

Volumen VI
Número 1
Marzo 2016



*An integrative
therapeutic
approach*

Abstract: *Through a case report, we intend to show the benefits of an integrative therapeutic approach, a biopsychosocial approach to a case in which the patient presents symptoms both in the soma and the psyche.*

From a psychosomatic outlook, we consider the patient's lifestyle (circadian rhythms, nighttime sleep quality, regular physical exercise, and nutrition), using psychoeducational interventions based, most of the time, on the prescription of a healthy regularity and adapted to the case.

And all of that on the basis of the theoretical framework of the relational psychoanalysis focusing, in this case, on the affect mentalization.

Keywords: *integration, lifestyle, mentalization, psychosomatic*

La integración en Psicoterapia Breve

A propósito de un caso

María Dolores Cabrelles Sanz

Licenciada en Psicología por la Universidad de Valencia
Psicóloga especialista en psicoterapia por la EFPA-COP
Máster en Psicoterapia Breve por la SEMPYP

Resumen: A través de una viñeta clínica pretendemos mostrar los beneficios de una aproximación terapéutica integrativa, biopsicosocial, a un caso en el que la paciente presenta síntomas tanto a nivel de soma como de psique.

Desde esta perspectiva psicosomática tomamos en consideración el estilo de vida del paciente (ritmos circadianos, calidad del sueño nocturno, práctica de ejercicio físico y nutrición) haciendo intervenciones psicoeducativas basadas, muchas de ellas, en la prescripción de una regularidad saludable y adaptada al caso.

Todo ello inmerso en el marco teórico del psicoanálisis relacional poniendo el foco, en este caso, en la mentalización de los afectos.

Palabras clave: *integración, estilo de vida, mentalización, psicosomática*

INTRODUCCIÓN

A lo largo del presente trabajo iremos viendo cómo se engranan el psicodiagnóstico clínico con intervenciones terapéuticas unas veces centradas en la psique, otras veces centradas en el estilo de vida. En ocasiones es indistinguible el momento en el que se está haciendo diagnóstico del momento en el que se interviene en psicoterapia. Interactuar con el paciente y relacionarnos con él ya es vincularnos con él. Desde el primer momento la transferencia entra en juego, el sistema de apego del paciente se activa junto con el del terapeuta, y todo este proceso se produce de manera implícita. Veremos cómo la paciente va haciendo consciente lo inconsciente, sintiéndose segura en el encuadre terapéutico, regulando afectos, al tiempo que realiza cambios a su medida en su estilo de vida y alimentación. Finalmente consigue volver a narrar su historia vital, desde la reconciliación con su pasado, integrando luces y sombras, elaborando duelos y permitiéndose ser una "sí misma" diferente y enriquecida.

Presentación del caso

Mencía B. llegó a consulta a principios de primavera. Por aquel entonces tenía 43 años de edad. Era funcionaria del estado y económicamente independiente.

Cuando traspasó el umbral de mi consulta lo hizo al estilo que yo denomino: "los pacientes que entran hacia atrás". Son esas personas que aunque sus pasos les llevan hasta tu consulta, y hasta se sientan en el sillón, parte de ellos se queda afuera, seguramente esa parte nunca llega a salir de su casa. En su lenguaje corporal se podía leer que no confiaba en la psicoterapia. Era como el papá o la mamá que lleva de la mano al niño al médico, el padre entra con paso firme y el niño, asustado y desconfiado, se queda casi al otro lado de la puerta intentando esconderse.

¿Qué le había pasado? ¿Por qué no confiaba la Niña? ¿Por qué la Adulta entraba con paso firme?

Decía sentir que ya no era ella misma desde hacía muchos años, le faltaba alegría, le faltaba energía y motivación.

Se presentó muy maquillada, era una mujer guapa y con evidente sobrepeso. Simpática, sonriente, amable y alegre, tenía un posicionamiento colaborador. Después de los primeros compases me di cuenta de que Mencía hablaba desde la razón, el córtex prefrontal, y que las emociones, el sistema más subcortical, se lo había dejado en casa. Sólo aportaba datos objetivos pero sin emociones sentidas, como mucho las nombraba, pero no las sentía, las tenía disociadas. Decido pasarle el DES (Escala de Experiencias Disociativas) en las siguientes sesiones de evaluación, para valorar la presencia y la frecuencia de síntomas disociativos.

Confiesa, desde la primera consulta, que ya ha visitado a otros profesionales, psicólogos y psiquiatras, y que sigue igual: "No me han solucionado nada, nunca me he sentido comprendida". A la paciente le fui recomendada por la madre de una ex-paciente que se presentó con un cuadro clínico agudo, que resolvimos con éxito en unos meses. La confianza de esa madre en mí como profesional fue la que convenció a Mencía para que viniera a mi consulta. Aun así afirmaba: "Ya sé por mi amiga que eres buena, pero también me lo dijeron de los otros profesionales".

Pensé: "Bueno, vamos bien, por ahora sí he sentido lo que ella sentía". "Ahora queda que ella sienta que siento lo que ella siente; que se sienta sentida".

En eso consiste la mentalización, fundamental para establecer el vínculo, la confianza básica, elemento sin el cual la psicoterapia no es viable y no se puede habilitar una buena alianza terapéutica.

La mentalización

El concepto de mentalización está estrechamente ligado al concepto de apego, en especial, al apego seguro. Muchos de los teóricos que han estudiado y desarrollado en profundidad este concepto, inciden en la importancia de la calidad y la cualidad de los vínculos que se establecen en los primeros años de vida de un niño con sus principales figuras de referencia. Fonagy, Gergely, Jurist y Target (2002) defienden que es gracias a esas interacciones familiares como el niño aprende

a relacionarse con el mundo y, en función de la calidad de las mismas, desarrolla o no la función reflexiva o mentalización.

Para Fonagy et al. (2002) la mentalización o función reflexiva es la toma de conciencia de los propios estados mentales y de los ajenos, teniendo en cuenta que éstos están vinculados a una realidad exterior. A esto se le añade una habilidad para imaginar para así poder entender e interpretar el comportamiento de uno mismo y de los otros a partir de estos estados mentales.

Para que pueda desarrollarse esta capacidad es fundamental haber tenido una figura de referencia, tradicionalmente la madre, que haya sido responsiva y responsable en el cuidado y la atención al niño. Es importante que éste haya podido encontrar en esa figura parental una base segura que le haya contenido primero con la comunicación no verbal, de manera implícita, con miradas atentas, con el temple suficientemente tranquilo, con abrazos y caricias, con sensibilidad; y más adelante, de manera explícita, ayudándole a entender y poner nombre a sus emociones y a las de los otros. Esto sería a lo que se refieren, Fonagy et al. (2002) cuando hablan de cómo en la regulación afectiva entran en juego las cogniciones.

Se encontró una correlación positiva entre los diferentes tipos de apego adquiridos en la infancia (Modelos Operativos Internos) evaluados a partir de la situación extraña de Mary Ainsworth (seguro, ansioso/evitativo, ansioso/resistente y desorganizado) y los resultados obtenidos en la Entrevista de Apego Adulto, desarrollada por Main y Goldwyn (Main, 2001).

Bowlby (como se citó en Fonagy, 2002), uno de los teóricos fundamentales de la Teoría del Apego, afirmaba que los modelos operativos internos perduraban en el tiempo y favorecían que las relaciones con uno mismo y con los otros, a lo largo de la vida, discurrieran según estos modelos mentales internos.

De manera que, cuando un sujeto ha tenido la oportunidad de tener una figura de apego seguro y por lo tanto ha aprendido a entender los estados mentales propios y de los demás,

tiene más posibilidades de responder, ante situaciones conflictivas, de una manera más resuelta y con una mayor capacidad de adaptación y de recuperación ante las adversidades. Esto es posible porque esa función reflexiva, que ha sido favorecida por un estilo parental mentalizador, ha permitido que el niño pueda tener un self suficientemente integrado.

El vínculo afectivo del niño con una figura de apego seguro le permitirá pasar de la fase de equivalencia psíquica a la función reflexiva. La equivalencia psíquica es el modo en el que el sujeto siente que la representación de aquello que siente de sí mismo y de los demás se corresponde con la realidad. Cuando esa representación mental es abrumadora o desestabilizadora la figura de apego ayudará al niño a regular sus emociones (regulación afectiva) gracias a la confianza básica que tiene en él. Esta confianza que primero es depositada en el cuidador, pasa a convertirse en la confianza en el propio self en compañía del cuidador, para finalmente llegar a la confianza en el propio self. En este punto es cuando el sujeto ha aprendido a autorregularse afectivamente, desarrollando la función reflexiva. (Fonagy et al. 2002).

Habida cuenta de todo lo dicho y de cara a la efectividad de la psicoterapia es importante tener en cuenta que los estados mentales inseguros sólo revelan la existencia de un proceso, no tanto de una estructura inalterable (Main, 2001).

Riera (2011) señala un dato curioso, la mayoría de los investigadores que formaron el Boston Group tienen una doble formación, por un lado son psicoanalistas y por otro especialistas en primera infancia. Se organizaron para estudiar el cambio psíquico y aplicar los resultados de las investigaciones al malestar de los pacientes en psicoterapia. Este grupo de investigación, el Boston Group (citado en Riera, 2001), desarrolló el término de conocimiento relacional implícito. Riera (2011) lo define así:

(...) el conocimiento relacional implícito es el conocimiento que una persona tiene sobre cómo puede utilizar las relaciones con los demás para regular las propias emociones. Este conocimiento de cómo estar con los demás

es procesado por el sistema de memoria implícita, de modo que a menudo se trata de un conocimiento que no está al alcance del pensamiento reflexivo. (p. 111)

Precisamente ahí es donde encontramos una de las claves del cambio en psicoterapia a través de la mentalización. Intentamos hacer explícito lo implícito, para que el paciente imagine, entienda y comprenda lo implícito en cada una de los intercambios relacionales con respecto a sí mismo y al otro. La magia está en que ese aprendizaje se produce de manera implícita a través de la relación psicoterapéutica terapeuta-paciente, a través del vínculo.

La mentalización en psicoterapia

Uno de los objetivos fundamentales a conseguir en la psicoterapia es ir un paso más allá en la regulación de los afectos, nos referimos a la afectividad mentalizada, de la que hablan Fonagy et al. (2002). Con la mentalización de los afectos conseguimos comprender los estados afectivos y mentales propios y ajenos, a la vez que los estamos viviendo; nos ayuda a entender y a aceptar la propia experiencia subjetiva, tanto si es positiva como negativa. En última instancia nos ayuda a conocernos más en profundidad, aceptando e integrando los diferentes estados del self (Guerra 2011), devolviéndonos una imagen de nosotros mismos mucho más completa e integrada.

Jurist (2013) distingue tres elementos fundamentales a tener en cuenta en cuanto a la afectividad mentalizada de un paciente en psicoterapia. Partiendo de la activación de los sistemas de apego del paciente y el terapeuta, en primer lugar, el objetivo es identificar los afectos, reconocerlos, comprenderlos, ponerles nombre. En segundo lugar modularlos y procesarlos, para finalmente poder expresarlos y comunicarlos tanto a nivel interno como a los demás. La afectividad mentalizada permite a los pacientes vivir sus emociones desde otra perspectiva, más regulada, más consciente, que les ayuda a elaborarlas y expresarlas de manera distinta.

Durante la psicoterapia el sujeto evoca su pasado, la memoria autobiográfica, y mediante

la afectividad mentalizada, puede tomar conciencia de cómo éste afecta a su presente. Pero al hacerlo desde otro punto de vista, y entender cómo esa memoria autobiográfica ha contribuido al desarrollo de su self autobiográfico, ofrece la oportunidad de volver a narrar la propia historia (Jurist, 2013).

EVALUACIÓN Y PSICODIAGNÓSTICO

Con esas premisas, pregunté a Mencía sobre los otros profesionales que le habían tratado para determinar qué había funcionado y qué no. Me habló con desconfianza de pruebas psicométricas, de fármacos y de la ineficacia de la psicoterapia. Así que tomé nota, le hablé con franqueza de la importancia de la confianza y del vínculo terapeuta y paciente para que la psicoterapia funcione. Le agradecí su sinceridad y me mostré abierta a aceptar sus dudas y su escepticismo en el momento que lo necesitara. Normalicé su recelo y su temor y proseguí la evaluación y el psicodiagnóstico con otras técnicas que ella desconocía: la Línea de Vida, el Genograma, el Test Desiderativo, el DES, el HTP (House, Tree, Person) además de toda la información que la paciente fue ofreciendo durante las entrevistas, tanto en su comunicación verbal como no verbal. Todo con el objeto de descubrir los focos de conflicto.

Mencía siempre ha vivido en la casa familiar en un pueblo a las afueras de la ciudad, con sus padres y sus abuelos maternos. Prácticamente, sin preguntarle, va saliendo la Línea de Vida. Teniendo ella unos 8 años fallece el abuelo materno y lo vive de una manera muy natural, es la primera muerte que vive conscientemente pero lo hace de forma muy normalizada. Después, con 13 años, fallece su padre de manera repentina e inesperada, fue una pérdida traumática para toda la familia. De un día para otro, se truncó su vida. En pocas semanas generó una miopía progresiva y ganó mucho peso "sin comer de más". Muchos años después, teniendo ella 35 falleció su abuela y dos años más tarde su madre. Desde ese momento vive sola. A los 43 años tiene un accidente de tráfico como consecuencia del cual sufre un "latigazo cervical" y se lesiona un hombro.

Ese es el detonante que le hace acudir a

consulta, el disparador, la gota que colma el vaso de su trayectoria vital: se siente desvalida y sola, desprotegida. Desde el punto de vista del psicodiagnóstico, que propone la SEMPYP (Sociedad de Medicina Psicosomática y Psicoterapia) y el IDAE (Instituto para el Desarrollo y la Aplicación del EMDR, Eye Movement Desensitization and Reprocessing) (Aznárez, 2014), parece que asoma el primer foco de conflicto, que tiene que ver con la protección. Veremos si se confirma más adelante.

Termina la primera sesión mencionando, no sin cierto apuro, que su casa la tiene desordenada, con falta de limpieza y "apuntalada". Manteniendo mi mirada, atenta a la suya, percibo angustia, un: "no sé por dónde empezar, no sé qué hacer". En esos momentos su Niña asustada se asomó para pedir ayuda, estaba sola, perdida en una casa en ruinas. Al poco tiempo de fallecer su madre, después de unas lluvias torrenciales, parte del techo de la casa se vino abajo. Los obreros acudieron urgentemente a su casa, apuntalaron la zona derruida y quedaron a la espera de que Mencía les llamara para iniciar la obra. Y la obra seguía sin hacerse, después de seis años. A eso hay que añadirle que ha ido acumulando recuerdos, cosas de las que no se puede desprender -su pasado, su historia, lo que le da seguridad-. En cualquier caso tiene zonas de la casa apuntaladas, zonas de la casa por las que ya no pasa por miedo a que se le caiga el techo encima, habitaciones impracticables llenas de ropa y recuerdos. En resumen vive, de puertas hacia adentro, tanto física como simbólicamente, en un mundo de desorden y caos, perdida, desprotegida, con miedo a que el techo se le caiga encima estando sola. La tarea de poner su casa en el orden y en funcionamiento le parece inaccesible, como una montaña de dimensiones grandiosas.

Aprovechando la imagen que me proporciona le planteo la siguiente pregunta: "¿Cómo crees que se puede subir una montaña como el K2, o el Everest?". Se queda en silencio y reflexiona. No responde. Pretendo proporcionarle la perspectiva de un Adulto para que su Niña vea la cima de la montaña desde otro punto de vista, más accesible. Con firmeza y serenidad, siguiendo con la metáfora de la montaña, vuelvo a preguntarle: "¿Cómo crees que una persona puede llegar a subir el Montblanc?".

Ahora me mira a los ojos..., espero... y cuando "adivino" en su mirada la imagen de un montañero intentando alcanzar una cumbre, en silencio me mira esperando una respuesta y le digo: "Todas las montañas se suben paso a paso, sin prisa. Y cuando el desnivel aumenta, y la subida se hace más dura... hay que zigzaguear para suavizar la pendiente".

Con esta imagen le invito a reflexionar sobre la tarea que le angustia, estimulando su cerebro derecho. Además le sugiero que hasta la próxima sesión intente ver su casa como si yo estuviera allí. "¿Qué crees que vería si fuera a tu casa? ¿Cómo la vería?, sólo observa tu casa, mírala". Al sugerirle esta técnica activa a Mencía, de observar sin intervenir, propia de la psicoterapia breve estratégica, por un lado quería que se sintiera acompañada por un Adulto (la terapeuta) y, a la vez, probara a situarse ella misma en su mirada de Adulto, empoderándose, protegiendo y acompañando así a su propia Niña asustada.

Toda esta conceptualización del Padre, el Adulto y el Niño que todos llevamos dentro se explica desde "Los tres estados del Yo", desde el Análisis Transaccional (Martorell, 2000). Intuitivamente siempre que un paciente entra en consulta veo a un niño asustado, huidizo, herido, desorientado, también juguetero o nervioso. Cuántas veces mis pacientes me han escuchado decir: "Te veo mayor", o "Estás creciendo". Y todos, sin excepción, han entendido que me refería a su madurez psicológica y emocional, al empoderamiento de su yo adulto.

Teoría de la Disociación Estructural de la Personalidad

En la primera entrevista ya obtenemos la Línea de Vida con la que podemos observar en un primer momento la acumulación de duelos diferidos, lo traumática que fue la pérdida del padre y finalmente el fallecimiento de la madre. Más adelante, a lo largo de toda la psicoterapia, prestaremos atención a los duelos y a ese foco de conflicto que está en el continuo: Autarquía-Protección. Probablemente desde que, a los 13 años, Mencía perdió a su padre una parte emocional de su personalidad (PE) quedó fijada al miedo a la pérdida de objeto, a quedar desprotegida. Miedo que se acrecienta

a medida que van falleciendo sus figuras de referencia: su abuela y su madre. Por otro lado, Mencía ha desarrollado una parte de la personalidad aparentemente normal (PAN), que es la que le ha permitido estudiar una oposición, trabajar y tener una red social suficientemente amplia. Esto último se circunscribe a la Teoría de la Disociación Estructural de la Personalidad, asociada al trauma, de la que hablan González (2010), Aznárez (2013), y Van der Hart (2006).

Más adelante veremos cuáles son los disparadores que le hacen conectar con esa PE, la que se siente desvalida y desprotegida. Lo primero que relata es el accidente de tráfico que le trae a consulta, el miedo a la dependencia por no poder valerse por sí misma.

Afirmaciones como las siguientes apuntarían a esa historia traumática de "vida truncada" de la que habla la paciente: "Desde que recuerdo todo lo que he planificado se ha frustrado", "Me da pavor hacer planes". "Siempre quise ser médico, pero por problemas económicos no pude estudiar medicina".

Por otro lado llama mi atención la sintomatología psicosomática que le sobreviene tras el fallecimiento de su padre. Y que sea una dolencia física, a consecuencia del accidente, la que finalmente le moviliza a acudir a psicoterapia. En sesiones posteriores podremos confirmar cómo cualquier malestar físico reactiva su PE sintiéndose tan triste, desvalida y desprotegida como en el momento original de la pérdida.

Focos de conflicto

Después de las primeras sesiones de psicodiagnóstico sobresalen tres focos de conflicto: el de protección, el edípico y el de culpa. De entre todos el que más destaca el del de protección y es donde se va a centrar la mayor parte del trabajo psicoterapéutico, el resto van a ir mejorando conforme se vaya resolviendo e integrando el primero.

Conflicto de Protección

Este es un conflicto anclado en la pérdida, en el miedo a la pérdida de objeto, y con ella la necesidad de sentirse protegido. En Mencía

podemos encontrar tres piezas clave en la manifestación de este conflicto: en la pérdida de sus seres queridos, en la pérdida de la salud, y en la pérdida de seguridad en su hogar.

En Mencía este conflicto se activa ante cualquier malestar físico propio (lesión en el hombro, pruebas médicas, dismenorreas, migrañas), o ajeno, pues por identificación cada vez que en su entorno alguien padece una enfermedad o alguien fallece también se viene abajo, se entristece y le entra "la nube negra"; en definitiva, se le activa el miedo a sentirse desvalida, incapacitada, desprotegida y sin nadie para cuidarle.

De igual modo conecta con esa sensación de desprotección cuando en las fechas clave toma conciencia de que sus seres queridos no están, de que está sola y desprotegida ante la vida: momentos de celebración familiar (cumpleaños y onomásticas), fechas de fallecimientos familiares, día de difuntos, Navidad, etc. Ya han pasado seis años desde que murió su madre y, de alguna manera, aún no ha hecho ni el duelo por el fallecimiento de su padre.

Profundizando en el tema de los duelos no realizados parece que le falta por concluir el duelo por la pérdida de la vida que le esperaba y que ya no va a tener. Esa vida truncada de la que hablaba la paciente, esa vida que ya no iba a ser vivida. A lo largo de toda la psicoterapia iremos viendo cómo la paciente repite: "Desde que murió mi padre tengo la sensación de no haber vivido", "No pude estudiar medicina", "No tuve juventud", "No he tenido hijos y eso me apena".

Doliéndose por esa vida no vivida, por lo que pudo ser y no fue, por sus deseos no cumplidos, mentalizando afectos, avanzó la psicoterapia.

Y seguimos con los duelos diferidos...

En el caso de Mencía hay un punto en el que se solapan la elaboración de los duelos y la "magia blanca". Entendemos por "magia blanca" esa ilusión consciente de la que es conveniente impregnar la vida diaria para proporcionarnos pequeños anhelos y esperanzas, que nos llenan la vida de chispa,

de gracia (Aznárez, 2014). Como veremos para la paciente será una cuestión de fe.

En un momento dado la paciente explicita lo que significa para ella la muerte y la visión metafísica de la misma. Cuenta cómo poco después de morir su padre, estando al borde de una carretera casi le atropellan si no hubiera sido porque una "fuerza misteriosa" (magia blanca) le salvó de ello. Desde entonces eso le hace sentir que hay un "más allá" y que su padre le cuida desde allí. Por el contrario, confiesa, que está íntimamente enfadada, con su madre porque no le ha dado ninguna muestra de seguir ahí cuidándola. Mediante la mentalización reflexionamos juntas los afectos relacionados con ese enfado, tanto los suyos como los de su madre ya fallecida. Finalmente recuerda un sueño en el que su madre le revelaba el lugar donde había guardado unos papeles que Mencía necesitaba y no encontraba (magia blanca). Recuerda que, al despertar, fue allí donde le señalaba su madre y lo encontró. Se emocionó al tomar conciencia de que en ese sueño su madre le había ayudado también en algo muy importante, fue un momento de reconciliación con el recuerdo de su madre.

Conflicto Edípico

Recuerda que tuvo lo regla a los 7 años. "Cuando mi madre se lo contó a mi padre, él lloró". Parece que este hecho ha afectado al conflicto edípico de Mencía, en relación al disfrute e identificación con sus atributos de mujer. Quizás esa ganancia de sobrepeso (que fue en aumento con los años) nada más fallecer su padre, fuera un gesto de lealtad a él como padre, renunciando así a sus atributos de género para obtener reconocimiento y placer. Recordemos que Mencía nunca ha tenido pareja, ni hijos.

Contemplando el conflicto edípico, en su acepción de conflicto en cuanto a la triangulación, podemos adivinar el beneficio secundario de ese sobrepeso que evitó la desvinculación de sus figuras de referencia impidiendo al fin la vinculación con otras figuras afectivas; todo esto con el objetivo de seguir vinculada a la protección que le ofrecía su familia de origen. Aunque, como dato positivo, hay que señalar que tiene una muy buena red afectiva, de amistades a las que no permite pasar de un umbral... "el de su casa".

Nadie conoce en realidad en qué estado está "su casa" tanto física como simbólica. Sí se permite tener relaciones afectivas con amigas pero sin llegar a la intimidad.

El foco del conflicto va asociado a un sentimiento de vergüenza, que Mencía confiesa, en todo lo referente a su imagen física. Es más, en muchas ocasiones se siente invisible, no mirada, no reconocida por los demás. Más adelante iremos viendo cómo va conectando poco a poco con su feminidad y finalmente se siente mirada y visible, merecedora de halagos.

Elaborando el conflicto edípico. Como terapeuta es emocionante escuchar a Mencía decir: "He soñado con mi boda con todo detalle". "Siento que estoy recuperando mi feminidad, me siento más femenina". A pesar de que en ningún momento se ha explicitado en consulta este tema en concreto la paciente lo va elaborando.

Conflicto de Culpa

Por otro lado, el conflicto de la culpa lo tiene anclado en el hecho de que justo en el momento de la muerte de su madre ella no estaba a su lado. A pesar de que se entregó en cuerpo y alma a los cuidados de su madre cuando enfermó, justo en el último momento, ella se fue a casa a descansar por recomendación del médico. La paciente no se permite tener momentos de felicidad plena...

Atenta a los focos de conflicto que vemos en Mencía, la psicoterapia va avanzando. Una vez establecida una relación transferencial de apego seguro las intervenciones se centraron en la mentalización de los afectos, de los propios, de los ajenos, incluso de los de sus familiares fallecidos, utilizando la mayéutica. Avanzando desde la equivalencia psíquica, a la función reflexiva. Además de intervenciones pedagógicas, con dibujos y gráficos (utilizando el hemisferio cerebral derecho), en relación al estilo de vida: práctica de ejercicio físico con regularidad, alimentación, información sobre el índice glucémico y sobre las intolerancias alimentarias, sobre el mecanismo cortisol/melatonina, y sobre la psiconeuroendocrinología.

Mencía avanzaba con paso tranquilo en el objetivo de limpiar y poner en orden su casa, paso a paso... Pero recordemos que aún sigue teniendo su casa apuntalada, con áreas impracticables.

Refiere que tiene una mayor concentración cuando estudia. Está contenta de las mejoras en su autoconcepto físico e intelectual y de los avances en el orden de su casa.

Durante la última sesión, antes del verano, decidimos avanzar activamente en el tema de la casa y le pido que me dibuje un plano de la misma, en consulta, a mano alzada. Quiero ver con ella dónde acumula objetos/trastos, dónde están los puntales y dónde tiene las habitaciones bloqueadas, algunas de ellas con escombros. Al respecto tiene una fantasía, sólo se atreverá a entrar en esos espacios si lleva un casco de obrero de la construcción.

En ese momento hago una intervención paradójica, de psicoterapia breve estratégica: La prescripción del síntoma. Le conmino a que se compre un casco y ataviada con él se comprometa a seguir mis instrucciones al pie de la letra. Durante dos días seguidos, se pondrá el casco, abrirá la puerta de una de las habitaciones y sólo podrá observar sin intervenir. El objetivo es mirar desde la puerta para ver qué podría hacer más adelante.

Transcurridos esos dos días, durante dos días más y con el casco puesto, deberá entrar y moverse por el espacio de la habitación. Pero bajo ningún concepto deberá tocar ni hacer nada, sólo mirar, ver y pensar qué podría hacer más adelante. El objetivo era NO hacer nada más que moverse por el espacio elegido y ver qué podría hacer, pero AHORA NO.

Al volver de las vacaciones, a principios de septiembre entra en consulta apesadumbrada pero con una sonrisa en los labios diciendo: "Lo siento, no he podido hacer lo que te dije.

Una vez dentro he limpiado y he organizado", además "se me han estropeado la lavadora y el frigorífico y ya los he renovado", "me he dado cuenta de que tener objetivos a corto plazo me está sirviendo". "Y ya he contactado con un arquitecto para que rehabilite mi casa".

Está mucho más dinámica, más resolutiva, con más capacidad para afrontar problemas.

Estilo de vida

Continúan las sesiones...

Llega muy dinámica, con ganas de hablar y de contar todos los nuevos propósitos. Se motiva con música "marchosa" para acompañar la organización.

Apoyando su iniciativa y asegurándome que no estaba hipomaniaca, aprovecho para hacerle preguntas clave sobre el Estilo de Vida: alimentación, higiene del sueño y ejercicio físico.

Ejercicio físico

Con respecto al ejercicio físico tiene la intención de empezar a hacer Aquagym, algo que practicó hace tiempo y le resultó gratificante. Me pregunta por otras disciplinas. Le recomiendo que elija alguna actividad que le resulte interesante y atractiva. Al fin y al cabo para beneficiarse de su práctica tiene que haber una continuidad y para ello es necesario que resulte gratificante. Finalmente llegamos a un acuerdo, va a probar a hacer Qigong (ChiKung): técnica oriental milenaria dirigida a obtener beneficios a nivel de cuerpo y mente. Consiste en movimientos lentos, acompasados con la respiración, que te permiten desarrollar una suerte de meditación en movimiento, que a mi modo de ver permite el cultivo del Yo Atento. Atendiendo a la respiración y al movimiento a un tiempo se consigue ampliar la atención plena.

Desde el punto de vista del cuerpo, el Qigong mejora el tono muscular y tendinoso, el equilibrio y la estabilidad, "engrasando" las articulaciones. Mejora la propiocepción, permite que el sujeto se haga más consciente de su cuerpo tanto en estado de reposo como en movimiento. Al acompañar el movimiento con la respiración consciente, aparte de la evidente mejora asociada a una mejor oxigenación, se obtienen beneficios en cuanto a la concentración.

Daniel Reid (1993) explica que ese beneficio psicofisiológico se obtiene como consecuencia de

la activación de sistema nervioso parasimpático fruto de la respiración profunda y diafragmática realizada junto a los movimientos suaves y lentos propios de esta disciplina.

A menudo olvidamos nuestra naturaleza animal y nos sentimos mucho más allá de "ese ser primitivo". Como personas de a pie sobrepasamos nuestros límites físicos intentando conseguir siempre el máximo: el máximo rendimiento en el trabajo, la mayor cantidad de ingresos posible, el nivel máximo de gozo posible, etc. Probablemente desde la industrialización, en todos los países desarrollados se activó un interés por el máximo rendimiento a todos los niveles, en todos los ámbitos.

Descuidamos algo fundamental... el equilibrio y el ritmo. Si observamos caminar a una persona vemos cómo todo el cuerpo participa en la búsqueda y mantenimiento del equilibrio en movimiento. Si prestamos atención a nuestro propio caminar podemos sentir cómo todos los grupos musculares y nuestro esqueleto entran en una suerte de juego de tensiones y vacíos armónicos que facilitan el movimiento. Todo esto acompañado de un ritmo respiratorio, inhalación y exhalación, inhalación y exhalación, con el consiguiente intercambio de dióxido de carbono por oxígeno.

Perder de vista esta realidad física, nuestra condición animal, hace que desatendamos y trivialicemos, pensando que estamos por encima como especie, temas básicos como la alimentación saludable, el ciclo sueño-vigilia y practicar ejercicio físico con regularidad.

En consulta prestamos mucha atención a ese equilibrio, o mejor, a esa falta de homeostasis en el paciente, desde muchos puntos de vista. Atendemos a cómo se mueve, cómo es su ritmo respiratorio; recabando datos sobre su historia clínica nos interesamos por sus ritmos vitales: horario y calidad del sueño, si su alimentación es rica, variada y por lo tanto equilibrada, nivel de sedentarismo, tipo de trabajo, horas dedicadas al ocio y las relaciones sociales. En última instancia, tenemos en consideración todas aquellas variables relacionadas con el estilo de vida y la salud.

Es cierto que cada vez hay más estudios e investigaciones que corroboran que para

prevenir, mantener y/o recuperar la salud física y mental es necesario prestar atención al estilo de vida.

En el 2007 nació la American Journal of Lifestyle (<http://ajl.sagepub.com/>), la primera revista especializada en la medicina del estilo de vida. Proporciona artículos e investigaciones centradas en temas como el sueño, la nutrición, enfermedades provocadas por un mal estilo de vida: obesidad, enfermedades metabólicas y cardiovasculares, ansiedad y depresión, etc.

Ripoll, R.M. (2012) hace un amplio repaso de la bibliografía especializada, en su artículo sobre Medicina del estilo de vida: la importancia de considerar todas las causas de la enfermedad. A la luz de su estudio, estima y valora positivamente las intervenciones sociosanitarias que desde la salud pública puedan promover e integrar iniciativas orientadas a la mejora del estilo de vida de los usuarios. Todo con el objetivo de prevenir y mejorar la calidad de vida de los pacientes sin necesidad de ampliar el gasto sanitario o incluso minimizándolo.

De la Cruz-Sánchez, E., Moreno-Contreras, M., Pino-Ortega, J. y Martínez-Santos, R. (2011), apoyándose en una amplia revisión bibliográfica, concluyen con que la práctica de ejercicio físico siempre está asociado a bienestar mental. Independientemente de si la práctica es más o menos vigorosa, de mayor o menor intensidad, la investigación confirma que practicar ejercicio físico en el tiempo de ocio mejora siempre la autopercepción en cuanto a salud mental.

Desde diferentes organismos e instituciones sanitarias se han ido poniendo en marcha programas dedicados a fomentar la práctica de ejercicio físico. Martín, P. (2007) elaboró todo un programa terapéutico basado en ejercicio físico, para prevenir y tratar la depresión. Martín baraja varias hipótesis (psicológicas, fisiológicas y sociales) que explicarían cuáles son los mecanismos que subyacen al beneficio obtenido con la práctica de ejercicio. Por un lado está la teoría de la distracción que reconoce el beneficio que se obtiene cuando un sujeto deja de prestar atención a los sucesos que le estresan. Por otro están las teorías

fisiológicas entre las que se encuentran: la teoría basada en el aumento de secreción de endorfinas, la de la relajación muscular y la teoría del incremento de la temperatura corporal que posibilita la liberación de hormonas. Y ya, desde una hipótesis psicosociológica, se encuentra una correlación positiva entre ejercicio físico y aumento de locus de control interno por el solo hecho de tomar las riendas de la recuperación de la propia salud.

Sánchez-Pinilla, R.O. (2012) señala dos elementos a valorar en cuanto al ejercicio físico como variable esencial para mejorar el estado funcional de cada sujeto. Entiende que la actividad física no sólo hay que sugerirla o recomendarla sino prescribirla, como si de un tratamiento farmacológico se tratara. Eso sí, la práctica del ejercicio debe estar adaptada a las preferencias del paciente, para asegurar la continuidad de su práctica, y a la forma física previa. En este punto, la clave para conseguir el mayor beneficio está en ir aumentando la intensidad, haciendo hincapié en el trabajo aeróbico, la flexibilidad y el aumento de la resistencia muscular.

En una publicación reciente García-Toro, M. (2014) hace un amplio repaso a todos los temas mencionados anteriormente, en relación a la depresión. Destaca la importancia de los ritmos circadianos y su relación con la exposición necesaria a la luz solar (con la debida protección) y en su defecto, a la luz artificial. Y cómo ese sistema circadiano, de la misma manera, está relacionado con la fisiología del sueño. Incluso dedica una sección a la meditación y las terapias basadas en mindfulness.

Aquí me gustaría señalar la conexión que encuentro, a nivel experiencial, entre la práctica de atención plena con el observar sin intervenir de la psicoterapia breve estratégica. Aunque vienen de ramas diferentes de conocimiento, al llevar a cabo ambas técnicas, en algún momento puedes sentir lo mismo. La perspectiva cambia, la mirada cambia, la percepción cambia.

Demerouti, E. y Sanz, A. (2012) publicaron un artículo en relación al estilo de vida en cuanto a la recuperación diaria para recobrar el

bienestar y restaurar un nivel de energía vital saludable, recuperando un conveniente equilibrio de los sistemas. Para Sonnentag y Zijlstra (como se citó en Demerouti, 2012) es importante distinguir entre fatiga y necesidad de recuperación porque no hablamos del mismo proceso. Cuando se habla de recuperación, se hace referencia al necesario proceso que permite reparar y restaurar los niveles diarios de energía vital. Entre las actividades que favorecen la recuperación Demerouti et al. (2012) señalan: el sueño reparador, las actividades relajantes y las físicas, las actividades sociales y las creativas.

Para terminar con este repaso a la importancia que tiene el estilo de vida en la salud física y mental, pasaremos sucintamente a comentar el tema de la alimentación. Porque lo importante, en este tema, además de los ritmos y los hábitos dietéticos, está en la composición de los alimentos que ingerimos. Por todos es conocido el hecho de que una dieta saludable y equilibrada como la mediterránea ayuda a mantenerse sano y prevenir muchas enfermedades. García-Toro et al. (2014) recoge en su libro una serie de estudios que corroboran esa sabiduría popular y además afirma: "un patrón dietético mediterráneo, basado en frutas, verduras, pescado, aceite de oliva, frutos secos y legumbres puede proteger contra la depresión". Holford, P. (2003) en Nutrición óptima para la mente, hace un despliegue pormenorizado de nutrientes y principios activos que favorecen el buen estado de nuestro sistema nervioso para alcanzar un equilibrio emocional y psicológico.

Para concluir podríamos hacer referencia a Agus, B. (2012). Éste autor, en su libro "El fin de la enfermedad" hace una loa a la rutina, a la regularidad de los horarios: de actividad, de sueño, de alimentación. De una forma u otra, los autores citados vienen a coincidir en la importancia de respetar los ritmos circadianos, respetar el ritmo que marca nuestro cerebro más primitivo, a través del hipotálamo. Aquí encontramos una conexión muy interesante: a través de la hipófisis, que está al servicio del hipotálamo, se conecta el sistema nervioso con el sistema endocrino y éste a su vez, se relaciona con el sistema inmunitario, revitalizándolo en el caso de que se respete el ciclo de sueño-vigilia. La conexión entre estos

tres sistemas configura un sistema de sistemas y la encargada de su estudio es la psiconeuroendocrinoinmunología.

Mencía acude un poco desanimada a la sesión, según ella, porque tiene una tendinitis en el hombro derecho. Confiesa que cada vez que tiene algún malestar físico se viene abajo. Recordemos que el detonante que movilizó a la paciente a acudir a consulta fue la sensación de desamparo que apareció tras un accidente de tráfico. Parece que se confirma que uno de los disparadores que le hace conectar con la PE traumática y por lo tanto salir de su PAN, es cualquier malestar físico.

A continuación Mencía enuncia una afirmación que estaría dentro de lo que Aznárez (2014) denominaría "Magia negra", algo que la Niña no acaba de entender e intenta resolver por su cuenta: "¿Por qué las personas a las que quiero siempre se ponen enfermas y se van?". "¿Seré gafe?".

La mentalización de los afectos aparece en trazas a lo largo de toda la psicoterapia. En este momento confronto de modo amable y respetuoso a la paciente con lo que acaba de verbalizar, con esa creencia mágica que le condiciona desde hace muchos años.

Paralelamente sigue haciendo camino con el "vaciado" y el orden de la casa. Avanza poco a poco... como se suben las montañas.

Tras hacerle el Cuestionario Desiderativo llama la atención aquello que ansía y anhela: "Sería un gato, por su imagen, por su belleza y elegancia. Porque es independiente y tiene capacidad de pedir ayuda y cobijo". Algo que se aleja de sus actuales planteamientos vitales. "Me gustaría ser una Higuera, porque es un árbol con carácter y firmeza, agarrado a la tierra. Da sombra, buenos frutos y ha vivido momentos divertidos". Parece que esté describiendo a su abuela y a su madre, mujeres con carácter y fortaleza. Es como si quisiera atesorar esos valores junto a las experiencias vitales alegres vividas junto a ellas. "Me gustaría ser una Cristalera porque te tapa del frío, deja pasar la luz, es bonita y práctica, además de que puede perdurar en el tiempo". Aquí habla de protección, transparencia, belleza y, lo que es más, de su deseo de

trascender en el tiempo.

Poco a poco la paciente va diciendo: "Estoy aprendiendo a funcionar con metas pequeñas... no asfixiantes". Parece que la metáfora de la montaña que se sube paso a paso se ha instalado en su imaginario y le está ayudando a saber que puede hacerlo, que es capaz, si lo hace poco a poco. Sigue asistiendo a las clases de ChiKung, y se va sintiendo cada vez mejor en su propio cuerpo.

Intolerancias alimentarias

Avanzando en la historia clínica le pregunto por su historial de salud vs. enfermedad y me sorprende con la cantidad de datos que aporta. Por supuesto, alrededor de los 8 años fue operada de anginas, como todos los niños de la época. Un tema que cobra relevancia dentro de su relato es la gran cantidad de problemas gastrointestinales que padece desde su nacimiento. No pudo ser alimentada con lactancia materna y cuando lo intentaron hacer con leche maternizada no encontraron ninguna que le sentara bien. El tema de la alimentación siendo un bebé se solucionó cuando se le formuló una leche "ex profeso" para ella. Recuerda cómo a lo largo de toda su vida ha tenido problemas digestivos: que si diarrea, que si gases, que si espasmos gastrointestinales, colon irritable. Con los años hasta le operaron de la vesícula biliar, como a su madre y... no sirvió para nada porque siguió teniendo malas digestiones. Además a lo largo de toda su vida ha tenido períodos en los que padecía de anemia ferropénica. Siempre estuvo en manos de médicos especialistas del aparato digestivo.

Y yo me pregunto, "¿pero es que ningún especialista se ha planteado que esta mujer tiene algún tipo de intolerancia alimentaria!", "¿Les parece normal que todas sus digestiones vayan acompañadas de espasmos o deposiciones incontroladas? ¿Es normal que una mujer de su edad viva angustiada y pendiente de cuánto tiempo tiene que pasar, después de desayunar o almorzar, para salir de casa?".

Habida cuenta la relación comentada anteriormente entre los sistemas nervioso, endocrino e inmunitario, vamos a ver cómo la intolerancia a algún alimento, algo que puede pasar desapercibido porque la reacción no es

necesariamente inmediata, puede afectar a este sistema de sistemas. Muchas de las intolerancias alimentarias tienen un efecto retardado y acumulativo. Los especialistas sugieren que las reacciones alérgicas IgE son inmediatas, sin embargo las reacciones de los anticuerpos IgG pueden ser un factor primordial en la sensibilidad a los alimentos y no es inmediata (Holford, P., 2003).

Según Isolauri, E., Rautava, S., & Kalliomäki, M. (2004) la superficie de la mucosa del intestino está en constante cambio y conflicto reaccionando frente a antígenos y ante microorganismos para finalmente permitir la asimilación de los antígenos inocuos derivados de los alimentos. Para conseguirlo el intestino está en un estado constante de respuesta inmune intentando mantener un equilibrio entre activar o no la respuesta inflamatoria. Así la función de la barrera intestinal por un lado es degradar y eliminar determinados antígenos y por otro permitir la asimilación de los nutrientes. En determinadas circunstancias, por ejemplo en estados de estrés metabólico, el equilibrio de la pared intestinal se altera y aparece la respuesta inflamatoria. Entonces se alteran las rutas de transporte de los antígenos y puede aparecer una respuesta inmune anormal que libere citoquinas.

Atkinson, W., Sheldon, T. A., Shaath, N., & Whorwell, P. J. (2004), realizaron un estudio sobre la eliminación de determinados alimentos de la dieta, basándose en los anticuerpos IgG en los pacientes con síndrome de colon irritable. Este síndrome cursa con síntomas incómodos y dolorosos que condicionan mucho la cotidianeidad de aquellos sujetos que lo padecen (deposiciones irregulares que oscilan entre la diarrea y el estreñimiento, espasmos intestinales, etc.). El tratamiento habitual se centra en paliar los síntomas: antiespasmódicos, antiarréicos.

Atkinson et al. (2004) encontraron una significativa reducción de los síntomas en estos pacientes basándose en el estudio individual de la reacción de los anticuerpos IgG frente a determinados alimentos. Con la retirada de la dieta de estos alimentos mejoró ostensiblemente la calidad de vida de estos pacientes.

Para Hardman, G. & Hart, G. (2007) el papel de los anticuerpos IgG ante ciertos alimentos subyace al mecanismo de intolerancias alimentarias. En su estudio propusieron que medir la presencia de estos antígenos indica la potencial sensibilidad a algunos alimentos y que los pacientes pueden verse beneficiados si los eliminan de la dieta.

Las intolerancias alimentarias han estado asociadas a muchos síntomas de enfermedades crónicas. Un método de comprobación para confirmar intolerancias alimentarias es eliminar de la dieta un alimento durante algunas semanas y ver los resultados. Pero este sistema es lento y laborioso. Para evitarlo YORKTEST Laboratories, del cual Gilian Hart es el director técnico, desarrolló el test ELISA (Enzyme-linked immunosorbent assay). Mediante esta prueba se detectan los niveles de IgG ante determinados alimentos en las personas con estados de salud alterados crónicos e indica el grado de intolerancia a cada uno de ellos, señalando el índice y la gravedad de la reacción frente a cada alimento.

Tras su estudio concluyeron que se había constatado una evidencia perceptible del beneficio que se obtenía retirando de la dieta los alimentos ante los que se presentaba intolerancia. Por lo tanto el cuidado específico e individual de la dieta atendiendo a los resultados obtenidos tras la aplicación del test ELISA, esto es, retirando de la dieta alimentos específicos, es un tratamiento válido a tener en cuenta ante determinados síntomas de enfermedades crónicas.

En muchos pacientes alérgicos o con intolerancias se han encontrado niveles bajos de ácidos gástricos (Holford, P., 2003). Posiblemente esa dificultad en fraccionar y digerir los alimentos favorezca que pasen al torrente sanguíneo proteínas sin digerir y esto ocasione reacciones indeseadas en el sistema inmune y acabe afectando al sistema nervioso y endocrino.

Con respecto a Mencía, más adelante veremos cómo cambió su calidad de vida al tener en cuenta estas intolerancias alimentarias.

Psiconeuroendocrinoimmunología

A principios de noviembre, la paciente llega a consulta desmoralizada y abatida. Cuenta que

la salud le falla (se siente débil, desvalida... nuevamente), está asustada, ha pasado por una cistitis, una gripe que la tuvo con fiebre encamada, una regla muy dolorosa... La escucho, la miro, la contengo y finalmente le dibujo el triángulo de la psiconeuroendocrinoinmunología.

Le hago ver que no hay "magia negra", haciendo valer la relación trasferencial que tengo con ella como apego seguro le explico dónde está la clave; mientras su gesto va cambiando hacia la comprensión y el sosiego. Le explico la interdependencia que hay entre los sistemas nervioso, endocrino e inmunitario. De forma que si desde el punto de vista biopsicosocial uno o más de ellos tiene más demandas el equilibrio puede romperse.

Si coincide con que la semana anterior es el Día de Difuntos, además de tener que acudir al juicio por el accidente que le trajo a consulta y está a punto de iniciar la obra que harán desaparecer los puntales; es normal que su sistema nervioso esté alterado y por lo tanto esté ansiosa, estresada y triste. Si a eso le añadimos que el sistema endocrino está ocupado con los estrógenos por el período premenstrual y, a su vez el hígado intentando metabolizarlos, ya tenemos dos sistemas afectados. ¿Cómo no, entonces, se iba a quedar cojo este sistema de sistemas? En ese momento el sistema inmunitario se queda débil, deprimido y expuesto, a una gripe, a una cistitis y a cualquier patógeno que se le hubiera pasado por delante.

Bustabad (2005) afirma:

La función integradora particular de los Sistemas Nervioso, Endocrino e Inmune, dada la indi-soluble interacción recíproca establecida entre ellos, para muchos, los hace parte de un conjunto mayor, de un "Suprasistema Integrador" de todas la funciones orgánicas y de las relaciones entre el organismo como un todo y su medio ambiente natural y social. (p.43).

Bustabad, S.A. (2005) defiende esa interacción entendiendo al Sistema Nervioso como un sistema cognitivo externo que nos mantiene en comunicación con el mundo exterior. El sistema que hace lo propio en relación con el medio interno es el Sistema Inmune que, en

este caso, funciona como un sistema cognitivo interno. Finalmente el sistema encargado de regular la comunicación entre ambos es el Sistema Endocrino.

Teniendo en cuenta la interrelación homeostática entre estos tres sistemas, no es de extrañar que cuando uno o dos de ellos es exigido por demandas biológicas, psicológicas o sociales, es decir, estrés biológico, psicológico o social, el equilibrio se rompa y el/los sistemas que en principio no estaban afectados acaben dejando de cumplir sus funciones. Cuando el estrés en alguno de estos campos se cronifica, esto es, cuando este suprasistema fracasa en mantener esa homeostasis, es cuando aparece la enfermedad.

Poco a poco Mencía se va enfrentando con más entereza a las situaciones vitales que antes le hacían sentirse tan mal.

En enero Mencía reflexiona en consulta y toma conciencia de que ha tenido unos días un poco más navideños. Se ha permitido vivir un poco el ambiente navideño por primera vez desde hace seis años.

Sigue mejorando a lo largo de los meses. Los fallecimientos del hijo de una compañera de trabajo y de la madre de otra le movilizan y nos proporcionan sesiones enriquecedoras para elaborar sus propios duelos.

La salud es lo primero

Y llega la primavera... Mencía refiere que el sistema digestivo lo tiene especialmente alterado, con diarreas y espasmos gastrointestinales. A pesar de hacer dieta blanda lleva así unas dos semanas. Ahora sí, le sugiero tomar probióticos para repoblar la flora intestinal y que acuda a un especialista de digestivo con el que trabajo codo con codo. Ante su negativa me pongo firme para que al menos se haga un Análisis de Intolerancias Alimentarias; segura de que algunos alimentos básicos, en principio sanos, a ella le están sentando mal. Le remito a un laboratorio de confianza que me recomienda el médico especialista en el tema.

Semanas más tarde ya tiene los resultados: ¡alta intolerancia al trigo, la patata y la lactosa! Normal que la dieta blanda agravara

los síntomas. Aunque en un primer momento se asusta, enseguida empieza con la dieta. Después de una semana dice: "¡Estoy que me salgo!" "Me siento más ligera". Su sistema digestivo ya no llama su atención, ya no da síntomas. Va desapareciendo el miedo a salir a la calle después de desayunar o comer y se siente más segura cuando acude a cenar con sus amigas. Se siente más llena de energía. ¡Claro! Su cuerpo se empieza a desinflamar, ya no lucha por digerir alimentos que le resultan agresivos.

A finales del verano... "Me siento avanzando mucho y bien... Súper bien...". A pesar de coincidir con el séptimo aniversario de la muerte de su madre.

"He perdido 5 kilos". "¿Por dónde seguimos ahora?".

Con EMDR empezamos a instalar recursos positivos en relación a ella misma segura mientras conduce, o la vitalidad que siente ahora con el cambio de dieta, momentos en los que está satisfecha con ella misma y finalmente momentos en los que se siente agradablemente visible a los demás.

Terminamos aplicando EMDR para el miedo a quedarse incapacitada y a la dependencia, que encontramos asociados a situaciones traumáticas como: el accidente de tráfico que le trajo a consulta y el momento de la caída del techo de su casa.

En sesiones de control en los meses posteriores, pasada ya la época de la festividad de difuntos y la navidad, confirmamos que ya tiene los duelos elaborados y vive esos días con naturalidad.

Ha perdido más de 15 kilos a lo largo de muchos meses, se siente mujer y femenina, mucho más vital y dinámica. Narra situaciones en relación a malestares corporales y conflictos cotidianos que afronta con resolución. Parece que ha conseguido un nivel de desarrollo mucho más adaptativo, que le permite autorregularse ante el conflicto saliendo de la equivalencia psíquica.

Se ha teñido el pelo de su color original (castaño claro) ya ha dejado de ser rubia "como

su madre". Me lo cuenta consciente de que con anterioridad llevaba el pelo mucho más claro para parecerse a su madre, por lealtad. Por fin se ha dado permiso para ser alguien totalmente distinta, esta es la última fase del duelo que le ha permitido transformarse después de elaborar las pérdidas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El proceso psicoterapéutico de Mencía lo hemos abordado desde una perspectiva integrativa. Por un lado el marco teórico de partida es el psicoanálisis relacional, manteniendo la búsqueda de la mentalización de los afectos y la función reflexiva en la paciente a lo largo de toda la psicoterapia. Por otro, la evaluación (fundamentalmente con técnicas proyectivas y con la entrevista) y el psicodiagnóstico clínico de la SEMPYP-IDAE basado en la búsqueda de focos de conflicto, su narrativa y los afectos asociados. Y finalmente una serie de intervenciones psicopedagógicas centradas en el estilo de vida, la psiconeuro-endocrino-inmunología y las intolerancias alimentarias completaron el puzzle psicoterapéutico

La suma de todos estos factores ha llevado a la paciente de una narrativa donde primaba la necesidad de sentirse protegida: por sus familiares fallecidos, por su casa y por su cuerpo a una sensación de fortaleza interior. Al recuperar y reconciliarse con el recuerdo de su madre, integró su memoria junto con las enseñanzas de los suyos asumiendo de que todo ello era suficiente para protegerse a sí misma. Ya se siente con la capacidad suficiente para hacer frente a las adversidades.

Tras las intervenciones a nivel nutricional y hacer los cambios dietéticos oportunos, mejoró su estado físico, sintiéndose más segura en su propio cuerpo, con más energía, mucho más vital. Tomó conciencia de que en gran parte su salud estaba en sus manos, dependía del estilo de vida que quisiera llevar ella conscientemente. Eso le devolvió un locus de control interno que le hizo sentirse segura y protegida en su propio cuerpo.

Las intervenciones a través de las metáforas y las estrategias que hicimos en relación a la habitabilidad de su casa le devolvieron primero un sentimiento de capacidad y en segundo

lugar un hogar seguro y acondicionado. Ya se siente protegida en su propia casa, vive su casa como un lugar seguro.

Meses más tarde, tras algunas sesiones de control, Mencía mantiene el mismo ánimo y la sensación de capacidad y de energía vital que al finalizar la psicoterapia.

Le comento que estoy valorando la posibilidad de utilizar su proceso psicoterapéutico para ejemplificar un modo de abordaje terapéutico en un trabajo. Se siente halagada y me da permiso para utilizar su caso para el presente trabajo, manifestando una disponibilidad abierta a la colaboración si fuera necesario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agus, D. (2012). El fin de la enfermedad. Ariel

Atkinson, W., Sheldon, T. A., Shaath, N., & Whorwell, P. J. (2004). Food elimination based on IgG antibodies in irritable bowel syndrome: a randomised controlled trial. *Gut*, 53(10), 1459-1464.

Aznárez, B. (2013). Curso de Experto en Clínica e Intervención en Trauma. Madrid: SEMPYP

Aznárez, B. (2014). Curso de Experto en Evaluación Psicológica y Psicodiagnóstico. Madrid: SEMPYP.

Bustabad, S. A. (2005). Inmunología Clínica, un paso más allá. Habana, Cuba. Recuperado de: <http://www.bibliociencias.cu>

Cruz-Sánchez, E. D. L., Moreno-Contreras, M. I., Pino-Ortega, J., & Martínez-Santos, R. (2011). Actividad física durante el tiempo libre y su relación con algunos indicadores de salud mental en España. *Salud mental*, 34(1), 45-52.

Demerouti, E., & Vergel, A. I. S. (2012). Recuperación diaria y bienestar: una visión general. *Psicothema*, 24(1), 73-78.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. y Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York, USA: Other Press.

García-Toro, M. (coord.) (2014) *Estilo de vida y depresión*. Madrid, España: Síntesis.

González, A. (2010). *Trastornos disociativos. Diagnóstico y tratamiento*. Madrid, España: Ediciones Pléyades.

Guerra, L.R. (2011). La insoportable levedad del self. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*. Recuperado de: <http://www.psicociencias.com>

Hardman, G., & Hart, G. (2007). Dietary advice based on food-specific IgG results. *Nutrition & Food Science*, 37(1), 16-23.

Holford, P. (2003). *Nutrición óptima para la mente*. Barcelona, España: Robinbook.

Isolauri, E., Rautava, S., & Kalliomäki, M. (2004). Food allergy in irritable bowel syndrome: new facts and old fallacies. *Gut*, 53(10), 1391-1393.

Jurist, E. L. (2005). Mentalized Affectivity. *Psychoanalytic Psychology*, 22(3), 426.

Main, M. (2001). Las categorías organizadas del apego en el infante, en el niño, y en el adulto: atención flexible versus inflexible bajo estrés relacionado con el apego. *Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis*, (8), 1.

Martín, P. (2007). Ejercicio físico y depresión. Recuperado de: <http://pilarmartinescudero.es/pdf/publicaciones/medicos/conmeddepresyejercicio.pdf>

Martorell, J.L. (2000). *El guión de vida*. Bilbao, España: Ed. Desclée de Brouwer.

Reid, D. (1993) *El Tao de la salud, el sexo y la larga vida. Segunda parte. Los Tres Tesoros de la salud*. Barcelona, España: Urano.

Riera, R. (2011). *La conexión emocional*. Barcelona, España: Octaedro

Ripoll, R. M. (2012). Medicina del Estilo de Vida: La importancia de considerar todas las causas de la enfermedad. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(1), 48-52.

Sánchez-Pinilla, R. O. (2012). Prescripción de la actividad física adaptada al estado funcional de cada paciente. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 19(7), 392-401.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S y Steeke, K. (2006). *El Yo atormentado*. Bilbao, España: Desclée De Brouwer.