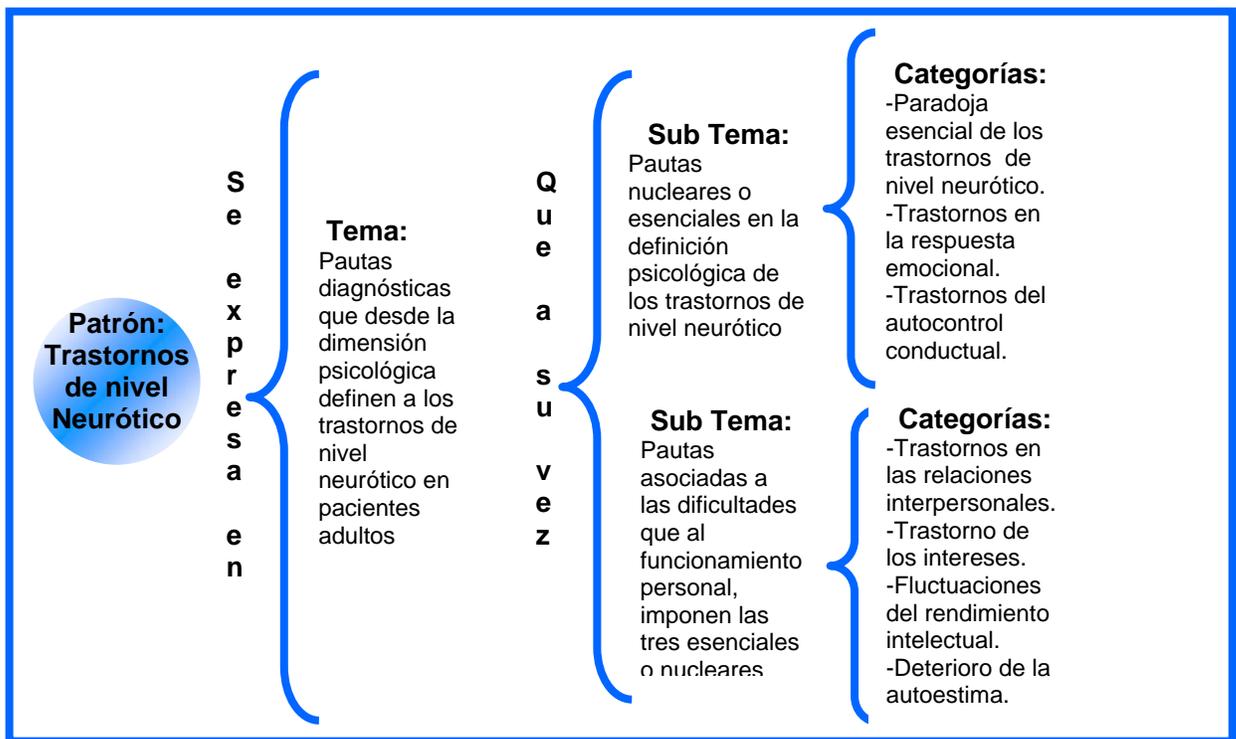


Figura 2. Caracterización psicológica de los trastornos de nivel neurótico.

Una vez finalizado el escrutinio con profundidad, que permitió dar salida al primer objetivo específico, el análisis se centró en el resto de los objetivos específicos de la investigación.

### 3.2 Diseño e implementación de MOPSITAN. Los mecanismos psicológicos asociados a su efectividad.

Esta vez se escogió un diseño de Investigación – Acción que combinó con un estudio de Casos múltiples (Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno Depresivo Recurrente sin síntomas psicóticos), en el contexto de la práctica profesional de la psicoterapia. Esta decisión está precedida por una explicación a modo de prefacio que da salida al segundo objetivo específico.

El surgimiento del modelo de psicoterapia cuya efectividad es objeto de estudio (entre 1988 y 1997) se asociaba a una urgencia de la práctica profesional del autor: la necesidad de asumir el tratamiento de trastornos de nivel neurótico que eran remitidos o inter-consultados con el servicio de Psicología por los médicos de familia.



Cuando esta propuesta surgía en 1988 (no era entonces un modelo, sino una estrategia terapéutica para tratar a esos aquejados), la formación profesional del autor, identificado con la Psicología materialista dialéctica y sus postulados, gravitó de manera importante en su elaboración.

En principio la categoría “actividad objetal” (Leontiev, 1975) con la que el autor estaba familiarizado y su vínculo, al menos en algunos de sus aspectos con los conceptos de “conducta externa” que defendían las terapias comportamentales y cognitivas, supusieron el “entorno epistemológico” de partida: la estrategia empleó entonces procedimientos comportamentales y cognitivos, bajo el supuesto que manipulando la conducta o actividad externa (no exactamente idénticos en el plano teórico, pero con las suficientes similitudes externas como para aprovecharlas), se podrían producir cambios en las manifestaciones psicológicas y síntomas de los aquejados.

El Control Consciente de Tensiones (ver “Apéndice Especial”), resultó un procedimiento de autocontrol que el autor propuso desde entonces, confiando en la posibilidad de “manipular afuera” (en la relación “externa”), para inducir los cambios “adentro” (en las formaciones psíquicas internas).

Poco tiempo después (1993-1994), los resultados del tratamiento obligaron al autor a introducir cambios en la estrategia: muchos pacientes regresaban, después de terminar asintomáticos, con importantes recaídas; algunas tan o más intensas que la primera vez.

Una mirada histórica explica también las modificaciones que el autor realizó a su manera de intervenir: la tendencia general en la filosofía cubana al electivismo (Leiva, 1999; González, 2009) que se ha traducido en esa postura idiosincrásica que caracteriza la versatilidad de producción adaptativa en Cuba (Ortiz, 2008), tuvo su papel.

Por un lado, incluso la Psicología Clínica y Psiquiatría marxistas en la antigua URSS optaron por la búsqueda de las “causas internas” (reflejos condicionados con un valor señal patógeno), asociadas a las “neurosis” con técnicas muy similares a las psicoanalíticas: conversaciones largas y reiteradas poniendo en claro las diversas circunstancias de la vida del paciente, experimento asociativo verbal, estudio de los sueños del enfermo, restablecimiento en la memoria de sucesos olvidados mediante interrogatorio en hipnosis, estudio de asociaciones libres y los recuerdos que afloran en ellas (Sviadosch, 1961).

Por otro, no podía desestimarse que el tratamiento estaba desarrollándose y moldeándose a tenor con los resultados que iba ofreciendo. Esto llevó a la introducción de dos nuevas etapas en la estrategia que seguía: una segunda de corte psicodinámico, orientada a explorar las formaciones intrapsíquicas asociadas a las causas de los síntomas externamente observables (Wolfe, 2008) y una tercera que, con



una combinación de procedimientos y técnicas psicodinámicas, comportamentales y cognitivas, pretendía modificar o atenuar estas formaciones intrapsíquicas sustituyéndolas por conductas alternativas.

La aplicación de la estrategia terapéutica y su seguimiento permitió, por retroalimentación, detectar nuevos datos que llevaron a la evaluación conceptual de los trastornos de nivel neurótico que se ofreció en el análisis del primer objetivo específico de este estudio. Así se expresaba naturalmente la secuencia de ciclos en espiral que tipifica a la Investigación – Acción (Sandín, en Hernández, Fernández Collado, Baptista, 2006)

A partir de entonces empezó a considerarse como “modelo psicoterapéutico”, en tanto se orientaba por un constructo teórico de rango medio (elaborado por Teoría Fundamentada a partir de su experiencia clínica) sobre los trastornos de nivel neurótico que el autor defiende.

MOPSITAN es un modelo integrativo de psicoterapia que responde a una consideración de principios del autor: el alivio del displacer de los aquejados es su máxima premisa, además de una exigencia ética inexorable. Es, a tenor con esta condición, susceptible a cambios; no obstante, se considera elaborado en esencia desde 1997.

Aunque no tiene modificaciones sustanciales ni en la estructura, ni en el orden de aplicación cronológica de las etapas, ni en los paradigmas conceptuales de que se nutrió, ni en las técnicas particulares a emplear desde 1994, la sistematización del modelo teórico sobre los trastornos de nivel neurótico que defiende el autor (presentados en el análisis del primer objetivo) ofrece una explicación más precisa para justificar su efectividad.

La próxima figura muestra la secuencia de aplicación de MOPSITAN y sus referentes conceptuales.

Una vez esclarecido este precedente, se pasa al análisis de los resultados investigativos para el resto de los objetivos específicos del presente estudio.

Se trabajó con dos casos (tipos de trastornos de nivel neurótico), el Trastorno de Ansiedad Generalizada y el Trastorno Depresivo Recurrente sin síntomas psicóticos con el fin de mostrar la efectividad de MOPSITAN para reducir la presencia de las pautas diagnósticas invocadas en este estudio y así mejorar la situación de los aquejados con independencia del síndrome clínico o tipo de trastorno (ansioso o depresivo).

Se asumió la consideración que esas pautas diagnósticas en la dimensión psicológica permiten la intervención psicoterapéutica precisa. Son más adecuadas y relevantes para planificar la psicoterapia



que otras manifestaciones no psicológicas de los trastornos de nivel neurótico (como sus expresiones somatizadas o sus síndromes psicopatológicos específicos).

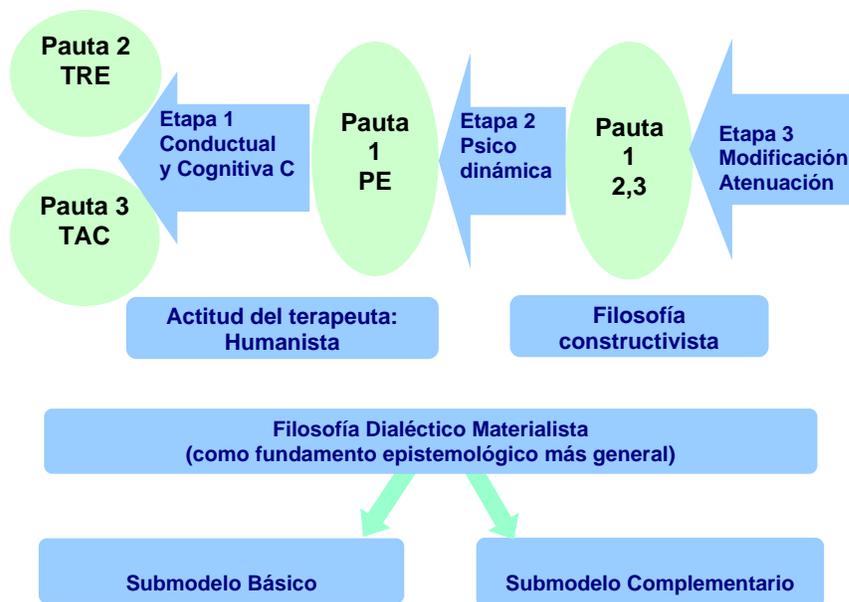


Fig. 3 Secuencia de aplicación de MOPSITAN y sus referentes conceptuales.

El empleo de dos casos (o formas específicas de trastornos de nivel neurótico) tuvo el fin expreso de lograr la replicación literal: el mismo modelo de tratamiento (MOPSITAN) aplicado a ambos trastornos debía ofrecer resultados similares en la atenuación de las pautas y el desarrollo de un estado subjetivo de beneplácito por haber mejorado o desarrollado ciertas “ganancias” en virtud de su aplicación. Un efecto similar se aspiraba en la presencia de las pautas diagnósticas invocadas para cada uno de ellos en el Capítulo V de la CIE 10.

Esos resultados confirmarían la legitimidad de las pautas sistematizadas en el primer objetivo específico de esta investigación.

El análisis comenzó con el caso Trastorno de Ansiedad Generalizada. La intención de responder a los objetivos específicos tercero y cuarto del presente estudio supuso una evaluación en tres momentos: al llegar los aquejados a la consulta, al terminar el tratamiento y aproximadamente al año de finalizarlo. Se pretendió mostrar la efectividad del modelo psicoterapéutico (MOPSITAN).

Los aquejados llegaban a consulta del autor con ese diagnóstico (remitidos por el psiquiatra del área o el médico general) que resultaba confirmado por la psicometrista y el propio autor –jueces-. Luego este último evaluaba la presencia de las pautas identificadas en el primer objetivo de este estudio.



Se evolucionaron las pautas diagnósticas en la dimensión psicológica propuestas en este estudio y el síndrome clínico dominante (ansioso), así como la gravedad del trastorno de acuerdo a las pautas invocadas por el Capítulo V de la CIE 10. Las primeras fueron consideradas como presentes o ausentes. Entre la "presencia" y la "ausencia" hay todo un *continuum* -valorado incluso en un instrumento estandarizado desarrollado por el autor y colaboradores que permite identificar la presencia de un trastorno de nivel neurótico en virtud esas pautas, así como el riesgo o vulnerabilidad psicológica a padecerlo (Márquez, Hidalgo, García, Francisco, 2009)-, sin embargo, cuando se identifica la presencia, el autor considera saturada la gradual acumulación cuantitativa que supuso "el salto a la nueva cualidad" (Engels, 1878). Se satisface así la común tendencia clínica a considerar para el diagnóstico la presencia o ausencia del trastorno que se valore en cada caso.

Antes de iniciar el análisis y descripción de lo sucedido con este tipo de trastorno (Trastorno de Ansiedad Generalizada) es preciso, para esclarecer la lógica del seguimiento que se presenta, explicar una modificación hecha al diseño de la investigación.

El carácter emergente de los diseños cualitativos, que se desarrollan de acuerdo a la "coreografía propia de cada estudio" y donde el proceso de recolección y análisis de datos es simultáneo (Hernández, Fernández, Baptista, 2006) llevó al autor a introducir una variante de análisis. En la medida en que un número creciente de aquejados por Trastorno de Ansiedad Generalizada eran evaluados e intervenidos, resultó más reiterado el hecho de que no evolucionaban con el mismo ritmo. Para unos la aplicación del submodelo básico de MOPSITAN resultaba suficiente, para otros se necesitaba además emplear diferentes procedimientos y recursos del submodelo complementario y aún así la evolución resultaba más lenta e incompleta.

Esto llevó al autor al seguimiento y evolución simultánea de dos subgrupos: los que iban evolucionando a un ritmo ágil y con la aplicación solamente del submodelo básico de MOPSITAN (que terminaron respondiendo al tratamiento con una elevada efectividad), y los que evolucionaban de manera más lenta e incompleta (que terminaron respondiendo al tratamiento con una discreta efectividad).

Para esclarecer la presentación de estos hechos, se exponen primero los resultados del primer subgrupo, a continuación los del segundo. Ambos, con la intención de facilitar la exposición de los hallazgos, se dividieron intencionalmente en subgrupos de 20 aquejados cada uno.

Debe atenderse, como se aclaró en el segundo Capítulo que la efectividad de MOPSITAN se evaluó a tenor con su capacidad para modificar o atenuar (en las evaluaciones finalizada la terapia) las tres pautas esenciales y como consecuencia de ello, las cuatro restantes, a lo que se agrega la evaluación



subjetiva que ofrecen los aquejados reconociendo su mejoría o al menos las “ganancias” que obtuvieron por el tratamiento, así como su efecto en la modificación o atenuación de las pautas propuestas para este trastorno en el capítulo V de la CIE 10.

Después de esa precisión, se vuelve al análisis de los resultados para el Trastorno de Ansiedad Generalizada en el primer subgrupo (los terminaron respondiendo al tratamiento con una elevada efectividad).

Estos 20 aquejados se dividieron en 14 (70%) mujeres y seis (30%) hombres; de ellos 11 (55%) bachilleres y nueve profesionales (45%); 18 (90%) con residencia urbana y dos (10%) rural; nueve (45%) de ellos con antecedentes de trastornos emocionales. Ninguna de estas condiciones mostró evidencia de asociarse a la efectividad del tratamiento.

Aún cuando esta es una investigación de resultados terapéuticos (mostrar la efectividad de MOPSITAN), se describirá el proceso cronológico –por etapas- de aplicación del modelo.

MOPSITAN inicia su accionar con una etapa comportamental y cognitiva, y un predominio de la orientación al desarrollo de recursos de autocontrol y relajación (denominada de “Desarrollo del autocontrol y reducción del malestar emocional”). Se asume la presunción básica de que la atenuación de los trastornos puede ser inducida manipulando la conducta externa (desarrollando el autocontrol). Aunque es una práctica menos familiar que la consabida modificación de instancias cognitivas perturbadas (irracionales o distorsionadas) para estabilizar las emociones; esta propuesta también ha sido considerada, tanto por la Terapia de Modificación de Conducta (Caballo, 1995), como por la Psicología marxista (Leontiev, 1975; Vigotsky, 1989).

En este subgrupo, tanto los **Trastornos en la respuesta emocional** como los **Trastornos del autocontrol conductual** estaban presentes en los 20 aquejados al llegar a consulta. Así lo confirman la triangulación de datos entre los instrumentos cualitativos (entrevista semi estructurada en profundidad y observación participante) y la cualificación de datos cuantitativos (al considerar como unidades de análisis a los ítems de los tests aplicados).

Para la evaluación al final del tratamiento y la anual, ambas pautas desaparecieron en los 20 evaluados. La triangulación de datos e investigadores lo mostró. De criterios como:... *“esta angustia me está matando, por mucho que me esfuerzo en controlarme se me nota”*...propios de la primera evaluación; se detectó una evolución a otros como: *...“estoy bien”*. *“Ya estoy rindiendo en el trabajo como siempre. Mis compañeros me felicitan por el cambio; soy otra vez una mujer feliz”*...para la segunda evaluación. Esa misma aquejada en el tercer corte evaluativo precisa:... *“la terapia cambió mi*



*vida, y para bien. Soy dueña de mi destino y la vida no me maltrata. Estoy feliz con mi restablecimiento y no permitiré que eso cambie”... (H.P.I. 36 años, femenina, técnico de contabilidad).*

Valga aclarar que MOPSITAN se aplica en su secuencia de tres etapas (la de “Desarrollo del autocontrol y reducción del malestar emocional”, la “Psicodinámica o de exploración profunda” y la de ‘Consolidación’), una vez concluido se realiza la segunda evaluación. La tercera evaluación, con intención de seguimiento (*follow up*), se hace aproximadamente al año de concluido el tratamiento para evaluar la estabilidad de sus efectos.

Para la intervención de la **Paradoja esencial de los trastornos de nivel neurótico**, MOPSITAN precisa de los recursos de su segunda etapa (“Psicodinámica o de exploración profunda”) y de la tercera (de “Consolidación”). En los 20 aquejados, la pauta se confirma en la evaluación inicial.

La situación con las evaluaciones al final del tratamiento y la anual no difiere de lo acontecido con las dos pautas anteriores: desaparece en los 20 aquejados y así se mantiene.

**Estos resultados gravitan, confirmando también, la elección de esas tres pautas como esenciales en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos de nivel neurótico en su dimensión psicológica, tal y como se apuntaba en el primer objetivo específico de este estudio.** MOPSITAN se centra en ellas.

Los 20 aquejados de este primer subgrupo del caso (Trastorno de Ansiedad Generalizada) evolucionaron satisfactoriamente con la aplicación de MOPSITAN y esos resultados se mantenían al año de concluida la aplicación del tratamiento.

A continuación se muestra la evolución del resto de las pautas.

Es preciso aclarar que la evaluación de la presencia de todas las pautas se determinó de idéntica forma: se compararon los datos obtenidos de la valoración cualitativa de las pruebas estandarizadas con los puramente cualitativos de la entrevista semi estructurada en profundidad y la observación participante (triangulación de datos).

Este análisis continuó con el **Trastorno en las relaciones interpersonales**. La pauta no estaba presente en todos los aquejados. En la evaluación inicial cinco no la mostraban. El tratamiento con ningún aquejado de este grupo trabajó directamente la pauta. Para la segunda evaluación se constató ausente en 16 y para la tercera ya no se encontró en 19.

Como dato interesante, su presencia residual en el aquejado restante no oscurecía su estado de bienestar y valoración de mejoría. El comentario del paciente lo ilustra:... *“como siempre, los grupos no son mi fuerte. De verdad, la gente me molesta. Es mi carácter, pero mi vida cambió después del*



*tratamiento. Cuando vine estaba fatal, no tenía opciones, pero me acuerdo que cuando me hablaron del tratamiento y me aseguraron que no era en grupo fue un alivio”...(E.M.L. 32 años, masculino, cuentapropista).*

La próxima pauta cuya evolución se analizó resultó el **Trastorno de los intereses**, presente en 18 de los aquejados en la primera evaluación. Para la segunda sólo se mantenía en uno, a pesar de que tampoco fue directamente intervenida. Para la evaluación anual aún persistía en ese aquejado.

Es interesante que el bienestar de los aquejados resulta evidente aún cuando alguna pauta se mantiene.

La siguiente son las **Fluctuaciones del rendimiento intelectual**. Resultó la que mostró un menor nivel de presencia en la evaluación inicial. Se confirmó en 13 de los 20 aquejados. Para la segunda evaluación ya estaba ausente en 16 de los evaluados y en el total de ellos resultaba indetectable para la evaluación anual.

Este resultado debe ser evaluado sin triunfalismos, resulta menester aclarar que en todos los aquejados se emplearon procedimientos cognitivos (Terapia Racional Emotiva o reetiqueteo) e incluso técnicas de detención de pensamiento (en 18 de los casos). Todas propias del submodelo básico de MOPSITAN. Se hizo para incidir sobre los **Trastornos en la respuesta emocional** y los **Trastornos del autocontrol conductual**, pero sus efectos pudieron repercutir en esta mejora de las **Fluctuaciones del rendimiento intelectual**.

Esta es la única pauta que, como consecuencia de la intervención directa a las tres primeras, recibió atención indirecta (aunque se insiste en que no es una intención expresa del modelo).

La última pauta analizada fue el **Deterioro de la Autoestima**. Esta vez, los 20 evaluados la mostraban en la primera evaluación. Lo significativo resulta que, finalizado el tratamiento y a diferencia de lo sucedido con las anteriores, aún se manifiesta en 17 aquejados.

La mejoría global no parece haber alcanzado al estado de la autoestima. Una paciente lo deja muy claro:... *“me siento bien. Aquella angustia, aquel mal vivir ya desaparecieron. Sé que tengo recursos para controlarme, pero a decir verdad, tengo momentos en que me da miedo. Sobre todo le tengo miedo a una recaída. Me cuesta trabajo creer que estoy completamente bien”...* (I.M.V. 37 años, femenina, técnico sanidad vegetal).

Sin embargo para la última evaluación, todos los evaluados están libres de la pauta, que parecía haber evolucionado “espontáneamente”.



Cuando queda resuelto el núcleo psicológico del trastorno (conformado por las tres primeras pautas), el resto de las pautas como consecuencia remite o mejora. La autoestima no es una excepción. Sin embargo, esta recuperación resultó mucho más lenta. El autor considera que se debe a la naturaleza de esta pauta. Es preciso que la persona evalúe de manera positiva sus capacidades, habilidades y recursos por un tiempo prudencial que le permita “acostumbrarse a estar y sentirse bien” para que ello repercuta en su autoestima.

Los resultados coinciden con el tiempo necesario para que las conductas alternativas (generadas con los procedimientos técnicos entrenados en la primera etapa) que se proponen en la tercera etapa, se establezcan sustituyendo a los síntomas. Sólo entonces los aquejados se sienten seguros de la estabilidad de su recuperación. En opinión del autor, eso explica su recuperación más lenta en este estudio.

La reiteración de este hecho (saturación informativa), resultó otro de los factores de peso que excluyó al **Deterioro de la autoestima** del núcleo psicológico de los trastornos de nivel neurótico en el constructo teórico de rango medio que se propuso en el primer objetivo específico de este estudio.

La siguiente figura muestra la comparación longitudinal de la situación de las siete pautas en la evaluación inicial, la realizada al final del tratamiento y la anual, para facilitar su evolución durante el proceso de análisis realizado.

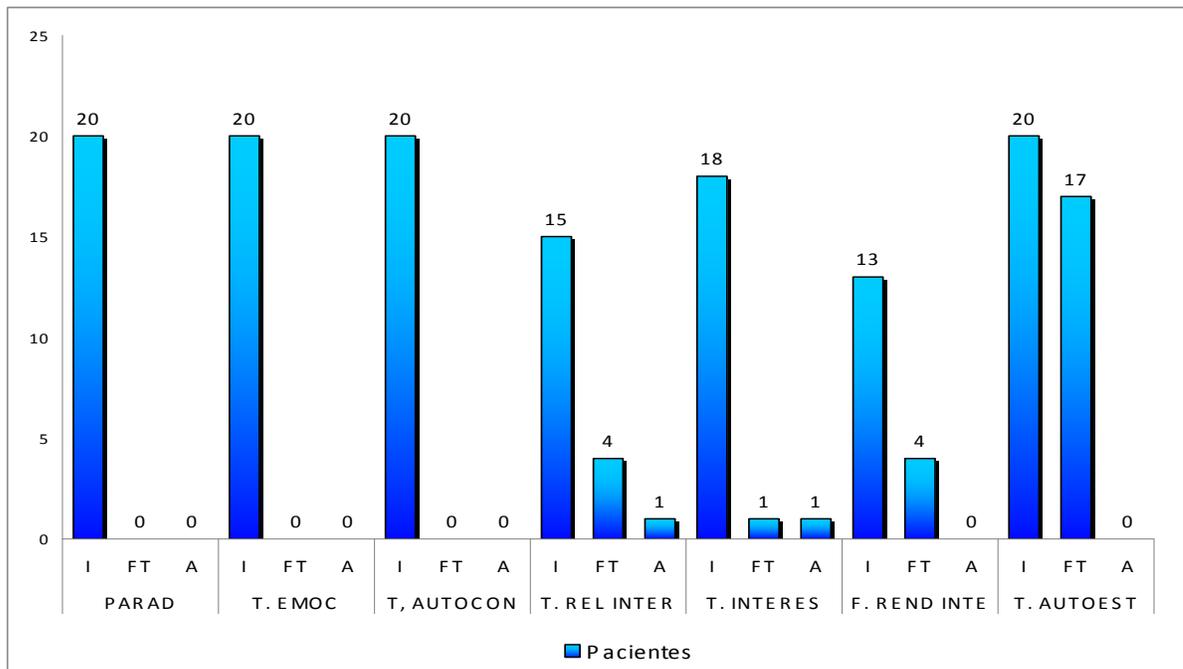


Figura 4. Pautas diagnósticas y su comparación longitudinal en TAG con elevada efectividad terapéutica.



El próximo escaño del análisis se centró en el síndrome clínico dominante. En este caso el ansioso.

Para la primera evaluación la Escala de Ansiedad Patológica mostró en el nivel "Alto" a todos los aquejados. Lo mismo sucedió con la ansiedad "Estado". Como "Rasgo", tenía ese nivel en 13 aquejados, los siete restantes se elevaban hasta el nivel "Medio".

Para la segunda evaluación, la mejoría resultó evidente: La Escala de Ansiedad Patológica agrupaba a 19 aquejados en el nivel "Bajo" y sólo uno en el "Moderado". La ansiedad "Estado" reunió a 19 en el nivel "Bajo" y uno en el "Medio". La "Rasgo" mantuvo a uno en "Alto" y los 19 restantes se agruparon en "Medio".

En la evaluación final, la Escala de Ansiedad Patológica agrupó a todos en el nivel "Bajo", situación que se repitió con la ansiedad "Estado". Con la "Rasgo", 19 quedaron en nivel "Medio" y uno descendió al "Bajo".

Finalmente, los jueces (terapeuta, psicometrista y médico que remitía el caso) consideraron la presencia del trastorno "Alta" en la primera evaluación. Para la segunda, coinciden en uno con una presencia "Baja" y 19 con "Ausencia". En la evaluación final, consideran que en todos hay "Ausencia" del trastorno.

La próxima figura muestra la evolución longitudinal de los resultados de las evaluaciones de la EAP, el IDARE y los jueces en los tres momentos que asumió el presente estudio: al inicio, al final del tratamiento y aproximadamente al año de concluirlo.

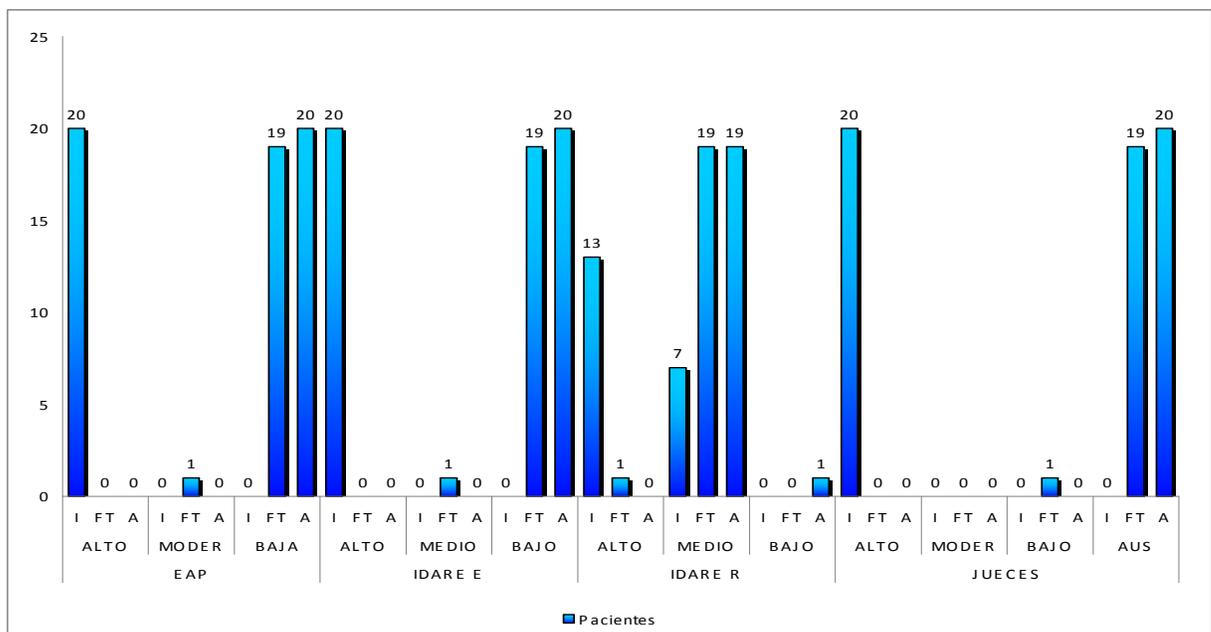


Figura 5. Síndrome ansioso y criterio de jueces en TAG con elevada efectividad terapéutica.



Llegados a este nivel pueden hacerse consideraciones conclusivas, aunque aún sea parcialmente:

La primera etapa de MOPSITAN centra su accionar en la segunda y tercera pautas diagnósticas (Trastornos en la respuesta emocional y Trastornos del autocontrol conductual). La segunda etapa se orienta hacia la primera pauta (Paradoja esencial de los trastornos de nivel neurótico). En la tercera etapa del tratamiento se trabaja con la finalidad de lograr la modificación o atenuación de las formaciones intrapsíquicas que explican la Paradoja esencial y generan los Trastornos de la respuesta emocional y los Trastornos del autocontrol (las tres primeras pautas).

En el caso del Trastorno de Ansiedad Generalizada, la remisión de esas tres pautas esenciales, produce una notoria recuperación de las cuatro restantes, siendo la autoestima la pauta que muestra un período de recuperación más lento. Efecto similar produce en el síndrome ansioso.

**Consecuentemente para este subgrupo de aquejados donde MOPSITAN muestra una efectividad elevada, su capacidad para hacer remitir las tres pautas que en el presente estudio han sido convocadas como nucleares en la definición psicológica de los trastornos de nivel neurótico, se evidencia como el mecanismo que explica la “espontánea” remisión del resto de las pautas y del síndrome ansioso.**

Resultados similares con modelos y estrategias integrativas de psicoterapia han sido reportados internacionalmente (Wachtel 2005; Wolfe, 2008).

Se procede a continuación a la exposición de los resultados de la aplicación de MOPSITAN en el segundo subgrupo de aquejados por un Trastorno de Ansiedad Generalizada (los que evolucionaron con una discreta efectividad al final del tratamiento).

Este grupo estuvo conformado por 12 (60%) mujeres y ocho (40%) hombres; de ellos 11 (55%) bachilleres, dos (10%) con Secundaria terminada y siete (35%) universitarios; 16 (80%) con residencia urbana y cuatro (20%) rural; siete (35%) de ellos con antecedentes de trastornos emocionales. Ninguna de estas condiciones mostró asociación con la efectividad el tratamiento.

La evaluación inicial mostró un cuadro que no difería de la realizada en el primer subgrupo de este caso, lo que resultaba indispensable para el establecimiento de la “línea base” que permitiese su comparación.

**Los Trastornos en la respuesta emocional y Trastornos del autocontrol conductual** estuvieron presentes en los 20 aquejados, de igual manera se comportó la **Paradoja esencial de los trastornos de nivel neurótico.**



Debe recordarse que tanto estos 20 aquejados como los del subgrupo antes descrito compartían esa “línea base” en virtud de que precisamente por la presencia del trastorno eran remitidos a la consulta del autor.

Lo que expresaron la segunda y especialmente la tercera evaluación, como consecuencia de las dificultades que presentó la evolución terapéutica de este subgrupo de aquejados, generó un análisis particular que difiere del primero.

En la segunda evaluación (una vez concluido el tratamiento) los **Trastornos en la respuesta emocional** desaparecieron en 12 aquejados y los **Trastornos del autocontrol conductual** en 11. Para la **Paradoja esencial de los trastornos de nivel neurótico** la remisión sólo se logró con la mitad.

Debe apuntarse que en este momento para casi todos los sujetos (17), hubo evidencias de mejoría en el plano idiográfico. Con o sin remisión de estas tres pautas, referían sentirse mejor gracias al tratamiento. El discurso de una aquejada lo ilustra: ... *“sigo muy ansiosa, pero lo que he aprendido me ayuda mucho. No es lo mismo que antes, puedo hacer relajación, o una técnica breve o replanificarme”...* (M.G.C. 36 años, filóloga).

Para la última evaluación, la situación resultó bastante diferente a la del primer subgrupo. Se produjo, en una buena parte de los aquejados, una recidiva de las tres pautas. Los **Trastornos en la respuesta emocional** fueron detectados en 17 de ellos, los **Trastornos del autocontrol de la conducta** en todos y la **Paradoja esencial de los trastornos de nivel neurótico** en 13. Esta situación aunque es discretamente mejor que la detectada en el estudio inicial, difiere sustancialmente de la presentada por el primer subgrupo.

En general se mantuvo la idiográfica percepción de mejoría como demuestra el siguiente comentario de un aquejado:.. *“saber las causas de mis dificultades es un paso de avance, además tengo recursos que he aprendido y puedo usar cuando me siento mal”...* (V.R.M. 39 años, masculino, ingeniero industrial).

Sin embargo la presencia de las pautas es innegable y queda tácitamente expresada en el discurso de otra aquejada: ... *“todo lo que hago no es suficiente. Nada me quita esta ansiedad”...* (G.P.M. 27 años, femenina, ama de casa).

La evolución del resto de las pautas, no difiere de lo acontecido con las tres nucleares, así los **Trastornos en las relaciones interpersonales** inicialmente detectados en 16 aquejados, sólo remitieron en cinco pues para la segunda evaluación estaba ausente en nueve. En la tercera se mantuvo en cifras idénticas.



El **Trastorno de los intereses** en la evaluación inicial fue detectado en 15 aquejados. Para la segunda evaluación 12 estaban libres de la pauta. En la tercera la pauta reaparece en uno de ellos.

Las **Fluctuaciones del rendimiento intelectual** en la primera evaluación se detectaron en 12 aquejados. Los ocho libres de la pauta muestran un comportamiento muy similar al detectado en la primera evaluación del primer grupo (resultó la pauta de menor presencia inicial). Para la segunda evaluación se encontró en siete sujetos. En la tercera la cifra ascendió a 10.

En general, estas tres pautas reaparecen en el presente subgrupo de aquejados para la evaluación final, no con los niveles de presencia inicial, pero lo suficiente como para justificar su agrupación entre los que responden mostrando una discreta efectividad al tratamiento.

El **Deterioro de la autoestima** inicialmente fue identificado en todos los aquejados, situación que se mantuvo en la segunda evaluación. Para la tercera, había desaparecido en tres, coincidiendo con la desaparición de una o dos de las tres pautas consideradas nucleares para el diagnóstico psicológico de los trastornos de nivel neurótico. Este es un hallazgo que confirma el aserto adelantado en el subgrupo anterior sobre la recuperación de la autoestima.

Se necesita de vivir un tiempo durante el que la persona evalúe de manera positiva sus capacidades, habilidades y recursos, que le permita “acostumbrarse a estar y sentirse bien” para que ello repercuta en su autoestima.

Las diferencias detectadas en la evolución de este subgrupo con respecto al anterior, precisaron de una valoración más detallada.

En el análisis de la **Paradoja esencial de los trastornos de nivel neurótico** de todos los aquejados, se identificaron necesidades neuróticas de afecto y apoyo (“alguien que se encargue de mi vida”). De los 20 aquejados, 16 presentaban rasgos caracterológicos histriónicos –confirmados, además de la evidencia de su desempeño en cada sesión de trabajo, por sus familiares-. Los intentos de modificar o atenuar estas necesidades neuróticas en la tercera etapa del tratamiento, resultaron frecuentemente limitados por la caracterológica tendencia de estos 16 sujetos a reclamar sobre ellos atención, y por su intensa necesidad de aprobación (OMS, 1991; APA, 1994; Castro, Barrientos, 1994; García, de Castro, 2008; Ruiz, Cano, 2010).

El ejemplo de una aquejada que estaba relativamente estable y compensada hasta el momento que desencadena los hechos que se describirán, lo ilustra. A pesar de conocer del diagnóstico de su esposo, una dolencia crónica e invalidante a largo plazo (esclerosis múltiple); incluso habiendo deseado que lo incapacitaran para el trabajo porque hasta allí viajaba en motocicleta y la paciente temía



que las limitaciones físicas del mismo lo llevaran a un accidente automovilístico fatal, cuando la comisión médica así lo determinó, ella se descompensó intensamente y argumentó:... *"imáginese, ahora estará todo el día en la casa. Es una carga muy pesada sobre mi espalda. Tengo que encargarme de hacerlo todo en la casa y de buscar el dinero que él dejará de ganar"*... (Y.G.B. 45 años, femenina, cuentapropista).

Las tendencias caracterológicas histriónicas que reclaman atención, activaron sus necesidades neuróticas de afecto y protección, reforzándolas. Avizorar que no las podría satisfacer y que, lejos de ello, tendría que ocuparse afanosamente de "echar adelante su hogar" le produjo una intensa ansiedad que la trajo, llorosa y angustiada a buscar la protección del terapeuta.

En consecuencia, la efectividad de MOPSITAN declinó para estos casos en virtud de que el trabajo de modificación-atenuación, resultó limitado por los rasgos caracterológicos histriónicos.

Una vez que terminaba el tratamiento, el caracterológico reclamo de atención y afecto de estos sujetos, reactivó sus necesidades neuróticas del tipo "alguien que se encargue de mi vida".

Los otros cuatro aquejados reunidos en este subgrupo mostraron rasgos caracterológicos psicopáticos. En ellos se produjo una reacción ante el tratamiento con rasgos comunes: a las típicas resistencias neuróticas a la terapia (Freud, 1923, 1924) se añadieron "resistencias psicopáticas": La caracterológica intolerancia y rigidez psicopáticas (OMS, 1991; APA, 1994; Blanco, Moreno, 2006; Nicenboim, 2006; Torres, 2007; Alarcón, Torres, Toluca-Salcedo, Carrasco, 2009;) generó en los aquejados una intensa angustia por no poder "dominar" a la perfección los procedimientos terapéuticos, o "no tolerar" tener que aplicarse a un tratamiento. Así, terminaron rechazándolo. No lograr adscribirse al tratamiento y hacerlo rápida y eficientemente los frustró, generando una evitación por este que viene a reforzar las resistencias neuróticas.

El comentario de una aquejada lo ilustra especialmente:... *"no tolero esta ansiedad, me fajo con el tratamiento una y otra vez, pero no logro que mi maldita ansiedad pare"*... (M.I.L.T. 58 años, femenina, ama de casa). La expresión fue acompañada de gestos de impotencia con puños cerrados que se agitaban como si golpeará y tensión de los músculos del cuello.

Comparado con el primer subgrupo, resulta evidente que aquí declina la efectividad de MOPSITAN. En estos aquejados las pautas esenciales nunca desaparecen, al menos nunca lo hacen en su totalidad (las tres). Su inflexibilidad e intolerancia caracterológicas no les permitieron avanzar en el tratamiento, aún empleando procedimientos del submodelo complementario.



La figura siguiente muestra los resultados de la comparación longitudinal de la evaluación de las siete pautas en el momento inicial, al final del tratamiento y la anual.

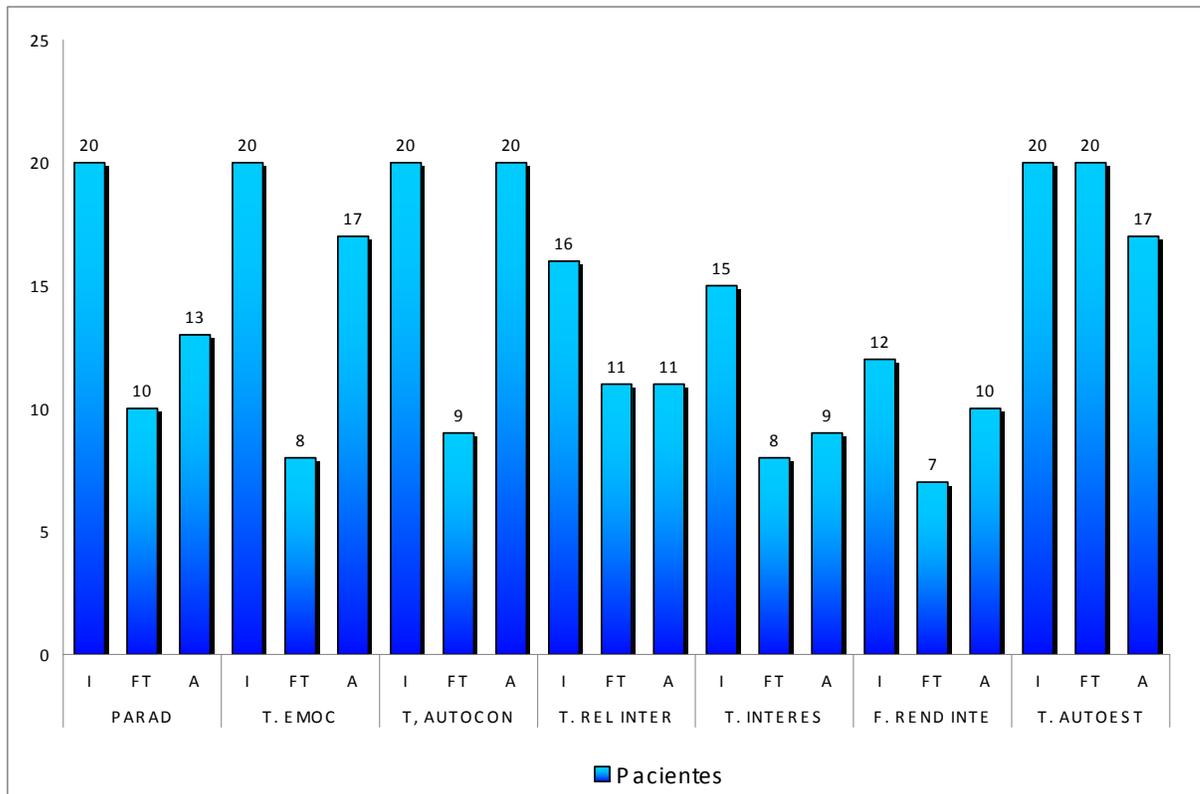


Figura 6. Pautas diagnósticas y su comparación longitudinal en TAG con discreta efectividad terapéutica.

La presencia del síndrome clínico fundamental (ansioso) resultó muy clara en la primera evaluación. La Escala de Ansiedad Patológica reunió en el nivel "Alto" a todos los aquejados, situación idéntica a la evaluada en la ansiedad "Estado", agrupando en ese nivel a 18 sujetos y dos en el "Medio". La "Rasgo" reunió en el nivel "Alto" a 15 y los otros cinco en el "Medio".

Para la segunda evaluación la Escala de Ansiedad Patológica reunió 13 en el nivel "Medio" y tres en el "Alto" con otros cuatro en el "Bajo". La ansiedad "Estado" uno en "Alto", 11 en "Medio" y ocho en "Bajo". La "Rasgo" agrupó 11 en el nivel "Alto" y ocho en el "Medio".

En la tercera, la Escala de Ansiedad Patológica mostró a cuatro en el nivel "Alto" y 16 en "Moderado". La ansiedad "Estado" dos en el "Alto" y 18 en el "Medio". La "Rasgo" 12 en el "Alto" y ocho en el "Medio".



Es una mejoría para la segunda evaluación que vuelve a empeorar para la tercera si bien es cierto que no como en la evaluación inicial.

Finalmente, los jueces consideraron la presencia del trastorno en un nivel "Alto" para todos los aquejados en la evaluación inicial. En la segunda siete se mantienen ese nivel, tres en el "Moderado" y 10 en el "Ausente". En la tercera sólo cuatro son considerados en el nivel "Moderado", mientras que el resto se agrupa de nuevo en el nivel "Alto".

A continuación se muestra la evolución longitudinal de la EAP, el IDARE y el criterio de los jueces en los tres momentos evaluados.

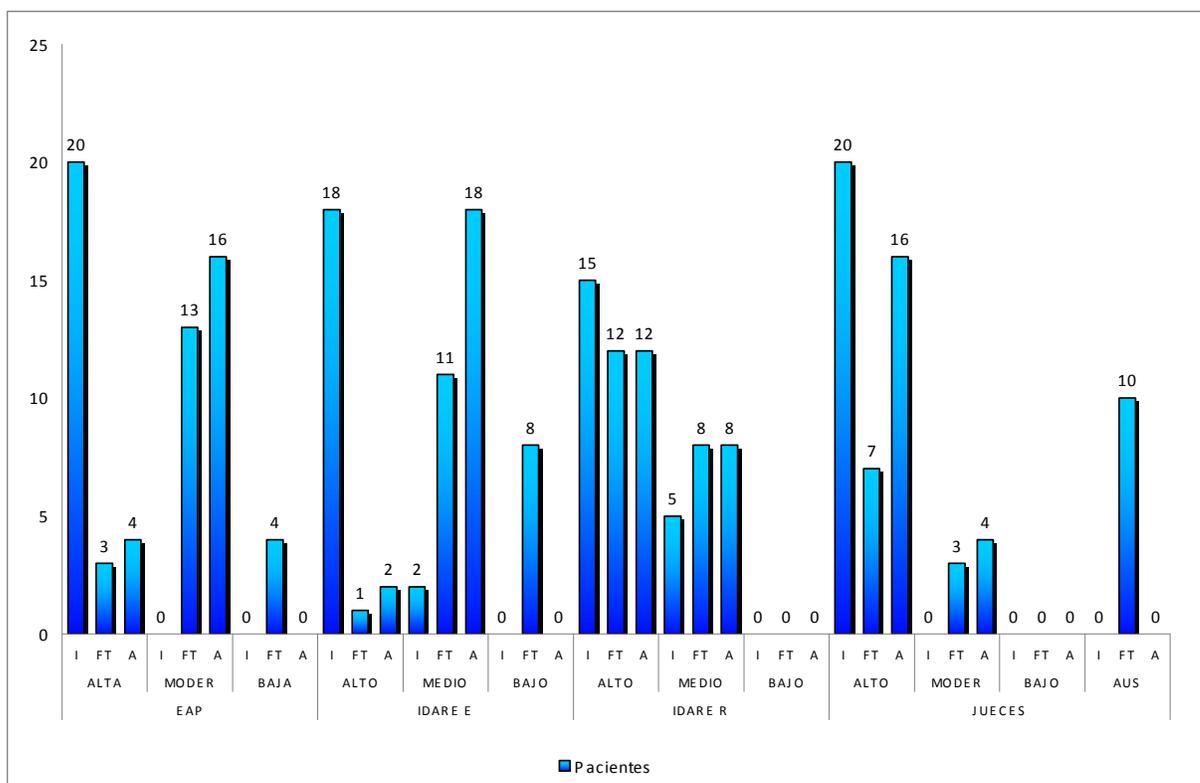


Figura 7. Síndrome ansioso y criterio de jueces en TAG con discreta efectividad terapéutica.

Elaborar conclusiones parciales resulta necesario en este momento.

La aplicación de MOPSITAN a este segundo subgrupo de aquejados por un Trastorno de Ansiedad Generalizada se centró también en las tres pautas nucleares, aunque las dificultades de estos aquejados precisó del empleo de estrategias y recursos del submodelo complementario. Para ellos la remisión de las cuatro pautas restantes fue menos clara, en principio porque no se logró la remisión total de las tres nucleares.



A esto se añade, en la evaluación anual, el fenómeno de la recidiva de las pautas para una parte de los aquejados en quienes se habían atenuado al final del tratamiento.

**Un fenómeno emerge del análisis en profundidad para explicar esta efectividad discreta del modelo terapéutico: la presencia de rasgos caracterológicos histriónicos de una parte y psicopáticos de la otra dificultan la modificación o atenuación de la Paradoja esencial de los trastornos de nivel neurótico en la primera situación, o se combinan con las resistencias neuróticas al tratamiento (Freud, 1923-1924), reforzándolas en la segunda.**

Toca ahora, evaluar lo sucedido en el caso Trastorno Depresivo Recurrente sin síntomas psicóticos. Se pretendió mostrar que interviniendo las pautas psicológicas sistematizadas en el primer objetivo de este estudio, se logra la remisión o atenuación del trastorno de nivel neurótico con independencia del síndrome clínico (ansioso o depresivo).

También aquí se optó por dividir al caso en dos subgrupos por aparecer una situación similar al primer caso en la medida que se avanzaba con la aplicación del modelo de psicoterapia integrativa: la evolución con ritmo y características diferentes.

En un primer grupo se reunieron 20 aquejados en los que sólo fue preciso emplear recursos del submodelo básico de MOPSITAN, que terminó mostrando una efectividad elevada. Un segundo grupo de cifra similar, precisó del empleo de recursos del submodelo complementario por las dificultades para la remisión de las tres pautas diagnósticas consideradas esenciales (la Paradoja esencial de los trastornos de nivel neurótico, los Trastornos en la respuesta emocional y los Trastornos del autocontrol conductual). Estos terminaron mostrando una efectividad discreta al tratamiento.

Homogeneizar la cifra de ambos grupos, una vez más obedeció a la intención de facilitar la comprensión del análisis y la comparación de los subgrupos.

El primero contó con 13 (65%) mujeres y siete (35%) hombres; de ellos cinco (25%) universitarios, 12 (60%) bachilleres y tres (15%) con estudios secundarios; 16 (80%) con residencia urbana y cuatro (20%) rural; cinco (25%) mostraron antecedentes de trastornos emocionales. Ninguna de estas condiciones, como en el caso anterior, evidenciaron asociarse a la efectividad terapéutica.

Para el primer subgrupo, los resultados sobre las tres pautas esenciales o nucleares, resultaron similares a los obtenidos con el caso anterior. Todas estaban presentes en la evaluación inicial.

La primera etapa de MOPSITAN logró la remisión de la segunda y tercera pautas para el final de su aplicación. Una aquejada escribió en su Diario terapéutico:... *"ahora las cosas brillan, como mi vida. Hace seis meses todo estaba oscuro, muy oscuro"*... (I.C.R. 41 años, femenina de casa). Otro refirió:...



*"de no servir para nada a organizar los 15 –se refiere al cumpleaños- de mi hija va un largo camino, el que aprendí a caminar en esta consulta"...*(G.G.V. 43 años, Lic. en educación).

La remisión de ambas pautas se mantenía al año de concluida la aplicación del modelo terapéutico.

La Paradoja esencial se comportó de manera similar al recibir la aplicación de MOPSITAN. Todos los evaluados pasaron de la posesión a la remisión para el final de la aplicación, situación que se mantuvo estable al año de concluido el tratamiento.

Se aclara, una vez más que MOPSITAN se aplicó íntegramente. Al concluirlo se realiza la segunda evaluación.

**Como se apuntó antes, la respuesta terapéutica de los aquejados reunidos en el primer subgrupo de este caso (Trastorno Depresivo Recurrente sin síntomas psicóticos) resultó otro criterio que confirmaba la elección de las tres primeras pautas con la condición de esenciales en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos de nivel neurótico en su dimensión psicológica, tal y como se concluyó en el primer objetivo específico de este estudio.**

También en este caso, los resultados descansaron en la triangulación: de datos obtenidos de la valoración cualitativa de las pruebas estandarizadas y los cualitativos de la entrevista semi estructurada en profundidad y la observación participante.

El resto de las pautas evolucionó de manera similar al primer grupo del caso anterior.

La ruta crítica supone avanzar hasta el **Trastorno en las relaciones interpersonales**. Para la evaluación inicial, estaba presente en 15 de los aquejados. A pesar de no recibir directamente en ninguno de los casos procedimientos técnicos para su atenuación, ésta había remitido, pues al final del tratamiento sólo la presentaron cuatro personas. Para la evaluación anual, la mejoría se mantenía y 19 ya estaban libres de la pauta.

La experiencia con el Trastorno de Ansiedad Generalizada, comenzó a repetirse de manera similar para este caso: la reducción de las tres primeras pautas en virtud de la aplicación de MOPSITAN, supuso también esta vez una remisión de los Trastornos en las relaciones interpersonales. La recuperación emocional y el desarrollo de habilidades de autocontrol redundaron en una mejoría de las habilidades para relacionarse.

La próxima pauta resultó el **Trastorno de los intereses**, presente en todos los aquejados. La aplicación de MOPSITAN la hizo remitir de manera evidente. La segunda evaluación la diagnosticó sólo en un caso. En la evaluación anual la remisión incluyó a todos. Una vez más la "sinergia" que produce la



recuperación emocional y el desarrollo del autocontrol permiten que los aquejados “recuperen” los móviles de su existencia.

La valoración de una paciente lo muestra:... *“el tratamiento me devolvió las ganas de vivir”...* para añadir jocosamente:... *“espero que también me sirva para recuperar las libras perdidas porque como estoy, ni los leones me meten el diente”...*(I.B.C. 52 años, femenino, Defectóloga).

El análisis continuó con las **Fluctuaciones del rendimiento intelectual**. En este caso, la presencia resultó mayor que en el anterior para la evaluación inicial. Estaba presente en 16 de los evaluados. Al concluir el tratamiento la mantenían seis. Al cabo de un año había remitido en todos los casos. Una vez más la mejora de las habilidades para autocontrolarse y la recuperación del equilibrio emocional, resultaron condiciones que favorecieron la recuperación del rendimiento intelectual.

Un aquejado refería:... *“con la terapia todo ha vuelto a su sitio, incluyendo mi cabeza. Estuve tan mal que no me podía concentrar en nada. Logré terminar mi tesis de maestría gracias a lo que aprendí en consulta”...*(I.G.F. 48 años, masculino. Lic en educación).

La última pauta vuelve a ser el **Deterioro de la autoestima**. Aquí la situación remeda con mucha semejanza, el caso anterior. Presentan la pauta todos los aquejados al inicio del tratamiento. Una vez concluida la aplicación de MOPSITAN, todavía la mantienen 12.

Se necesitó de un año viviendo con estabilidad emocional y habilidades para autocontrolarse antes de que todos los aquejados se librasen de la pauta. También aquí emergía un hecho antes evaluado en el Trastorno de Ansiedad Generalizada: más que saberse libre de emociones displacenteras o portadores de recursos de autocontrol, resulta necesario el paso del tiempo sintiéndose así. MOPSITAN provoca un efecto directo en el autocontrol y la estabilidad emocional, pero indirectamente favorece la recuperación de la autoestima.

El ciclo completo de Investigación – Acción arroja luz sobre el problema que convocó este tipo de diseño.

Asumir la intervención directa sobre los **Trastornos en la respuesta emocional**, los **Trastornos del autocontrol** y las formaciones psicológicas intrapsíquicas, -mayormente “profundas”- asociadas a la incapacidad de resolver o cambiar la situación que aqueja a los pacientes con trastornos de nivel neurótico (incluso cuando identifican los agentes o situaciones que las desencadenan) y que explican la **Paradoja esencial**, se traducen en la consecuente recuperación del resto de las pautas.

La próxima figura muestra la evolución longitudinal de las pautas diagnósticas en las evaluaciones inicial, de final del tratamiento y anual.

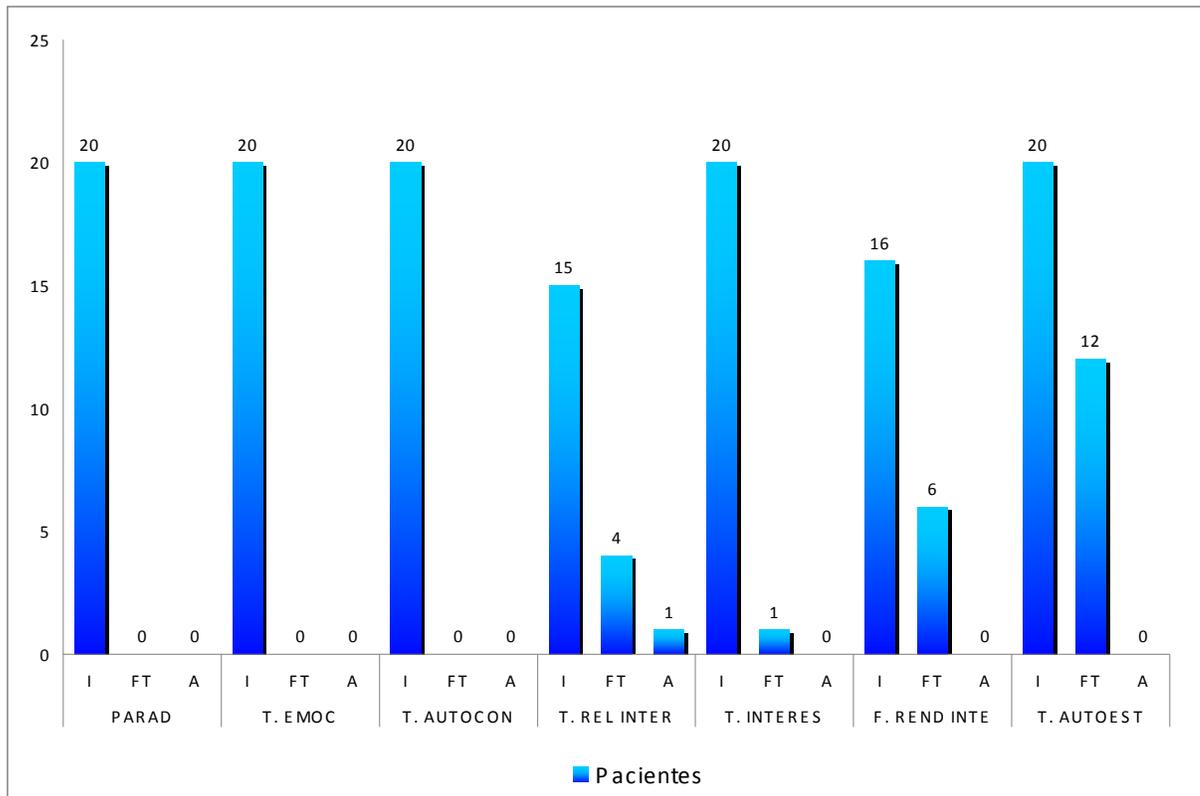


Figura 8. Pautas diagnósticas y su comparación longitudinal en TDR con elevada efectividad terapéutica.

El síndrome depresivo evolucionó de una manera muy similar al ansioso en el primer grupo del caso anterior.

Los resultados de la primera evaluación muestran en el Inventario de Depresión de Beck la agrupación de los 20 aquejados en el nivel "Depresión severa". La depresión "Estado" los reúne en el "Alto". La "Rasgo" presentó nueve en el "Alto" y 11 en el "Medio".

Para la segunda evaluación la mejoría se constata: el Inventario de Depresión de Beck califica a todos en el nivel "No depresión" y la depresión "Estado" en el "Bajo". La "Rasgo", 13 en el nivel "Medio" y siete en el "Bajo".

La evaluación final expresa la estabilidad de esta mejoría. El Inventario de Depresión de Beck mantiene a 17 aquejados en el nivel "No depresión", mientras que tres bajan al "Muy bajo". La depresión "Estado" conserva a todos en el nivel de la evaluación anterior. La "Rasgo" muestra 16 en el nivel "Bajo" y cuatro en el "Medio".



Como consecuencia de la intervención de las tres pautas esenciales, también el síndrome depresivo exhibe una remisión estable para este primer grupo de aquejados por Trastorno Depresivo Recurrente sin síntomas psicóticos.

Finalmente el criterio de los jueces agrupó a todos los aquejados en el nivel de presencia "Alto" en la primera evaluación. Para la segunda todos se consideraron con "Ausencia" del trastorno, situación que se repitió en la final.

Con la siguiente figura se muestra la evolución longitudinal del Inventario de Depresión de Beck, el IDERE y los jueces en las tres evaluaciones: inicial, al final del tratamiento y anual para el subgrupo de Trastorno Depresivo Recurrente sin síntomas psicóticos que evolucionó con elevada efectividad terapéutica.

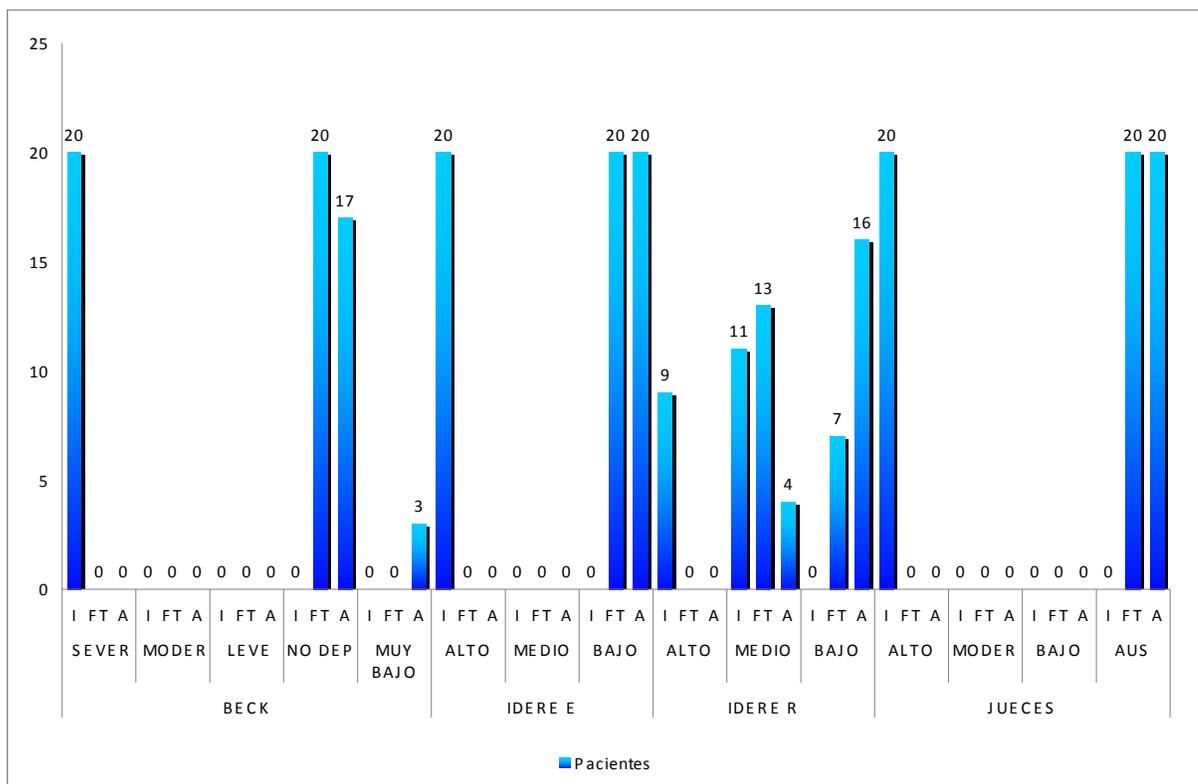


Figura 9. Síndrome depresivo y criterio de jueces en TDR con elevada efectividad terapéutica.

La asunción central del autor radica en esos hechos: las tres pautas esenciales constituyen el núcleo de los trastornos de nivel neurótico. Cuando se les logra remitir, el resto de las pautas, asociadas a las primeras, comienzan también a hacerlo en un lapso de tiempo que sólo evidencia lentificarse (no limitarse) en el caso de la autoestima.



De manera similar en este caso, la remisión de las tres pautas esenciales repercutió en otro tanto para el síndrome dominante (depresivo).

En aras de sintonizar con la etapa anterior, la elaboración de consideraciones parcialmente conclusivas supuso apuntar que:

- También para el Trastorno Depresivo Recurrente sin síntomas psicóticos la primera etapa de MOPSITAN centra su accionar en la segunda y tercera pautas diagnósticas (**Trastornos en la respuesta emocional y Trastornos del autocontrol conductual**). La segunda se orienta hacia la primera pauta (**Paradoja esencial de los trastornos de nivel neurótico**).
- Como para el Trastorno de Ansiedad Generalizada, también en el Trastorno Depresivo Recurrente sin síntomas psicóticos la remisión de esas tres pautas esenciales, lograda también en virtud de la aplicación de MOPSITAN, produce una notoria recuperación de las cuatro restantes. Una vez más, el deterioro de la autoestima resulta la pauta que muestra un período de recuperación más lento.
- El síndrome clínico (depresivo) mostró un comportamiento similar.

Ante estos hechos se impone un análisis en profundidad.

La ausencia hasta este momento del estudio de diferencias en el comportamiento de los casos y en su diagnóstico psicológico, a pesar de la diferencia de síndromes clínicos e incluso de las invocadas particularidades cognitivas diferentes para la ansiedad y la depresión (Quinto, 2008), resulta un dato señalado que confirma la consideración del autor sobre la relevancia de las pautas diagnósticas, especialmente las tres invocadas como esenciales, para la caracterización e intervención psicoterapéutica de los trastornos de nivel neurótico.

**Los resultados hasta aquí mostrados apuntan hacia un tópico significativo: más que las diferencias en las particularidades cognitivas de la ansiedad o la depresión, son las pautas comunes al diagnóstico psicológico de los trastornos de nivel neurótico (especialmente las tres esenciales), las que permiten guiar la intervención psicoterapéutica. Cuando se logra su efectiva remisión, resulta común un efecto similar en el resto de esas pautas y en el síndrome clínico, con independencia de su tipo (ansioso o depresivo).**

En sus elaboraciones más recientes Beck ofreció criterios que tienen evidentes puntos de contacto con los resultados que obtuvo el autor de la presente investigación. Beck considera que las dificultades identificadas en el funcionamiento cerebral de los pacientes deprimidos, aunque marcan diferencias entre los tipos de depresión (y su consecuente intervención farmacológica), se muestran como las condiciones que generan las distorsiones cognitivas propias de toda depresión (Beck, 2008).



Esta consideración lleva, en la reevaluación constante de datos imprescindible del análisis cualitativo a retomar al Trastorno de Ansiedad Generalizada. En estudios recientes se ha señalado la presencia de “ciertas manifestaciones psicológicas esenciales” que son propias de la ansiedad neurótica más allá de cualquier forma particular de presentación de la ansiedad, con evidencias sistematizadas incluso desde la edad infantil (Weems, 2008).

Estos hallazgos son compatibles con los criterios que el autor de la presente investigación esgrime para interpretar sus resultados: es la remisión de las pautas psicológicas comunes a los trastornos de nivel neurótico, la responsable de la mejoría del cuadro clínico (incluyendo la remisión del síndrome dominante ansioso o depresivo).

Aún reconociendo que la remisión de las pautas en los subgrupos de ambos casos que evolucionaron con elevada efectividad y la estabilidad de esta remisión en el seguimiento longitudinal son resultados polémicos, el autor decidió mantenerlos en el informe por la claridad con que ilustran el mecanismo asociado a esa mejoría.

El análisis continuó con el segundo subgrupo de aquejados por Trastorno Depresivo Recurrente sin síntomas psicóticos. Éste fue conformado con los aquejados que evolucionaban respondiendo al tratamiento con una discreta efectividad.

Resultaron 11 (55%) mujeres y nueve (45%) hombres; de ellos ocho (40%) universitarios y 12 (60%) bachilleres; 19 (95%) con residencia urbana y uno (5%) rural; siete (35%) con antecedentes de trastornos emocionales. Tampoco esta vez pudo asociarse estas condiciones con la efectividad del tratamiento.

Para ellos, las tres primeras pautas mostraron un comportamiento muy similar a las del subgrupo anterior en la evaluación inicial, condición indispensable que permitía en función de esta “línea base”, compararlos. Estaban presentes en todos los aquejados.

Una vez concluido el tratamiento, los **Trastornos en la respuesta emocional** remitieron en la mitad de los aquejados. Para la evaluación anual, sólo dos se mantenían libres de la pauta.

Los **Trastornos del autocontrol** no diferían sustancialmente de la pauta anterior: en la segunda evaluación remitieron en 12 aquejados, sin embargo el estudio anual evidenció la recidiva de la pauta en todos (20).

Como en el subgrupo que evolucionó mostrando una baja efectividad terapéutica para el caso Trastorno de Ansiedad generalizada, se detecta en estos aquejados una mejoría sentida (en el plano idiográfico).

El comentario de uno, lo ilustra:... *“está claro que no es lo mismo. Tengo recursos que me ayudan*



*cuando la depresión me ataca. Al menos sé que si "re-etiqueteo" o hago "TAC" –técnica de detención de pensamiento- , puedo evitar que la depresión crezca o que me tire en la cama todo el día"...(J.I.H.R. 51 años, masculino, Lic en Educación).*

El comportamiento de la **Paradoja esencial de los trastornos de nivel neurótico** resulta también similar al observado para el subgrupo que terminó mostrando una efectividad terapéutica discreta en el caso anterior.

Todos los aquejados la presentan en la primera evaluación. En la segunda remitieron 13. Para la tercera apenas se logró la estabilidad de esa remisión, la mejoría no sumó nuevos casos.

La evaluación de la efectividad de MOPSITAN encontró, en el nivel nomotético un cuadro que dista del constatado para el primer subgrupo de este caso (Trastorno Depresivo Recurrente sin síntomas psicóticos). No se logró una remisión de las tres pautas esenciales para la totalidad de los aquejados evolucionados. La percepción de mejoría subjetiva (idiográfica), resultó el efecto más general encontrado.

Las cuatro pautas restantes, se comportaron de manera también similar a lo acontecido para el subgrupo que terminó mostrando una baja efectividad terapéutica del primer caso.

Los **Trastornos en las relaciones interpersonales** resultaron inicialmente presentes en 18 aquejados. Para la segunda evaluación remitían, sumando 12 libres de la pauta, sin embargo la evaluación anual volvía a mostrarla en recidiva. Estuvo presente en 15 evaluados.

El **Trastorno de los intereses**, para la primera evaluación agrupó a todos los sujetos. La realizada al terminar el tratamiento mostró la mejor situación del grupo, 16 se libraron de la pauta. Sin embargo la evaluación anual reagrupó a 15 aquejados con ella.

Las **Fluctuaciones del rendimiento intelectual** en la evaluación inicial, se identificaron en 11 aquejados. La intermedia mostró una remisión de la pauta que sumaba a 13 (a los nueve que no la tenían se sumaron cuatro). La situación se mantuvo así para la evaluación anual.

Con el Deterioro de la autoestima, la situación resultó fácil de describir: todos presentaban la pauta en la evaluación inicial y la situación no cambió en las dos restantes. La imagen negativa de sí mismos de los aquejados de depresión (Beck, 1976, 1987), puede también aquí justificar estos resultados.

La discreta efectividad terapéutica mostrada por MOPSITAN para este subgrupo se hizo evidente, como en su similar para el caso Trastorno de Ansiedad Generalizada: una remisión incompleta de las tres pautas esenciales y de las cuatro restantes en la evaluación realizada al final del tratamiento que



empeoró para el estudio anual. En todos los casos hubo al menos la percepción subjetiva en los aquejados de utilidad de los recursos desarrollados con el tratamiento.

Se muestra a continuación la evolución longitudinal de las pautas en las tres evaluaciones realizadas, al inicio, al final del tratamiento y la anual para este subgrupo de Trastorno Depresivo recurrente sin síntomas psicóticos.

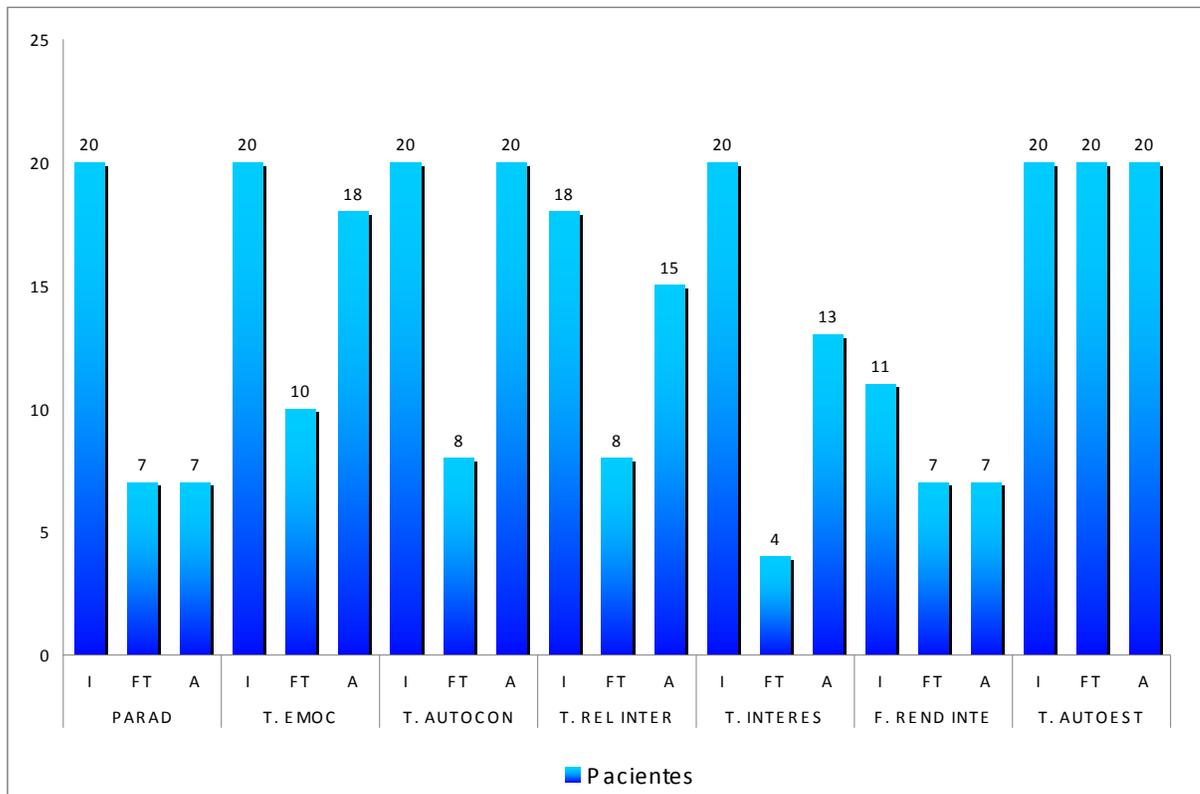


Figura 10. Pautas diagnósticas y su comparación longitudinal en TDR con discreta efectividad terapéutica.

En una situación que remeda al análisis realizado para el subgrupo similar a este del caso anterior, se detectaron necesidades neuróticas de afecto y apoyo en todos los aquejados cuando se analizó la **Paradoja esencial de los trastornos de nivel neurótico**. De la totalidad, 18 portaban rasgos caracterológicos histriónicos. El hallazgo derivaba de la expresión de los aquejados a lo largo del tratamiento y de lo que se confirmaba con sus familiares.

También aquí, el reclamo de atención caracterológico de estos aquejados y su intensa necesidad de aprobación (OMS, 1991; APA, 1994; Castro, Barrientos, 1994; García, de Castro, 2008; Ruiz, Cano, 2010), reforzaba naturalmente sus necesidades neuróticas de afecto y apoyo, especialmente cuando



terminaba la influencia directa del tratamiento. Eso explica la recuperación de las pautas en el estudio anual incluso para la parte de los aquejados en que se logró su remisión durante el tratamiento.

Un comentario resulta esclarecedor:... *"no es lo mismo que cuando lo tenía a Ud. para guiarme y apoyarme cada semana. Las técnicas y recursos que aprendí son buenos, pero sin su apoyo no funcionan igual, a veces la depresión es intensa y me desespero, no sé que hacer"*...(B.J.G. 45 años, femenina, Ingeniera Agrónomo).

En los otros dos aquejados de este subgrupo se hallaron rasgos caracterológicos psicopáticos. Estos generaron a todo lo largo del tratamiento una resistencia por los procedimientos empleados, acentuando el rechazo producido por las resistencias neuróticas (OMS, 1991; APA, 1994; Blanco, Moreno, 2006; Nicenboim, 2006; Torres, 2007; Alarcón, Torres, Toluca-Salcedo, Carrasco, 2009).

Uno de ellos sentenció:... *"yo quiero cumplir con sus indicaciones, pero no puedo hacer CCT, cada vez que algo se me pasa u olvido lo que había planificado y me encuentro haciendo algo que no había planificado, me dan ganas de caerme a golpes yo mismo. Déjeme decirle que sigo viniendo porque yo confío mucho en Ud. y con esta tristeza y desinterés por todo que me entra no puedo seguir"*...(O.L.C. 36 años. Lic en Cibernética- matemática).

Consecuentemente, también para el Trastorno Depresivo Recurrente sin síntomas psicóticos, **la presencia de rasgos caracterológicos histriónicos de una parte y psicopáticos de la otra dificultan la extinción o atenuación de la Paradoja esencial de los trastornos de nivel neurótico en la primera situación, o se combinan con las resistencias neuróticas al tratamiento (Freud, 1923, 1924), reforzándolas en la segunda.**

En aras de completar el análisis, la evolución del síndrome clínico debe ser atendida.

Para la primera evaluación, el Inventario de Depresión de Beck agrupó en el nivel "Depresión severa" a todos los aquejados. La depresión "Estado" mostró esa misma cifra en el nivel "Alto". La "Rasgo" sumó 14 en el "Alto" y seis en "Medio".

La realizada al final del tratamiento mostró en el Inventario de Depresión de Beck a tres aquejados en el nivel "Moderado", diez en el "Medio" y siete descendían al "No depresión". La depresión "Estado" agrupó a diez en el nivel "Medio" y otros tantos en el "Bajo". La "Rasgo" conservaba ocho en el nivel "Alto" y 12 en el "Medio".

Para la última evaluación, en el Inventario de Depresión de Beck una vez más el nivel "Depresión severa" reúne a la mayoría de los evaluados (13), en "Moderada" agrupa cuatro, en "Depresión leve"



dos, para mostrar en el nivel "No depresión" a sólo uno. La depresión "Estado" mostró 14 en el nivel "Alto" y seis en el "Medio". La depresión "Rasgo" sumó 13 en el "Alto" y siete en el "Medio".

También en este subgrupo se corresponde la atenuación del síndrome clínico con la parcial remisión de las pautas como consecuencia de la aplicación de MOPSITAN para el final del tratamiento. La reaparición de estas pautas en la evaluación anual, es seguida por una recidiva del síndrome depresivo. Los jueces consideraron la presencia del trastorno en el nivel "Alto" en todos los aquejados para la primera evaluación. En la segunda mantuvieron a cuatro en ese nivel, otros tantos los ubicaron en el "Moderado", cinco en el "Bajo", mientras siete fueron ubicados en el "Ausente". Para la evaluación anual, nueve son ubicados en el "Alto", otros tantos en el "Moderado", mientras que reservaron el "Bajo" para dos.

A continuación se muestra la evolución longitudinal de los resultados del Inventario de Depresión de Beck, el IDERE y el criterio de los jueces en la evaluación inicial, al final del tratamiento y la anual.

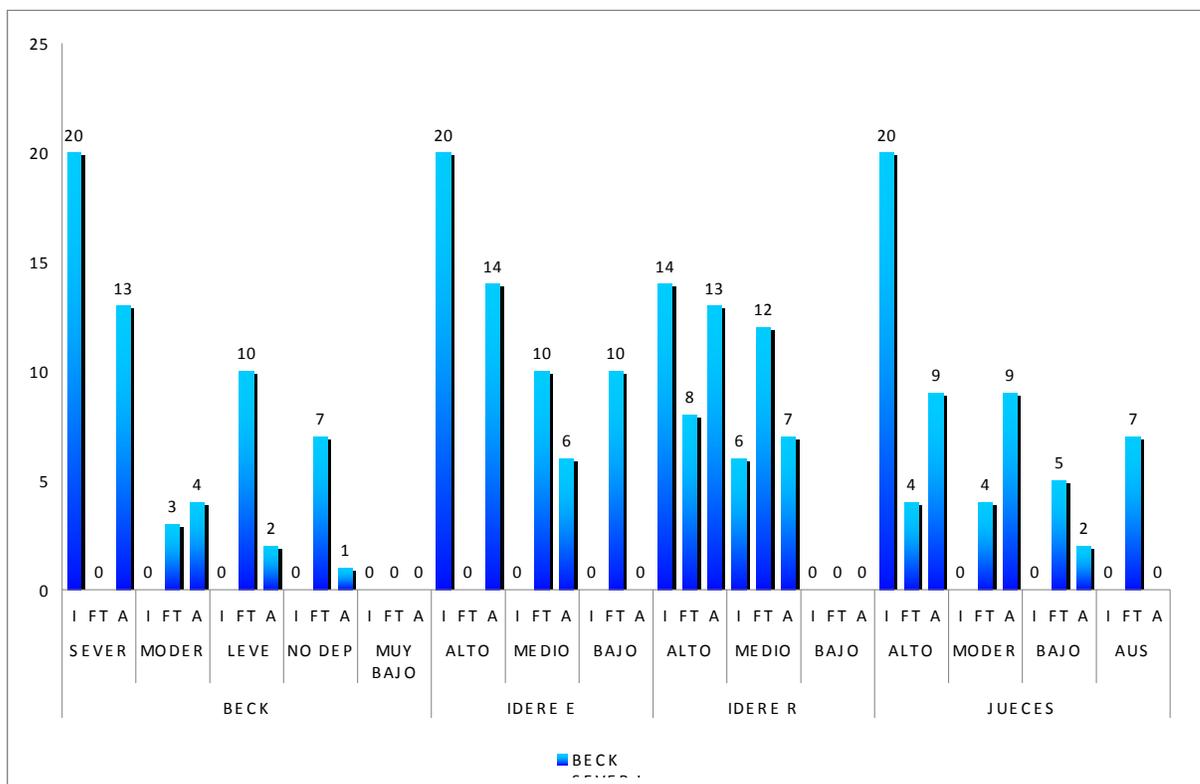


Figura 11. Síndrome depresivo y criterio de jueces en TDR con discreta efectividad terapéutica.

Concluir el análisis a este nivel ofrece hechos que se comparan con los hallados en el caso anterior.



La aplicación de MOPSITAN a este segundo subgrupo de aquejados por un Trastorno Depresivo Recurrente sin síntomas psicóticos, se orientó a las tres pautas nucleares cuya remisión distó de la detectada para el primer subgrupo de este caso. La remisión de las cuatro restantes fue también discreta e inestable como consecuencia de lo acontecido con las tres nucleares.

También en este grupo, como en su similar del caso Trastorno de Ansiedad Generalizada, **la discreta efectividad de MOPSITAN se asocia a la presencia de rasgos caracterológicos histriónicos y psicopáticos en tanto ellos por un lado dificultan la modificación o atenuación de la Paradoja esencial de los trastornos neuróticos, o se combinan con las resistencias neuróticas al tratamiento** (Freud, 1923, 1924), **por el otro.**

Por último en la continuación del análisis, se mostrará la replicación literal de resultados (Rodríguez, Gil y García, 2002) que aportó nuevas evidencias al efecto del modelo psicoterapéutico (MOPSITAN) centrado en las tres pautas diagnósticas propuestas como nucleares para la caracterización psicológica de los trastornos de nivel neurótico.

Como se mostró en el análisis por separado de los casos (Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno Depresivo Recurrente sin síntomas psicóticos), MOPSITAN al incidir directamente sobre las tres pautas esenciales (la **Paradoja esencial de los trastornos de nivel neurótico**, los **Trastornos en la respuesta emocional** y los **Trastornos del autocontrol conductual**), genera la atenuación del resto (los **Trastornos en las relaciones interpersonales**, el **Trastorno de los intereses**, las **Fluctuaciones del rendimiento intelectual**, y el **Deterioro de la autoestima**) así como del **síndrome clínico dominante** con independencia de su naturaleza (ansiosa o depresiva).

Los resultados de MOPSITAN para el primer caso analizado (Trastorno de Ansiedad Generalizada), **se replican literalmente** (Rodríguez, Gil y García, 2002) en el segundo (Trastorno Depresivo Recurrente sin síntomas psicóticos).

Para las tres pautas esenciales, en los subgrupos que respondieron con una elevada efectividad terapéutica de ambos casos, se evidenciaron comportamientos idénticos: su presencia en todos los aquejados remitió después de la aplicación de MOPSITAN.

Tres consideraciones se desprenden de este hecho. En primer lugar, **el diseño de MOPSITAN, dirigido a incidir directamente sobre estas pautas esenciales, provoca su remisión.** En segundo lugar, **esa remisión se evidencia como la causa que explica la reducción de las demás que no reciben esa intervención directa.** En tercero, **un efecto similar se produce sobre el síndrome clínico de cada caso (ansioso o depresivo).**



Las pautas psicológicas sistematizadas en el primer objetivo de este estudio, resultan comunes para las dos formas clínicas de trastornos de nivel neurótico aquí evaluadas.

La intervención psicológica de estos trastornos con el mismo modelo de tratamiento en virtud de considerar que **las dos formas clínicas (ansiosa y depresiva)** asumidas en este estudio **comparten pautas psicológicas comunes**, produce un efecto de modificación o atenuación de dichas pautas y del síndrome clínico para ambos casos.

Para los subgrupos que evolucionaron con una discreta efectividad terapéutica, las dificultades que determinados rasgos caracterológicos (histriónicos y psicopáticos) suponen para la remisión de las pautas diagnósticas esenciales, generan también dificultades para la remisión de las cuatro restantes, así como para el síndrome clínico de cada caso.

De esta manera, concluye el análisis de los objetivos específicos tercero y cuarto. Sus aportes pueden precisarse en tres planos:

- En el teórico: Se ofrece una explicación desarrollada desde la evidencia investigativa, sobre las causas de la efectividad del modelo integrativo de psicoterapia que empleó el autor.
- En el metodológico: Se aporta un modelo integrativo de Psicoterapia cuya secuencia cronológica de aplicación, referentes epistemológicos y procedimientos técnicos, son pormenorizadamente detallados (ver "Apéndice especial").
- En el de la práctica clínica: El modelo integrativo de Psicoterapia aplicado mostró sus niveles de efectividad para el tratamiento de adultos aquejados por trastornos de nivel neurótico.

#### **Consideraciones finales.**

La manera en que la aplicación de MOPSITAN produce resultados que **replican literalmente** (un procedimiento similar aplicado a casos diferentes -ansioso y depresivo- produce resultados similares), arroja más evidencia sobre hechos que han emergido en este estudio:

- MOPSITAN actúa directamente sobre las tres pautas esenciales en el diagnóstico y tratamiento psicológico de los trastornos de nivel neurótico (**Paradoja esencial de los trastornos de nivel neurótico**, los **Trastornos en la respuesta emocional** y los **Trastornos del autocontrol conductual**), evidenciando ser efectivo para hacerlas remitir.
- Esta remisión emerge como causa de la efectividad del tratamiento sobre el resto de las pautas propuestas (**Trastornos en las relaciones interpersonales**, **Trastorno de los intereses**,



Fluctuaciones del rendimiento intelectual, y Deterioro de la autoestima) y el síndrome clínico **fundamental** en cada caso (ansioso o depresivo).

- La presencia de determinados **rasgos caracterológicos** (histriónicos y psicopáticos) **limita la efectividad** de MOPSITAN para **hacer remitir a las tres pautas esenciales**. Cuando esto sucede, **las cuatro restantes tampoco remiten claramente**. Lo mismo sucede con el **síndrome clínico fundamental**.
- Por último, y corroborando los resultados del primer objetivo específico del presente estudio, la replicabilidad de la efectividad de MOPSITAN en los casos evaluados confirma **la presencia de un grupo de pautas diagnósticas que desde la dimensión psicológica identifican, “unificando” a los trastornos de nivel neurótico en adultos**.

El Anexo 9, presenta un ejemplo detallado de la aplicación de MOPSITAN.

En la investigación se incluye además un “Apéndice especial”, con su explicación pormenorizada: los referentes epistemológicos e interpretativos en que descansa, sus etapas y justificación, la secuencia cronológica de aplicación y sus procedimientos técnicos.

## CONCLUSIONES





## CONCLUSIONES

Luego del análisis precedente y en consecuencia con sus resultados para dar salida a los objetivos de este estudio, se concretaron las siguientes conclusiones:

- Resultó sistematizado por vía inductiva y desde la perspectiva integrativa a partir de la práctica clínica, un constructo teórico de rango medio que identifica un conjunto de siete pautas diagnósticas para caracterizar la presencia de trastornos de nivel neurótico en adultos desde la dimensión psicológica (la **Paradoja esencial de los trastornos de nivel neurótico**, los **Trastornos en la respuesta emocional**, los **Trastornos del autocontrol conductual**, los **Trastornos en las relaciones interpersonales**, el **Trastorno de los intereses**, las **Fluctuaciones del rendimiento intelectual**, y el **Deterioro de la autoestima**).
- Tres de estas pautas (la **Paradoja esencial de los trastornos de nivel neurótico**, los **Trastornos en la respuesta emocional** los **Trastornos del autocontrol conductual**) son consideradas esenciales para el diagnóstico e intervención psicoterapéutica de estos trastornos en virtud de los resultados investigativos.
- Se desarrolló un modelo de psicoterapia integrativa para trastornos de nivel neurótico (MOPSITAN) que se orienta por ese “constructo teórico de rango medio”.
- El modelo integrativo de psicoterapia para trastornos de nivel neurótico (MOPSITAN) propuesto actúa directamente sobre las tres pautas esenciales (**Paradoja esencial de los trastornos de nivel neurótico**, los **Trastornos en la respuesta emocional** y los **Trastornos del autocontrol conductual**). Cuando las logra remitir, resulta ser efectivo para la remisión o atenuación del resto de las pautas (los **Trastornos en las relaciones interpersonales**, el **Trastorno de los intereses**, las **Fluctuaciones del rendimiento intelectual**, y el **Deterioro de la autoestima**) y del síndrome clínico con independencia de su tipo (ansioso o depresivo).
- La capacidad de MOPSITAN para hacer remitir las tres pautas esenciales se evidencia como el **mecanismo psicológico** que explica su elevada efectividad para la remisión o atenuación del resto de las pautas y del síndrome clínico.
- Se hicieron evidentes determinados **rasgos caracterológicos** (histriónicos y psicopáticos) que **limitan la efectividad** de MOPSITAN para **hacer remitir a las tres pautas esenciales**. Cuando esto sucede, **las cuatro restantes tampoco remiten claramente**, con un efecto similar en el **síndrome clínico fundamental**.



- La caracterológica tendencia histriónica a reclamar atención de un grupo de aquejados resulta una **contingencia natural de reforzamiento para sus necesidades neuróticas del tipo “alguien que se encargue de sus vidas”**; otro grupo mostró rasgos caracterológicos psicopáticos, cuya **inflexibilidad e intolerancia resultaron resistencias añadidas** a las típicas resistencias neuróticas al tratamiento. Ambos, resultan **mecanismos psicológicos** que en este estudio explican la discreta efectividad de MOPSITAN para esos aquejados.
- La ausencia de diferencias sustanciales en la evolución de los casos asumidos en este estudio (Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno Depresivo Recurrente sin síntomas psicóticos) evidencia que **las pautas diagnóstico-psicológicas resultan más relevantes para la intervención psicoterapéutica que el síndrome clínico particular de cada caso.**
- La replicabilidad de la efectividad de MOPSITAN en los casos evaluados confirma **la presencia de un grupo de pautas diagnósticas que desde la dimensión psicológica identifican, “unificando” a los trastornos de nivel neurótico en adultos.**

# RECOMENDACIONES





## RECOMENDACIONES

A tenor con los resultados obtenidos, se hace prudente un grupo de recomendaciones:

- Probar la efectividad de MOPSITAN con otras formas tipificadas de trastornos de nivel neurótico.
- Desarrollar estudios que den continuidad a esta línea de trabajo para poder evaluar la probable presencia de otros mecanismos implicados en los casos que responden con discreta efectividad a la aplicación de MOPSITAN.
- Desarrollar estrategias particulares que permitan mejorar los efectos de MOPSITAN en estos casos en que su efectividad es discreta.
- Evaluar la probable efectividad de MOPSITAN (o de variaciones del modelo) en enfermedades que no clasifiquen dentro de “los Trastornos mentales y del comportamiento”, pero en cuyo “cuadro interno” las manifestaciones emocionales tengan un nivel de funcionamiento neurótico.
- Determinar si la aplicación simultánea de MOPSITAN con otras modalidades terapéuticas no psicológicas tiene algún efecto en su efectividad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS





## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abella, A. (1991). Trastornos del aprendizaje en una población de adolescentes tratados en hospital de día durante la primera infancia. *Sociedad española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y el adolescente*, 11-12.
- Abelin-Sas, G. (2008). La obra reciente de Hugo Bleichmar. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 56(030), 295-304.
- Addis, M.E., Wade, W. A., Hatgis, C. (1999). Barriers to dissemination of evidence-based practices: Addressing practitioners' concerns about manual-based psychotherapies. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 430.
- Adler, A. (1917). *Study of organ inferiority and its psychological compensation*. New York: Nervous and Mental Diseases Publishing Co.
- Adler, A. (1927). *Practice and theory of individual psychology*. New York: Harcourt, Brace-Worl.
- Adler, A. (1964). *Superiority and social interest: A collection of later writing* (H. I. Ansbacher y R. Ansbacher, Eds). New York: Viking Press.
- Adserá, A. (2009). *Enciclopedia de salud, dietética y Psicología*.  
Disponible en <http://www.encyclopedia salud.com>
- Aguirre, A.E., Yazigi, L., Del Porto, J.A. (2006). Estudio de la Afectividad en Pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo por Medio del Método de Rorschach., *Revista Interamericana de Psicología*, 40(2), 177-184.
- Alarcón, M.D., Torres, J., Torruco-Salcedo, M., Carrasco, B. (2009). Estudio comparativo de terapia de grupo para el tratamiento de pacientes con trastorno límite de la personalidad. *Salud mental*, (32), 241-249.
- Allen, D.M. (2006). Use of Between-Session Homework in Systems-Oriented Individual Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 16(2), 238–253.
- Allen, D.M. (2005). The Clinical Exchange. *Journal of Psychotherapy Integration*, 15(1), 67–68.
- Allen, D.M. (2007). The Search for a Unified Metatheory of Personality, Psychopathology, and Psychotherapy: Grand or Grand Illusion? A Book Review Essay. *Journal of Psychotherapy Integration*, 17(3), 274–286.



- Alexander, F. (1954). Psychoanalysis and psychotherapy. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 2, 722-733.
- Alonso, A. (1989). *Papel del desarrollo anómalo de la personalidad en el origen de las neurosis y sus diferentes formas clínicas*. Tesis doctoral. Ciudad Habana. Universidad de la Habana.
- Alonso, A. (1996). Proyección socio-laboral de los neuróticos. *Revista Cubana de Psicología*, 13(2-3).
- Alonso, A., Mendoza, E. (2003). Estudio de la capacidad intelectual en sujetos neuróticos. *Revista cubana de Psicología*, 20(2), 103-110.
- Álvarez, C.J. (2008). La Psicología científica y las pseudopsicologías, *artículos y documentos, ARP-SAPC*.  
Disponible en: <http://www.arp-sapc.com>
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostical and statistical manual of mental disorders (III)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostical and statistical manual of mental disorders (III-R)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostical and statistical manual of mental disorders (IV)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2008). *Catálogo de trastornos DSM IV*. Author.
- Anchin, J. (2005). Introduction to the Special Section on Philosophy and Psychotherapy Integration and to the Inaugural Focus on Moral Philosophy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 15(3), 284–298.
- Anchin, J. (2008). Contextualizing Discourse on a Philosophy of Science for Psychotherapy Integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 18(1), 1–24.
- Anchin, J.C., Magnavita, J.J. (2008). Toward the Unification of Psychotherapy: An Introduction to the Journal Symposium. *Journal of Psychotherapy Integration*, 18(3), 259–263.
- Andersen, D.T. (2005). Empathy, Psychotherapy Integration, and Meditation: A Buddhist Contribution to the Common Factors Movement. *Journal of Humanistic Psychology*, 45, 483 - 502.
- Aquino, J.M. (2009). Proyecto final de Computación. Trastornos mentales. *SlideShare*.  
Disponible en <http://www.public.slidesharecdn.com>
- Baker, E.L. (1985). Psicoanálisis and Psychoanalytic therapy. En S.J. Lynn y J.P. Garske (Eds.), *Contemporary Psychotherapies: Models and methods*. Columbus, OH: Charles E. Merrill.
- Baldwin, K.M., Baldwin, J.R., Ewald, T. (2006). The Relationship among Shame, Guilt and Self-Efficacy. *American Journal of Psychotherapy*, 60(1), 1-21.



- Bandura, A. (1973). *Agresión: a social learning análisis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1986). *Social foundation of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Barlow, D.H., Esler, J.L., Vitali, A.E. (1992). Psychosocial treatments for panic disorders, phobias, and generalized anxiety disorder. En *A Guide to Treatments that Work*, P.E. Nathan, J.M. Gorman (Eds.), New York: Oxford University Press.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emocional disorders*. New York: Internacional Universities Press.
- Beck, A.T. (1987). Cognitive therapy. En J.K. Zeig (Ed.), *The evolution of psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Beck, A.T. (2008). Evolución del modelo cognitivo de la depresión y sus correlatos neurobiológicos. *American Journal of Psychiatry*, 11(10), 605-613.
- Benito, E. (2008). La psicoterapia. *Revista Psciencia*, 1(1).
- Benson, H. (1975). *The relaxation response* (1st ed.). New York: Morow.
- Beutler, L., Consoli, A. (1993). Matching the therapist's interpersonal stance to clients characteristics: contributions from systematic eclectic psychotherapy. *Psychotherapy*, 3(30).
- Becoña, E. (1999). La discrepancia entre la investigación y la práctica clínica en la terapia de conducta. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 4(2), 71-103.
- Blanco, C., Moreno, P. (2006). Revisión del concepto de personalidad y del modelo de personalidad (P) de Millon (M). *Psiquiatría.com*, 10(4).  
Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/188/30607>
- Bleichmar, S (2000). *Primer Congreso virtual de Psicoanálisis*.  
Disponible en: <http://www.silvialeichmar.com>.
- Borkovec, T.D., Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 611.
- Butler, G., Fennell, M., Robson, P., Gelder, M. (1991). Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 167.
- Caballo, V. (1995). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. España: Siglo Veintiuno de España. Editores SA.



Cala, P. (2008). Neurosis.

Disponible en: <http://www.monografias.com>.

Campbell-Sills, L., Grisham, J.R., Brown, T.A. (2005). Anxiety disorders in primary care. En W. T. O'Donohue, M. R. Byrd, Cummings, N. A. y D. A. Henderson (Eds.), *Behavioral integrative care. Treatments that work in the primary sitting* (pp. 87-107). Nueva York: Brunner-Routledge.

Campos, M., Sotolongo, Y., Santader, A. (2008). Clínica del Estrés. Una Modalidad de tratamiento para pacientes Neuróticos. *Psiquiatría.com*, 12(1).

Disponible en: <http://www.psiquiatria.com>

Carles, M.J. (2002). Eficacia de la terapia y modificación de la conducta: una Psicología basada en la evidencia. *Revista de Asociación de Profesionales de la Terapia de Modificación de Conducta*, (1), 2-20.

Carrasco, D., Gómez, E., Staforelli, A. (2009). Obesidad y adolescencia: exploración de aspectos relacionales y emocionales. *Terapia psicológica*, 27(1), 143-149.

Carnwath, T., Miller, D. (1989). *Psicoterapia conductual en asistencia primaria: Manual práctico*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca, S.A.

Casanova, C.L., Herrera, L.F., Fernández, P. (2003). La estructura de la Inteligencia emocional en pacientes portadores de trastornos neuróticos. *Monografías.com*. Disponible en <http://www.monografias.com>.

Castonguay, L. (2006). Personal Pathways in Psychotherapy Integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 16(1), 36-58.

Castro, H. y Barrientos, G. (1994). *Psiquiatría* (Tomo I,II,II). Ciudad Habana: Editorial Pueblo y Educación.

Chard, K., Widiger, T. (2005). Abuse, Coping, and Treatment. *Journal of Psychotherapy Integration* 15 (1), 74-88.

Cierpka, M., Stasch, M., Dahlbender, R.W. (2006). El sistema Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD): Concepto, confiabilidad y validez. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 44(2), 105-125.

Classe Qsl. (2009). Neurosis. En Adserá, A, *Enciclopedia de salud, dietética y psicología*: Editorial 3 Temas.

Clavijo, A. (2002). Reivindicación de las neurosis. *III Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis*. *Psiquiatría.com*, Feb.



- Disponible en:<http://www.psiquiatria.com/interpsiquis2002>
- Clavijo, A. (2008). El conflicto internalizado y el Trastorno por Estrés Postraumático. Disponible en:<http://www.psiquiatria.com/interpsiquis2008/10371>.
- Craighead, W.E., Craighead, L.W., Illardi, S.S. (1998). Psychosocial treatments for major depressive disorder. En A Guide to Treatments that Work, P.E. Nathan, J.M. Gorman (Eds.), *Oxford University Press*: New York, 226.
- Craske, M.G., Rowe, M., Lewin, M., Noriega-Dimitri, R. (1997). Interoceptive exposure versus breathing retraining within cognitive-behavioural therapy for panic disorder with agoraphobia, *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 85.
- Compas, B., Haaga, D., Keefe, F., Leitenberg, H. y Williams, D. (1998). Sampling of empirically supported psychological treatments from health psychology: Smoking, chronic pain, cancer, and bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 89-112.
- Cross, L. (2007). Islands of Health: Implications of Academic Psychology for Psychotherapy Technique and Integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 17(3), 251-273.
- Cura, R. (1995). *La integración, no hay otra alternativa*. Conferencia introductoria del módulo "Personalidad". Maestría en Psicología Médica. 2da edición. Santa Clara. UCLV.
- Corral, R. (2006). *Historia de la Psicología. Apuntes para el estudio*. Ciudad Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Cury, M. (2007). Tras el silencio. *Arteterapia- Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 2, 71-86. Disponible en <http://www.arteterapia.com>
- Dagirmanjian, S., Eron, J., Lund, T. (2007). Narrative Solutions: An Integration of Self and Systems Perspectives in Motivating Change. *Journal of Psychotherapy Integration*, 17(1), 70-92.
- de Boer, M.A. (1999). *Fundamentos de Psicoterapia. Breve reseña histórica de sus distintos enfoques teóricos y clínicos*. Grupo Cheetah. Buenos Aires. Argentina. Obtenido el 21 de Mayo de 2009 en <http://www.cheetah1.com>
- De Castro, A. (2005). Comprensión cualitativa de la experiencia de ansiedad. *Suma Psicológica*, 12(1), 61-76.
- De Castro, A.M., Salamanca, M.P. (2007). Comprensión de la experiencia de ansiedad a la luz de la perspectiva de salud mental del Psicoanálisis existencial. *Psicología desde el Caribe*, 20, 156-187.
- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D. (2005). Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 409.



- Dobson, K.S., Craig, K.D. (1998). *Empirically Supported Therapies: Best Practice in Professional Psychology*. Thousand Oaks CA: Sage.
- Dollar, J., Miller, N.E. (1950). *Personality and psychotherapy. An analysis in terms of learning, thinking and culture*. New York: McGraw-Hill.
- Duncan, N. (2007). Trabajar con las emociones en Arteterapia. *Arteterapia-Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 2, 39-49.  
Disponibile en: <http://www.arteterapia.com>
- Echeberrúa, E., Corral, P. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/ International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 181-204.
- Elkin, I., Shea, M.T., Watkins, J.T. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments, *Archives of General Psychiatry*, 46, 971.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy* (1st edition). Seacaucus, NJ: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1973). *Humanistic psychotherapy: The rational-emotive approach*. New York: Julian Press.
- Ellis, A. (1977). *Reason and emotion in psychotherapy* (2nd edition). Seacaucus, NJ: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1984). *Reason and emotion in psychotherapy* (3er edition). Seacaucus, NJ: Lyle Stuart/Citadel Press.
- Ellis, A. (1987). The evolution of the rational-emotive therapy (RET) and cognitive behavior therapy (CBT). In J.K.Zeig (Ed.), *The evolution of psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Engels, F. (1878). Anti-Duhring. En C. Marx y F. Engels (Eds), (1974). *Obras escogidas en tres tomos. Tomo III*. Moscú: editorial Progreso.
- Erickson, M., Rossi, E.L. (1979). *Hypnotherapy: an exploratory casebook*. New York: Irvington.
- Espíndola, J.G., Morales, F., Díaz, E., Pimentel, D., Meza, P., Henales, C., Carreño, J., Ibarra, A. (2006). Malestar psicológico: algunas de sus manifestaciones clínicas en pacientes gineco-obstétricas hospitalizadas. *Perinatología y Reproducción Humana*, 20(4), 112-122.
- Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Counseling psychology*, 16, 319-324.
- Feixas, G. y Miró, M.T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- Fernández-Álvarez, H. y Opazo, R. (2004). *Integración en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.



- Fernandes Da Motta, I. (2005). O gesto espontâneo e a interpretação criativa. *Mudanças-Psicología da Saúde*, 13(2), 271-271.
- Ferreras, C. (2007). Autoestima. *Anales de mecánica y electricidad*, 4, 22-54.
- Ferro, R., Vives, M.A. (2004). Un análisis de los conceptos de efectividad, eficacia y eficiencia en Psicología. *Panace@*, V(16).  
Disponible en: <http://www.medtrad.org/panacea.htm>
- Folch, J., Soler, I. (2009). Perfil de personalidad neurótica y su prevención en la edad adulta. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Pediatría en atención primaria: del nacimiento a la adolescencia*, 25(2), 109-121.
- Fonseca, G.J., Pacini, C.A. (2006). Terapia cognitivo conductual de la fobia social: modelos y técnicas. *Psicología em Estudo. Maringá*, 11(2), 269-275.
- Francisco, A. (2009). *Escala de trastornos neuróticos (ESTAN). Su confiabilidad*. Trabajo de Diploma. Sancti Spiritus. Centro Universitario Sancti Spiritus.
- Frankl, V. (1987). *El hombre doliente*. Editorial Herder.
- Franklin, M.E., Foa, E.B. (1998). Cognitive-behavioral treatments for obsessive compulsive disorder. En *A Guide to Treatments that Work*, P.E. Nathan, J.M. Gorman (Eds.). New York: Oxford University Press.
- Freud, S. (1923). *The Ego and the Id*. Standard Edition, Vol.19. London: Hogarth.
- Freud, S. (1924). *A general introduction to psychoanalysis*. New York: Boni and Liveright. (Original work published 1920).
- Gafford, J., Russell, H. (2008). *Psychological treatment of psychiatric disorders*. Medical Up dating. Med line.
- Gallagher-Thompson, D., Steffen, A.M. (1994). Comparative effects of cognitive-behavioral and brief psychodynamic psychotherapies for depressed family caregivers, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 543.
- Gallese, V., Eagle, M.N., Migone, P. (2006). Entonamiento emocional: neuronas espejo y los apuntalamientos neuronales de las relaciones interpersonales. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55(1), 131-176.
- García, Y. (2009). *Escala de trastornos neuróticos (ESTAN). Su validez*. Trabajo de Diploma. Sancti Spiritus: Centro Universitario Sancti Spiritus.



- García, G., de Castro, A. (2008). La psicopatología como máscara de la existencia. *Universo Psicológico*, 7(2), 585-600.
- García, M.J., Ruiz, A.M., Gallego, M.T., Marqués, P., Ledo, A.M., Gómez, C. (2007). Problemática infantil, autoconcepto y trastornos de la personalidad a la edad adulta. *Psiquiatría.com.*, 11(1).  
Disponible en: <http://www.psiquiatría.com>
- Garfield, S.L. (1996). Some problems associated with "validated" forms of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 218.
- Gava, I., Barbui, C., Aguglia, E. (2007). Psychological treatments versus treatment as usual for obsessive compulsive disorder (OCD). *Cochrane Database Systematic Reviews*, CD005333.
- Gigena, A. (2003). *Maestría en ciencias biológicas con especialidad en genética evolutiva y paleobiología*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Glaser, B. G., Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.
- Goisman, R.M., Warshaw, M.G., Keller, M.B. (1999). Psychosocial treatment prescriptions for generalized anxiety disorder, panic disorder, and social phobia, 1991-1996. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1819-1831.
- Gold, J. (2005). Anxiety, Conflict, and Resistance in Learning an Integrative Perspective on Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 15(4), 374-383.
- Goldfried, M. (1995). *De la terapia Cognitivo-Conductual a la Psicoterapia de Integración*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwes S.A.
- Gómea, A., E. (2007). Depresión en el embarazo y el post parto. *Offarm*, 26(1), 44-53.
- González, N., Gómez, M.R. (1997). *Propuesta de un esquema de terapia individual para el enfrentamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en pacientes adultos*. Trabajo de Diploma. Santa Clara. Universidad Central de Las Villas.
- González, D. (2009). *Una valoración filosófica de la integración en Psicología*. Conferencia magistral impartida en Taller regional Psicovilla. Santa Clara.
- González, M. (2007). Reflexión sobre los trastornos de ansiedad en la sociedad occidental. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 23(1), 17-26.
- González, E. (2006). Existencialismo y Humanismo ante la crisis de la Psicoterapia. Una revisión. *Fundamentos en Humanidades*, VII(14), 183-192.



- González, F.L. (1990). *Motivación moral en adolescentes y jóvenes*. Ciudad Habana: Editorial Científico Técnica.
- Gorgas, A. (2005). *De lo real a lo soñado*. Trabajo de Diploma. Facultad de Comunicación Social. Ciudad Habana. Universidad de la Habana.
- Grau, J. (1982). *Aspectos psicológicos de la Ansiedad patológica*. Tesis doctoral. Moscú. Universidad Lomonosov.
- Hamilton, K., Dobson, K. (2001). Empirically supported treatments in psychology: Implications for international promotion and dissemination. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/ International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 35-51.
- Hakkaart-van Roijen, L., van Straten, A., Al, M., Rutten, F. y Donker, M. (2006). Cost-utility of brief psychological treatment for depression and anxiety. *British Journal of Psychiatry*, 188, 323-329.
- Heimberg, R.G., Dodge, C.S., Hope, D.A. (1990). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia: Comparison to a credible placebo control, *Cognitive Therapy Restore*, 14(1), 42-63.
- Heim, G., Bühler, K.E. (2003). Fixed ideas and Pierre Janet's psychology of action. *Annales Medico Psychologiques*, 161 (8), 579-588.
- Heimberg, R.G., Jester, H.R. (1995). Cognitive behavioral treatments: literature review. En R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope, F.R. Schneier, (Eds.), *Social phobia: diagnosis, assessment and treatment*. New York: The Guilford Press.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación. 4ta edición*. Méjico D.F: Editorial Mc Graw and Hill/ interamericana editores, S.A. de C.V.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación. 4ta edición. CD anexo*. Méjico D.F: Editorial Mc Graw and Hill/ interamericana editores, S.A. de C.V.
- Hernández, I. (1997). *Propuesta de un esquema de terapia individual para el enfrentamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada en pacientes adultos*. Trabajo de Diploma. Santa Clara. Universidad Central de Las Villas.
- Herrero, R., Rondón, R.D. (2005). Medicina estética y Psiquiatría: Una asociación. *Revista de Medicina Estética y Psiquiatría*.  
Disponible en: <http://www.med-estetica.com>: Portal de Medicina Estética - Revista de Medicina Estética y especialidades afines, 7.
- Hidalgo, N. (2009). *Escala de trastornos neuróticos (ESTAN). Su validez y confiabilidad*. Tesis de maestría. Santa Clara. ISCM de Villa Clara.



- Horney, K. (1969). *El autoanálisis*. Editorial Psique.
- Hunot, V., Churchill, R., Silva de Lima M., Teixeira, V. (2007). Psychological therapies for generalised anxiety disorder. *Cochrane Database Systematic Reviews*. CD001848.
- Hurtado, I. (2002). Autoestima: concepto, formación, desarrollo e indicaciones acerca de su diagnóstico. *Gestiópolis*.  
Disponible en: <http://www.gestiopolis.com> Uch - RRHH el portal de estudiantes de RRHH, 7.
- Instituto de Terapias integrales y enseñanzas energéticas (2007). *Psicología integrativa*.  
Disponible en: <http://www.itiee.org>.
- Instituto de Filosofía Academia de Ciencias de la URSS, Departamento de Filosofía Academia de Ciencias de Cuba (1981). *La dialéctica y los métodos científicos generales de la investigación*. Tomo I. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales.
- Jacobson, N.S., Dobson, K.S., Truax, P.A. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 295.
- Jung, C.G. (1917). On the Psychology of the unconscious. En *Collected Works* (Vol. 7). Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Kaufman, M. (2007). In Memoriam: The Idioverse of Saul Rosenzweig (1907–2004). *Journal of Psychotherapy Integration*, 17(4), 363–368.
- Kanter, J.W., Manos, R.C., Busch, A.M. y Rush, L.C. (2008). Making Behavioral Activation More Behavioral. *Behavior Modification* 32(6), 780-803.
- Kazantzis, N., Kevin, R. (2006). Common factors in psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 16(2), 115–127.
- Kelly, B.D. (2008). Buddhist Psychology, Psychotherapy and the Brain: A Critical Introduction. *Transcultural Psychiatry*, (45), 5 - 30.
- Klein, M. (1948). *Contributions to psychoanalysis*. London: Hogarth.
- Kohut, H. (1971). *Analysis of the self*. New York: International Universities Press.
- Kutash, S.B. (1976). Modified psychoanalytic therapies. In B. B. Wolman (Ed.), *The Therapist's handbook: Treatments methods of mental disorders*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- La Rivera, F. (2005). Trastorno Depresivo ¿'Depre' o Depresión?. *CERIL. Centro del Desarrollo Infante Juvenil*.  
Disponible en: <http://www.ceril.com>



- La Roche, M. (2005). The Cultural Context and the Psychotherapeutic Process: Toward a Culturally Sensitive Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 15(2), 169–185.
- Lampropoulos, G. (2000). Evolving psychotherapy integration: eclectic selection and prescriptive applications of common factors in therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 37(4), 285–297.
- Lampropoulos, G. (2006). On the Road to Psychotherapy Integration: A Student's Journey. *Journal of Psychotherapy Integration*, 16(1), 5–19.
- Lazarus, A.A. (1989). Multimodal therapy. En R.J. Corsini and D. Wedding (Eds). *Current psychotherapies*. Itasca, IL: F. E. Peacock.
- Leichsenring, F. (2001). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analytic approach, *Clinical Psychology Review*, 21, 401.
- Leiva, E. (1999). Ensayo introductorio a las obras de José Agustín Caballero. En J. A. Caballero (Eds). *Obras*. La Habana. Cuba: Imagen contemporánea.
- Lima, D. (1997). *Propuesta de un esquema de terapia individual para el enfrentamiento del Trastorno Distímico en pacientes adultos*. Trabajo de Diploma. Santa Clara. Universidad Central de Las Villas.
- León-Barúa, R. (2007). Depresión inducida por estrés emocional o ¿estado de "agotamiento nervioso"? *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 20(4), 149-152.
- Leontiev, A.N. (1975). *Actividad, conciencia, personalidad*. Moscú: Muisl.
- Lippiello, P.M, Beaver, J.S., Gatto, G.J., James, J.W., Jordan, K.G., Traina, V.M., Xie, J. y Bencherif M. (2008). Combined therapies. *CNS Neuroscience and Therapeutics*, 14(4), 266-77.
- Lombardi, G. (2008). Determination and freedom in psicoanálisis. *Revista universitaria de psicoanálisis*, 8, 103-126.
- López, M.I. (2007). Ansiedad y depresión, reacciones emocionales ante la enfermedad. *Anales de medicina interna*, 24, 209-211.
- Lozada, J.V. (2009). La PNL: Un modelo integrativo en psicoterapia. *pnlnet.com*. Consultado el 9 de febrero de 2010 en <http://www.pnlnet.com>
- Luengo, A., Brotons, O., Lorente, E., Herrero, N., Aguilar, E. J., Escartí, M.J., González, J.C., Leal, C., Sanjuan, J. (2009). Respuesta emocional ante estímulos amenazantes en psicosis y trastornos de ansiedad. *Psicothema*, 21(1), 51-56.



- Luty, S.E., Carter, J.D., Mckenzie, J.M., Rae, A.M., Frampton, C.M. Roger, T., Mulder, R.T., Joyce, P.R. (2007). Randomised controlled trial of interpersonal psychotherapy and cognitive-behavioural therapy for depression. *The British Journal of Psychiatry*, 190, 496 - 502.
- Magnavita, J.J. (2008). Toward Unification of Clinical Science: The Next Wave in the Evolution of Psychotherapy? *Journal of Psychotherapy Integration*, 18(3), 264-291.
- Mahoney, M.J. (2005). Suffering, Philosophy, and Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 15(3), 337-352.
- Mahoney, M.J. (2008). Power, Politics, and Psychotherapy: A Constructive Caution on Unification. *Journal of Psychotherapy Integration*, 18(3), 367-376.
- Mahrer, A. (2007). If Practitioners Want New and Better Methods, Shop in the Public Marketplace. *Journal of Psychotherapy Integration*, 17(1), 10-32.
- Markowitz, S., Friedman, M.A., Arent, S.M. (2008) Understanding the Relation Between Obesity and Depression: Causal Mechanisms and Implications for Treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice* 15 (1), 1-20.
- Márquez, J.F. (1998). *Modelo de psicoterapia individual para el enfrentamiento de trastornos neuróticos en pacientes adultos*. Tesis de maestría. Santa Clara. Universidad Central de Las Villas.
- Márquez, J.F. (2009). Trastornos neuróticos ¿Vigencia u ocaso de las neurosis? *DUAZARY*, 6(1), 62-70.
- Márquez, J.F. (2009). *La efectividad de un modelo de psicoterapia integrativa para el tratamiento de trastornos neuróticos*. 1er Congreso internacional de Psicoterapia. HPCOD "Hermanos Ameijeiras". La Habana. Cuba.
- Márquez, J.F. (2010). *Efectividad de un modelo de psicoterapia integrativa para el tratamiento del TAG*. Congreso de Psiquiatría y Psicología clínica, Psicocimeq. La Habana. Cuba.
- Marquis, A., Wilber, K. (2008). Unification Beyond Eclecticism and Integration: Integral Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 18(3), 350-358.
- Martínez, O., Calvo, T.J., Rodríguez, X. (2006). Psicoterapia Dinámica Intensiva Breve en el tratamiento de la Distimia. *Revista Médica Electrónica*, 28(30).
- Maslow, A. (1968). *Toward a psychology of being*. New York: Van Nostrand.
- Maslow, A. (1970). *Motivation and personality*. New York: Harper - Row.
- Mezzich, J.E. (2008). *Clasificación Diagnóstica en Psicología*. Geneva: World Psychiatric Association.



- Micca, L. (2006). Problemas del aprendizaje en el niño. Una mirada psicoanalítica. *Archivo Argentino de Pediatría*, 104(3), 240-245.
- Mordoh, E., Gurevicz, M., Lombardi, G. (2006). Algunas precisiones sobre el proceso diagnóstico en Psicoanálisis. *Facultad de Psicología UBA. Secretaría de investigaciones. Anuario de investigaciones*, XVI, 85-89.
- Montañés, F., De Lucas, M.T. (2006). Aspectos evolucionistas de los trastornos afectivos, revisión crítica y propuesta de un nuevo modelo. *Actas españolas de Psiquiatría*, 34(4), 264-276.
- Montes, J.M., Conde, A., Saíz, J. (1998). El espectro clínico de la Distimia: a propósito de un caso. *Psiquiatría.com*, 2(4). Disponible en: <http://www.psiquiatria.com>
- Mustaca, A. (2004a). Tratamientos psicológicos eficaces y ciencia básica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36, 11-20.
- Mustaca, A. (2004b). El ocaso de las escuelas de psicoterapia. *Revista Mexicana de Psicología*, 21, 2, 105-118.
- Navarro, D.A. (1996). Las Neurosis de renta. *Psiquiatría forense, sexología y Praxis*, 12(2), 18-26.
- Nicenboim, E. (2006). Trastorno Evitativo de la Personalidad: Actualización. *Persona*, 6(5), 6-22.
- Norcross, J.C. (2006). Personal Integration: An N of 1 Study. *Journal of Psychotherapy Integration*, 16(1), 59-72.
- Norcross, J.C., Goldfried, M. R. (2005). The Future of Psychotherapy Integration: A Roundtable. *Journal of Psychotherapy Integration*, 15(4), 392-471.
- Oliván, G. (2003). Indicadores de maltrato infantil. *Guías Clínicas*, 2(44).
- OMS. (1980). *Clasificación Internacional de Enfermedades. 9na edición*. España: Meditor.
- OMS. (1987). *Clasificación Internacional de Enfermedades. 9na edición. M. C. España: Meditor*.
- OMS. (1991). *Clasificación Internacional de Enfermedades. 10ma edición. Capítulo V*. España: Meditor.
- Opazo, R. (2006). Sobre el modelo supraparadigmático. *Psiquiatría.com*.  
Disponible en: <http://www.psiquiatria.com>
- Opazo, R. (2006). Psicoterapia integrativa: ¿Exigencia de los tiempos? *dePSICOTERAPIAS.com*.  
Consultado el 23 de noviembre de 2009 en <http://www.Depsicoterapias.com>
- Opazo, R. (2009). Psicoterapia integrativa. Desafío para el siglo XXI. *dePSICOTERAPIAS.com*.  
Consultado el 10 de marzo de 2010 en <http://www.Depsicoterapias.com>
- Oramas, A., Santana, S., Vergara, A. (2006). El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental. *Revista cubana de Salud y Trabajo*, 7(1-2), 34-39.



- Ordóñez, M.P. (2008). Psicoterapia de apoyo en Atención primaria. *Revista Clínica de Medicina y Farmacia*, 2(5), 226-235.
- Oriol, C. (1991). Inhibición del aprendizaje y conflicto neurótico. *Sepyypna. Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y el adolescente*, 11-12.
- Oros, L.B. (2005). Implicaciones del perfeccionismo infantil sobre el bienestar psicológico: orientaciones para el diagnóstico y la práctica clínicas. *Anales de Psicología*, 21(002), 294-303.
- Ortiz, G.R. (2008). *El estrés y su manejo en la Psicología de la salud*. Conferencia magistral. Facultad de Ciencias Médicas "Faustino Pérez" de Sancti Spiritus.
- Otero, A.A., Rabelo, V., Echazábal, A., Calzadilla, L., Duarte, F., Magriñat, J.M., Acosta, C. (2001). *GC.3. Adaptación para Cuba del Capítulo V de la CIE 10*. C. Habana: MINSAP. Hospital Psiquiátrico de La Habana.
- Palma, E., Tapia, S. (2006). De la subjetivación a la apropiación. Aportes del psicoanálisis a los problemas del aprender. *Revista de Psicología*, XV(2), 95-111.
- Pavlov, I.P. (1906). The scientific investigation of psychical faculties or processes in the higher animals. *Science*, 24, 613-619.
- Pinto, J.M. (2006). Cambio de paradigma: el Psicoanálisis relacional. *Intersubjetivo*, 8(1), 1-32.
- Piqueras, J.A., Ramos, V., Martínez, A.E., Oblitas, L.A. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16(2), 43-62.
- Quinto, S.K.E. (2008). *El modelo cognitivo conductual. Manual de psicoterapia*. República Dominicana: editora Búho.
- Raskin, J. (2007). Assimilative Integration in Constructivist Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 17(1), 50-69.
- Remington, J.P. (2006). *Farmacología*. C. Habana: Edit. Ciencias Médicas.
- Rial, V., Castañeras, C., García, F., Gómez, B., Fernández-Álvarez, H. (2006). Estilo personal de terapeutas que trabajan con pacientes severamente perturbados: un estudio cuantitativo y cualitativo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXVI (98), 191-208.
- Richert, A. (2006). Narrative Psychology and Psychotherapy Integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 16(1), 84-110.
- Richert, A. (2007). Concepts, Processes and Procedures: An Introduction to the Special Issue on Integration of Concrete Operating Procedures. *Journal of Psychotherapy Integration*, 17(1), 1-9.



- Rivera, J.L., Murillo, J.A., Sierra, M.A. (2007). El concepto de Neurosis de William Cullen como revolución científica. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 12(001), 157-178.
- Riveros, M., Hernández, H., Rivera, J. (2007). Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima metropolitana. *Revista de investigación en Psicología*, 10(1), 91-102.
- Roca, M.A. (2002). *Psicología clínica. Una visión general*. Ciudad de la Habana: Editorial Félix Varela (Obra original publicada en 2000).
- Roca, M.A. (2007). *¿Es legítima la integración en psicoterapia?...polemicemos un poco*. Monterrey: Conferencia Magistral en Evento en Universidad de Nuevo León.
- Roca, M.A. (2008). *La eficiencia en la Psicoterapia*. Universidad de la Habana.
- Roca, M.A. (2009). *La integración en psicoterapia*. Curso precongreso. La Habana. 1er Congreso internacional de Psicoterapia.
- Rodríguez, R.C. (1997). *Una terapia dinámica e interpretativa, del individuo, la familia y el grupo, para las desviaciones y detenciones del crecimiento, en grandes grupos*. Tesis doctoral. Universidad de la Habana.
- Rodríguez, L. (1989). *Lo metódico y lo metodológico en psicoterapia*. Santa Clara. UCLV.
- Rodríguez, L. (1999). *Sistema psicocorrectivo para influir en la autorregulación de pacientes con ansiedad patológica*. Tesis doctoral. Universidad Central de Las Villas.
- Rodríguez, G., Gil, J., García, J. (2002). *Metodología de la investigación cualitativa*. Santiago de Cuba: Prograf.
- Rodríguez, A., Sónora, M.S. (2007). Conducta desviada y trastornos de conducta: un acercamiento teórico para su prevención. *Anuario el Centro de Investigaciones jurídicas*, 4.
- Roemer, L., Orsillo, S.M. y Salters-Pedneault, K. (2008). Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: Evaluation in a randomized controlled trial. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 76 (6), 1083-1089.
- Rogers, C.R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C.R. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in client centered framework. En S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of the science (Vol. 3)*. New York: McGraw-Hill.
- Rogers, C.R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.



- Rogers, C.R. (1986). Client-centered therapy. En I.I. Kutash y A. Wolf (Eds.), *Psychotherapist's casebook*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Roqué, M.V. (2008). Equívocos en torno a los conceptos de vida y calida de vida. *Cuadernos bioéticos XIX, 2*.
- Rosado, M. (2007). El enfoque integrativo en psicoterapia. *Psicología y educación, 1(2)*. 42-50.
- Rosenberg, M. (1985). Self-concept and Psychological well being in adolescent. In R. L. Leahy (Ed.), *The development of the self*, Orlando, FL: Academia Press.
- Rubinstein, J.L. (1981). *Principios de Psicología General*. C. Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- Ruggeri, M., Nosé, M., Bonetto, C. (2005). Calidad de vida en pacientes psiquiátricos. *British Journal of Psychiatry 187*,121-130.
- Ruiz, J.J., Cano, J.J. (2008). Las psicoterapias. Introduccion a las orientaciones psicoterapéuticas para profesionales sanitarios.  
Disponible en <http://www.psicologia-online.com>. Psicología on Line.
- Ruiz, J.J., Cano, J.J. (2010). *Manual de psicoterapia cognitiva. Parte IV. Aplicaciones clínicas: elementos básicos. Trastornos histéricos. Neurosis histérica*. Obtenido el 29 de Junio de 2010 en <http://www.robertexto.com>
- Safran, J.D., Messer, S.B. (1997). Psychotherapy Integration: A Postmodern Critique. *Clinical Psychology: Science and Practice, 4*, 140-152.
- Sánchez, S. (2008). Hacia una psicoterapia integrativa. *ENSAYOS*.  
Disponible en: <http://martillodelumbre.wordpress.com/2008/08/17/hacia-una-psicoterapia-integrativa/trackback/>
- Sánchez, A.J. (2009). Un enfoque axiológico de los trastornos neuróticos. *Revista Humana de Medicina, 9(2)*.
- Sánchez, D. (2006). Estrés en anestesiología. *Monografías.com*.  
Disponible en <http://www.monografias.com>
- Sanderson, W. (2007). Cognitive behavior therapy for panic disorder (with or without agoraphobia). *Therapy Advisor.org*.  
Disponible en <http://www.therapyadvisor.com> Consultado el 18 de marzo del 2007.
- Savio, N. (2006). El síntoma en los inicios de la originalidad freudiana. *Fundamentos en Humanidades, 7(014)*, 193-199.



- Schottenbauer, M., Glass, C., Arnkoff, D. (2007). Decision Making and Psychotherapy Integration: Theoretical Considerations, Preliminary Data, and Implications for Future Research. *Journal of Psychotherapy Integration, 17*(3), 225–250.
- Seligman, M. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The consumer reports study. *American Psychologist, 53*(3), 965- 974.
- Sigales, S.R. (2006). Catástrofe, víctimas y trastorno: hacia una definición en Psicología. *Anales de Psicología, 22*(001), 11-21.
- Sigales, S.R. (2006). Evaluación longitudinal sobre los estados postraumáticos vinculados a las catástrofes industriales. El caso de la población de San Juan de Ixhuantepec (México). *Anales de Psicología, 22*(001), 22-28.
- Skinner, B.F. (1953). *Science and human behaviour*. New York: Macmillan.
- Skinner, B.F. (1974). *About behaviourism*. New York: Knopf.
- Skinner, B.F. (1987). Whatever happened to psychology as the science of behaviour? *American Psychologist, 42*(8), 780-786.
- Sluchevski, I.F. (1963). *Psiquiatría*. México D. F: Grijalbo.
- Smith, W. (2007). Karen Horney and Psychotherapy in the 21st Century, *Clinical Social Work Journal, 35*(1), 57-66.
- Sos-Peña, M.R. y Tortosa, F. (1992). Situación actual del análisis aplicado de la conducta, *Anales de Psicología, 8*(1-2), 39-59.
- Sosa, M. (2009). ¿Qué es la Neurosis?. *Blog Mujer cosmopolita. Feed Burner*.  
Disponible en: <http://mujer cosmopolita.com>
- Stekel, W. (1950). *Techniques of analytical psychotherapy*. New York: Liveright.
- Sviadosch, A. (1961). *Las neurosis y su tratamiento*. Buenos Aires: Editorial Chagre. (Obra original publicada en 1959).
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, Division of Clinical Psychology, American Psychological Association (1995). Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist, 48*(2).
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, Division of Clinical Psychology, American Psychological Association (1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist, 49*(5).



- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, Division of Clinical Psychology, American Psychological Association (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51(3).
- Thompson, S., Frydman, A., Lombardi, G. (2008). Variables el diagnóstico psicoanalítico de Neurosis en la Histeria y la Obsesión. *Facultad de Psicología –UBA. Secretaría de investigaciones. Anuario de Investigaciones. Volumen XV*, 127-136.
- Torpy, J. (2008). Depression. *Journal of the American Medical Association*, 300(18), 2202-2202.
- Torres, T. (2007). Trastorno límite de la personalidad: Tratamiento desde un enfoque Cognitivo-conductual. *Cuadernos de neuropsicología*, 1(3), 174-371.
- Tutté, J.C. (2004). El concepto de trauma psíquico: un puente en la interdisciplina. *The International Journal of Psychoanalysis*, 85(4), 897-921.
- Ubilla, E. (2009). El concepto de salud mental en la obra de Erich Fromm. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 47(2), 153-162.
- Uña, F.O. (2000). Teorías y modelos de la comunicación. *Praxis sociológica*, 5-3(1), 33-79.  
Disponible en <http://www.dialnet.unirioja.es/servnet/articulo?codigo=1319428>
- Valle, A.D. (2007). *Metamodelos de la Investigación Pedagógica*. C. Habana. Instituto central de Ciencias Pedagógicas. Ministerio de Educación.
- Vera-Villarroel, P., Mustaca, A. (2006). Investigaciones en Psicología clínica basadas en la evidencia en Chile y Argentina. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 13-25.
- Vidal, M.C. (2006). Psicoterapia en Psicooncología. Un Modelo dinámico focalizado combinable con psicofármacos. *Alcmeon. Revista argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 13(3), 31-56.
- Vigotsky, L.S., (1989). *Obras completas. Tomo V. Fundamentos de la defectología*. C. Habana: Edit. Pueblo y Educación.
- Villa, F. (2005). Psiquiatría. Adultos neuróticos. *El Siglo del Torreón*.  
Disponible en: <http://www.elsiglodeltorreon.com.mx>
- Wachtel, P. (2005). Anxiety, Consciousness, and Self-Acceptance: Placing the Idea of Making the Unconscious Conscious in an Integrative Framework. *Journal of Psychotherapy Integration*, 15(3), 243–253.
- Watson, J. (1913). Psychology as the behaviourist views it. *Psychological Review*, 20, 158-177.
- Weems, C. (2008). Developmental trajectories of childhood anxiety: Identifying continuity and change in anxious emotion, *Developmental Review*, 28(4), 488-502.



- Weiten, W., Lloyd, M.A. y Lashley, R. (1991). *Psychology applied to modern life adjustment in the 90s. Third Edition*. New York: Books Cole Publishing Company.
- Wilfley, D.E., Agras, W.S., Telch, C.F. (1993). Group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the nonpurging bulimic individual: A controlled comparison, *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 61, 296.
- Wilson, G.T., Fairburn, C.G. (1998). Treatments for eating disorders. *In A Guide to Treatments that Work*, P.E. Nathan, J.M. Gorman (Eds.). New York: Oxford University Press.
- Wikipedia (2008). *Neurosis*.  
Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Neurosis> (2008).
- Wolf, N.J., Hopko, D.R. (2008). Psychological and pharmacological interventions for depressed adults in primary care: a critical review. *Clinical Psychology Review*, 28, 131-161.
- Wolfe, B. (2008). Toward a Unified Conceptual Framework of Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 18(3), 292–300.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Yin, R.K. (2009). *Case Study Research. Design and Methods*. Fourth edition. SAGE.
- Yllá, L. (2009). Tratamientos psicoterapéuticos, *Avances en Salud mental relacional*, 8, (1), 22-39.
- Yura, G. (2005). *Una mirada de psicoterapeutas cubanos sobre la propuesta teórica y práctica de la terapia integrativa del Dr. Marvin Goldfried*. Trabajo de Diploma. Ciudad Habana. Universidad de la Habana.
- Zaldívar, D., Roca M.A. y Vega-Vega, R. (2004). *Psicoterapia general*. C Habana: Edit. Félix Varela.
- Zubeidat, I., Fernández, A., Sierra, J.C. (2006). Ansiedad y Fobia social: Revisión de los autoinformes más utilizados en la población adulta e infanto-juvenil. *Terapia Psicológica*, 24(001), 71-86.

# ANEXOS





## ANEXO 1

### **Expertos que trabajaron en el Método por rondas de Delphi.**

1. Armando Alonso Álvarez.

Licenciado en Psicología en la Universidad de la Habana, 1970. Doctor en Ciencias Psicológicas de la Universidad de la Habana (1989). Profesor de la Facultad de Psicología de la Universidad de la Habana desde su graduación. Miembro del Consejo Científico de esa Facultad, de la Comisión Nacional de la Carrera de Psicología y del Comité de la Maestría en Psicología Clínica. Fue presidente, secretario y actualmente miembro de la Comisión Nacional de Grados Científicos en Psicología. Presidente de la Sociedad Cubana de Rorschach y otras Técnicas Proyectivas desde 1994. Miembro de la Sociedad de Psicólogos de Cuba. Presidente de la Sección de Rorschach de la Sociedad de Psicólogos de Cuba. Prestigioso y acucioso investigador del tema de las neurosis. Se desempeña además como psicólogo clínico con experiencia en el área del diagnóstico y la terapia.

2. Alberto Clavijo Portieles.

Dr. en Medicina. Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Titular de Psiquiatría (consultante) del Instituto Superior de Ciencias Médicas "Carlos J. Finlay" de Camagüey. Especialista de primero y segundo Grado en Psiquiatría. Especialista de segundo Grado en Administración de Salud. Vicepresidente de la Sociedad Cubana de Psiquiatría. Miembro del Grupo Nacional de Psiquiatría y Jefe del Grupo Provincial de la especialidad en Camagüey. Expresidente y miembro del Consejo Científico Provincial de la Salud. Miembro del Consejo Asesor Provincial de Ciencia y Técnica. Miembro del Consejo Provincial de Ciencias Sociales. Consultor temporario de Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud y miembro de su Panel de Expertos en Salud Mental. Miembro del Comité Académico de la Maestría en Salud Mental Comunitaria. Miembro de Honor de la Sociedad Cubana de Psiquiatría. Ex rector de la Universidad de Ciencias Médicas "Carlos Juan Finlay". Amplia experiencia en el área del diagnóstico e intervención de los trastornos neuróticos. Autor del modelo de "Terapia de actitudes concretas", una modalidad de psicoterapia de grupo para la intervención de trastornos neuróticos. Premio Anual de la Salud y Premio Academia del CITMA por un texto sobre el tema: "Crisis, Familia y Psicoterapia. Aporte de una nueva tecnología al tratamiento de los trastornos psíquicos".

3. Luis Felipe Herrera Jiménez.

Licenciado en Psicología de la Universidad Central de las Villas en 1982. Dr. en Ciencias Psicológicas del mismo centro de altos estudios en 1989. Master en Psicología Médica de la Universidad Central de



las Villas en 1995. Profesor Titular. Vice Decano de Investigación y Post Grado de la Facultad de Psicología de la Universidad Central de las Villas. Responsable de la Maestría en Psicopedagogía. Especialista en Neuropsicología. Psicólogo clínico con experiencia en las áreas de la evaluación e intervención. Profesor invitado en varios países Centro y Latinoamericanos.

4. Vivian Guerra Morales.

Licenciada en Psicología de la Universidad Central de las Villas en 1984. Dra. en Ciencias Psicológicas del mismo centro de altos estudios en 2001. Master en Psicología Médica de la Universidad Central de las Villas en 1995. Profesor Titular. Jefa del Departamento de Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad Central de las Villas. Psicóloga clínica con experiencia en las áreas del diagnóstico y la intervención en edades infantiles y adultos. Profesora invitada en varios países Centro y Latinoamericanos.

5. Alexis Lorenzo Ruiz.

Licenciado en Psicología de la Universidad Estatal de Rostov del Don (1988). Master Profesional Especialista en Ciencias en Psicología de la Salud de la Facultad de Ciencias Médicas "Gral Calixto García Íñiguez" del Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana (1997). Doctor en Ciencias Psicológicas del Consejo Científico Especializado de la Universidad Nacional del Ministerio del Interior de la República de Ucrania (2000). Profesor Titular adjunto de la Facultad de Psicología de la Universidad de la Habana (2005). Diplomado en técnicas y Procedimientos de Rorschach. Diplomado en "La educación a distancia y la utilización de los medios audiovisuales". Miembro Titular de la Sociedad Científica de Psicología de la Salud. Miembro de la Sociedad de Psicólogos de Cuba. Miembro de la Federación Latinoamericana de Psicólogos para las Emergencias y los Desastres. Miembro de la Asociación Franco Cubana de Psiquiatría y Psicología. Jefe del servicio de Psicología del Hospital Pediátrico de Tarará.

6. Margarita M. García Valdés.

Licenciada en Psicología de la Universidad de la Habana en 1984. Especialista y Master en Psicología de la Salud de la Universidad de Ciencias Médicas de la Habana en 1998, Diplomado en Intervención Familiar, Diplomado en Psicoterapia, Diplomado en Dirección. Profesora Auxiliar. Miembro del Grupo Nacional de Psicología de la Salud. Presidenta de la Sección de Intervención Psicológica de la Sociedad Cubana de Psicología de la Salud. Miembro de la Comisión Nacional de Carrera de Licenciatura en Enfermería. Profesora Principal de la disciplina Psicología para la Licenciatura en



Enfermería y de Psicoterapia General para la Licenciatura en Psicología y coordinadora del Diplomado en Terapia Familiar de la Universidad de Ciencias Médicas de la Habana.

7. Gladis Rojas Sánchez.

Licenciada en Psicología de la Universidad Central de las Villas en 1976. Master en Psicología Médica de la Universidad Central de las Villas en el año 2000. Miembro del Comité Académico de la Maestría en Educación de la Universidad de Ciencias Médicas de Sancti Spiritus "Faustino Pérez Hernández". Miembro de la Comisión de Grados Científicos del Consejo Científico Provincial de Salud. Vice presidenta del Capítulo Provincial de la Sociedad de Psicología de la Salud. Psicóloga clínica con sistemático desempeño en las áreas del psicodiagnóstico y la psicoterapia.

8. Fernanda Zulueta Gómez.

Licenciada en Psicología de la Universidad Central de Las Villas en 1978. Master en Psicología Médica de la Universidad Central de Las Villas en 2000. Profesora Auxiliar. Presidenta del Capítulo Provincial de la Sociedad de Psicología de la Salud en Sancti Spiritus. Jefe del Servicio de Psicología del Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente "Camilo Cienfuegos" de Sancti Spiritus. Psicóloga clínico con amplia experiencia en el diagnóstico y tratamiento psicológico de diversa afecciones en adultos que incluye a los trastornos mentales.

9. Juan Feliciano González Gacel.

Licenciado en Psicología por la Universidad Central de las Villas en 1980. Master en Psicología de la Salud (1996). Especialista en Psicología de la Salud (2001). Jefe del servicio de Psicología del Hospital Clínico Quirúrgico "Celia Sánchez Manduley". Profesor Asistente de la Facultad de Ciencias Médicas de Granma "Celia Sánchez Manduley". Investigador de tópicos asociados al suicidio y la depresión, las enfermedades crónicas, y la atención al paciente grave.

10. Yarabel Nápoles Prieto.

Licenciada en Psicología de la Universidad Central de las Villas en 1994. Master en Psicología Médica de la Universidad Central de las Villas en 2000. Diplomado en Gerencia de Salud. Profesora Auxiliar de la Universidad Médica de Sancti Spiritus "Faustino Pérez Hernández". Tesorera del Capítulo Provincial de la Sociedad de Psicología de la Salud en Sancti Spiritus. Psicóloga clínica con experiencia en el diagnóstico y la intervención psicológica en adultos.

11. Ranfis Fundora Díaz.

Licenciado en Psicología de la Universidad Central de las Villas en 1995. Master en Medicina Bioenergética del Instituto Superior de Ciencias Médicas de Villa Clara "Serafín Zárate Ruiz". Diplomado



en Terapia Floral de la Facultad de Ciencias Médicas de Sancti Spiritus "Faustino Pérez". Diplomado en Medicina Tradicional y Natural de la Facultad de Ciencias Médicas de Sancti Spiritus "Faustino Pérez". Diplomado en Masajes y Técnicas Orientales de la Facultad de Ciencias Médicas de Sancti Spiritus "Faustino Pérez". Diplomado en Ciencias de la Educación Superior de la Universidad de La Salle, Valencia. Diplomado en Gerencia Comercial del Centro Universitario de Sancti Spiritus. Psicólogo clínico con experiencia en el uso de estrategias psicodinámicas para el tratamiento de los trastornos neuróticos.

12. Marisela Escobar Brugal.

Licenciada en Psicología de la Universidad Central de las Villas en 1982. Master en Medicina Bioenergética y Natural de la Facultad de Ciencias Médicas de Sancti Spiritus en 2008. Diplomada en Terapia Floral. Diplomada en Docencia Universitaria. Diplomada en Bioética. Diplomada en Medicina Natural y Tradicional. Profesora Asistente. Psicóloga clínica del Policlínico Docente "Arcelio Suárez Bernal" de Jatibonico. Amplia experiencia en el diagnóstico y la intervención psicológica.

13. Laura M. López Angulo.

Licenciada en Psicología de la Universidad Central de las Villas en 1991. Master en Psicología de la Salud del Instituto Superior de Ciencias Médicas de Villa Clara "Serafín Zárate Ruiz" en 2006. Profesora Asistente. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Raúl Dorticós Torrado" de Cienfuegos. Psicóloga clínica con experiencia en el área del diagnóstico y la intervención.

14. Dalia Morales Díaz.

Licenciada en Psicología de la Universidad Central de las Villas en 1990. Diplomada en Medicina Natural y Tradicional de la Facultad de Ciencias Médicas de Sancti Spiritus "Faustino Pérez". Diplomada en Terapia Floral de la Facultad de Ciencias Médicas de Sancti Spiritus "Faustino Pérez". Jefa del servicio de Psicología del Policlínico Docente de Fomento. Psicóloga clínica con más de 17 años de experiencia en el diagnóstico e intervención psicológicas con aquejados por trastornos neuróticos.

15. María Herminia Rodríguez López.

Licenciada en Psicología de la Universidad Central de las Villas en 1987. Jefa del Centro de Salud Mental del Policlínico Docente "Celia Sánchez Manduley" de Trinidad. Diplomada en Docencia de la Educación Superior. Profesora Asistente. Psicóloga clínica con amplia experiencia en el diagnóstico e intervención psicológica de los trastornos mentales, especialmente los trastornos neuróticos del adulto.



## ANEXO 2

### **Entrevista semi estructurada en profundidad.**

Utilizada para completar la anamnesis y corroborar el diagnóstico de remisión, además de obtener datos “en profundidad” que permitieron identificar la presencia de pautas diagnósticas en la dimensión psicológica.

Como instrumento puramente cualitativo los tópicos que incluyó, permitieron incluir aspectos esenciales para completar la anamnesis dentro de la Historia Clínica de cada aquejado, pero sin restricciones de cantidad o tipo de información. Se empleó con la libertad de permitir un escrutinio en profundidad, que se particularizó para cada individuo evaluado.

Los tópicos o temáticas semi estructuradas fueron:

- Motivo de consulta.
- Descripción de la situación actual.
- Antecedentes Patológicos Familiares.
- Antecedentes Patológicos Personales.
- Desarrollo Psicomotor.
- Historia Escolar.
- Estructura y dinámica familiar.
- Historia Laboral.
- Otras consideraciones particulares.

La información así obtenida, permitió identificar las “unidades de análisis” –oraciones en el discurso de los aquejados- que permitieron la triangulación de datos para elaborar categorías (pautas diagnósticas de los trastornos de nivel neurótico en la dimensión psicológica).

Para el tercer y cuarto objetivo de la investigación, se incluyeron los indicadores de cada una de las siete pautas diagnósticas que se relacionan en el Anexo 4: “Documento circulado a los expertos para aplicar el Método por rondas de Delphi”. Se explora directamente su expresión en la práctica clínica.



### ANEXO 3

#### **Observación participante.**

Su objetivo fue la confirmación del diagnóstico de remisión y la identificación de pautas diagnósticas en la dimensión psicológica. En tanto técnica esencialmente cualitativa permitió desde un inicio profundizar en los datos obtenidos a través de la entrevista semi estructurada en profundidad y hacer un “barrido” de las expresiones y comportamiento de los sujetos durante el trabajo de evaluación e intervención psicoterapéutica. Permitió además, la interacción real con los aquejados y sus medios familiares.

Se consideraron también, para el tercer y cuarto objetivo de la investigación, los indicadores de cada una de las siete pautas diagnósticas que se relacionan en el Anexo 4: “Documento circulado a los expertos para aplicar el Método por rondas de Delphi”.



## ANEXO 4

### Documento circulado a los expertos para aplicar el Método por rondas de Delphi.

Estimados colegas, estamos enfrascados en un estudio que pretende, entre sus objetivos, la elaboración de un modelo teórico explicativo sobre la naturaleza de los trastornos de nivel neurótico en personas adultas. Uno de los resultados consecuentes será la construcción y validación de un instrumento diagnóstico estandarizado.

El presente documento pormenoriza las pautas diagnósticas que, desde la dimensión psicológica, los tipifican según la opinión de los autores del estudio.

Necesitamos de su valiosa experiencia y criterio como experto. Sus opiniones serán indispensables como fuente de rigor. Permitirán replicar las pautas propuestas.

Marque con X SI \_\_\_\_\_, NO \_\_\_\_\_. Si su respuesta es positiva favor de llenar los siguientes datos

Nombres y apellidos:

Institución donde labora:

E-mail

Años de experiencia

Categ. o Grado Científico

Categ. Docente.

Nos gustaría que realizara una autoevaluación de los niveles de información y argumentación que tenga sobre el tema en cuestión, para ello marque con una X, en una escala creciente del 1 al 10, el valor que se corresponde con el grado de conocimiento o información que tienen sobre el tema a estudiar.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

En cuanto a los aspectos que influyen sobre el nivel de argumentación o fundamentación del tema a estudiar, seleccione:

Fuentes de argumentación o fundamentación	Alto	Medio	Bajo
-------------------------------------------	------	-------	------



Análisis teóricos realizados por usted.			
Su experiencia obtenida.			
Trabajos de autores nacionales.			
Trabajos de autores extranjeros.			
Su conocimiento del estado del problema en el extranjero.			
Su intuición.			

Nos complacería su análisis así como su valoración al respecto a través de las siguientes cualidades.

1. Estoy completamente de acuerdo.
2. Estoy de acuerdo en casi todos los aspectos.
3. Estoy de acuerdo.
4. No estoy de acuerdo con casi nada.
5. No estoy para nada de acuerdo.

Igualmente nos interesan las sugerencias que pudiera considerar en cada uno de los elementos, lo cual agradeceríamos anexara al documento.

Gracias por su colaboración,

Atte: Ms.C. Joaquín Felipe Márquez Pérez.

Lic. Niurka Hidalgo Anias.

Pautas diagnósticas que definen a los trastornos de nivel neurótico desde el punto de vista psicológico.

1. Paradoja esencial de los trastornos de nivel neurótico.
2. Trastornos en la respuesta emocional.
3. Trastornos del autocontrol de la conducta.
4. Trastornos en las relaciones interpersonales.
5. Trastorno de los intereses.
6. Fluctuaciones del rendimiento intelectual.
7. Deterioro de la autoestima.

### **I. Paradoja esencial de los trastornos de nivel neurótico.**

Definición.



Es considerada la manifestación sintomática esencial de los pacientes portadores de trastornos de nivel neurótico y supone:

- El reconocimiento consciente (crítica) del malestar generado por los síntomas.
- La probabilidad de que el aquejado pueda llegar incluso a reconocer las situaciones, eventos o condiciones que disparan o acentúan sus dificultades, pero en cualquier caso, se evidencia una imposibilidad de cambiar esa situación.

Indicadores:

1. Lograr el reconocimiento consciente (crítica) de situaciones, eventos, contextos o personas que generan malestar y síntomas en el aquejado.  
Reconocimiento de los síntomas como molestos y ajenos a su desempeño habitual.  
Capacidad incluso de recordar desde cuándo aparecen estos síntomas y su malestar en general.
2. Posibilidad de no lograr ese reconocimiento, pero en ambos casos, se añade una tercera condición:
3. Presencia de reconocimiento consciente (crítica) del malestar provocado por los síntomas.
4. Incapacidad de comportarse o sentirse de otra manera a pesar del reconocimiento (crítica) de esa situación. No logran “poner de su parte” para cambiar. Sus esfuerzos por dejar de comportarse así resultan fallidos.

Estoy completamente de acuerdo.	
Estoy de acuerdo en casi todos los aspectos.	
Estoy de acuerdo.	
No estoy de acuerdo con casi nada.	
No estoy para nada de acuerdo.	

Sugerencias:

## **II. Trastornos en la respuesta emocional.**

Definición.

Se refiere al malestar emocional, a la presencia reiterada de síntomas emocionales en los pacientes que poseen trastornos de nivel neurótico manifestado en:

- Malestar emocional “flotante” generalmente activado sin una causa directa identificable.
- Este malestar se mantiene con una intensidad de grado diferente a lo largo del día, de la semana o del mes.



- Con evolución tórpida y crónica sin tratamiento.

Indicadores:

1. Sensación de estar “aplastado”, agobiado, vencido por las emociones negativas y de no saber qué las hizo aparecer en ese momento.
2. Sensación de que las emociones lo ahogan, lo asfixian y no se las puede “sacar de encima”.
3. Percepción de un futuro carente de esperanzas, sensación de que su malestar emocional no se resolverá.
4. Percepción de gravedad variable de los síntomas emocionales a lo largo de un periodo determinado (día, semana, mes).
5. Afirmaciones que evidencian la tendencia a mantenerse o a incrementarse gradualmente los síntomas emocionales en la medida que el tiempo (meses, años) transcurren.

Estoy completamente de acuerdo.	
Estoy de acuerdo en casi todos los aspectos.	
Estoy de acuerdo.	
No estoy de acuerdo con casi nada.	
No estoy para nada de acuerdo.	

Sugerencias:

### **III. Trastornos del autocontrol de la conducta.**

Definición.

Son las dificultades que pueden aparecer en un individuo aquejado por un trastorno de nivel neurótico que suponga:

- Dificultades para controlar sus impulsos.
- Falta de madurez del YO y consecuentemente disminución en la capacidad de tomar decisiones y/o ajustar su conducta para desempeñarse eficazmente ante situaciones demandantes.
- Dificultades para lograr un desempeño conductual fluido y sin errores reiterados.
- Pérdida del sentido de orientación ante lo cotidiano.

Indicadores:

1. Sensación de sucumbir a impulsos, a pulsiones, a emociones primarias, a “prontos”.
2. Evaluación, posterior al desempeño, de no haber pensado las cosas antes de actuar.



3. Percepción de inseguridad y/o angustia de no saber escoger entre opciones, o de no saber qué hacer ante situaciones de la vida cotidiana.
4. Sensación de desconfianza, inconformidad, inseguridad sobre la pertinencia o adecuación de elecciones tomadas o con comportamientos asumidos ante retos cotidianos.
5. Conducta cotidiana torpe, irregular y con errores de coordinación motora.
6. Sensación de estar perdido, de no saber qué hacer o por dónde empezar ante las demandas cotidianas.

Estoy completamente de acuerdo.	
Estoy de acuerdo en casi todos los aspectos.	
Estoy de acuerdo.	
No estoy de acuerdo con casi nada.	
No estoy para nada de acuerdo.	

Sugerencias:

#### **IV. Trastornos en las relaciones interpersonales.**

Definición.

Son dificultades que se expresan en:

- Apatía, desgano o incapacidad para hacer vida pública.
- Incomodidad por la presencia de personas no íntimas (sólo desean la compañía de las muy cercanas).
- Deseo de aislarse y evitar la asiduidad de relaciones interpersonales pudiendo producirse agresividad defensiva.

Indicadores:

1. Percepción de apatía, desgano o incapacidad para mantener su vida pública habitual.
2. Sensación de desagrado ante la presencia de personas no íntimas (sólo aceptan a las muy cercanas).
3. Reconocer la preferencia de mantenerse aislado o evitando el contacto con otros.
4. Emisión ocasional de conductas agresivas, verbales o físicas, para mantener el aislamiento.

Estoy completamente de acuerdo.	
Estoy de acuerdo en casi todos los aspectos.	



Estoy de acuerdo.	
No estoy de acuerdo con casi nada.	
No estoy para nada de acuerdo.	

Sugerencias:

### **V. Trastorno de los intereses.**

Definición.

- Es una concreción o reducción de los intereses, gustos, preferencias, inclinaciones habituales del individuo, dejando de movilizar su comportamiento y desarrollando una apatía ante eventos, situaciones, actividades, locaciones y personas que antes lo motivaban.
- Puede pasar por estadios en que sólo hablan, piensan y se concentran en sus dolencias psicológicas.
- Puede terminar con una involución tan severa que lleva a la idea suicida.

Indicadores:

1. Refieren disminución de sus intereses, gustos, preferencias e inclinaciones habituales e informan que ya no los mueven a la actuación.
2. Refieren que últimamente sólo piensan, hablan o se interesan por sus dificultades actuales.
3. Informan que tienen o han tenido ideas suicidas o asociadas a terminar sus sufrimientos.

Estoy completamente de acuerdo.	
Estoy de acuerdo en casi todos los aspectos.	
Estoy de acuerdo.	
No estoy de acuerdo con casi nada.	
No estoy para nada de acuerdo.	

Sugerencias

### **VI. Fluctuaciones del rendimiento intelectual.**

Definición.

- Se refiere a:
- Incapacidad para resolver tareas intelectuales con niveles de rendimiento similares a los habituales antes de aparición del trastorno.



- Dificultades para concentrarse.
- Merma de la productividad intelectual.

Indicadores:

1. Disminución de la capacidad para entender y realizar tareas intelectuales con la facilidad y rapidez habituales.
2. Dificultades para la concentración.
3. Sensación de incapacidad ante los retos intelectuales habituales en general.

Estoy completamente de acuerdo.	
Estoy de acuerdo en casi todos los aspectos.	
Estoy de acuerdo.	
No estoy de acuerdo con casi nada.	
No estoy para nada de acuerdo.	

Sugerencias:

### **VII. Deterioro de la autoestima.**

Definición.

Se refiere a:

- Sensación de incapacidad y falta de confianza en si mismo.
- Sentimientos de dependencia.
- Minusvalías múltiples (imagen corporal, desempeño profesional, adecuación a sus roles familiares).

Indicadores:

1. Percepción de inseguridad ante los retos de la cotidianidad, carencia de confianza, incluso ante eventos triviales.
2. Necesidad de compañía (que se centra en personas íntimas o muy cercanas).
3. Necesidad de aprobación u orientación por parte de personas íntimas o muy cercanas.
4. Sensación de incapacidad para afrontar tares o retos cotidianos de su vida laboral, familiar, personal.

Estoy completamente de acuerdo.	
Estoy de acuerdo en casi todos los aspectos.	
Estoy de acuerdo.	



No estoy de acuerdo con casi nada.	
No estoy para nada de acuerdo.	

Sugerencias:



## ANEXO 5

### ESTAN (Escala de Trastornos de nivel Neurótico).

El presente instrumento recoge un grupo de afirmaciones que expresan la manera en que Ud. se percibe con respecto a determinadas áreas de su funcionamiento psíquico. Debe indicar marcando sólo uno de los números debajo de cada frase. Seleccione el que mejor exprese su situación.

I.I- Puedo reconocer conscientemente (tener crítica de) situaciones, eventos, contextos o personas que me generan malestar y síntomas.

1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre.

I.II- Puedo reconocer mis síntomas como molestos y ajenos a mi desempeño habitual.

1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre.

I.III.- Tengo dificultades al "poner de mi parte" para cambiar, mis esfuerzos por dejar de comportarme así resultan fallidos.

1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre.

II.I.- Me siento "aplastado", agobiado, vencido por las emociones negativas, que me ahogan, me asfixian y no me las puedo "sacar de encima".

1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre.

II.II.- Mi futuro carece de esperanzas, siento que mi malestar emocional no se resolverá.

1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre.

II.III.-La intensidad de mis síntomas emocionales puede variar a lo largo de un periodo determinado (día, semana, mes).

1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre.

II.IV.- Mis síntomas emocionales empeoran en la medida que el tiempo transcurre (meses, años).

1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre.

III.I.- Me gobiernan impulsos, emociones primarias, "prontos", por no haber pensado las cosas antes de actuar.

1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre.

III.II.- Me siento inseguro y/o angustiado por no saber escoger entre opciones, o de no saber qué hacer ante situaciones de la vida cotidiana.

1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre.

III.III.-Me siento desconfiado, inconforme e inseguro sobre la pertinencia o adecuación de elecciones tomadas o con comportamientos ya asumidos ante retos cotidianos.



1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre.

III.IV.- Mi conducta cotidiana se vuelve torpe, irregular y con errores de coordinación motora.

Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre.

III.V.- Tengo la sensación de estar perdido, de no saber qué hacer o por dónde empezar ante las demandas cotidianas.

1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre.

IV.I.-Me siento apático, desganado o incapacitado para mantener mi vida pública habitual.

1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre.

IV.II.-Siento desagrado ante la presencia de personas no íntimas, sólo tolero a las muy cercanas.

1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre.

IV.III.- Prefiero mantenerme aislado o evitando el contacto con otros.

1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre.

IV.IV.- Tengo conductas agresivas, verbales o físicas, para mantener el aislamiento.

1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre.

V.I.- Siento disminuidos mis intereses, gustos, preferencias e inclinaciones habituales.

1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre.

V.II.-Últimamente sólo pienso, hablo o me intereso por mis dificultades actuales.

1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre.

V.III.-He tenido ideas suicidas o asociadas a terminar mis sufrimientos.

1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre.

VI.I.- Siento disminuidas mis capacidades para entender y realizar tareas intelectuales con la facilidad y rapidez habituales.

1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre.

VI.II.- Tengo dificultades para la concentración.

1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre.

VI.III.- Me siento incapaz ante los retos intelectuales habituales en general.

1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre.

VII.I.- Me siento inseguro ante los retos de la cotidianidad, con carencia de confianza, incluso ante eventos triviales y necesito compañía (que se centra en personas íntimas o muy cercanas).

1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre.

VII.II.- Siento la necesidad de aprobación u orientación por parte de personas íntimas o muy cercanas.



1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre.

VII.III.- Me siento incapaz de afrontar tareas o retos cotidianos de mi vida laboral, familiar o personal.

1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre.

**Descripción y calificación:**

ESTAN fue elaborada y validada en el año 2009 en la provincia de Sancti Spiritus. Es una prueba psicológica que pretende diagnosticar desde esa perspectiva, la presencia de trastornos de nivel neurótico en pacientes adultos con el propósito de guiar la intervención psicoterapéutica. También identifica la vulnerabilidad psicológica a padecerlos. Su validación se llevó a cabo con pacientes portadores de trastornos de nivel neurótico diagnosticados según la clasificación internacional vigente: Capítulo V ó F de la CIE-10.

ESTAN está dividida en dos bloques o partes. El bloque 1 incluye 3 pautas diagnósticas con 12 ítems; el bloque 2 incluye 4 pautas con 13 ítems, para un total de 7 pautas diagnósticas y 25 ítems en todo el instrumento.

**Aplicación:**

Puede ser auto administrada, o aplicada por parte del evaluador (heteroadministrada). Se recomienda su uso en pacientes con un grado de escolaridad superior al noveno. No hay límites de tiempo para su ejecución.

**Calificación e Interpretación:**

Primero se registra la puntuación obtenida en el bloque 1 que incluye las 3 primeras pautas, consideradas esenciales dentro del instrumento.

Pauta 1: Paradoja esencial de los trastornos de nivel neurótico.

Pauta 2: Trastornos en la respuesta emocional.

Pauta 3: Trastornos del autocontrol conductual.

Esta calificación se obtiene sumando los puntos de los 12 ítems y se utiliza para diagnosticar la presencia de trastornos de nivel neurótico o la vulnerabilidad a padecerlos. Se interpreta de la siguiente manera:

-Hasta 20 puntos: no hay presencia de trastornos de nivel neurótico.

-De 21 a 40: vulnerabilidad de padecer trastornos de nivel neurótico.

-De 41 a 60: presencia de trastornos de nivel neurótico.



Tanto la vulnerabilidad de padecer un trastorno de nivel neurótico como la presencia del mismo, se clasifican en: Leve, Moderado o Grave, atendiendo a la calificación obtenida en el bloque 2, interpretándose:

Leve: 1 ó ninguna pauta dañada en el bloque 2.

Moderado: 2 pautas dañadas en el bloque 2.

Grave: 3 ó 4 pautas dañadas en el bloque 2.

La calificación del bloque 2 se realiza por pautas (de la 4 a la 7) de manera individual con el fin de identificar si hay daños en cada esfera específicamente.

Pauta 4: Trastornos en las Relaciones Interpersonales.

Hasta 11 puntos: no hay daños en esta esfera.

De 12-20 puntos: daños en esta esfera.

Pauta 5: Trastorno de los intereses

Hasta 8 puntos: no hay daños en esta esfera.

De 9-15 puntos: daños en esta esfera.

Pauta 6: Fluctuación del Rendimiento Intelectual.

Hasta 8 puntos: no hay daños en esta esfera.

De 9-15 puntos: daños en esta esfera

Pauta 7: Deterioro de la autoestima

Hasta 8 puntos: no hay daños en esta esfera.

De 9-15 puntos: daños en esta esfera.

Además de esta calificación cuantitativa, se sugiere una cualitativa analizando de modo particular cada pauta dañada, así como prestando una especial atención a aquellos ítems que sucedan casi siempre o siempre, o sea, que obtengan puntuaciones de 4 ó 5.



## ANEXO 6

## Cálculos de Validez estructural (Rho de Spearman) y confiabilidad de ESTAN (alfa de Cronbach).

Correlaciones no paramétricas

Correlaciones

			p1_1	p1_2	p1_3	t1
Rho de Spearman	p1_1	Coefficiente de correlación	1,000	,742(**)	,679(**)	,862(**)
		Sig. (bilateral)	.	,000	,000	,000
		N	209	209	209	209
	p1_2	Coefficiente de correlación	,742(**)	1,000	,697(**)	,889(**)
		Sig. (bilateral)	,000	.	,000	,000
		N	209	209	209	209
	p1_3	Coefficiente de correlación	,679(**)	,697(**)	1,000	,908(**)
		Sig. (bilateral)	,000	,000	.	,000
		N	209	209	209	209
	t1	Coefficiente de correlación	,862(**)	,889(**)	,908(**)	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	.
		N	209	209	209	209

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

			p2_1	p2_2	p2_3	p2_4	t2
Rho de Spearman	p2_1	Coefficiente de correlación	1,000	,648(**)	,624(**)	,556(**)	,786(**)
		Sig. (bilateral)	.	,000	,000	,000	,000
		N	209	209	209	209	209
	p2_2	Coefficiente de correlación	,648(**)	1,000	,700(**)	,688(**)	,870(**)
		Sig. (bilateral)	,000	.	,000	,000	,000
		N	209	209	209	209	209
	p2_3	Coefficiente de correlación	,624(**)	,700(**)	1,000	,776(**)	,893(**)
		Sig. (bilateral)	,000	,000	.	,000	,000
		N	209	209	209	209	209
	p2_4	Coefficiente de correlación	,556(**)	,688(**)	,776(**)	1,000	,886(**)
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	.	,000
		N	209	209	209	209	209
	t2	Coefficiente de correlación	,786(**)	,870(**)	,893(**)	,886(**)	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	.
		N	209	209	209	209	209

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).



			p3_1	p3_2	p3_3	p3_4	p3_5	t3
Rho de Spearman	p3_1	Coeficiente de correlación	1,000	,655(**)	,562(**)	,609(**)	,605(**)	,833(**)
		Sig. (bilateral)	.	,000	,000	,000	,000	,000
		N	209	209	209	209	209	209
	p3_2	Coeficiente de correlación	,655(**)	1,000	,682(**)	,649(**)	,675(**)	,851(**)
		Sig. (bilateral)	,000	.	,000	,000	,000	,000
		N	209	209	209	209	209	209
	p3_3	Coeficiente de correlación	,562(**)	,682(**)	1,000	,636(**)	,638(**)	,792(**)
		Sig. (bilateral)	,000	,000	.	,000	,000	,000
		N	209	209	209	209	209	209
	p3_4	Coeficiente de correlación	,609(**)	,649(**)	,636(**)	1,000	,784(**)	,824(**)
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	.	,000	,000
		N	209	209	209	209	209	209
	p3_5	Coeficiente de correlación	,605(**)	,675(**)	,638(**)	,784(**)	1,000	,843(**)
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	.	,000
		N	209	209	209	209	209	209
	t3	Coeficiente de correlación	,833(**)	,851(**)	,792(**)	,824(**)	,843(**)	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	.
		N	209	209	209	209	209	209

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

			p4_1	p4_2	p4_3	p4_4	t4
Rho de Spearman	p4_1	Coeficiente de correlación	1,000	,773(**)	,633(**)	,591(**)	,830(**)
		Sig. (bilateral)	.	,000	,000	,000	,000
		N	209	208	209	209	208
	p4_2	Coeficiente de correlación	,773(**)	1,000	,763(**)	,699(**)	,904(**)
		Sig. (bilateral)	,000	.	,000	,000	,000
		N	208	208	208	208	208
	p4_3	Coeficiente de correlación	,633(**)	,763(**)	1,000	,699(**)	,880(**)
		Sig. (bilateral)	,000	,000	.	,000	,000
		N	209	208	209	209	208



p4_4	Coefficiente de correlación	,591(**)	,699(**)	,699(**)	1,000	,876(**)
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	.	,000
	N	209	208	209	209	208
t4	Coefficiente de correlación	,830(**)	,904(**)	,880(**)	,876(**)	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	.
	N	208	208	208	208	208

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

			p5_1	p5_2	p5_3	t5
Rho de Spearman	p5_1	Coefficiente de correlación	1,000	,595(**)	,192(**)	,683(**)
		Sig. (bilateral)	.	,000	,005	,000
		N	209	209	209	209
	p5_2	Coefficiente de correlación	,595(**)	1,000	,148(*)	,688(**)
		Sig. (bilateral)	,000	.	,033	,000
		N	209	209	209	209
	p5_3	Coefficiente de correlación	,192(**)	,148(*)	1,000	,747(**)
		Sig. (bilateral)	,005	,033	.	,000
		N	209	209	209	209
	t5	Coefficiente de correlación	,683(**)	,688(**)	,747(**)	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	.
		N	209	209	209	209

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

			p6_1	p6_2	p6_3	t6
Rho de Spearman	p6_1	Coefficiente de correlación	1,000	,803(**)	,678(**)	,921(**)
		Sig. (bilateral)	.	,000	,000	,000
		N	209	209	209	209
	p6_2	Coefficiente de correlación	,803(**)	1,000	,730(**)	,922(**)
		Sig. (bilateral)	,000	.	,000	,000
		N	209	209	209	209
	p6_3	Coefficiente de correlación	,678(**)	,730(**)	1,000	,865(**)
		Sig. (bilateral)	,000	,000	.	,000
		N	209	209	209	209
	t6	Coefficiente de correlación	,921(**)	,922(**)	,865(**)	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	.
		N	209	209	209	209



\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

			p7_1	p7_2	p7_3	t7
Rho de Spearman	p7_1	Coefficiente de correlación	1,000	,775(**)	,790(**)	,920(**)
		Sig. (bilateral)	.	,000	,000	,000
		N	209	209	209	209
	p7_2	Coefficiente de correlación	,775(**)	1,000	,741(**)	,910(**)
		Sig. (bilateral)	,000	.	,000	,000
		N	209	209	209	209
	p7_3	Coefficiente de correlación	,790(**)	,741(**)	1,000	,915(**)
		Sig. (bilateral)	,000	,000	.	,000
		N	209	209	209	209
	t7	Coefficiente de correlación	,920(**)	,910(**)	,915(**)	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	.
		N	209	209	209	209

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

			t1	t2	t3	t4	t5	t6	t7	t
Rho de Spearman	t1	Coefficiente de correlación	1,000	,613(**)	,481(**)	,511(**)	,406(**)	,517(**)	,527(**)	,657(**)
		Sig. (bilateral)	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
		N	209	209	209	208	209	209	209	209
	t2	Coefficiente de correlación	,613(**)	1,000	,784(**)	,769(**)	,645(**)	,538(**)	,582(**)	,863(**)
		Sig. (bilateral)	,000	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000
		N	209	209	209	208	209	209	209	208
	t3	Coefficiente de correlación	,481(**)	,784(**)	1,000	,752(**)	,629(**)	,602(**)	,632(**)	,878(**)
		Sig. (bilateral)	,000	,000	.	,000	,000	,000	,000	,000
		N	209	209	209	208	209	209	209	208
	t4	Coefficiente de correlación	,511(**)	,769(**)	,752(**)	1,000	,722(**)	,621(**)	,656(**)	,867(**)
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	.	,000	,000	,000	,000
		N	208	208	208	208	208	208	208	208
	t5	Coefficiente de correlación	,406(**)	,645(**)	,629(**)	,722(**)	1,000	,562(**)	,573(**)	,784(**)
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	.	,000	,000	,000
		N	209	209	209	208	209	209	209	208
	t6	Coefficiente de correlación	,517(**)	,538(**)	,602(**)	,621(**)	,562(**)	1,000	,840(**)	,768(**)
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	.	,000	,000
		N	209	209	209	208	209	209	209	208



t7	Coefficiente de correlación	,527(**)	,582(**)	,632(**)	,656(**)	,573(**)	,840(**)	1,000	,802(**)
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.	,000
	N	209	209	209	208	209	209	209	208
t	Coefficiente de correlación	,657(**)	,863(**)	,878(**)	,867(**)	,784(**)	,768(**)	,802(**)	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.
	N	208	208	208	208	208	208	208	208

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Cálculos de confiabilidad.

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	208	99,5
	Excluidos(a)	1	,5
	Total	209	100,0

a Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,918	25



## ANEXO 7

### **Modelo de consentimiento informado.**

Por medio del presente documento dejo constancia de mi consentimiento a que tanto el contenido de las evaluaciones psicológicas, como el de los datos del proceso de terapia puedan ser usados con fines investigativos. He sido consultado(a) al respecto y doy mi aprobación. Conozco que la información será utilizada con un carácter absolutamente confidencial y respetando el anonimato, además que sus resultados contribuirán a mejorar la evaluación y atención de las personas aquejadas por trastornos de nivel neurótico.

Confirmando además que fui informado(a) sobre las generales del proceso psicoterapéutico y de los resultados que su aplicación había tenido en otros aquejados por estos trastornos. Acepto voluntariamente participar en ese proceso y lo hago en pleno uso de mis facultades y juicio crítico. Para que así conste dejo mis datos y firma.

Nombre y apellidos:

Edad:

Sexo:

Firma:



## ANEXO 8

## Tablas de evolución longitudinal del TAG y el TDR.

Tablas que recogen los resultados de las tres evaluaciones de los 40 aquejados de TAG y los 40 de TDR sin síntomas psicóticos. Ambos subdivididos en dos sub grupos: los que evolucionaron mostrando una elevada efectividad terapéutica y los que lo hicieron con una discreta efectividad terapéutica.

Subgrupo TAG que evolucionó mostrando elevada efectividad terapéutica: Pautas diagnósticas.

TAG	PARAD			T. EMOC			T. AJU COND			T. REL INTER			T. INTERES			F. REND INTE			T. AUTOEST		
PCTE No.	I	FT	A	I	FT	A	I	FT	A	I	FT	A	I	FT	A	I	FT	A	I	FT	A
1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0
2	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0
3	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
4	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0
5	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0
6	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0
7	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0
8	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0
9	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0
10	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0
11	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0
12	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0
13	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0
14	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0
15	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0
16	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0
17	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0
18	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0
19	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
20	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
Pctes	20	0	0	20	0	0	20	0	0	15	4	1	18	1	1	13	4	0	20	17	0

Leyenda:

1-presencia.

0-ausencia.



Subgrupo TAG que evolucionó mostrando elevada efectividad terapéutica: Síndrome clínico y Criterio de jueces.

TAG	EAP									IDARE E									IDARE R									JUECES														
	Alta			Moderada			Baja			Alto			Medio			Bajo			Alto			Medio			Bajo			Alto			Moderado			Bajo			Ausente					
Pcte No.	I	FT	A	I	FT	A	I	FT	A	I	FT	A	I	FT	A	I	FT	A	I	FT	A	I	FT	A	I	FT	A	I	FT	A	I	FT	A	I	FT	A	I	FT	A	I	FT	A
1	25				22				10	56				37				26	49	45			32			1										1	1					
2	26							15	5	77						28	23	62				40	31			1										1	1					
3	26							16	4	60						28	23	51				42				28	1										1	1				
4	25							17	6	69						27	22	60				37	32			1											1	1				
5	26							9	7	53						28	26				43	36	33			1											1	1				
6	26							17	5	73						29	23				38	32	32			1											1	1				
7	26							13	4	65						27	22	48				44	31			1											1	1				
8	25							14	3	75						26	21				44	43	36			1												1	1			
9	26							16	5	63						27	25	57				40	39			1												1	1			
10	26							15	7	71						25	23	48				43	42			1												1	1			
11	26							18	8	65						24	24	53				44	43			1													1	1		
12	26							16	7	71						27	25	49				42	40			1													1	1		
13	25							17	8	63						28	24	53				43	32			1													1	1		
14	25							15	6	61						26	25				43	40	38			1													1	1		
15	26							17	8	51						28	26				44	43	40			1													1	1		
16	26							14	7	76						26	24	47				43	42			1										1				1		
17	26							15	5	55						23	23				43	36	31			1													1	1		
18	26							18	7	61						27	24	46				41	36			1													1	1		
19	25							14	4	49						26	23				36	35	31			1													1	1		
20	26							13	9	73						28	25	48				43	36			1													1	1		
Pctes	20	0	0	0	1	0	0	19	20	20	0	0	0	1	0	0	19	20	13	1	0	7	19	19	0	0	1	20	0	0	0	0	0	0	1	0	0	19	20			



Subgrupo TAG que evolucionó mostrando discreta efectividad terapéutica: Pautas diagnósticas.

TAG	PARAD			T. EMOC			T, AJU COND			T. REL INTER			T. INTERES			F. REND INTE			T. AUTOEST		
Pcte No.	I	FT	A	I	FT	A	I	FT	A	I	FT	A	I	FT	A	I	FT	A	I	FT	A
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1
3	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1
4	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1
5	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1
6	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0
7	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1
9	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0
10	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1
11	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1
15	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1
16	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1
17	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
19	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Pctes	20	10	13	20	8	17	20	9	20	16	11	11	15	8	9	12	7	10	20	20	17

Leyenda:

1-presencia.

0-ausencia.





Subgrupo TDR que evolucionó mostrando elevada efectividad terapéutica: Pautas diagnósticas.

TDR	PARAD			T. EMOC			T. AJU COND			T. REL INTER			T. INTERES			F. REND INTE			T. AUTOEST		
Pcte No.	I	FT	A	I	FT	A	I	FT	A	I	FT	A	I	FT	A	I	FT	A	I	FT	A
1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0
2	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0
3	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0
4	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0
5	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0
6	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0
7	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0
8	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0
9	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0
10	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0
11	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0
12	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0
13	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
14	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0
15	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0
16	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0
17	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0
18	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0
19	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0
20	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0
Pctes	20	0	0	20	0	0	20	0	0	15	4	1	20	1	0	16	6	0	20	12	0

Leyenda:

1-presencia.

0-ausencia.

Subgrupo TDR que evolucionó mostrando elevada efectividad terapéutica: Síndrome clínico y criterio de jueces.

TDR Pcte No.	BECK															IDERE E									IDERE R									JUECES												
	Sever			Moder			Leve			No Dep			Muy Bajo			Alto			Medio			Bajo			Alto			Medio			Bajo			Alto			Moder			Bajo			Aus			
	I	FT	A	I	FT	A	I	FT	A	I	FT	A	I	FT	A	I	FT	A	I	FT	A	I	FT	A	I	FT	A	I	FT	A	I	FT	A	I	FT	A	I	FT	A	I	FT	A	I	FT	A	
1	54										9			3	60							26	23	49				37				34	1									1	1			
2	52										8	5			51								25	22				43	35				28	1										1	1	
3	49										7	5			53								30	25	49				45	37				1										1	1	
4	56										6	5			59								25	21				45				33	26	1										1	1	
5	60										8	6			54								25	22	61				37				25	1										1	1	
6	42										7	5			53								26	21				38	36				27	1										1	1	
7	49										9	6			49								33	22				41	37				26	1										1	1	
8	37										8	5			59								30	24				42	37				28	1										1	1	
9	54										11	7			57								29	26	53				42	36				1										1	1	
10	59										9	6			56								34	27	48				45				32	1											1	1
11	33										7	5			49								25	22				37				29	25	1											1	1
12	49										6			3	52								26	24				46				26	25	1											1	1
13	36										8			4	59								27	25				43				29	27	1											1	1
14	45										10	6			56								27	23				44	37				26	1											1	1
15	52										7	5			57								25	22	47							28	27	1											1	1
16	55										11	6			59								27	23	54							32	25	1											1	1
17	58										6	6			60								32	26	61							36	29	1										1	1	
18	53										8	5			57								29	22				45	37				25	1										1	1	
19	46										7	6			59								33	25				46	39	36			1											1	1	
20	48										9	5			58								32	26	49				38	37			1											1	1	
Pctes	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	17	0	0	3	20	0	0	0	0	0	0	20	20	9	0	0	11	13	4	0	7	16	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	20	



Subgrupo TDR que evolucionó mostrando discreta efectividad terapéutica: Pautas diagnósticas.

TDR	PARAD			T. EMOC			T, AJU COND			T. REL INTER			T. INTERES			F. REND INTE			T. AUTOEST		
	I	FT	A	I	FT	A	I	FT	A	I	FT	A	I	FT	A	I	FT	A	I	FT	A
1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1
2	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1
3	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1
5	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1
6	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1
7	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1
9	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
10	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
13	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
14	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1
15	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1
16	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
18	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1
19	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
20	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1
Pctes	20	7	7	20	10	18	20	8	20	18	8	15	20	4	13	11	7	7	20	20	20

Leyenda:

1-presencia.

0-ausencia.





## ANEXO 9.

### Evolución de un caso con la aplicación de MOPSITAN.

Se presenta una aquejada con diagnóstico de Trastorno Depresivo Recurrente (TDR) sin síntomas psicóticos. La selección tuvo la intención expresa de mostrar, con la riqueza y detalles del seguimiento del caso, la secuencia de aplicación de MOPSITAN y sus posibilidades de adecuación particularizada según las necesidades de cada aquejado.

Resultó una paciente femenina, profesional (arquitecto): C.R.F. de 47 años que arriba a consulta (1-2-99) remitida por su médico de familia alrededor de 7 meses después de su último ingreso por depresión en la sala de Psiquiatría del Hospital Provincial Clínico Quirúrgico "Camilo Cienfuegos" de Sancti Spiritus.

De allí egresó en julio del 1998 después de rebasar la más larga, intensa y grave de sus crisis depresivas que se extendió por dos años.

La aquejada refirió un largo historial de episodios depresivos que se iniciaron cuando tenía unos 11 años y al terminar 6to grado su padre se negó a que continuara estudios. Esa primera crisis duró con breves remisiones y recidivas frecuentes alrededor de tres años.

En ese período estuvo encamada y aseguró sentirse e "inventarse"... *"de todo, hasta un cáncer de mama"...*

Finalmente el padre accedió y pudo continuar estudios.

La Secundaria Básica y el Pre Universitario fueron períodos en que estuvo bien... *"era nerviosa, pero sin crisis"...*, asegura.

La segunda crisis sucedió cuando se divorció por primera vez, era ya una adulta y corría el año 1978. En ese entonces hizo un intento suicida (ingirió tabletas). Se iniciaron entonces dificultades para trabajar y mucha inseguridad.

Su próxima crisis intensa se asoció a la pérdida de una relación de pareja que la paciente calificó de "ideal en su vida" que coincidió con el fallecimiento de su padre. Sucedió en 1989.

Después la frecuencia de estos episodios depresivos resultó muy alta, y supuso ingresos, tanto en salas de Psiquiatría como en Hospital de Día.

La paciente aseguró que nunca perdió la crítica de la realidad. No refirió síntomas psicóticos: alucinaciones, delirios o conducta en extremo bizarra... *"una depresión muy grave sí, sin ganas de bañarme, de comer, de vestirme, de trabajar, ni de pensar"...*



En uno de sus ingresos, recibió Terapia electroconvulsivante. En su Historia Clínica se reflejan 8 sesiones. De esta etapa refirió:... *"me dejé llevar al primero, no me explicaron mucho, pero como yo estaba me daba igual. No recuerdo esa etapa. Es de lo único que no puedo hablar hoy. Sé que me aterro sólo de pensarlo, pero no sé bien qué pasó"...*

Su última crisis antes de acudir a la consulta del autor, fue en julio de 1998.

En sus Antecedentes Patológicos Personales no se señalan condiciones que pudieran explicar causas "orgánicas" para su cuadro clínico, se constató un sonambulismo. En los Antecedentes Patológicos Familiares se refieren múltiples miembros con manifestaciones de desórdenes emocionales: madre, prima y tíos con trastornos de nivel neurótico, además de un hermano epiléptico.

Resultan así evidentes las manifestaciones del desarrollo de una "personalidad neurótica" (Alonso, 1989).

En el Desarrollo Psicomotor no se encontraron dificultades.

La Historia Familiar mostró importantes sentimientos de minusvalía con respecto a su hermano varón.

Se separó de su casa por primera vez cuando se fue a estudiar a la Habana (CUJAE).

Se casó con el novio de toda la carrera y se quedó a vivir en casa de los familiares de éste. El matrimonio duró muy poco.

Luego tuvo la relación que calificó como ideal, pero tampoco duró, él conoció a otra persona y ella... *"lo dejé ir"...* aseguró.

Un segundo matrimonio se sucedió con alguien más joven que quería hijos, ella se sintió "usada" para procrear. También terminó rápido esa relación. Luego se sucedieron otras, también efímeras:... *"soy muy exigente y no creo haber sido nunca una esposa buena y diligente. Fiel sí que lo fui, siempre, pero nunca sumisa y dócil. Además, mis depresiones creo que alejan y asustan a cualquiera"...* Cuenta incluso una relación con alguien que resultó ser un alcohólico.

En la Historia Laboral se reflejan altibajos asociados a sus episodios depresivos. Estuvo mucho tiempo trabajando en el archivo de su empresa:... *"me consideraron, creo que por lástima. Para no echarme a la calle me pusieron a trabajar en el archivo, a guardar los planos y expedientes de las obras que se proyectaban o realizaban y hasta eso hacía mal"...*

Cuando acude a consulta, estaba trabajando como arquitecto, pero con limitaciones amparada por un peritaje psiquiátrico: no proyectaba ni colaboraba en el diseño de proyectos... *"mis funciones son muy burocráticas y simples. Es lo único que me atrevo y puedo hacer. Eso tiene que hacerlo alguien y por eso me ponen allí, es para lo único que sirvo"...*



En un resumen de Historia Clínica se registran diagnósticos muy variados emitidos por diferentes servicios de Psiquiatría de hospitales e instituciones por donde la aquejada transitó (Hospital Clínico Quirúrgico de 10 de Octubre en Ciudad Habana, Sanatorio de Topes de Collantes, UIC de la sala de Psiquiatría del Hospital Clínico Quirúrgico Camilo Cienfuegos de Sancti Spiritus, sala de psiquiatría de esa misma institución, Hospital de Día de neuróticos de Sancti Spiritus), a saber: Neurosis depresiva, Esquizofrenia paranoide, Trastorno de personalidad borderline, Personalidad histérica descompensada y Esquizofrenia pseudoneurótica.

Todos ante un cuadro según se precisa en dicho resumen de... "intelecto sub rindiendo, tristeza, llanto fácil, ansiedad, ideas de minusvalía y autorreproche...marcado rechazo laboral, preocupaciones por la salud de la madre...reducciones de la esfera motivacional y ostensibles trastornos de la memoria de fijación y reproducción para recuerdos recientes, con un scann no concluyente"....

Las estrategias terapéuticas con que fue abordada descansaron esencialmente en procedimientos biológicos: psicofármacos y terapia electroconvulsivante. En la primera modalidad se emplearon antidepresivos, ansiolíticos y neurolépticos (imipramina, fluoxetina, tioreptino, tianeptino). Además una vez estuvo en terapia de grupo en el Hospital de Día.

Con estos antecedentes se recibe. Tanto el psiquiatra de asistencia del Policlínico Docente de Guayos (donde radicaba entonces la consulta del autor), la psicometrista que realizó la evaluación psicológica, como el autor coinciden en interpretar el trastorno de la paciente en ese momento como un Trastorno Depresivo Recurrente sin síntomas psicóticos con episodio actual grave.

Se realizó evaluación psicológica con el objetivo de comparar los resultados.

Las pautas diagnósticas, evaluadas esencialmente mediante la entrevista semi estructurada en profundidad, la observación participante y el registro anamnésico, pero con manifestaciones en otras de las pruebas aplicadas, resultaron evidentes.

La **Paradoja esencial de los trastornos de nivel neurótico** estuvo presente con respuestas muy típicas:... *"ya no puedo más. He hecho todo lo que he podido, pero esto es más fuerte que yo. No he podido por mucho que me esforzara controlarlo...hasta ahora de nada me han valido tantos tratamientos"*...

En el Inventario de Depresión de Beck apuntó:... *"no me puedo soportar a mi misma"*..., lo completa con items del IDERE, ... *"me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza"*...

La presencia del síndrome depresivo justifica ya la presencia de **Trastornos en la respuesta emocional**, la próxima pauta evaluada. La paciente aseguró:... *"así no se puede vivir. Es una tristeza,*



*un abatimiento que no me dejan vivir. No hay nada peor que esto, sobre todo porque la mayoría de las veces, cuando pasa la crisis y miro atrás, no encuentro las causas para tanta tristeza, para esa depresión que me mata'...*

Otros ítems del Inventario de Depresión de Beck, ilustran la situación:... *"no hay nada en absoluto que me proporcione una satisfacción'..... "estoy tan triste y me siento tan desgraciada que no lo puedo soportar".*

La próxima pauta a valorar, los **Trastornos del autocontrol de la conducta**, se manifestaron tácitamente.

En la entrevista la paciente se queja de:... *"no sirvo para nada, ni sé cómo me gradué. No me atrevo a tomar ni la más pequeña decisión, ¿cómo voy a diseñar así? No genero nada, pero si lo lograra, las dudas e inseguridad sobre mis decisiones, no me dejarían vivir o dormir tranquila'...*

Un ítem del Inventario de depresión de Beck confirma esa situación:... *"ahora me siento completamente incapaz de tomar ninguna decisión, sea la que sea"...*

Los **Trastornos en las relaciones interpersonales** resultaron otra pauta detectada en esta evaluación.

En el Inventario de Depresión de Beck precisó:... *"he perdido casi por completo el interés hacia los demás y siento poca simpatía por otras personas"...*

La merma de sus intereses parece la consecuencia de que se reconoce muy limitada. En la entrevista aseguró:... *"no tengo cabeza para nada. Estoy constantemente abatida, pensando en esta tristeza, en esta angustia. Lo demás ya no me importa"...*

También en el Inventario de Depresión de Beck asegura que en ocasiones ha pensado:... *"creo que sería mejor para mi familia que yo me muriese"...*

Las **fluctuaciones del rendimiento intelectual** (la próxima pauta diagnóstica), no sólo fueron evaluadas y consignadas en estudios psicológicos como el que refiere el Resumen de Historia Clínica que se citó en la introducción del caso, si no que son sentidas por la aquejada. En la entrevista aseguró:... *"no tengo cabeza para trabajar, no puedo proyectar ni lo que haría un estudiante en 3ro ó 4to año de la carrera"...* *"no me concentro, no logro hacer nada que requiera de emplear la cabeza"...*

La última pauta se concentra en el estado de la **Autoestima**. La situación es precaria.

Según la entrevista, se siente totalmente inútil:... *"no sirvo para nada, ni siquiera queriéndome ayudar lograré conservar el trabajo. Para todo necesito preguntar. Me doy cuenta de que en cualquier momento prescindirán de mí"...*



En este momento, la presencia del trastorno resulta patente, lo que se confirma también en la expresión del síndrome clínico dominante cuya presencia se mostró también.

Según se reflejó en el Inventario de Depresión de Beck, la aquejada portaba entonces una depresión severa con 59 puntos, a pesar de haber salido de una crisis unos 6 ó 7 meses antes de llegar a la consulta del autor. Los ítems son ilustrativos:... *"tengo la impresión de que mi futuro es desesperado y no mejorará mi situación"..... "creo que he fracasado por completo"..... "no hay nada en absoluto que me proporcione una satisfacción"...*

El IDERE, confirma la intensidad de las vivencias depresivas. La depresión estado con 78 puntos y la rasgo con 41 tipifican en el nivel "Alto". Los ítems aquí resultaron elocuentes:... *"siento que nada me alegra como antes"..... "me siento incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeño que sea"...*

Los jueces consideraron que la presencia del Trastorno Depresivo Recurrente, aún cuando la paciente asegura que no está tan crítica como 6 meses atrás, tenía nivel grave.

Con esta evaluación inicial se inicia la implementación de MOPSITAN en su primera etapa (llamada de **"Desarrollo del autocontrol y reducción del malestar emocional"**)

En la primera sesión de trabajo se elaboró la anamnesis y se propuso la aplicación de MOPSITAN mediante "entrenamiento pre terapia" realizado a través de la entrevista de inducción de roles. La aquejada dio su consentimiento para ser tratada, así se enseñó Respuesta de Relajación, que se indicó por 10 minutos tres veces al día. La evaluación psicológica, cuyos resultados se mostraron antes (para presentar el caso), fue realizada, en una sesión de trabajo posterior a esa consulta inicial. Quedaba de esta manera iniciada la primera etapa de MOPSITAN.

Considerando que la citada etapa se centra en la segunda y tercera pautas diagnósticas (los Trastornos en la respuesta emocional y los Trastornos del autocontrol conductual) del constructo teórico de rango medio que se presenta en este estudio para caracterizar las manifestaciones psicológicas de los trastornos de nivel neurótico, resultó adecuado comenzar con la Respuesta de Relajación. Con ello se pretendió comenzar a desarrollar recursos para el equilibrio emocional y preparar las condiciones para implementar procedimientos de modificación de conducta centrados en el autocontrol.

Luego de aplicada la evaluación, la próxima consulta tuvo lugar el 15-2-99. Allí se detectaron múltiples dificultades con la relajación y aparecieron resistencias. Ante la intensidad de las manifestaciones emocionales y la necesidad de lograr su atenuación para poder avanzar, se optó por un recurso del ambiente auxiliar de relajación de MOPSITAN: el Procedimiento para Sentirse Bien Rápidamente.



La próxima sesión (4-3-99) la encuentra aún con dificultades para lograr lo que ella llamó... *"una sensación especial con la relajación"*...sin embargo refirió que logró sentir corporalmente,... *"lo que se siente cuando se está relajada"*...

Comentó que el día anterior a la consulta había notado algo similar a lo que percibe cuando se va a iniciar una crisis, pero el resto del día no sucedió nada.

Se implementó la técnica de autocontrol central de este modelo, el Control Conciente de Tensiones, orientada a la tercera pauta diagnóstica: los trastornos con el autocontrol conductual. Se indica por dos horas después de la relajación matutina. Se implementa además el esquema de 4 horarios básicos de relajación que se asume en MOPSITAN (al despertar, antes de almuerzo, después del baño y antes de dormir). Se indica el Diario Terapéutico.

La próxima consulta (11-3-99) se dedicó íntegramente a implementar recursos auxiliares para mejorar la Respuesta de Relajación en tanto la paciente se quejó de tener aún dificultades con el procedimiento pues se disociaba con falta de concentración, perdiendo con frecuencia el "uno" (mantra específico de la técnica). Para ello se enseñó a fraccionar (recurso de Voght). Este es un ajuste de MOPSITAN que responde a las necesidades particulares de esta aquejada.

El próximo encuentro (25-3-99) exigió de nuevas alternativas adicionales: la paciente mantiene las dificultades para relajarse, olvida horarios de relajación. Otro tanto sucede con la planificación del Control Conciente de Tensiones, que además se ve lastimada por imprevistos que alteran el diseño de la paciente para las dos primeras horas de su día.

Se enseña un procedimiento del ambiente secundario de relajación de MOPSITAN: los Ejercicios de Respiración Ansiolíticos. Además se enseña a "replanificar y seccionar" su Control Conciente de Tensiones (CCT), que se amplió hasta 4 horas después de la primera relajación.

En la próxima sesión la aquejada refiere de nuevo los síntomas que se asocian a la aparición de los episodios depresivos, sin embargo hay una mejor realización de su Control Conciente de Tensiones (CCT). Se reflexiona sobre la mejoría en el logro del autocontrol conductual a pesar de las manifestaciones cognitivas de temor a la crisis.

Se enseña Tríada de Autocontrol (TAC) para detener pensamientos catastróficos e irracionales y se implementan dos días de entrenamiento del procedimiento para pasar luego a su uso terapéutico autoaplicado.



Se enseña alternativamente la Meditación Trascendental como opción ante las mantenidas dificultades con la Respuesta de Relajación y se propone su práctica con "mantras" verbales por una semana. Se sugiere alternarla con la Respuesta de Relajación en los horarios básicos.

Se extiende el Control Conciente de Tensiones (CCT) por 2 horas más, cubriendo ya toda la mañana.

En el próximo encuentro (15-4-99), la paciente reflejó en el Diario muchas dificultades con su CCT: lo planifica y no avanza, altera el orden o no lo hace. Además en contra de lo indicado, sólo planifica 2 ó 3 horas. Asegura que se mantiene con ideas ajenas mientras se relaja.

Con el CCT, las dificultades se centran en la planificación, le cuesta hacerlo... "*me enredo*"...asegura. Las dificultades para tomar decisiones y autocontrolarse detectadas en la evaluación inicial son aquí palmarias.

Se insiste en la posibilidad de replanificar y se implementa un esquema "seccionando" cada 1 hora.

Se mantiene el CCT hasta las 12.00 meridiano.

Una nueva consulta tuvo lugar una semana más tarde (22-4-99). La relajación aún tiene dificultades en el día, pero ha mejorado mucho en el horario posterior al baño y el nocturno. Con el horario matutino las urgencias temporales auto impuestas (que reconoce), le hacen denominar a esta relajación una "autodictadura".

Han comenzado una serie de autoreproches por su situación laboral: el actual contenido de trabajo es muy escaso, lo termina rápido y luego no tiene qué hacer.

Reconoce que son pequeñas cosas que ella ve como tremendas... "*las exagero*"...asegura.

Se recurre como opción alternativa dentro del esquema de MOPSITAN al paradigma A-B-C-D-E de Ellis y se formulan dos vías para cuestionar las creencias irracionales: descubrirlas a partir de los "debo de", "tengo que", "nunca podría", someterlas a debate ("podría ser, pero no necesariamente", cuestionarlas socráticamente y entonces, aplicar una técnica de detención de pensamiento para luego emplear el paradigma A-B-C-D-E. Éste se protocoliza a fin de lograr la autoaplicación de la Terapia Racional Emotivo Conductual.

Esta aplicación de la TREC dentro del modelo genérico de MOPSITAN, obedece a la necesidad de estabilizar el progreso del CCT que se ve limitado por el constante malestar emocional de la aquejada que magnifica y catastrofiza su situación laboral.

Finalmente se vuelve al esquema básico de trabajo de MOPSITAN con el uso de los 4 horarios básicos de relajación con Respuesta de Relajación o Meditación Trascendental (ya con mantras en imágenes).

Se extendió el CCT hasta la una pm.



A la próxima consulta (28-4-99) trae protocolo de TREC. La hizo en dos ocasiones con buenos resultados. Se refuerzan éxitos y se insiste en la necesidad de ejecutarla ante situaciones en las cuales el malestar se asocia a situaciones identificables (el "agente activador" del modelo de Ellis).

Se mantiene las dificultades con la relajación matutina y el CCT. Se opta eventualmente por un procedimiento del submodelo complementario de MOPSITAN en aras de lograr la ejecución fluida del CCT. Esta vez el recurso complementario fue la Terapia Implosiva (TI). El esquema de MOPSITAN básico no se varía, ni se aumentan las horas de CCT.

Un nuevo encuentro tuvo lugar el 6-5-99. Reapareció la sensación de episodio depresivo inminente. Mantuvo dificultades con la ejecución de todo lo planificado, pero no dejó de hacer tratamiento.

Se refuerza la mejoría lograda a pesar de su incredulidad y reservas con los resultados de la terapia: a diferencia de lo que había sucedido siempre en su historia de depresión, los síntomas prodrómicos de los episodios depresivos no evolucionaron, aún cuando por primera vez en su vida no estaba consumiendo psicofármacos. Debe señalarse que estas manifestaciones prodrómicas de depresión habían estado apareciendo asistemáticamente al menos por un mes. Las experiencias anteriores terminaron en la Unidad de Intervención en Crisis de la sala de Psiquiatría en menos tiempo.

La paciente cuestiona por sí misma el criterio de cronicidad, carácter cíclico e irrecuperabilidad que había asumido del trastorno que porta. Se trabaja en aumentar el programa básico de MOPSITAN. El CCT aumenta hasta las 3.00 pm.

Un nuevo encuentro tuvo lugar el 26-6-99 y resultó importante. La aquejada mantiene las dificultades con su CCT y la relajación, pero ha descubierto las razones que explican esas dificultades: asegura que su sensación de inferioridad, su daño de autoestima no la dejan concentrarse.

Precisa:... *"nunca he sido inteligente, pero he podido manejar la situación, ahora no, me siento inútil con mi vida"...*

Aún sabiendo que no está en crisis tiene miedos. Considera que quizás equivocó su proyecto de vida:... *"quizás debía haberme quedado en Taguasco, casarme, tener hijos y no rebelarme contra eso como lo hice"...* Se evidencia como estas afirmaciones en el proceso de terapia van confirmando las dificultades con la autoestima, los intereses y el autocontrol detectadas en la primera evaluación.

Se reestructura cognitivamente esta postura, valorando su carácter noógeno. Se optó por focalizar el CCT en las acciones de la cotidiana inmediatez. El objetivo de lograr retomar la sensación sobre su cotidianidad, debería tributar en mejoras de la autoestima. Se extiende el programa básico de MOPSITAN con un CCT hasta las 5.00 pm.



La próxima consulta tuvo lugar el 10-6-99. Fluyó por primera vez sin dificultades mayores. El CCT se amplió hasta las 7.00 pm y se le pide que copie sus sueños sin organizarlos, ni intentar corregirlos. Se indicó que serían usados más adelante. Comienza pues a acopiarse información que será usada más tarde, cuando comience la segunda etapa de MOPSITAN (**“Psicodinámica o de exploración profunda”**).

Así se inicia el estratégico solapamiento de etapas de MOPSITAN con el fin de acortar la duración total del tratamiento (en búsqueda de su eficiencia) y de evitar la aparición de resistencias directas a la exploración profunda de material intrapsíquico que será objetivo de la segunda etapa del tratamiento.

Luego sobrevino un período de casi un mes sin contactos con la aquejada. La próxima sesión de trabajo (8-7-99) evidenció que se había mantenido disciplinadamente adscripta al tratamiento. Se reforzaron estos logros. El Diario Terapéutico evidenciaba una notoria mejoría: había lidiado con inconvenientes personales y laborales con éxito. Sin embargo, aún su CCT, felizmente asumido, tiene dificultades con la planificación previa: asume su estilo de ejecución, pero con un margen de espontaneidad todavía alto. Se amplió hasta las 9.00 pm. El terapeuta trabaja con los sueños que trajo, pero sin ponerla al tanto de ese proceso.

El próximo encuentro también evidenció fluidez con el cumplimiento del tratamiento. Se amplió el CCT por todo el día y se introdujo la Relajación Ideativa como vía para obtener mayor cantidad de material intrapsíquico disponible a la interpretación.

Hasta este momento, MOPSITAN se ha enfocado hacia las pautas dos y tres de los indicadores diagnósticos que se proponen en este estudio: los trastornos emocionales y los del autocontrol conductual, así concluye su primera etapa (**“de Desarrollo del autocontrol y reducción del malestar emocional”**).

En ella se incluyeron, en las últimas sesiones de trabajo, las primeras acciones de la segunda etapa: el trabajo con el material aportado por los sueños y la Relajación Ideativa, sólo que la paciente no ha sido informada de las interpretaciones preliminares que había estado haciendo el terapeuta. Las razones de esta omisión se expusieron en la explicación de MOPSITAN que aparece en el “Apéndice especial”.

La próxima sesión de trabajo (19-8-99), realizada un mes después por vacaciones de la paciente y el terapeuta una después de las otras, inicia la segunda etapa de MOSITAN (**“Psicodinámica o de exploración profunda”**). Esta se centra en el análisis psicológico de las formaciones intrapsíquicas, asociadas - según los criterios a los que se afilia el autor-, a las causas de las manifestaciones sintomáticas de los trastornos de nivel neurótico (Alonso, 1989; Wachtel, 2005; Wolfe, 2008).



El material aportado por los sueños y la Relajación Ideativa se interpreta por primera vez en presencia de la paciente, conminándola a participar activamente e intercambiar con el terapeuta.

Esta vez resultan recurrentes, desde el inicio, imágenes en que sus sentimientos de inferioridad, minusvalías e inseguridad son palpables. Su reiteración acompañada de angustia y malestar evidencian un complejo de inferioridad que se expresa constantemente. Además resulta evidente su neurótica "necesidad de alguien que se encargue de su vida" y la acompañe, junto a su "necesidad de afecto".

Sueña con alguien a quien no conoce, pero la acompaña; en su casa detecta un mal olor, después de buscar, la paciente descubre avergonzada que es ella la maloliente y trata de disimularlo. En otra ocasión sentada en una casa que a pesar de saber la suya, le resulta extraña y desconocida, es violentada por un asaltante nocturno que, de perseguir a otro, se vuelve hacia ella con intenciones lascivas. Pide ayuda a otros dentro de su casa (que tampoco puede identificar, pero allí estaban), teme tanto la agresión como que pueda ceder a las presiones y acoso sexual del victimario.

En otros se va de vacaciones y recuerda haber dejado el refrigerador desconectado, no se atreve a llamar a su vecina para evitar molestarla e imponerle, además, pagar la llamada. Sueña que va de vacaciones a un lugar, toma por equivocación la carta del restaurante y se le rompe. Siente que puede ser juzgada por el hecho. Luego para el arreglo de la carta, que se convierte en una revista rota, es ayudada por unos amigos, pues no podía hacerlo sola.

Esos mismos amigos, que son realmente muy íntimos, acentúan su inferioridad ocultándole un viaje de recreo del que sólo le cuentan cuando regresan. Se ve canosa ante el espejo y racionaliza sobre su presencia física.

En otras imágenes se siente usada por un ingeniero con el que trabaja en el diseño de carrozas: él pretende incluir a un amigo como autor y pagarle del dinero que corresponde a la aquejada. Además se angustia, pues luego de entregarse a ese proyecto con vehemencia, los ejecutores lo mutilan a su antojo.

De esta situación comenta:... *"es verdad que me siento poca cosa. Sólo a mi se me puede ocurrir tomarme el diseño de una carroza de carnaval como si fuera el de Brasilia"...*

Se repitan sueños en que su casa le parece ajena y desconocida, o se siente angustiada mientras se compara infelizmente con la vecina de un apartamento vecino que se pasea en ropa íntima con las ventanas abiertas.

En otros no puede levantarse de la cama pues su cuarto y toda la casa, amanecen con el piso cubierto de vidrios. Todavía en otros tiene que usar los espejuelos con una sola pata, pues la otra se le parte y



no puede arreglarlos, o se encuentra con amigas muy mayores que se le aparecen rejuvenecidas y luciendo mucho mejor que ella.

La inferioridad se reitera: se encuentra con amigas en un carnaval que llevan todas blusas a cuadros, ellas le hacen saber que están de moda. Sólo la paciente ni tiene, ni lo sabía; o necesita comprar cremas para el rostro que no puede pagar.

Ese daño de autoestima que se expresa en sentimientos intensos de minusvalía e inferioridad se asocia a una tendencia neurótica, también recurrente, que intenta la compensación: en el material analizado son también profusas las imágenes de compañía y protección.

Las necesidades neuróticas de "alguien que se encargue de su vida" y la de "afecto, apoyo, compañía y protección" resultaron evidentes. Alguien la acompaña siempre, puede o no conocerlo, pueden o no ayudarla ante sus reclamos, pero nunca está sola.

Unas veces es alguien desconocido (que incluso detecta un mal olor del que ella se descubre responsable), otras un grupo también desconocido que está en su casa y a quienes pide ayuda cuando es asaltada, conversa con amigas, se encuentra en carnavales con otras, la ayudan a arreglar una "carta-revista" rota unos amigos, es su madre quien está en su casa cuando despierta con el piso cubierto de vidrios, es con la madre con quien se queja del poco apoyo de otros familiares, se encuentra en lugares desconocidos con el esposo de su prima o con compañeros de trabajo. Incluso cuando es víctima del maltrato de otros, lo acepta porque sabe que no puede afrontar retos sola, aunque sean menores.

También resultan evidentes sus carencias afectivas y dificultades en el área de las relaciones interpersonales y de pareja. Sueña que puede ceder ante el abuso lascivo de un asaltante, un amigo de la familia se divorcia y le propone sorpresiva y "mágicamente" matrimonio, amigas cercanas tienen romances que, en contra de lo que hace habitualmente, la paciente aprueba y ayuda porque conoce... *"los problemas que ellas tienen en sus matrimonios"*...Le comentan de un hombre que está enamorado de ella y "le da vueltas" todos los días.

Resulta interesante en este caso que los intentos para compensar la situación de inferioridad descansan en la presencia y compañía de otros, con muy escasos intentos de enfrentamiento de las demandas de la existencia: cuando se enfrasca en una tarea o va a descansar, precisa de compañía o apoyo: el proyecto de la carroza de carnaval, la situación con la carta-revista en el Hotel, la noche de fiesta de carnaval con las compañeras de trabajo.



Con estos hallazgos y la identificación de la aquejada con el significado simbólico de sus imágenes, se indicó Ejercicio Abreativo a fin de saber si resultaba necesario continuar en la exploración y análisis de material intrapsíquico. Se mantuvo el programa de tratamiento por una semana más.

La próxima sesión tuvo lugar a los 15 días (2-9-99). No aparecen imágenes que aporten material nuevo y según el Ejercicio Abreativo no resulta necesario seguir explorando: han quedado identificadas las formaciones intrapsíquicas asociadas –según los criterios que comparte el autor con otros terapeutas integrativos- a las manifestaciones sintomáticas que trajeron a la paciente a consulta.

La combinación del solapamiento de etapas (al iniciar el acopio del material aportado por los sueños y la Relajación Ideativa en las últimas semanas de la primera etapa de MOPSITAN) con el empleo del Ejercicio Abreativo, reducen sustancialmente la cantidad de sesiones dedicadas a la exploración profunda.

Así la segunda etapa de MOPSITAN (“**Psicodinámica o de exploración profunda**”), centrada en la primera de las pautas diagnósticas que se proponen en este estudio: la paradoja esencial de los trastornos de nivel neurótico, está concluida. Con el reconocimiento e identificación de la aquejada de estas formaciones intrapsíquicas se produce la primera negación dialéctica o primera evitación.

Se da paso entonces a la tercera etapa del modelo (de “**Consolidación**”). Su objetivo es modificar las formaciones intrapsíquicas detectadas y desarrollar en el lugar de los síntomas que las reforzaban, conductas alternativas. Para ello se implementó la Tríada de Extinción.

Se asumieron como síntomas cognitivos y emocionales sus miedos, inseguridad, tristeza, depresión, angustia, ansiedad, así como las ideas fijas, intrusivas o fóbicas, además de las sobrevaloradas, irracionales y catastrofistas.

Los motores se asociaron a las manifestaciones desajustadas, torpeza y falta de control de su conducta, y los fisiológicos se expresaron como sudoraciones, taquicardia, cefaleas o ganas de vomitar secundarias a situaciones o vivencias demandantes.

La Tríada supuso primero la identificación de los síntomas, después la explicación de su aparición en esa situación concreta a la luz de los hallazgos intrapsíquicos (para provocar la primera negación dialéctica o primera evitación). Finalmente, se asume la realización de una “conducta opuesta” al síntoma para propiciar la modificación o atenuación de las formaciones intrapsíquicas al evitar la continua expresión del síntoma -que es considerado un reforzador para dichas manifestaciones intrapsíquicas-, sustituyéndolo por un recurso terapéutico aprendido y entrenado durante la primera



etapa de MOPSITAN (se propicia así la segunda negación dialéctica o segunda evitación). De esta manera se direcciona el proceso de modificación o atenuación.

Se protocolizó la extinción.

La próxima consulta se distanció hasta el 14-10-99 por ocupaciones laborales de la paciente que, ante su mejoría, desea optar por una nueva plaza en su mismo centro de trabajo, en la que su desempeño profesional tendrá exigencias mayores.

Se mantiene haciendo la Tríada y está muy mejorada.

La próxima sesión (21-10-99) evidencia una presencia muy baja de uso de la Tríada, nunca más de una vez al día. Predominan las manifestaciones emocionales o cognitivas. Sólo una de corte fisiológico en la semana. Se refuerza la mejoría y el empleo de los recursos de modificación y "extinción". Se reevaluó en 21 días.

Acude a consulta a los 15 días (11-11-99) asaltada por miedos y tensiones en el trabajo, especialmente por la solicitud de plaza. Asegura que en los últimos días, la tríada se ha convertido en un ejercicio mental, académico pues la conducta opuesta es apenas realizada y en el plano práctico la ejecución es nula.

Se asocia el recrudecimiento sintomático a la ejecución parcial del procedimiento de modificación o extinción, en tanto generalmente obvió la conducta alternativa opuesta. Se hicieron ajustes precisos para su práctica.

El próximo contacto se programó a la semana (17-11-99). Para entonces había mejorado de nuevo ostensiblemente. Su uso no excedió las tres ejecuciones al día. Se planificó un próximo encuentro en 15 días.

La siguiente sesión (1-12-99) mantuvo la curva de mejoría. El empleo de la Tríada oscilaba entre 1 y 3 veces al día. Se decide reevaluar en 21 días.

Acude casi 5 semanas después (5-1-2000). Con las festividades de fin de año, se apartó de la extinción. Se indica retomarla y protocolizarla.

Vuelve el 20-1-2000 sintiéndose mal. Ha hecho Tríada de extinción, pero en frecuencia baja, a pesar de tener síntomas. Estos son mayormente emocionales. La Terapia Racional Emotivo Conductual como conducta opuesta ha sido absolutizada con escasa atención a las manifestaciones motoras y fisiológicas. Se apunta el trabajo en esta dirección y se decide reconsultar en 15 días.



El 10 de marzo vuelve a consulta. Seguía mal. Asegura que no tiene habilidades para los procedimientos técnicos aprendidos durante la primera etapa de MOPSITAN. En ese estado, la aplicación de la Tríada no resulta funcional.

Se decidió reentrenar los procedimientos de la primera etapa de MOPSITAN para luego retomar la Tríada de extinción. Se aplica un recurso del submodelo complementario de MOPSITAN: una sesión de hipnosis para estimular sensación de confianza y visualización dirigida a la ejecución exitosa de los procedimientos técnicos.

La próxima sesión (12-3-2000) también se dedica a la terapia hipnótica con idénticos objetivos.

En la siguiente consulta se reporta una evidente disminución de los síntomas desde que vuelve a los procedimientos de la primera etapa de MOPSITAN. Se decide mantener el reentrenamiento por una semana más.

Luego de una ausencia de 3 semanas a consulta, se opta por elaborar y entregar un protocolo de control para cada una de las técnicas de la primera etapa del tratamiento.

En la próxima consulta (28-4-2000) informa que con el CCT, la mejoría de ejecución es notoria, pero con el resto de los procedimientos no logra autoevaluarse con algo mejor que "Regular". Refiere dificultades para relajar partes del cuerpo y para focalizar una respiración rítmica y apacible.

En la siguiente sesión de trabajo (11-5-2000) la autoevaluación de la ejecución de la relajación que hace la paciente, es aún "Regular". Se valora que quizás las exigencias son demasiado "perfeccionistas".

A la semana (18-5-2000), se invoca el carácter protector de la filosofía básica del CCT. Ha mejorado la ejecución de los Ejercicios de Respiración Ansiolíticos, pero no de la Respuesta de Relajación, ni de la Meditación Trascendental. Se aplican sugerencias especiales para cada uno dichos recursos.

En el siguiente encuentro (2-6-2000) los procedimientos de relajación son todos evaluados de "Bien". Se mantiene este esquema.

En la siguiente sesión (23-6-2000) se refuerza la mejoría y se pide traiga de nuevo el material previamente acopiado con las formaciones intrapsíquicas.

Con la próxima sesión, quedaron reevaluados todos los hallazgos intrapsíquicos. Se repasa el empleo de la Tríada de extinción. Se reimplantó su protocolización.

Para el 7-7-2000 había evolucionado muy bien. Los síntomas aparecieron sólo una vez. Se mantiene protocolo de extinción.



La siguiente sesión (21-7-2000) fue testigo de una continua mejoría: sólo necesitó de la tríada 5 veces en 21 días.

La mejoría continuó en la próxima consulta (18-8-2000). Es evidente la recuperación de la autoestima. La tríada sigue necesitando más en la conducta alternativa opuesta de Terapia Racional Emotivo Conductual que de otros recursos, pues los síntomas residuales son emocionales.

La paciente solicita un Entrenamiento en Habilidades Sociales. Se valora su implementación en un grupo terapéutico para estos fines que en ese entonces dirigía el terapeuta. Los beneficios de esta modalidad terapéutica complementaron los resultados de MOPSITAN, pero no son parte de su diseño y concepción.

En el próximo encuentro (22-9-2000) se dedica a orientar una estrategia general de Solución de Problemas que apoyará el Entrenamiento en Habilidades Sociales.

Estas sesiones de tratamiento no forman parte de las estrategias concebidas en MOPSITAN. Se dedicaron al Entrenamiento en Habilidades Sociales y sesionaron en las siguientes fechas: 20-10-2000, 28-10-2000, 17-11-2000, 24-11-2000, 8-12-2000, 19-1-2001, 16-3-2001.

Para entonces se concluyó el Entrenamiento en Habilidades Sociales y la paciente se sentía bien. Se indicó evaluación psicológica.

Acude nuevamente luego de 4 meses (20-7-01), no se había realizado la evaluación indicada.

Luego regresa el 1-10-01. Ahora viene porque pasó por peritaje psiquiátrico a solicitud de su centro de trabajo como requisito para otorgarle la nueva plaza. La situación fue demandante, especialmente porque... *"tuve que volver a enfrentar a los psiquiatras que me trataban cuando estuve muy mal"*...Comenta que usó con muy buenos resultados la Tríada. Salió airosa del proceso.

Una vez más, acude buscando apoyo y orientación. Ha iniciado su labor en la nueva plaza (21-9-01).

Regresa el 30-9-01 con la tríada cuidadosamente protocolizada.

Repite su visita a la semana (5-10-01) con una muy escasa necesidad de procedimientos de extinción a pesar de las nuevas exigencias laborales.

El próximo encuentro distó una semana (12-10-01), se mantiene la mejoría.

Retorna el 19-10-01. Continúa bien. Ha tenido determinada aprehensión y discreto temor a deprimirse.

Refiere que lo maneja como un síntoma y hace extinción.

A los 15 días se mantiene la mejoría (2-11-01).

Se evoluciona el 30-11-01. Se mantiene bien, con control de la situación.



Acude con estabilidad y asintomática el 21-12-01. Estaba feliz:... *"creo que tendré un fin de año muy especial. No me puedo creer lo que ha sucedido conmigo"*...comentó. Se indicó una vez más evaluación psicológica para comparar resultados (evaluación de los resultados del modelo terapéutico implementado).

El próximo contacto tuvo lugar el 22-2-02. Está muy bien y continuaba asintomática. Muestra un protocolo de extinción donde no tuvo necesidad de aplicar Tríada. Se comentaron, comparándolos, los resultados de la segunda evaluación, con los de la realizada al inicio del tratamiento. Se refuerza la mejoría y se le estimula por la integridad con que ha asumido su proceso de recuperación.

El 18-4-02 acude por última vez a consulta. Se desempeña muy bien en su nuevo trabajo. Volvió no sólo a diseñar, si no que está compitiendo en un certamen internacional. Presentó además dos proyectos que recibieron elogios por su factura.

Su comentario final resulta revelador:... *"el tratamiento fue muy duro. Muchas veces pensé que no lo lograría. Sólo me mantuvo su confianza. Antes sólo me decían que tenía que aceptar la enfermedad y aprender a vivir con ella. Ud siempre dijo que podía recuperarme. Fue mi aliento. Además, debo reconocer que, aunque el proceso era largo y con altas y bajas, no hice ni una gran crisis, ni un ingreso en ese tiempo y no he vuelto a tomarme ni una pastilla. Esto ha sido lo más difícil por lo que he pasado,...y mi orgullo mayor"*...

Los resultados de la segunda evaluación, se muestran a continuación.

La valoración de las pautas diagnósticas, en virtud de los resultados de la entrevista en profundidad semi estructurada también evidencia los cambios descritos en las últimas consultas.

La **Paradoja** no se detecta:... *"no tengo síntomas. Estoy identificada con las causas psicológicas que me tuvieron en crisis que iban y venían por años, pero lo cierto es que ya no me siento nada. Trabajé duro con eso, me costó, pero me alegra mucho que lo hice, con su ayuda claro, pero sin una pastilla"*...

Los **Trastornos en la respuesta emocional** tampoco se detectan. Refiere:... *"mi depresión se fue. Ahora es distinto. Otras veces cuando salía de las crisis me pasaba todo el tiempo esperando la otra. Eso ya no es así"*.

El **autocontrol** de la conducta se recupera. Lo verbaliza en la entrevista:... *"si me dicen hace un año que iba a poder diseñar de nuevo y hasta atreverme a competir en eventos, jamás lo hubiera creído. Poder decidirme, hacerlo sola. No ir de un fracaso o una torpeza a la otra me parece un sueño todavía. Pero sé que es un sueño real. Este tratamiento me devolvió la vida. Sólo lamento que no hubiera sido 10 ó 15 años antes"*...



MOPSITAN está diseñado para incidir directamente sobre estas tres pautas. Haberlas hecho remitir evidencia ya su efectividad. Sin embargo, en aras de continuar la "ruta crítica" establecida para este análisis, procede la valoración de las siguientes.

Las **relaciones interpersonales** se presentaron como una capacidad recuperada. Las inseguridades y tendencia al aislamiento de corte depresivo inicialmente evaluadas, han dado paso a una apertura al mundo de las relaciones humanas, de las que ahora disfruta:... *"la terapia ha cambiado mi vida, creo que hasta mi carácter. Disfruto de tener amistades, de ir haciéndolas por ahí. Ya no huyo de la gente"...* Es preciso apuntar aquí, que esta mejoría podría estar asociada a la sinergia del Entrenamiento en Habilidades Sociales con MOPSITAN.

La mejoría de sus **intereses** es palpable en sus acciones y desempeño laboral: optó y logró una nueva plaza, volvió a diseñar, se interesa por eventos competitivos, hace amigos. Refiere en su entrevista algo muy ilustrativo:... *"he descubierto de nuevo la vida a los 50 años. Ahora todo me interesa. Perdí la mitad de mi vida triste, deprimida, escondiéndome del mundo. Estoy como recién nacida"...*

La próxima pauta, las **Fluctuaciones del rendimiento intelectual**, aún con una mejoría notoria, muestra un nivel de presencia que obliga a considerarla. A pesar de la recuperación de muchas de sus habilidades técnico- profesionales y de los logros laborales después de la terapia, la paciente todavía apunta:... *"es cierto que proyecto de nuevo, pero me toma mucho tiempo, más que antes. Nunca fui muy rápida, pero si más que ahora. No creo que esté del todo lista para empeños intelectuales muy grandes. He pensado en postgrados, pero no algo más serio. No estoy todavía en condiciones de enredarme con una maestría"...*

La última pauta evaluada, los **Trastornos de la autoestima** tenía mejorías, pero también debe ser considerada presente en este momento: La paciente perciba y disfruta su mejoría, pero aún teme asumir retos o demandas mayores. Lo deja claro:... *"sé que esto es un proceso. Necesito ir probándome, ganar confianza y eso me llevará algún tiempo. No puedo aspirar a que sea de hoy para mañana. Hasta ahora me va bien, pero no he tenido que enfrentar problemas mayores. Sé que hace uno o dos años, mi actual puesto de trabajo hubiera sido un gran problema. He mejorado mucho, pero le decía que estaba como recién nacida. Para correr, debo caminar primero. No quiero caerme y romperme un hueso"...*

Así, MOPSITAN demostró su eficacia para resolver otras dos pautas en esta aquejada y mejorar las manifestaciones de las últimas dos.



El síndrome clínico fundamental (depresivo) remitió, tal y como mostraron los resultados de las pruebas aplicadas.

El Inventario de Depresión de Beck muestra sólo 6 puntos. La anulación de los síntomas depresivos había sido consignada anteriormente y es compatible con la conducta y funcionamiento del paciente.

La impresión de desespero por su futuro, los sentimientos de fracaso y carencia de satisfacciones con la vida, la percepción de escasa valía y pobre ejecución, el desinterés por todo y todos además de la incapacidad para tomar decisiones no se detectan.

La depresión evaluada por el IDERE arrojó puntuaciones de 28 puntos para la expresión "Estado" y 35 para la "Rasgo". Lo que las coloca en niveles "Bajo" y "Medio" respectivamente, en ambos casos con cifras que descendieron notoriamente con respecto a la primera evaluación. Las evidencias en ítems de depresión se habían modificado.

Ahora precisa:... *"estoy controlada".... "me siento segura"...., o... "casi siempre me siento bien", y... "estoy satisfecha"...*

Los jueces convocados, evalúan muy positivamente la evolución de la aquejada y consideran que el TDR está ausente para esta evaluación. Resulta ilustrador el comentario de un médico residente de Psiquiatría en la etapa en que arribó a consulta, que fue testigo de su estado:.. *"es increíble lo que hace la psicoterapia. Si no lo veo con mis propios ojos, si no la escucho hablar, no lo hubiese creído. En nuestro servicio se habían agotado todas las posibilidades y creí que cualquier pequeña mejora sería bienvenida. No me esperaba esto, sinceramente. Está muy bien, asintomática, trabajando, feliz. No parece la misma persona. La depresión se perdió. Es un resultado muy bueno y sin fármacos"...*

Estos resultados comprueban la efectividad de MOPSITAN para enfrentar al TDR sin síntomas psicóticos. La mejoría de las pautas diagnósticas sobre las que incide directamente y otras dos, además del efecto atenuador sobre las que se mantienen y la desaparición del síndrome clínico dominante (depresivo), justifican su empleo exitoso en este caso.

La valoración de la estabilidad de los resultados logrados, precisó de una última evaluación que se concretó a los 15 meses de esta última.

Los puntajes en muchas de las pruebas continuaron mejorando en esta tercera evaluación comparada con la segunda, lo que atestigua la estabilidad a largo plazo de la aplicación del modelo psicoterapéutico que se propone en esta investigación.

El análisis aquí también comenzó por las pautas diagnósticas.



Las tres esenciales para la intervención con este modelo psicoterapéutico, mantienen su ausencia en esta evaluación.

La entrevista semi estructurada en profundidad lo atestigua para el caso de la **Paradoja**:... *"he estado más de un año sin problemas. Me acuerdo de las crisis y los ingresos y me parece mentira mi estabilidad. Sigo muy bien. Si le agrego este período a los casi tres años de terapia, son los únicos en que no he tomado pastillas desde que tengo uso de razón. Saber la causa psicológica de mis problemas fue muy útil. Sé de qué me tengo que cuidar. Tengo que ser fuerte e independiente,...sin perder la ternura"...*

Los **Trastornos en la respuesta emocional** siguen ausentes.

En su entrevista apunta:... *"más de un año sin depresión, sin susto, sin pastillas. Pienso en eso y a veces me pregunto si de verdad estoy curada, si no puede aparecer de nuevo alguna vez, pero siempre me controlo sola. Sé que estoy bien y tengo recursos para afrontar cualquier cosa que pase"...*

El **autocontrol** se mantiene como una posesión perdedera. En la entrevista refirió:... *"¿quiere saber una de las cosas que más disfruto después del tratamiento?, pues poder decidir por mi misma qué quiero hacer y qué no. Si me equivoco, no hay problemas, le hecho mano a una variante alternativa: Lo aprendí en el Entrenamiento en Solución de Problemas. Siempre hay otra alternativa, otra posibilidad. Uno escoge si se detiene con el primer fracaso, o si sigue adelante. Ya yo estuve mucho tiempo parada, trabada, ahora siempre elijo seguir y buscar otra y otra alternativa"...*

La estabilidad de estas tres pautas resultaría suficiente para autenticar la efectividad de MOSITAN en el tratamiento del trastorno, en tanto hacia ellas está directamente orientado. No obstante, manteniendo la ruta de análisis establecida, resulta necesario valorar lo sucedido con el resto de las pautas.

Todas, incluyendo las **Fluctuaciones del rendimiento intelectual** y los **Trastornos de la autoestima**, desaparecieron.

Con la permanencia de la mejoría en las tres pautas esenciales, la recuperación de las demás resulta un efecto tardío lógico de la aplicación de MOPSITAN a este caso.

A continuación se presentan las precisiones de los hallazgos en la evaluación para las pautas restantes.

Los **Trastornos en las relaciones interpersonales** tampoco reaparecieron.

Mantiene un intenso disfrute por relacionarse y establecer amistades. Lo refiere tácitamente:... *"creo que en este año y pico he establecido más y mejores relaciones que en todos mis años anteriores en la empresa. Todos me lo dicen. Una amiga íntima, de las poquísimas que antes tenía se pasa la vida*



*diciendo que ella le está más agradecida a Ud. que yo misma. Me asegura que ahora disfruta de nuestra amistad y que antes, por compasión y humanidad, la sufría"...*

Los **intereses** continúan ampliándose como consecuencia no sólo de la desaparición del trastorno, si no de la franca reinserción de la aquejada en su entorno social.

En la entrevista refiere:... *"me hicieron propuestas que en un inicio me dejaron sin respuesta, luego acepté y ahora lo disfruto. Estoy de secretaria del sindicato de ingenieros civiles y arquitectos. Modestia aparte, tengo eso bien organizado. He participado en dos convocatorias de proyectos internacionales, en el Forum e hice un postgrado. No me fue mal. Creo que ya es hora de superarme y ganar el tiempo perdido"...*

Han desaparecido, al cabo de este tiempo de finalizado el tratamiento, las **Fluctuaciones del rendimiento intelectual**. La paciente lo percibe y así lo refiere:... *"creo que finalmente he cogido el paso. A decir verdad, me parece que diseño mejor y más rápido que antes. No se lo digo a nadie para que no me vayan a tildar de inmodesta y autosuficiente, pero a Ud. se lo puedo comentar. Estoy trabajando bien y con constancia"...*

La **autoestima** por su parte, como consecuencia de las vivencias mantenidas de mejoría estable y ejecución adecuada, evidencia una estabilidad.

En la entrevista lo deja claro:... *"siempre se presentan problemas, se trata de partírselos de frente y ocuparse resolviéndolos. Si cada vez que aparece una complicación una se acobarda o se sienta a que se lo resuelvan, jamás se avanza. Los problemas son hasta buenos, le permiten a una crecerse, buscar soluciones. Ahora sé que es así y tengo el valor y los recursos para enfrentarlo"...*

El síndrome clínico se mantiene en remisión.

Los acumulados del Inventario de Depresión de Beck, alcanzan esta vez sólo 3 puntos para descender al nivel "Muy bajo" de la escala.

Los tres puntos se deben al ítem:... *"me intereso ahora mucho menos que antes por lo referente al sexo"...* En entrevista de retest aclara:... *"no he renunciado a mi vida sexual, simplemente ya no es un problema en mi vida. Tengo muchas otras cosas que estoy saboreando casi por primera vez".*

También en el IDERE hay disminución de los puntajes. El IDERE Estado sumó 22 puntos para continuar en el nivel "Bajo", el Rasgo descendió a 26 para calificar también en ese nivel.

El descenso de ambos muestra que, aún después de un año, las manifestaciones depresivas continúan sin ser un problema.



Quince meses después de la segunda evaluación, MOPSITAN demostró su eficacia para reducir todas las pautas diagnósticas y mantener ausente el síndrome depresivo.

La última evaluación de los jueces continúa considerando que la paciente no porta el trastorno por el que fue remitida a consulta alrededor de 4 años antes.

El modelo de psicoterapia centrado esencialmente en las tres primeras pautas que según la práctica del autor, permiten una intervención efectiva de los trastornos de nivel neurótico, ha permitido, como se mostró con este caso, la reducción de estas (Paradoja esencial de los trastornos de nivel neurótico neuróticos, Trastornos del autocontrol conductual y Trastornos en la respuesta emocional) y como consecuencia de ello, la desaparición o atenuación del resto de las pautas sistematizadas (Trastornos en las relaciones interpersonales, Trastorno de los intereses, Fluctuaciones del rendimiento intelectual y Deterioro de la autoestima), y del síndrome clínico dominante.

Estos resultados soportan la pertinencia de dichas pautas para caracterizar a los trastornos de nivel neurótico en la dimensión psicológica y la esencialidad de tres de ellas para la intervención psicoterapéutica.