



Clínica y Salud

ISSN: 1130-5274

clin-salud@cop.es

Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid
España

SANTIAGO LÓPEZÓ, SOLEDAD

Programa de Intervención para mejorar la Estabilidad Emocional

Clínica y Salud, vol. 12, núm. 3, 2001, pp. 367-390

Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180618319005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

ARTÍCULOS

Programa de Intervención para mejorar la Estabilidad Emocional

Intervention program to improve emotional stability

SOLEDAD SANTIAGO LÓPEZÓ ¹

RESUMEN

Se propone un modelo de intervención terapéutica para aquellas personas que muestran cierta inestabilidad emocional, y que suelen reaccionar ante situaciones de frustración bien de forma violenta, bien con evitación, o bien autobloqueándose y en cualquier caso, mostrando conductas inadecuadas que lejos de ser resolutivas, les pueden acarrear consecuencias indeseables.

En esta terapia se trabaja el autoconocimiento, esquemas cognitivos para la autorregulación de conducta, y estrategias de afrontamiento. Con ello se capacita al sujeto para emitir conductas más resolutivas y adecuadas ante situaciones de frustración, y a recuperarse de dicha frustración en lugar de dejarse llevar por las emociones negativas que ésta pueda despertar. En definitiva este programa fomenta la "resilience" (capacidad para recuperarse de la frustración) y la aplicación de estrategias de afrontamiento que permitan su autodirección.

ABSTRACT

A model of therapeutic intervention is suggested for people with emotional instability who normally reacts in a violent manner, escaping, self-blocking or by and large showing inappropriate behaviours, when they face frustrating events.

The therapy proposed focused on self-knowledge, cognitive schemata for behaviour self-regulation and coping strategies. The patient will therefore be able to show more determinative and appropriate behaviours, recovering from frustration instead of persisting in negative emotions. In short, this program enhances patient's resilience and implementation of coping strategies leading him/her to self-control.

¹Centro Asistencial San Juan de Dios. Málaga. Facultad de Psicología. Universidad de Málaga. Aptado. de Correos 108. 29080 Málaga.

Programa de intervención para mejorar la estabilidad emocional

PALABRAS CLAVE

Estabilidad Emocional, Tolerancia a la Frustración, Afrontamiento, Autodirección

KEY WORDS

Emotional stability, Frustration tolerance, Coping, Self-direction

INTRODUCCIÓN

La idea de elaborar este programa específico para la tolerancia a la frustración surgió de la gran demanda observada en el Centro Asistencial "San Juan de Dios" en los últimos años. Concretamente se ha producido un incremento de la solicitud de ingresos en la Unidad de Corta Estancia, para jóvenes o adolescentes con problemas de impulsividad manifestada por conductas violentas, autolesivas o de "escape". Se ha podido observar que estos sujetos habían sufrido frustraciones desencadenadas por distintos acontecimientos que habían pasado desapercibidos para sus familiares más cercanos, o que aún habiendo sido percibidos, consideraban que las respuestas emitidas resultaban desproporcionadas al hecho o acontecimiento frustrante. También se ha observado que estos jóvenes presentaban una baja autoestima y un estilo de vida restringido, un pobre desarrollo personal y un pensamiento dicotómico. Este último aspecto les inducía a la frustración, ya que solían percibir los acontecimientos como "magníficos" o "terribles". Cuando los percibían como magníficos y comprobaban que dicho acontecimiento tenía también inconvenientes, sentían frustración, y eran calificados de "terribles", dando lugar a pensamientos catastrofistas y llenos de descalificaciones con atribuciones

internas dicotómicas como "soy yo el culpable, no sirvo para nada" o con atribución externa, como "la culpa de lo que me pasa es de mi padre", "parece tonto". Ante esta percepción resulta fácil bloquear cualquier estrategia de resolución, ya que si la creencia es que "no sirvo para nada", la conclusión será "mejor que no haga nada porque todo lo haré mal"; y si la creencia es "la culpa es de mi padre", la conclusión será la reacción emocional de resentimiento contra él o la discusión con él, pero tampoco se buscarán alternativas o soluciones.

Otra de las respuestas que frecuentemente se encontró en estos jóvenes era la de eludir el problema mediante conductas que se han denominado de "escape" o evasión de alto riesgo, es decir, conductas alternativas realizadas de modo compulsivo o abusivo. Estas conductas venían precedidas de pensamientos como "me olvido de todo", "no quiero pensar más" y las conductas para conseguir este objetivo podían ser algunas como: compras compulsivas, cleptomanía, episodios bulímicos, conducción temeraria o consumo de tóxicos, entre otras.

El análisis funcional de las conductas de estos jóvenes nos hizo pensar en la necesidad de elaborar un programa de intervención específico para mejorar la tolerancia a la

frustración, fomentar el pensamiento moderado, potenciar la autoestima, aprender estrategias resolutivas de afrontamiento y fomentar la autodirección. En definitiva, mejorar la estabilidad emocional. Por este motivo, y dado que durante el tratamiento empleamos un sistema de iconos que facilitó la introyección de la misma, se ha denominado a esta terapia "Iconos para la Estabilidad Emocional" (I-Est-Emo).

Después de dos años de aplicación del programa y por las características del contexto terapéutico en el que se aplicó (terapias grupales), se ha podido observar que los sujetos con trastorno de inestabilidad (trastorno límite de la personalidad, con manifestaciones tales como: autolesiones, de violencia física, o conductas de alto riesgo) conseguían mejorar su sintomatología. Los sujetos que manifestaban dificultades de afrontamiento ante determinadas situaciones (ansiedad, agresividad verbal y conductas de riesgo) conseguían una mejoría absoluta, llegando a desaparecer sus síntomas por completo en la mayoría de los casos. Actualmente se está llevando a cabo un estudio Pre-Post en el que se están administrando una serie de pruebas para valorar la eficacia del programa en población con TLP (Trastorno Límite de Personalidad) y en personas con dificultades de afrontamiento. Los resultados que se

obtengan serán motivo de una próxima publicación.

JUSTIFICACIÓN

Los estudios más relevantes sobre frustración se remontan a los años 50. El tipo de respuesta auto o heteroagresiva ante la frustración ya fue descrita por Dollard (Dollard, Doob, Miller, Mowrer, y Sears, 1939). Por otra parte, la autora Karen Horney, en 1945, planteó que las personas establecen 3 modos principales de relación al enfrentarse a la incertidumbre y la frustración: moverse "hacia" sería propio de personas con marcada necesidad de afecto, que subordinan sus deseos y tienden a culpabilizarse. Moverse "contra" sería propio de personas que muestran una negación rígida de cualquier debilidad o deficiencia y entienden la vida como lucha por la supervivencia. Moverse para "alejarse" sería propio de personas que manifiestan una evitación activa de los demás por temor a los conflictos o frustraciones que provocarían estas relaciones. Basándose en este estudio descriptivo, Horney llevó a cabo una clasificación de los estilos de respuestas que los sujetos pueden emitir ante la frustración. A partir de ahí habló de tipologías diferentes de personalidad.

En el modelo presentado en este programa se incluyen estos tres tipos de respuesta ante la frustración aunque con distintas denomi-

naciones. La gran diferencia con el modelo de Karen Horney se resume en dos aspectos; en primer lugar, se defiende que un mismo sujeto puede manifestar los tres tipos de respuesta, pudiendo pasar de una a otra en cuestión de minutos; en segundo lugar, este modelo incluye la respuesta de refugio en una conducta potencialmente adictiva y perniciosa para el sujeto (3ª columna del cuadro1), además de la respuesta de evitación propuesta por Karen Horney.

Por otra parte, se facilita una explicación sobre el funcionamiento del sujeto a través del análisis funcional de dichas conductas. También aporta una serie de estrategias de afrontamiento que el sujeto debe aprender. Esto último se fundamenta en que “la salud mental deriva en mayor medida de las estrategias de afrontamiento que se utilizan, más que de los acontecimientos estresantes a los que se enfrenta el sujeto” (Fierro y Jiménez, 1999).

Las estrategias recogidas para la terapia aglutinan distintas técnicas: resolución de problemas (D’Zurilla y Golfried, 1971; Wasik, 1984), competencia social (Goldstein, Sprafkin, Gershaw y Klein, 1989), frase llave (Gendlin, 1969), relajación física (Jacobson, 1938), relajación psíquica con distanciamiento emocional del problema (Calkins, Gill, Johnson, y Smith, 1999; Meichembaum,

1987; McKay, Davis y Fanning, 1985), y autoverbalizaciones (Ellis, 1962; Ellis y Grieger, 1981).

Como aspectos indispensables para facilitar al sujeto una actitud de aplicación de las estrategias anteriormente mencionadas, también se incluyen los siguientes aspectos: confianza en sí mismo (Dies, 2000), cogniciones (Beck y Feeman, 1995; Azoulay, 2000), estilo atribucional (Rotter, 1966), autoestima y pensamiento moderado.

A lo largo de todo el programa, se fomenta la reflexión sobre el análisis funcional de las conductas adecuadas e inadecuadas (Haynes, 1978), reestructuración cognitiva (Beck, 1976; Ellis, 1962, Ellis y Grieger, 1981). Al mismo tiempo se fomenta la sensación de controlabilidad (Meichembaum, 1987; Mahoney y Thorensen, 1974, Mahoney, 1987) y la autoeficacia (Bandura, 1977). Muchas de estas técnicas ya han sido recogidas y agrupadas en programas específicos como: ansiedad e ira en pacientes hipertensos (Camuñas, Perez Nieto y Irurizaga, 2000), ansiedad generalizada (Gil Andino y Cano Vindel, 2001).

LIMITACIONES Y NECESIDAD DE UN MODELO EXPLICATIVO

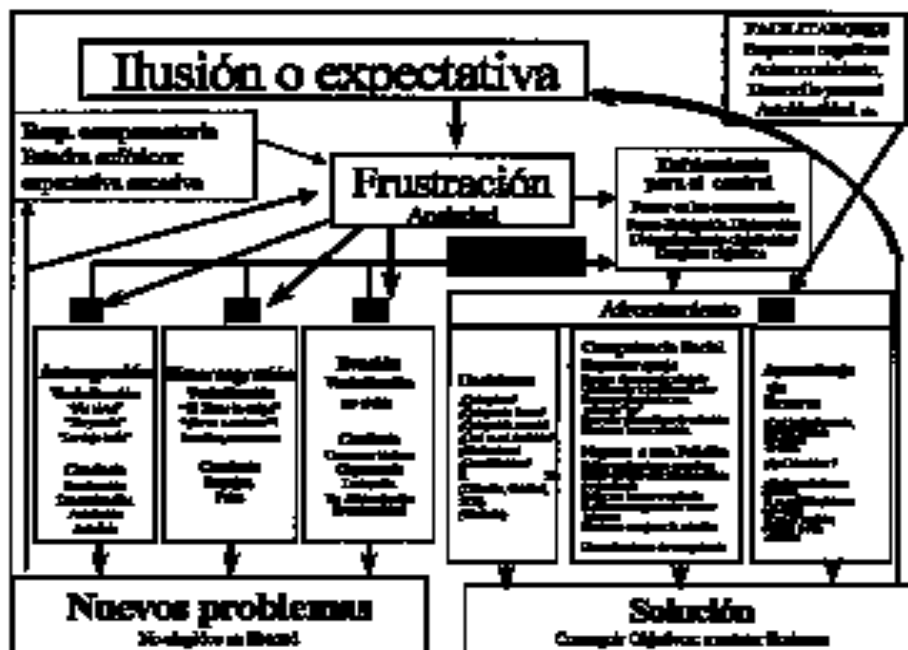
Las técnicas mencionadas se emplean en psicología unas veces de forma aislada y otras agrupadas

puestas impulsivas . Como puede apreciarse en el cuadro 1, las respuestas pueden ir dirigidas contra sí mismo, contra otros, o contra la situación.

- **Contra sí mismo** : progresivamente, el sujeto puede pasar de autoverbalizaciones negativas a conductas de desmotivación, paralización, autolesión o ideación autolítica (representado en la 1ª columna del modelo, denominada autoagresión), (ver cuadro 1). En casos más graves (trastorno límite) puede llegar, de forma súbita, a la autolesión o “acting out”.

Este modelo, propone de forma ordenada, los pasos que el sujeto debe dar para mejorar su tolerancia a la frustración, el afrontamiento de situaciones y **la evitación de r es-**

CUADRO 1. Modelo explicativo de la terapia



- **Contra otros o contra objetos:** reacciones cargadas de atribución externa, manifestándose como: culpabilizaciones, que progresivamente pueden desembocar en ira, hostilidad, discusiones o peleas (2ª columna del modelo, denominada heteroagresión), (ver cuadro 1). En casos graves puede llegar a agresiones físicas.
- **Contra la situación :** respuestas de huida o “escape” que se manifiestan en conductas de abuso: episodios bulímicos, ingesta alcohólica, consumo de tóxicos, compras excesivas, etc. En casos graves estos consumos pueden ser más intensos (3ª columna del modelo, denominada “escape”), (ver cuadro 1). A diferencia de las respuestas anteriores, en este caso, cada conducta es independiente y la forma progresiva de aumento o intensidad se daría en la misma conducta.. Por ejemplo, si un sujeto presenta un problema de ingesta alcohólica, su manifestación de descontrol estaría en la intensidad de dicha conducta pero no necesariamente en la cleptomanía, ludopatía u otros.

Sin embargo, es fácil encontrar sujetos que presentan simultáneamente diferentes conductas en distinto grado de intensidad, o que

pasen de unas a otras. Por ejemplo, un sujeto puede autodescalificarse por haber hecho algo mal (“soy un desastre, no sirvo para nada”), y posteriormente hacer una atribución externa culpando a otros (“en realidad mis problemas son porque mi madre ...”), y a continuación manifestar conductas de “escape” como la ingesta alcohólica (“no soporto más, bebo y me olvido de todo”).

El programa se resume esquemáticamente de acuerdo con el modelo explicativo (cuadro 1), y el análisis funcional de las respuestas inadecuadas ante la frustración. Este análisis destaca cómo se generan nuevos problemas a partir de las consecuencias (las flechas que siguen a las tres columnas indican cómo las consecuencias derivan en “nuevos problemas” y cómo, a su vez, se generan “nuevas frustraciones”, de forma que queda cerrado el círculo vicioso).

El modelo también aporta un análisis funcional de las respuestas de afrontamiento alternativas que el sujeto debe aprender en la terapia (4ª columna del modelo): estrategias de “competencia social” para resolver conflictos de interacción, estrategias de “resolución de problemas” para la toma de decisiones y “aprendizaje de errores” para la automejora y la evitación de rumiaciones de autoculpa tras una conducta inadecuada.

Posteriormente, en el programa se trabajan una serie de aspectos personales, denominados “facilitadores”: confianza en sí mismo, sentimiento de utilidad, autoestima, autoverbalizaciones positivas, y el pensamiento moderado para favorecer atribuciones ajustadas, y una valoración del entorno más realista. Los “facilitadores” se entrenan mediante reestructuración cognitiva y el empleo de iconos, que se describirán más adelante, y se incluyen como elementos imprescindibles a fin de que el sujeto aprenda a aplicar las estrategias **de forma autó - noma, y en los momentos en que se pueda sentir emocionalmente alterado.**

Además se le propone una **“frase llave”** como recurso para minimizar las posibles dificultades que pueda experimentar en el paso de las conductas inadecuadas ante la frustración (tres primeras columnas del modelo) a las conductas adecuadas de afrontamiento (4ª columna). La “frase llave” ha de estar diseñada por el propio sujeto para que sea lo suficientemente personal, significativa y motivante, como para que le ayude a abandonar cuanto antes los pensamientos negativos. Se utiliza el modelado a fin de que el sujeto observe cómo otras personas pueden reaccionar ante una frustración con emociones negativas sin “dejarse llevar”, sabiendo “pararse y reflexionar”

con un estilo atribucional moderado, buscando alternativas a la situación a tiempo antes de avanzar en conductas inadecuadas. Generalmente, el cambio de respuesta en el modelo está mediado por una “frase llave” como por ejemplo: “bueno, no toda la culpa es de...porque también...” o “bueno, me ha salido mal pero ¿qué se puede hacer?”. Esta frase, permite adoptar una actitud de búsqueda de alternativas para afrontar la situación frustrante y facilitará un estado emocional no alterado, que en el programa se denomina “enfriamiento” (ver cuadro 1). Este estado se acompaña de relajación física y cognitiva lo que permite al sujeto distanciarse del problema, analizarlo, definir un objetivo realista y buscar alternativas. En definitiva se trata de emplear las estrategias de afrontamiento (4ª columna del modelo) en unas condiciones psíquicas que permitan su eficacia.

En resumen, el modelo explicativo incluye una serie de teorías y aspectos que se consideran originales de este programa. Consideramos que aporta como original:

- Facilita pautas al terapeuta para la evaluación y **toma de decisiones** sobre la necesidad o no de aplicar este ya que en caso de reconocer en el paciente, como forma de respuesta habitual, alguna

de las conductas inadecuadas (tres primeras columnas del modelo), se justificaría la aplicación de esta terapia. Sin embargo no debe entenderse que siempre que se produzcan estas conductas tengan que ser derivadas de la frustración. Por ejemplo, pueden existir conductas de ingesta alcohólica debidas a adicciones, pero no como respuesta a la frustración. Por tanto, no todos los sujetos que presenten estas conductas serán candidatos a este tipo de terapia.

- Ayuda al paciente mediante el **análisis funcional** a la comprensión de las consecuencias de su conducta habitual (3 primeras columnas del modelo, cuadro 1), lo que le llevaría a “nuevos problemas” y la **necesidad de utilizar técnicas de afrontamiento** (4ª columna).
- El uso de recursos terapéuticos de reconocida eficacia, **integrados de forma ordenada** para una utilización más funcional.
- La aplicación de un sistema de **iconos que** facilita la asimilación de conceptos a través de la imagen.
- El uso de **metáforas y refranes seleccionados** para la reestructuración y reconcep-

tualización de las cogniciones típicas de los usuarios con baja tolerancia a la frustración.

- La técnica de “**aprender de los errores**”, en la que se hace especial hincapié en el **diseño de una conducta alternativa**. En un principio esta técnica está basada en la lógica del lenguaje popular, sin embargo, se ha observado que los pacientes que conocen sus errores y hacen firme propósito de no repetirlos, acaban repitiéndolos una y otra vez porque no saben improvisar otro modo de conducta distinto (ver esta técnica en la 4ª columna del modelo del cuadro 1).

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

El programa pretende, como objetivo principal, que el sujeto reconozca su problema (insight) y que una vez que haya tomado conciencia de las causas que con más frecuencia le arrastran a este tipo de respuesta, pueda detectarlas precozmente en próximas ocasiones para prevenirlas y reemplazarlas por respuestas de afrontamiento, tanto de tipo *coping* como cognitivas y/o de autoaceptación. Los objetivos concretos se describen en los siguientes apartados:

1. Que el sujeto analice y conozca sus conductas habituales de respuesta a la frustración (análisis funcional de las **3 primeras columnas** del modelo. cuadro 1).
2. Que el sujeto aprenda estrategias de afrontamiento y potencie los recursos personales ya existentes. (**4ª columna** del modelo. cuadro 1).
3. Que el sujeto aprenda a controlar aquellos estados emocionales que le impiden aplicar las técnicas de afrontamiento que ha aprendido. (**Enfriamiento** , cuadro 1).
4. Fomentar la coherencia interna entre esquemas cognitivos, principios o valores y las conductas, como modo de facilitar la autodirección (**Facilitadores**, cuadro 1).
5. Detectar y reconceptualizar aquellas cogniciones erróneas que puedan resultar contraterapéuticas. (**Facilitadores**, cuadro 1).

BREVE DESCRIPCIÓN DE LA TERAPIA

A continuación se relata brevemente el procedimiento utilizado durante la terapia para conseguir cada uno de los objetivos .

1. Reflexión sobre las conductas habituales ante la frustración (análisis funcional)

Se hace reflexionar a los clientes, mediante razonamiento socrático, sobre las respuestas que ellos mismos emiten ante situaciones de frustración haciendo hincapié en los distintos pensamientos o conductas que presentan. El terapeuta va anotando en una pizarra, para que ellos puedan observar, estos comentarios sobre sus respuestas en forma de columna dependiendo de las temáticas (autoagresión, heteroagresión y escape), con el fin de construir las 3 primeras columnas del modelo explicativo (cuadro 1).

A continuación se les hace reflexionar sobre las consecuencias de dichos pensamientos y conductas que dicen presentar. Por ejemplo: ¿dónde nos llevarían las conductas de estas 3 columnas? ¿nos solucionarían la causa de la frustración?. Los clientes suelen responder que lejos de solucionar, agravan o crean **nuevos problemas** ; estas palabras emitidas por los clientes son recogidas de nuevo por el terapeuta y anotadas en la pizarra para completar el modelo (cuadro 1).

Posteriormente, tomando como apoyo este cuadro, se analizan las consecuencias -“nuevos problemas”-, y el círculo vicioso estableci-

do frustración-respuesta-nuevos problemas y nueva frustración. Así, por ejemplo, un cliente reconoce que las conductas de consumo, de heteroagresión o de autoagresión le sumergen en nuevos problemas y nuevas frustraciones. Con esto lo que se pretende es que el modelo explicativo (cuadro 1) sea confeccionado con las palabras y tipos de pensamientos o conductas con las que se identifica cada cliente y el análisis funcional que recoge el modelo sea válido para la autoconciencia de problema de cada uno de los asistentes.

2. Afrontamiento

Como alternativa a las respuestas que se acaban de mencionar, la terapia incluye un entrenamiento en respuestas de afrontamiento, que se podrían emitir ante el mismo tipo de frustración y que permitirían una solución, (4ª columna del modelo del cuadro 1), evitándose así la aparición de “nuevos problemas” a los que le llevarían las respuestas inadecuadas.

Este aspecto se trabaja una vez que los clientes han tomado conciencia de las consecuencias negativas de su conducta, y para ello se les insta a reflexionar sobre el tipo de respuesta de afrontamiento que podría ser más eficaz ante frustraciones concretas que ellos mismos comentan (vivencias personales que no supieron resolver y ante las cuales respondieron con alguna de las

conductas incluidas en las tres primeras columnas del modelo explicativo). De este modo, son los mismos sujetos los que buscan y aportan alternativas de afrontamiento, y se potencian, por tanto, los recursos personales y el sentimiento de autoeficacia (Bandura, 1977). Cuando dichas aportaciones son insuficientemente resolutivas será el terapeuta quien las complete hasta plasmar las estrategias de afrontamiento. Dependiendo del tipo de problema planteado, describirá las correspondientes técnicas de “competencia social” (Rathus, 1973; Goldstein, Sprafkin, Gershaw y Klein, 1989), “resolución de problemas” (D’Zurilla y Goldfried, 1971; Wasik, 1984), o “aprendizaje de errores”. Esta última, se utiliza cuando el sujeto sufre por haber actuado inadecuadamente y esto le provoca una serie de *autovaloraciones negativas*, que llegan a producirle un grado de malestar y *desmotivación* que le impide emitir una conducta normalizada. Entendemos que la técnica de “aprendizaje de errores” fomenta una “expectativa de futuro” que le libera de su ansiedad y le permite una mejor funcionalidad. Estos tres tipos de afrontamiento se representan la cuarta columna del modelo (cuadro 1).

3. Enfriamiento

Es importante tener muy en cuenta la probabilidad de que el sujeto vuelva a aplicar el tipo de respuesta habitual, cuando en la

vida real se encuentre emocionalmente alterado. Aunque el paciente conozca la técnica, no será utilizada o no será bien empleada si su estado emocional le impide analizar los pasos necesarios para la elección y adaptación de la misma al problema concreto. Por tanto, habrá que insistir en que practique desde el principio y antes de elegir la técnica concreta, el uso de la **frase llave** (por ejemplo: “tranquilo, ¿qué puedo hacer?”, o “si este problema le sucediese a otra persona ¿cómo le diría yo de debería resolverlo?”) para salir de pensamientos negativos, distanciarse del problema y posicionarse en condiciones de elegir la estrategia o técnica adecuada para el afrontamiento. Esta frase llave ayuda al sujeto a relajarse y distanciarse del problema para analizarlo (lo denominamos en el modelo “enfriamiento” y quedan representados justo antes de la 4ª columna).

Para favorecer el distanciamiento necesario antes de elegir y adaptar la técnica, y para evitar la impaciencia del “**aquí y ahora**” típico del pensamiento dicotómico, se trabaja con el icono (figura 1). En el icono se observa cómo un personaje pasa por diversas fases: en la primera aparece tapado por una nube que representa la dificultad a la hora de analizar la situación, en la segunda, se puede ver cómo toma perspectiva para buscar alter-

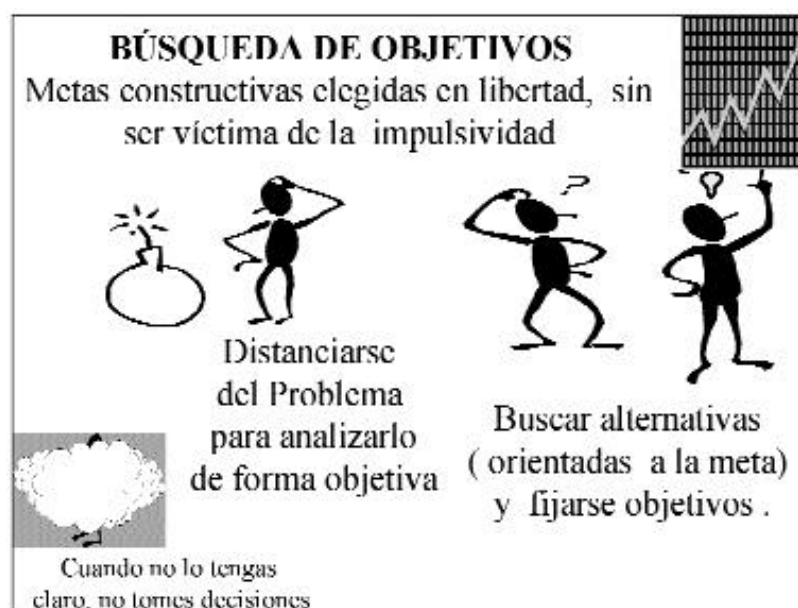
nativas a su problema. Este icono pretende ofrecer un modelado de las conductas que facilitarán el distanciamiento y la objetividad o realismo antes de diseñar el desglose de metas que se verá a continuación.

4. Coherencia interna entre esquemas cognitivos, principios o valores y conductas, para fomentar la autodirección

Con demasiada frecuencia se observa que las personas con inestabilidad emocional emiten numerosas quejas sobre los principios o valores que le inculcaron desde la infancia, se sienten víctimas de determinado tipo de vivencias o de la educación recibida. Sin embargo, repiten, sin que en la mayoría de los casos sean conscientes de ello, el mismo esquema o principio del cual se están quejando. A través de una serie de iconos y preguntas inductoras se pretende fomentar unos esquemas cognitivos que favorezcan el **autoconocimiento, la autoaceptación, autoestima y la coherencia entre conductas y principios**. Entendemos que estos aspectos junto a las estrategias de afrontamiento fomentan la estabilidad emocional y la autodirección.

En este programa se han seleccionado aquellos “esquemas cognitivos” (Beck y Freeman, 1995) más

FIGURA 1
Búsqueda de nuevas alternativas



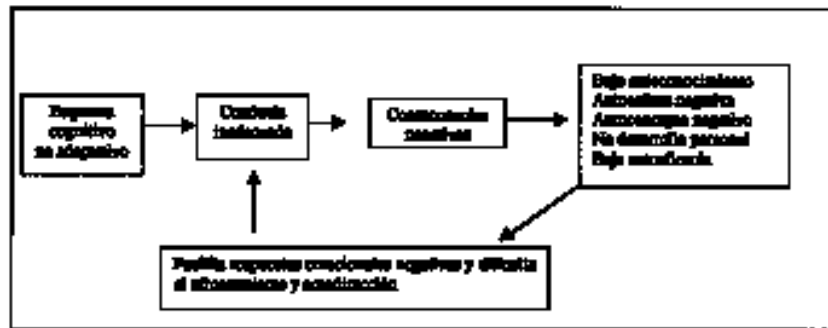
característicos que suelen presentar con mayor frecuencia las personas tratadas en el centro San Juan de Dios. Como puede apreciarse en el cuadro 2, los sujetos utilizan estos esquemas para regular su vida, lo que repercute negativamente en una serie de aspectos como la autoestima, autoconocimiento y autodirección y que, con frecuencia, derivan en un tipo de comportamiento inadecuado, a menudo causa de ingreso. Asimismo, repercuten en la capacidad de resolver situaciones o emitir conductas y estrategias de afrontamiento. Por tanto, el programa de

Iconos para la Estabilidad Emocional (I-Est-Emo) incluye, a modo de prerrequisito, estos aspectos, que anteriormente denominamos “facilitadores”, que en el cuadro 1 figuran en el ángulo superior derecho del modelo.

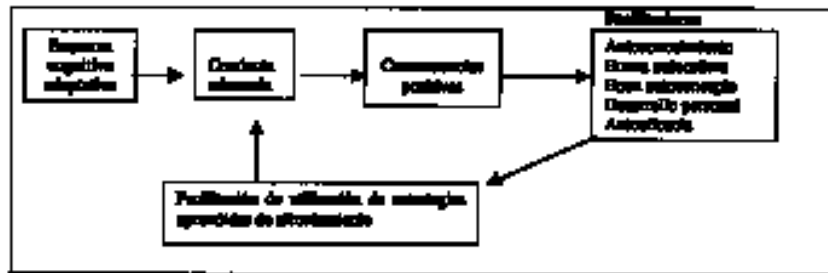
Para trabajar estos esquemas cognitivos, se presentan, tal como puede verse en el cuadro 3, tanto las conductas negativas como las deseables a las que subyacen dichos esquemas.

Uno de los esquemas cognitivos típicos que se suele emplear es “**tengo que demostrar mi valía**

CUADRO 2
Esquemas cognitivos no adaptativos y su repercusión



CUADRO 3
Esquemas cognitivos adaptativos y su repercusión



consiguiendo las metas en el menor tiempo posible" . Es frecuente que el sujeto con un bajo autoconocimiento de sí mismo se fije metas poco realistas. Como consecuencia, se puede someter a una frustración innecesaria, lo que probablemente le llevará a una con-

firación de que "no es una persona valiosa"; o bien puede pasar al otro extremo, es decir, abandonar otras tareas que sí realizaba bien, porque su autoestima se vería tan dañada que perderá la ilusión o el interés (columna 1 de cuadro 1) y (figura 2 icono).

FIGURA 2

Cuando las metas son demasiado altas, se produce frustración



Si este esquema lo sustituye por otro alternativo como **“las metas no son más que la dirección”** en la que uno puede moverse, pero **“la valía personal se demuestra con pequeñas metas realistas”**, y para conseguirlas, **“la constancia y la paciencia son fundamentales”**; posiblemente esta persona podrá ganar cada día sentimientos de autoeficacia conforme los aplica. Todos ellos se representan con el icono de la escalera (figura 3). En definitiva, se trata de sustituir el “todo o nada” (propio del pensamiento dicotómico) por el “poco a poco” (del pensamiento moderado).

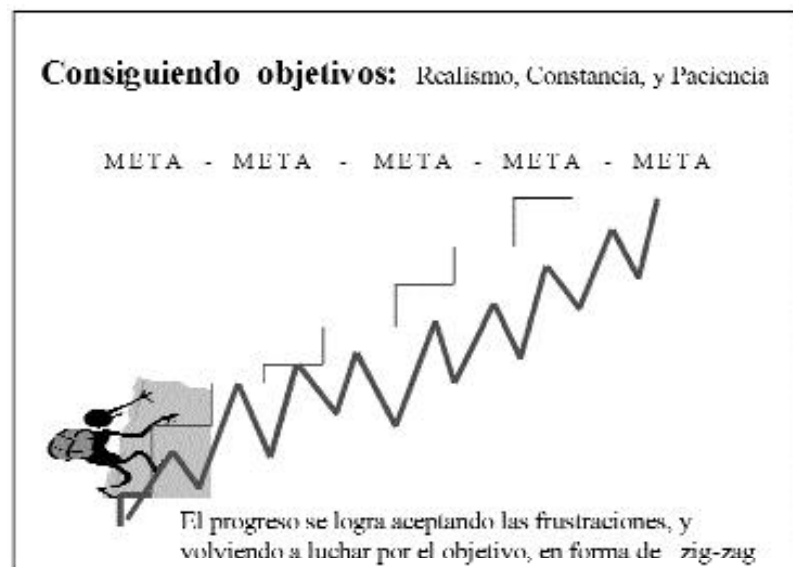
Esas pequeñas metas han de ser programadas de una manera realista y escalonada, con conocimiento

y aceptación de las limitaciones y circunstancias personales. El sujeto ha de aprender a admitir que **los logros se consiguen en forma de zig-zag** en el que cada retroceso no debe tomarse como una frustración, con el subsiguiente nuevo abandono, sino como una oportunidad de reflexión y “aprendizaje de errores” (4ª columna del modelo cuadro 1). Como puede verse en el icono (figura. 1), la escalera representa el desglose de metas y el “zig-zag”, los avances o retrocesos que el individuo obtiene, entendiéndolos como **oportunidad de conocer las dificultades para evitarlas**.

Ahora bien, para facilitar la aceptación del fracaso y la paciencia de continuar avanzando sin frustrarse

FIGURA 3

La valía está en el desglose de objetivos y el disfrute del camino, no en la meta última



ni abandonar la tarea, es necesario mantener la autoconfianza hasta recuperar lo perdido. La autoconfianza, al igual que el autoconocimiento y la autoaceptación, son trabajados con otros iconos que en este artículo, por limitaciones de espacio, no vamos a presentar.

Otro de los esquemas cognitivos que los sujetos suelen verbalizar es **"lo único que me interesa es..."**. El sobreestimar de forma absolutista algún aspecto puede impedir el desarrollo personal. Este tipo de creencias determina que las personas limiten su vida hasta el punto de olvidar su propio desenvolvi-

miento en otros ámbitos personales, y, a veces, pueden llegar a hipertrofiar tanto un solo aspecto personal que esperan llenar o cubrir todas sus necesidades a partir de ese único aspecto. Esta forma de pensar les llevará lógicamente a una frustración innecesaria ya que si, por ejemplo, una persona que pretende conseguir todo su desarrollo personal a través del trabajo o estudio y pasa el día junto a sus libros, sin dedicar tiempo a sus relaciones personales, llegará un momento en que encuentre carencias afectivas o de apoyo personal. Del mismo modo, si pretende cubrir todas sus necesidades a partir del

FIGURA 4
Áreas a fomentar para el desarrollo personal estable



afecto de su pareja, posiblemente le pida más de lo que la pareja le puede dar y por tanto se sentirá frustrada; al mismo tiempo, la pareja puede llegar a sentirse agobiada y, a modo de círculo vicioso, se retirará. Para trabajar estos aspectos del desarrollo personal, se le plantean los iconos de la mesa (figura 4) y la bandera (figura 5).

El icono de la mesa pretende fomentar el esquema cognitivo de **“la estabilidad te la proporciona el desarrollo de distintos aspectos vitales”**. Al paciente se le explica que para sentirse estable, el ser humano necesita cuatro puntos de apoyo: relaciones sociales, afectos, sentimiento de utilidad y fomento de aficiones. Esto se compara con

una mesa con cuatro patas, puesto que es fácil de entender que si a una mesa le faltan una o dos patas no tendrá estabilidad y se caerá (ver figura 4). Con este paralelismo gráfico pueden entender que se sentirán más insatisfechos o menos autorrealizados si no fomentan estas cuatro áreas personales.

Además, de una de éstas áreas se puede pasar a fomentar otras de modo que se anima a los sujetos a reconocer en sí mismos cuál es la que tienen más desarrollada y cómo pueden a partir de una desarrollar otras. Por ejemplo, si a una persona le gusta mucho un deporte (afición), podrá conocer mientras lo practica a otras muchas personas que comparten esta misma afición

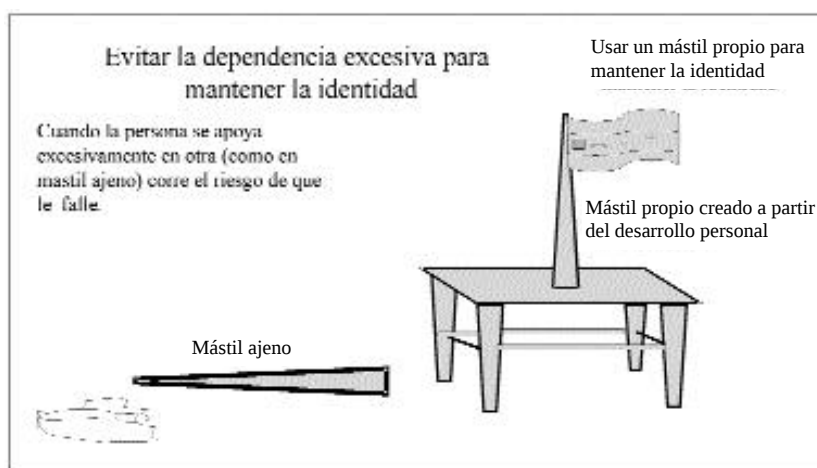
(relación social) y entre esas personas que conozca a partir del deporte puede entablar amistad o relación con alguna de ellas (afectos), pero, a su vez, puede ayudarlas cuando éstas lo necesiten (utilidad) o puede informarse a través de estas personas de un trabajo o curso que le resulte interesante (utilidad).

Existen personas que pueden mantenerse estables con sólo tres puntos de apoyo; generalmente, suelen ser aquellas personas que dedican mucho tiempo al trabajo y poco o ninguno a sus aficiones. También pueden ser aquellas personas que no trabajan pero realizan una serie de actividades por afición que resultan útiles. De todos modos y de forma gráfica, se plantea que es necesario un mínimo de tres puntos de apoyo (un trípode se mantiene por sí mismo), pero lo que no se mantendrá será una mesa con dos patas. Se concluye que lo ideal para el **auténtico desarrollo personal será apoyarse sobre esas cuatro áreas** y se induce a los clientes a explorar en su propia vida qué áreas han llegado a desarrollar y cuáles necesitarían fomentar. Con mucha frecuencia, los clientes pueden identificar las dificultades que les llevaron a su situación de ingreso en la Unidad de Corta Estancia del Centro San Juan de Dios debido al abandono de dos o tres, o incluso de las cuatro, de estas áreas.

Del mismo modo, para evitar la dependencia excesiva y/o la **auto-anulación personal** a la que suelen subyacer cogniciones como: “**si no muestro mi acuerdo me rechazará**” “si me rechaza no seré nada”. Estas cogniciones se pretenden sustituir por alguna de estas otras: “**debo mantener mi propia identidad y desarrollo personal; así podré apoyar y ser apoyado por otros**”, pero “si me hago eco de otros no podré aportar nada nuevo”, “si actúo en dependencia absoluta pasaré a ser la sombra de repetición” “nadie valora a una sombra, se valora a las personas”.

Para fomentar la autonomía de las personas muy dependientes, se utiliza el icono de una bandera (se ha elegido una bandera ya que ésta es la que identifica a un país). Así, se plantea que si una persona busca su identidad apoyándose excesivamente en otra persona, en lugar de en sí misma (en su desarrollo personal con sus cuatro áreas anteriormente descritas en el icono de la mesa), estará actuando del mismo modo que una bandera que se apoya sobre un mástil. Entonces se estará exponiendo a una situación similar a la de una bandera que mientras se sostiene sobre el mástil tendrá identidad propia, pero que si ese mástil le falla quedará sin identidad, como un trapo caído que no identifica nada (ver figura 5).

FIGURA 5
Identidad personal buscada a partir del desarrollo personal



Con el icono de la bandera (figura 5) se pretende fomentar el interés por el desarrollo personal y evitar las conductas muy dependientes.

5. Reconceptualización de cogniciones contraterapéuticas:

Este aspecto se trabaja para evitar aquellas "creencias irracionales", (Ellis, 1962) pensamientos, o prejuicios que dificultarían la asimilación de la terapia o podrían mantener una baja tolerancia a la frustración (cuadro 4).

Su reconceptualización, por medio de un "razonamiento socrático", facilita una mayor interioriza-

ción y aplicación de las estrategias aprendidas en la terapia.

FORMA DE APLICAR LA TERAPIA

La duración aproximada de la terapia es de 10 a 15 sesiones, aunque siempre dependerá del ritmo de asimilación y la colaboración de cada persona. Se lleva a cabo en un contexto hospitalario con personas ingresadas por un corto período de tiempo tras haber sufrido una crisis o conflicto (amenaza o intento autolítico, agresión verbal o física a sus familiares, etc.). Aunque el programa se puede aplicar de forma individualizada, actualmente se está desarrollando

CUADRO 4

Cogniciones contraterapéuticas versus terapéuticas

> Libertad - Impulsos Muchos de los clientes consideran que la libertad consiste en "seguir lo que uno quiere cuando realmente quiere" y se suelen tener en cuenta que esta noción de autonomía, bajo un estado emocional alterado, les puede llevar, en la mayoría de los casos, de la consecución de objetivos a largo plazo. La constructivista consiste en hacerles ver que la consecución de objetivos requiere un estado de seriedad y libertad, además que el dándole más ser en un estado impulsivo, no reflexivo, de descarga emocional, sin tener en cuenta las consecuencias a largo plazo. Por tanto, la respuesta impulsiva es definida como "sensibilidad de los propios impulsos" y la libertad como la elección de objetivos o metas constructivas sin estar bajo presión social, estructural o emocional emocional. También se plantea que, para la consecución de dichos objetivos, será necesario la aplicación de estrategias de afrontamiento mediante un pensamiento adecuado que facilite la tolerancia, la constancia y la paciencia.
> Deseo - Distorsión del problema Estas personas también piensan, con mucha frecuencia, que desahogándose se quedan más tranquilos, pero cuando analizan las veces que se han desahogado, comprueban que en realidad, lejos de quedarse más tranquilos, lo que consiguen es evocar y vivenciar nuevamente el problema, con lo que se quedan más ansiosos o incluso se complican en discusiones ("acalorados") con otras personas que se están desahogando de los "deseos" de ellas. En decir, se implican a sí mismos evocando esas condiciones personales que les permiten analizar sus problemas para buscar soluciones.
> Agregar - Autocontrol Con mucha frecuencia, estas personas creen que para controlar lo que tienen que hacer es agregar. En la reconceptualización se define al "agregar" como hacer un esfuerzo inhibitorio que nos lleva a la posibilidad de "no poder más" y actuar explotando en el momento menos adecuado, provocando nuevos problemas o consecuencias indeseadas (una primera crisis del modelo explicativo), y perdiendo de vista, por tanto, nuestro objetivo o meta elegida en libertad. El concepto de "autocontrol" se define como facilitarse al sereno (dividiendo la tarea en minutos) en lugar de hacer el esfuerzo inhibitorio que supone un riesgo para el objetivo vital elegido.

en grupo y se complementa con una sesión individual cada cuatro sesiones grupales. De este modo el terapeuta puede entrenar en habilidades que, individualmente, tendrá dificultades para hacerlo, debido a las "emergencias" emocionales imprevistas que el sujeto inestable puede presentar en la sesión individual (Linehan, 1993).

También se lleva a cabo un seguimiento, cuyo número de sesiones va disminuyendo paulati-

namente. Generalmente en los casos más graves, pasados unos 10-12 meses, se administran con cierta periodicidad unas sesiones "de recuerdo" en las que se vuelve a repetir el programa completo o bien aquellas sesiones en las que se observaron dificultades en su asimilación.

Los individuos "repetidores" pueden tomar un papel de colaborador en las sesiones de "recuerdo" que se hagan en la modalidad grupal.

Esto les puede ayudar a aumentar su asimilación ya que ellos mismos tienen que explicar algunos conceptos a los compañeros que nunca han asistido a este tipo de terapia. Esta función de colaborador tiene un triple objetivo:

- Que no le resulte tediosa la repetición.
- Que en su papel activo y en su afán de explicar a otros sus conocimientos, ponga en marcha sus recursos personales llegando a “introyectar y autoaplicar” los conceptos explicados por él mismo.
- Que el terapeuta pueda observar, a través de los ejemplos y aportaciones que el sujeto repetidor proporciona al resto de los usuarios, el grado de asimilación o los déficits que necesita trabajar él mismo. Esto último lo hará en la misma terapia.

La forma de aplicación del programa es continua dividiéndose en sesiones los distintos contenidos. La finalización de cada sesión dependerá de los clientes; sin embargo, parece importante que, al finalizar cada una de las sesiones, se recomiende una tarea para casa, que tenga relación con lo trabajado en la sesión. En el programa se incluyen una serie de sugerencias para tareas posibles que facilitan al terapeuta su aplicación.

CONCLUSIÓN

Con este programa estamos trabajando una serie de aspectos; en primer lugar, concienciar a la persona de las posibles causas (frustraciones debidas a expectativas poco realistas, alto nivel de autoexigencia, pensamiento dicotómico, etc.) de determinadas conductas que le vienen acarreando nuevos problemas. Una vez concienciado, se le enseña a detectar precozmente dicho tipo de situaciones y, a continuación, se le dota de estrategias para evitar las conductas inadecuadas. Por último, y muy importante, se le sugieren una serie de esquemas cognitivos que fomenten una mayor autoestima, desarrollo de cualidades personales, sentimientos de autoeficacia y expectativas de éxito.

Hasta el momento, se han observado buenos resultados clínicos una vez que los pacientes son dados de alta; concretamente, los familiares hablaban de las mejoras con comentarios tales como: “antes cuando tenía problemas, se encerraba en su habitación y no salía ni para comer, ahora nos comenta lo que le pasa y buscamos soluciones juntos”; “antes, sin venir a cuento, rompía objetos y nos culpabilizaba de su malestar gritando, ahora nos dice que se siente mal y espera al día siguiente para buscar soluciones. Sabe que

al día siguiente puede ver las cosas de otra forma”.

Los usuarios comentan que los iconos les resultan muy útiles, ya que cuando se sienten especialmente mal consiguen visualizarlo en alguna de las 3 primeras columnas, y a continuación se pueden imaginar cómo salir por el “tubito” que lleva a la frase llave y al enfriamiento para cambiar la situación y elegir una técnica de afrontamiento. En otras ocasiones relatan como ante alguna experiencia determinada han visualizado algún otro icono como la mesa o la bandera.

Actualmente estamos haciendo un estudio Pre-Post, evaluando autoconcepto, ansiedad, cogniciones y conductas de afrontamiento. El programa se está aplicando dos días a la semana y los resultados del estudio aún están en proceso, pero la observación de resultados

clínicos satisfactorios ha provocado la decisión de publicar este primer avance sobre el programa.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco la colaboración en la elaboración de este artículo a las siguientes personas: Alfredo Fierro, Carmen Rodríguez-Naranjo y Alicia López de la Universidad de Málaga.

Del mismo modo, quiero expresar mi agradecimiento a Sandra Valverde, quien denominó por primera vez con el nombre de “Est-Emo” a este programa. Y que con su entusiasmo y participación como coterapeuta, al igual que Manuel Morales, han hecho que llegue a consolidarse.

Finalmente, a todo el equipo de la Unidad UCE-UME del Centro Asistencial San Juan de Dios Málaga 1, que han apoyado y facilitado que esta terapia se lleve a cabo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Azoulay, D.(2000). Cognitive distortions in the experience and expression of anger. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. Vol. 60 (8-B): 4200.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: towards a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- Beck, A.T. y Freeman, A. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Paidós. (Orig. 1992).
- Camuñas, N., Perez Nieto, M.A., y Iruarizaga, I. (2000). Intervención en ansiedad e ira en pacientes hipertensos. *Interpsiquis* (1).
- Calkins, S.D., Gill, K.L., Johnson, M.C. y Smith, C. L. (1999). Emotional reactivity and emotional regulation strategies as predictors of social behavior with peers during toddlerhood. *Journal of Social Development*. Vol 8 (3): 310-334.
- Dies, K. G. (2000). Adolescent development and a model of group psychotherapy: effective leadership in the new millennium. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy*. Vol 10 (2): 97-111.
- Dollard, J., Doob, L., Miller, N., Mowrer, O.H y Sears, R.R. (1939). *Frustration and aggression*. Newhaven: Yale University Press.
- D'Zurilla, T.J. y Goldfried, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lile Stuart.
- Ellis, A. y Grieger, R. (1981). *Manual de Terapia Racional-Emotiva*. Bilbao: D.D.B.
- Fierro, A. y Jimenez, J.A. (1999). Eventos estresantes y afrontamiento en el dominio familiar: construcción conceptual y aproximación empírica. En Buendía, J.: *Familia y Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.
- Gendlin, E. T. (1969). Focusing. *Journal of Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 6 (1), 4-15.
- Gil Andino, A. y Cano Vindel, A. (2001). Aplicación de técnicas cognitivo conductuales en un caso de ansiedad generalizada. *Interpsiquis* (2)
- Goldstein, A.P., Sprafkin, R.P., Gershaw, N.J. y Klein, P. (1989). *Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia. Un programa de enseñanza*. Barcelona: Martínez Roca.
- Haynes, S. N. (1978). *Principles of behavioral assessment*. New York: Gardner Press
- Horney, K. (1945). *Our inner conflicts*. New York: Norton.
- Jakobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- McKay, M. Davis, M. y Fanning, P. (1985). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Barcelona: Martínez Roca. (Orig. 1981).
- Mahoney, M.J. (1987). *Cognitive and self-control therapies*. New York: Wiley.
- Mahoney, M.J. y Thorensen, C.E. (1974). *Self-control: power to the person*. Monterey, California: Brooks/Cole.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive behavior modification*. New York: Plenum Press.

Meichenbaum, D. (1987). *Manual de inoculación de estrés*. Barcelona: Martínez Roca. (Orig.1985).

Rathus, S. A. (1973). Instigation of assertive behavior through video-tape mediated assertive models and directed practice. *Behavior Research and Therapy*, 11,57-65

Rotte, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, No.1.

Wasik, B. (1984). *Teaching parents effective problem-solving: a handbook for professionals*. Manuscrito inédito. University of North Carolina, Chapel Hill.