Abril 2022
Volumen XXVIII

REVISTA GRATUITA MENSUAL

Salud Mental

CONTENIDO

PUNTUALIZACIONES EN EL MANEJO DEL TRASTORNO POR PÁNICO

DE LA ANSIEDAD EN SITUACIONES SOCIALES AL TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL: CÓMO DISTINGUIRLO

¿SABÍAS QUE EL DÉFICIT DE ATENCIÓN SE ENCUENTRA INFRADIAGNOSTICADO EN ADULTOS, NIÑAS Y MUJERES?

¿CÓMO ES ESTO DE QUE NUESTROS PACIENTES CON DESREGULACIÓN EMOCIONAL SON MANIPULADORES?

EL TRATAMIENTO QUE FALTABA: RO DBT

EL EQUIPO

Habilidades para el Cambio

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

Terapia Cognitivo Conductual
Online y presencial

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

SEDE ZONA OESTE - GBA:
- Coordinadora: Lic. Natalia Díaz
- Lic. Paula Analía Puig
- Lic. Florencia Martinez
- Lic. Anabella Lejzurowicz
- Lic. María Laura Tamagnone
- Lic. Federico Barrionuevo
- Lic. Alina Buis
- Lic. Viviana Gonzalez Siciliano
- Lic. Elizabeth Bello
- Lic. Zuny Sánchez
- Lic. Ailén Bethencourt
- Psiq. Gisele Herrera Martinez

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

SEDE ZONA NORTE - GBA:
- Coordinadora Lic. Vanina de Janin
- Andrea Bonnet
- María Laura Casco

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

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

SEDE NOA:
- Coordinador: Lic. Daniel Pellerito
- Lic. Tatiana Amado
- Lic. Natalia Giaileloa
- Lic. Emilia Reinoso
- Lic. Paula Valero

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

SEDE SANTA FE
- Coordinadora: Lic. Marcela Gil García
- Lic. María Laura Barragán

Terapia Dialéctico Conductual (DBT)
- Coordinadora: Lic. Laura Digerardis
- Psiq. Virginia Romarion
- Psiq. Belen Lopez Prieto
- Psiq. Fernando Terusi
- Lic. Ani Voskanyan
- Lic. Josefina Mainardi
- Lic. Mariano Bilbao
- Lic. Sofía Vico
- Lic. Belen Gimenez
- Lic. Agustina Robi
- Lic. Agostina Vignolo
- Lic. Gabriela Sansaneri
- Lic Gonzalo Rojas

Equipo de Géneros y Sexualidades
- Coordinadora: Ana Flynn
- Directora Académica:
  Lic. Celeste Mariotti
- Lic. Sofía Stancanelli
- Lic. Marcela Gómez
- Lic. Beatriz Fernandez
- Lic. Omar Bustos
- Lic. Fátima Seppi
- Lic. Natalia Giaileola
- Lic. Eliana Heredia

Espacios para pacientes y/o familiares

Talleres de Mayo

Inscripciones a consultas@habilidadesparaelcambio.com.ar

1 Taller virtual para trabajar vínculos de pareja

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

Duración: cuatro encuentros de 2hs (1 mes)
Inicio: Viernes 6 de Mayo 2022
Días: Viernes de 18 a 20hs
Valor: $5000 cinco mil pesos los 4 encuentros.

2 Taller virtual para manejo efectivo de la ansiedad

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

Duración: ocho encuentros de hora y media (2 meses)
Inicio: Martes 3 de mayo
Días: Martes de 17:30 a 19 hrs
Valor: $11000 once mil pesos los 8 encuentros.

3 Grupo virtual para familiares y allegados a personas con desregulación emocional

Para comprender mejor qué le pasa a la persona con desregulación emocional, cómo fortalecer la comunicación y el diálogo y validar, cuáles son las causas de las conductas, cómo mejorar la efectividad interpersonal y las habilidades para afrontar conductas de riesgo y reducir la sobrecarga de quienes cuidan

Duración: doce encuentros de 2 hs
Inicio: Jueves 5 de mayo
Días: Jueves de 19:30 a
Valor: consultar

ULTIMO MES DE INSCRIPCIÓN EN FORMACIONES ANUALES

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL 2DA Y 3ERA GENERACIÓN

Para desarrollar los diferentes modelos cognitivos

TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEL ESTADO DE ÁNIMO

Para aprender los protocolos que se utilizan para cada diagnóstico y cómo aplicarlos en el consultorio.

TERAPIA DIALÉCTICO CONDUCTUAL Y ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES

Para desarrollar el modelo DBT para pacientes con diagnóstico de TLP, consumo de sustancias, trastornos alimentarios, bipolaridad, depresión cronica y conductas y riesgo suicida.

GENERO Y DIVERSIDAD

Para incorporar conocimientos sobre violencias, género, diversidad sexual, identidades, des-patologización y marcos legales para poder acompañar de manera más eficiente a las minorías, mujeres y otras identidades víctimas de violencias hetero-cis-patriarcales.

Compartimos algunos comentarios de nuetro/as egresado/as:

"Me parecio una formación super completa, y me parecio muy rico la variedad de profesionales con sus puntos de vista sobre cada temática"
"Adquisición de conocimientos y herramientas prácticas valiosas para tener más seguridad y eficiencia en el trabajo en clínica."
"Todo perfecto!"
"Excelencia de profesionales y calidad de seres humanos."
"Muchas gracias por tan enriquecedora formación"
"La formación fue excelente y muy enriquecedora!"
"Como la única chilena en esta formación me pareció un tremendo curso que claramente recomendaría en mi país, a la altura de un diplomado o primer año de máster! Muy enriquecedor, grandes profesionales apoyando todo el proceso! Muchas gracias por la entrega"

PUNTUALIZACIONES EN EL MANEJO DEL TRASTORNO POR PÁNICO

POR LIC. MARIANO BILBAO (EQUIPO DBT)

Introducción
Según algunos estudios, se estima que alrededor del 4% de las personas en el mundo padecen un trastorno de ansiedad, siendo más común en mujeres en una proporción de 2 a 1. El trastorno por pánico tendría una prevalencia del 1.5% a lo largo de la vida en la población argentina y el 70% tienen al menos un trastorno asociado. Dado lo frecuente que es la presencia de pacientes con pánico en el consultorio, el manejo adecuado del mismo es un asunto que requiere una mirada atenta.

Tratamiento
Según la terapia cognitivo conductual, el Trastorno de Pánico es producto de una interpretación catastrófica de sensaciones corporales inofensivas, y la preocupación por tener otro episodio en el futuro. Las estrategias principalmente tienen que ver con brindar información acerca de la ansiedad, y la exposición a las sensaciones temidas en un ambiente controlado.

Psicoeducación
Si hay un lugar donde el conocimiento es poder, es en la ansiedad. El primer paso en el trastorno de pánico es informar al paciente acerca de la función adaptativa de cada una de las reacciones físicas que tenemos en el momento del pánico. La idea de esto es poner en tela de juicio la idea de que esas sensaciones son peligrosas, y entender cómo la interpretación catastrófica que hacemos de las mismas es lo que activa las reacciones corporales, haciendo especial

hincapié en el síntoma más temido por el paciente. Por ejemplo: si teme sufrir un infarto porque su corazón late muy rápido, se le puede explicar que cuando estamos frente a un peligro, real o imaginado, el corazón trabaja con mayor rapidez para enviar sangre a las partes implicadas en la reacción de alarma, para que puedan funcionar eficazmente (llevar sangre a los músculos los prepara para pelear o para salir corriendo). Otra cosa que puede ayudar es presentar ejemplos de otras situaciones donde el paciente haya tenido el mismo síntoma, sin esa interpretación problemática. Por ejemplo: cómo te late el corazón luego de jugar al fútbol, antes de una cita, en un examen, etc. La idea es mostrar que el papel que ocupa allí la interpretación del funcionamiento físico, y cómo esto es la que provoca la activación de la respuesta de alarma.

Exposición

La exposición es la consecuencia lógica de la Psicoeducación. Si las sensaciones físicas no son peligrosas, ¿Por qué evitarlas? La idea acá es que la evitación de lo que nos produce malestar es justamente el problema. Como nunca tomo contacto con ello, nunca puedo ver que la consecuencia temida nunca se presenta. La exposición sistemática, voluntaria y frecuente del factor que nos produce ansiedad es lo que hace que esta disminuya poco a poco por habituación. ¿A qué se expone al paciente? A la sensación física más temida: si tiene miedo a sufrir un infarto por cómo late el corazón, se puede exponer corriendo en el lugar durante uno o dos minutos; si tiene miedo de perder el control por la sensación de mareo, se puede girar sobre uno mismo con los brazos abiertos hasta generar el mareo; si teme a quedarse sin aire, se puede hiperventilar durante 60 segundos. Y algo importante: EL TERAPEUTA SE EXPONE JUNTO CON EL PACIENTE.

A menos que los terapeutas tengan miedo de hacerlo, a los cuales les recomendamos un tratamiento cognitivo conductual justamente. Los lectores interesados en el tema pueden buscar autores como Beck, Bados, Cía, Elia Roca, entre otros.

Medicación

Como mencionamos anteriormente, el núcleo del problema en el Trastorno por Pánico está en la interpretación catastrófica de sensaciones físicas que no generan ningún peligro real para el individuo. Por lo tanto, si la medicación hace desaparecer las sensaciones físicas, justamente funciona como una conducta evitativa, y entorpece el camino hacia la exposición, además de contribuir a una menor percepción de autoeficacia en el control de los síntomas.

Sin embargo podemos pensar en algunos escenarios donde es recomendable:

-Comorbilidad: Cuando el trastorno por pánico está acompañado de problemáticas más complejas, podemos pensar en que la disminución de los síntomas de pánico con algún ansiolítico pueda ayudar el abordaje de una problemática más urgente.

-Interferencia en la vida cotidiana: Si los episodios de pánico son muy frecuentes e interfieren en áreas vitales de manera significativa, como ir a trabajar, rendir exámenes, o salir de su propia casa (el componente agorafóbico es bastante común), se puede medicar en un primer momento para habilitar la activación de conductas significativas del paciente, lo cual puede aumentar la adherencia al tratamiento.

En ambos casos, el objetivo final es llegar a un momento donde pueda dejarse la medicación y trabajar directamente con el trastorno de pánico mediante la exposición interoceptiva.

DE LA ANSIEDAD EN SITUACIONES SOCIALES AL TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL: CÓMO DISTINGUIRLO

POR LIC. LIC. PAULA PUIG (SEDE OESTE BS AS)

Si bien el sentirse un tanto ansioso y nervioso en situaciones novedosas, desconocidas o que implican una evaluación a nivel social suele ser común en muchas personas, el Trastorno de Ansiedad Social (TAS), también llamado Fobia Social, presenta ciertas características que hacen a su diagnóstico. Presenta un curso crónico y progresivamente incapacitante si no es tratado y su edad de comienzo a menudo es en el rango de los 13 a los 24 años.

El **miedo a la evaluación negativa** es un factor clave para entender al TAS: los individuos con Fobia Social tienen estándares de ejecución social muy altos y sienten temor a verse humillados o avergonzados de sí mismos actuando o apareciendo como poco inteligentes, raros o visiblemente ansiosos. La evaluación negativa por quienes sufren este trastorno no equivale a una leve impresión negativa causada sobre los demás, sino a una experiencia extrema de humillación o vergüenza que tiene como consecuencias la crítica, rechazo y hasta la pérdida de estatus.

Otro punto clave al evaluar este cuadro clínico es la **activación ansiosa** que se produce en la exposición a las situaciones sociales temidas: surgen síntomas fisiológicos comunes al resto de los trastornos de ansiedad ante la experiencia o incluso su anticipación a nivel mental. Es así que las personas con este diagnóstico pueden sentir latidos del corazón fuertes y acelerados, temblores y sensaciones de ahogo ante situaciones interpersonales y de actuación pública , como hablar por teléfono con un desconocido, acudir a una fiesta, hablar con figuras de autoridad, presentarse a sí mismo o tener una entrevista de trabajo. Estas situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa y es un padecimiento que, al momento del diagnóstico, ya presenta al menos seis o más meses de duración.

Hay otros síntomas que pueden darse en el TAS y no tanto en los otros trastornos de ansiedad, son el rubor, los sudores y movimientos espasmódicos: son síntomas que por ser observables para los demás, a la persona con Fobia Social tenerlos le retroalimenta la ansiedad por la evaluación negativa que se imaginan que generan. Evitar estos síntomas físicos los pueden llevar a realizar ciertas conductas de seguridad a modo de estrategias de disimulo: por ejemplo, vestirse con un suéter holgado para que no se vea el sudor o maquillaje que oculte el rubor, los cuales pueden exacerbar los síntomas físicos e impedir que se desmienta la evaluación negativa que temen. De hecho, se produce un procesamiento de la información particular:

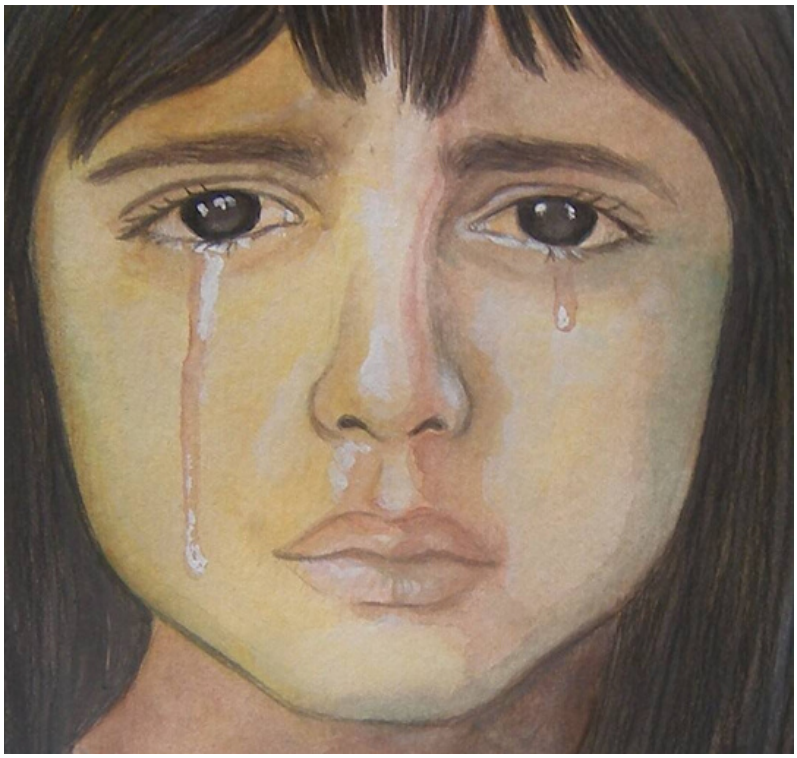
- Procesamiento anticipatorio, antes de que ocurra el evento: sobreestimación del peligro y de las consecuencias, imaginería anticipatoria, posibles sesgos de la memoria sobre eventos sociales pasados. Puede variar desde minutos hasta días o semanas.
- Procesamiento "online" al momento del suceso, con sesgos atencionales en los cuales se prioriza la información interna de los síntomas físicos de la ansiedad y las señales verbales y no verbales que puedan indicar evaluación negativa, y se ignoran o minimizan las señales sociales de aprobación. Se activan creencias con sesgos interpretativos (por ejemplo: "soy aburrido", "soy diferente" , "no le gusto a las personas").
- Procesamiento post evento o "post Mortem" en las que se reevalúa la propia actuación y a menudo se genera un pensamiento rumiativo que da las bases para, en la próxima situación social, presentarse esta situación social como recuerdo en el cual se actuó de un modo no adecuado.

A diferencia de la **timidez**, que es un rasgo de personalidad normal, con curso más transitorio, menor deterioro de la vida cotidiana y posibilidad de participar en las interacciones sociales cuando es necesario, la **fobia social** es más crónica y severa y porta ansiedad notable e incluso angustia. Los individuos que la padecen tienen también una propensión a mostrar una ejecución social pobre, debido a su elevada ansiedad y conductas que de ella se derivan: evitación de la mirada, tono de voz inestable, manos temblorosas , comportarse de manera menos amigable. No obstante, los individuos con Fobia Social no siempre muestran una conducta social maladaptativa y en comparación a la valoración que tendría un observador externo, van a valorar sus ejecuciones de forma más negativa.

Servicio de supervisión clínica online individual

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

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



¿Sabías que el déficit de atención se encuentra infradiagnosticado en adultos, niñas y mujeres?

POR LIC. MICAELA LAURITO
(SEDE CABA)

Existen tres subtipos de TDAH: predominantemente inatento, predominantemente hiperactivo y subtipo combinado (inatento con hiperactividad/impulsividad). En este post te contamos algunas características del subtipo inatento, ya que suele pasar desapercibido en profesionales de la salud.

El subtipo inatento de TDAH se desarrolla durante la niñez. No obstante, debido a la ausencia de hiperactividad, el trastorno puede no reconocerse hasta la adolescencia o adultez, específicamente en niñas y mujeres. Las siguientes dificultades deben estar presentes en al menos dos áreas importantes de la vida (trabajo, escuela, o casa, relaciones interpersonales) y causar malestar clínicamente significativo.

Fallas en la atención. Incluso cuando se está haciendo el mayor esfuerzo para prestar atención, comete errores o no observa los detalles en el trabajo, en sus estudios y en las tareas domésticas.

No lee detenidamente, aún cuando es necesario que así sea (exámenes, documentos importantes). Se le dificulta mantener la atención en conversaciones, tareas y actividades recreativas. Suele distraerse fácilmente con estímulos externos o pensamientos.

Fallas en la memoria a corto plazo. Olvida y extravía cosas frecuentemente, pierde tiempo buscando cosas, pregunta algo que se ha dicho unos segundos antes, olvida instrucciones en el trabajo o en la escuela/facultad/actividades recreativas. Pierde papeles importantes, guarda cosas en lugares inapropiados. Olvida citas o pone varias citas en el mismo horario. Tiene esquemas rígidos para no olvidar las cosas.

Fallas en la gestión del tiempo, suele demorar en realizar actividades (domésticas, laborales, académicas), por fallas en la **planificación u organización**. Suele llegar tarde, le cuesta estar listo a tiempo.

Tiene dificultades para organizar su casa, las tareas diarias y su salud (alimentación, cuidado personal, gestión de turnos médicos), debido a que son tareas que implican varios pasos (**falla en la planificación**), o porque no es consciente del tiempo (**falla en la organización**).

La comunicación suele verse alterada por las dificultades para prestar atención o por la falla en la organización del discurso. Olvida hacia dónde iba, reitera lo dicho, cambia a menudo de tema. suele estar ausente o distraído. Los demás deben repetirle las preguntas varias veces, o hablarle en voz alta o mirando a los ojos para que atienda.

Suele necesitar de otros para estructurarse, recordar cosas o llevar a cabo alguna tarea. Aunque posea una agenda, olvida estructurarla o le es difícil seguirla.

Con frecuencia **evita** realizar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos). Puede presentar **hiperfoco**, en aquellas actividades que le son reforzantes (redes sociales, series, hobbies).

Como profesionales de la salud debemos efectuar un **diagnóstico diferencial**, para evaluar que esta sintomatología no se deba a otro diagnóstico o enfermedad médica. Seguidamente, debemos indagar la presencia de **comorbilidad** con trastornos de ansiedad y del estado del ánimo. La ansiedad puede aparecer debido a la carga mental que puede generar la sobrecompensación de conductas para evitar estas dificultades. También pueden presentar baja autoestima, y estado de ánimo deprimido, al sentir que se falla constantemente y/o porque los demás le marcan sus errores o le colocan etiquetas como: “vago/a”, “irresponsable”.

En las sesiones de psicoterapia las personas con TDAH pueden fallar en seguir instrucciones, puede parecer que no prestan atención, y a veces es difícil encauzar la conversación (sensación de que no se llega a ningún lado). Además, pueden olvidar las instrucciones de una tarea, llegar tarde, hacer varias cosas al mismo tiempo que se está en la sesión. Todo esto puede dificultar la adherencia al tratamiento, por lo tanto, es importante evaluar cómo se desenvuelve el/la consultante en su vida diaria, y ver si estas conductas le causan malestar o dificultad.

El tratamiento dependerá de la gravedad de los síntomas y de cuánto dificulten la vida cotidiana. Existen fármacos para tratar el TDAH y estrategias comportamentales para lograr la modificación conductual.

¿CÓMO ES ESTO DE QUE NUESTROS PACIENTES CON DESREGULACIÓN EMOCIONAL SON MANIPULADORES?

POR LIC. ANI VOSKANYAN (DBT)

No es poco común escuchar, sobre todo en cierta orientación psicológica de índole psicoanalítica referirse a los pacientes con desregulación emocional como personas manipuladoras.

En este artículo vamos a analizar si en realidad es posible que una persona en un momento de desregulación emocional manipule, definiendo la manipulación como una acción planificada para controlar la conducta de los demás.

La desregulación emocional es la dificultad de regular la expresión emocional, manifestándose como una excesiva intensificación de las emociones (hiperactivación) o una inhibición de las mismas (hipoactivación).

Ya Marsha Linehan, creadora de la Terapia Dialéctico Conductual, se refería a la desregulación emocional como **"la incapacidad, incluso cuando se lo intenta seriamente, para cambiar o regular las claves, las acciones, las respuestas verbales y no verbales emocionales cuando esto es necesario."**

Si leemos esta definición, nos podemos preguntar, ¿cómo una persona que no puede planificar ni modular sus emociones y acciones puede controlar la conducta de los demás?

En este artículo describiremos lo que sucede a nivel cerebral en una persona con desregulación emocional.

Desde el punto de vista neurobiológico, durante la desregulación emocional hay un "secuestro amigdalino".
Vamos a ver de qué se trata esto…

En la regulación emocional cumplen especial función el sistema límbico, -sobre todo la amígdala- y la corteza prefrontal. El neocortex y la amígdala son el núcleo de la inteligencia emocional, ayudando a entender las emociones y a gestionarlas. La amígdala en general suele actuar en base a experiencias pasadas. De esta manera, si una persona sufrió constantes abandonos de personas significativas, es probable que luego perciba señales de peligro ante nuevas relaciones.

En una explosión de ira, tejidos del sistema límbico, sobre todo la amígdala (centro de regulación emocional) se activan. Estudios de neuroimágenes demostraron al mismo tiempo, disminución de la actividad en las cortezas prefrontales, que tienen la función reguladora o moderadora del impulso, siendo así la zona de toma de decisiones racionales.

¿Pero, a qué nos referimos con el secuestro de la amígdala?

Normalmente cuando recibimos información sensorial, la misma va al tálamo, de ahí al Neocortex que analiza esa información y luego a la amígdala. Esta última sirve como un filtro de amenazas. Busca estímulos de peligro y cuando los encuentra envía señales a todo el cerebro para protegernos. Se pone en marcha las respuestas automáticas de protección: atacar, huir o paralizarse. Además, ante señales de peligro, se libera Noradrenalina, que nos coloca en estado de activación. De esta manera, cualquier . estímulo puede provocarnos una reacción emocional intensa

Joseph LeDoux, neurocientífico estadounidense que investigó los circuitos de supervivencia, logró demostrar la existencia de vías que transmiten la información sensorial desde el tálamo directamente a la amígdala, sin intervención primaria de los sistemas corticales. De esta manera, antes de que la información llegue al Neocortex y se tome una decisión racional por la intervención de la misma, la amígdala ya ha tomado la decisión. Cuando la amígdala toma el mando, activándose ante señales que percibe como amenazantes, nuestro cerebro emocional toma la reacción. Entonces, sucede que antes de analizar una situación, ya percibimos la misma como amenazante, se nos activa el instinto de supervivencia y reaccionamos.

¡Nos ha secuestrado la amígdala!

Luego, cuando la información llega al Neocortex, nos damos cuenta que hemos actuado de manera desproporcionada.

Entonces, está claro que hablar de manipulación en contexto de desregulación emocional es totalmente contradictorio, ya que para manipular se necesita utilizar toma de decisiones y racionalidad (Neocortex), Sin embargo, una persona con desregulación emocional está bajo el mando de su amígdala, actuando por el instinto de supervivencia.

No es poco común, que tiempo después, al retornar la calma y poder racionalizar (intervención del neocortex) la persona tome dimensión de su sobrerreacción.

EL TRATAMIENTO QUE FALTABA: RO DBT

POR LIC. SOFÍA STANCANELLI
(SEDE ZONA SUR BA)

En el año 2018, tras 20 años de investigación clínica, el Dr. Thomas Lynch desarrolla la terapia dialéctica comportamental radicalmente abierta (RO DBT). Hasta el momento, el tratamiento en DBT estándar es una de las técnicas más utilizadas por los terapeutas basados en la evidencia. Desde 1993 que Marsha Linehan lo postuló, se han desarrollado más de 20 estudios controlados y randomizados de DBT estándar o adaptada realizadas en 14 centros independientes. DBT ha mostrado eficacia en el tratamiento de distintos problemas conductuales, incluyendo intentos de suicidio y conductas de auto-lesiones, abuso de sustancias, bulimia, y depresión en adultos, entre otros. Sin embargo, existe una proporción significativa de pacientes que no se benefician con DBT estándar por no presentar características de descontrol conductual y respuestas impulsivas. Es aquí donde Lynch comienza a plantear su teoría complementaria para aquellos pacientes que no necesitan regularse más, esforzarse o ponerse firmes en límites, sino más bien, renunciar al sobrecontrol.

La personalidad importa

DBT estándar y en RO DBT se desarrollan para dos estilos de personalidad radicalmente opuestos. Resultan bien conocidas las características de las personas con bajo control emocional, estilo

dramático e impredecibles, que suelen ser agrupadas dentro del trastorno límite de la personalidad. Pero, ¿qué pasa cuando nos encontramos a personas que son obsesivas del control?, ¿es posible que haya demasiado de algo bueno? El alto autocontrol se asocia con la capacidad de inhibir impulsos, conductas o deseos urgentes. Generalmente estas personalidades son valoradas en la sociedad porque no presentan crisis, pasan desapercibidas, son perfeccionistas, excelentes planificadores y anticipadores.

Al igual que estas características, la ansiedad patológica también es una afección que suele pasar desapercibida entre las personas y socialmente reforzada minimizando su impacto en la salud integral. Genera muchísimo malestar, pero los demás suelen percibir a las personas con ansiedad como hiper productivas que se esfuerzan mucho en lo que hacen. Todas estas características que se asocian al éxito y la felicidad en las sociedades modernas son las que suelen presentar los destinatarios de RO DBT.

Las personas sobrecontroladas usualmente se presentan tímidas, cautelosas, hiperdetallistas, exigentes, perfeccionistas, asustadizas, anticipadoras, planificadoras, con aversión al riesgo, ansiedad social, constreñidas emocionalmente y por todo esto, difícil de conocerlas en profundidad y excluidas de los grupos sociales. Son personas más propensas a desarrollar ansiedad y depresión, a presentar alta restricción y conductas más de tipo evitativas. Estas características se asocian usualmente a condiciones crónicas y suelen estar presentes en los trastornos de personalidad del eje 1 y 3, evitativo, obsesivo y compulsivo, paranoide y esquizoide, RO DBT sería el tratamiento apropiado para ellos. Además, ha demostrado ser efectivo para otros trastornos como depresión crónica, ansiedad resistente al tratamiento, trastornos del espectro autista y anorexia nerviosa.

Mente flexible y apertura radical

Las personas sobrecontroladas suelen presentar baja apetura y déficits en señalización o expresión emocional, lo cual les trae aparejado soledad emocional y problemas de internalización de sobrecontrol (p.e. evitación, ocultamiento).

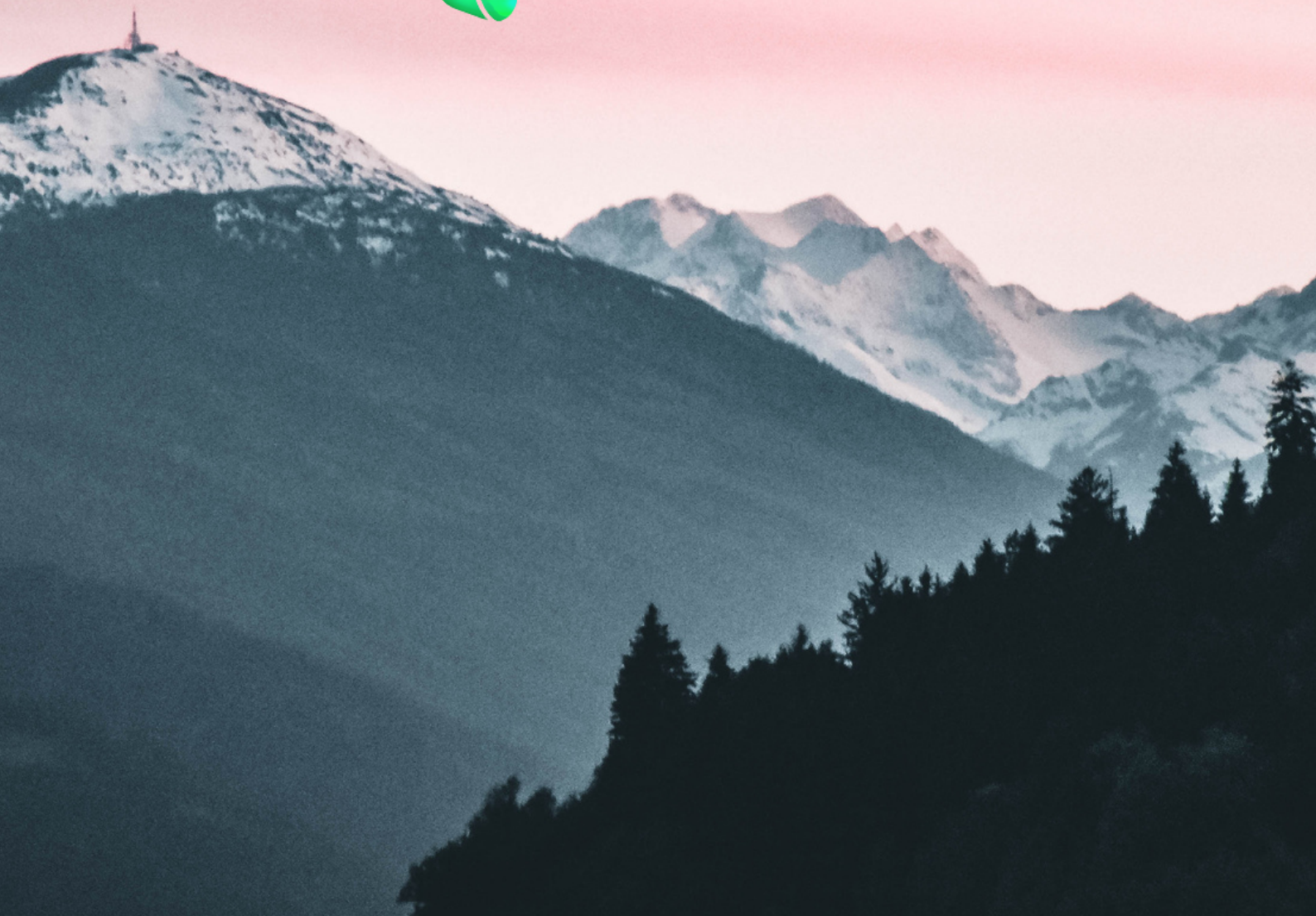
RO DBT tiene como objetivos disminuir el sobrecontrol conductual severo y el distanciamiento interpersonal y aumentar la flexibilidad de la conducta, la apertura y las expresiones de vulnerabilidad. El término "mente flexible" se utiliza como el de "mente sabia" en DBT estándar para buscar activamente una respuesta adecuada lejos del automatismo de la mente cuando responde dependiente del estado de ánimo. "Mente flexible" busca el poder detenerse, cultivar la duda, dejar de planificar y salirse de sí mismo, es decir, que promueve la relajación por el contrario de la conducta que es gobernada por reglas. Este concepto sumado al de apertura radical, (también complementario a la "aceptación radical" en DBT estándar), desafía constantemente las percepciones de la realidad de estas personas. En apertura radical las personas sobrecontroladas deben buscar activamente lo que evitan, cultivando la disposición a equivocarse y así aprender de esto. Una actitud de apertura aumenta la confianza con otras personas, lo cual aumenta también la expresión de vulnerabilidad y la conexión emocional, fomentando así la conectividad social.

Volver a la Tribu

La idea de relajarse conlleva asumir riesgos y desafíos a los que los sobrecontroladores no están dispuestos a exponerse. La importancia de este tratamiento radica en promover apertura y flexibilidad que permita a las personas acercarse a una vida que sea valiosa para ellas. En una sociedad donde la vulnerabilidad emocional es vista como sinónimo de debilidad, es fundamental comprender que en soledad también sentimos dolor. La naturaleza del ser humano es tribal, es decir que hemos sobrevivido gracias a los vínculos con otros, unidos, aprendiendo y protegiéndonos. El entrenamiento en habilidades RO DBT es el camino hacia la autoexploración, promoviendo una expresión desinhibida de las emociones con otros. Para ello, los pacientes deben renunciar a los deseos compulsivos de querer controlarlo todo. El conflicto es pensado como una oportunidad de mejorar esta conexión con los demás. Después de todo, lo importante no es lo que logramos en la vida, sino a quienes tenemos para compartir el camino, los logros y los fracasos. Como menciona Jon Krakauer en su libro "hacia rutas salvajes": La felicidad solo es real cuando es compartida.

¿TENÉS ALGUNA CONSULTA?

consultas@habilidadesparaelcambio.com.ar

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

Habilidades para el Cambio