

RESPONSABILIDAD EXCESIVA DESDE UNA PERSPECTIVA COGNITIVO-CONSTRUCTIVISTA. TRATAMIENTO DE UN CASO

EXCESSIVE RESPONSABILITY FROM A COGNITIVE-CONSTRUCTIVIST PERSPECTIVE. A CASE STUDY

BELLO, A. Y SÁNCHEZ¹, V. M.

Recibido 1-5-03

Aceptado 30-06-03

Resumen

En este trabajo se trata un caso de excesiva responsabilidad analizado desde la óptica cognitivo-constructivista. Esta perspectiva permite analizar la historia del problema prestando especial atención a la influencia de sus significados personales y las experiencias de su historia evolutiva.

Abstract

In this work a case of excessive responsibility is considered from a cognitive constructivist point of view. This perspective allows to analyse the case paying special attention to the user's own meanings and his evolutive experience.

Palabras clave: Constructivismo, responsabilidad excesiva.

Key Words: Constructivism, excessive responsibility.

¹ Agradecemos a Dorotea Nieto su colaboración en esta terapia.

Introducción

Desde una perspectiva cognitiva racionalista algunos autores (Hawton, Salkovskis, Kirk y Clark, 1989; Botella y Gallardo, 1999) han analizado la responsabilidad en íntima relación con las obsesiones. Según ellos, las valoraciones de responsabilidad constituyen un factor clave en la persistencia de los pensamientos, imágenes o impulsos de tipo intrusivo. La interpretación de las intrusiones obsesivas en términos de responsabilidad (nivel metacognitivo) produce unos efectos relacionados con el incremento de la ansiedad y depresión. Por otro lado, a causa de esta interpretación se incrementa la focalización en el flujo de conciencia y se llevan a cabo estrategias de neutralización que reduzcan la probabilidad del suceso temido (incluyendo desvaloración ética y moral). Insisten Salkovskis et al. en que este exceso de responsabilidad puede deberse a las prácticas de crianza que se han recibido. La aparición de esas obsesiones y metacogniciones disfuncionales suele ocurrir en momentos de toma de decisiones (como en el caso que nos ocupa) o incremento de responsabilidad. Los momentos en los que aparecen intrusiones suelen estar asociados a momentos de mayor responsabilidad y toma de decisiones.

Las orientaciones terapéuticas que han puesto mayor énfasis en lo evolutivo (Guidano, 1994) y sistémico (Feixas, 1994) explican el funcionamiento obsesivo centrándose en un estilo de apego en cuya comunicación prevalecen los aspectos analíticos, la austeridad, la inhibición emocional y la apelación a valores morales de una forma abstracta.

En palabras de Guidano (2003), fundador de la terapia cognitiva postracionalista:

Las familias obsesivas son sólo verbales, no hay nada implícito, motor, emotivo. Los juegos que se hacen con el niño son sólo intelectuales, verbales, instructivos. Nada es dejado a la alegría, a la diversión, al juego; todo tiene como finalidad ser instructivo, útil para la escuela. Son familias exclusivamente verbales, es uno de los dos aspectos en los cuales se manifiesta este rol de torturador del padre obsesivo. Si un niño de 2 años y medio tiene un capricho, quiere la mermelada y la tira al suelo, el padre obsesivo no hace

nada emocional, no grita, no le da una palmadita; lo toma en su regazo y le pide una explicación de por qué lo ha hecho y mientras el niño no le dé una explicación consistente, sigue pidiéndola. Es una tortura, porque un niño de 3 años no puede saber por qué ha tirado la mermelada al suelo. Tiene que ser una explicación lógica y hasta que no da esa explicación lógica, no lo deja. Puede tenerlo entre las piernas sin ninguna expresión afectiva, interrogándolo como un juez y cada vez que el niño responde, le hace ver la contradicción. Siempre le dice que esto es una contradicción de lo que ha dicho primero. Es un ambiente puramente verbal.

El obsesivo es sólo explicación, él es como si nunca hiciera caso a su experiencia inmediata, es como si no existiera experiencia. Es una fractura muy intensa, muy grave, que empieza desde la niñez, y se nota en la capacidad verbal que tienen los obsesivos.

Este tipo de funcionamiento familiar provoca la sobrevaloración de cinco aspectos (Corberá y Botella, 2000): el perfeccionismo y la escrupulosidad (el seguimiento de las normas de todo tipo resulta crucial), el miedo a la culpa (lo que sobrevalora cualquier cosa que se pueda incluir en el ámbito de la responsabilidad), la poca tolerancia a la incertidumbre y a la duda y estrategias de prevención reparadoras o preventivas.

Desde la óptica constructivista (Bello y Crego, 2003), el funcionamiento de este tipo de personas está relacionado con la estructura cognitiva. Presentan poca diferenciación de sus constructos, es decir, estos están fuertemente correlacionados unos con otros y son extremadamente coherentes. El problema aparece cuando la persona aplica este bloque de constructos a todo acontecimiento que le sucede, como si el ámbito de conveniencia fuera toda la realidad. La metacognición, de nuevo, es el eje central de la intervención, dado que tomará el sujeto así la elección sobre todo un bloque.

Por último, desde la perspectiva de la terapia existencial, la obsesividad es la expresión de la constricción de la espontaneidad. La libertad sólo se puede alcanzar cuando se llega a la conciliación con el mundo de las sensaciones y emociones (Villegas, 1995, 2000).

Método

A continuación se exponen las características del sujeto, motivo de consulta e historia clínica.

Sujeto

D. tiene 28 años. Trabaja en una mediana empresa cuyo jefe directo es un familiar próximo mayor que él. El trabajo que ejerce necesita rapidez dado que los beneficios de grandes empresas dependen de ello. Convive con su pareja, J. (a la que conoció a través de Internet) y la madre de ésta. Las condiciones del piso le resultan insatisfactorias dado el tamaño insuficiente para tres personas.

Motivo de consulta e historia clínica

Previamente fue diagnosticado de trastorno límite de la personalidad, por el que estuvo estado siendo tratado con psicofármacos y psicoterapia hasta el año 2000. Afirma que el desencadenante de los episodios que le motivaron a acudir a profesionales de la salud mental fue la muerte de su hermano. En aquel período presentaba «comportamientos eufóricos, abuso de drogas, de pérdida de control y agresivos». La intervención psicofarmacológica y psicoterapéutica resultó eficaz, de modo que se le prescribió el alta por mejoría de sus síntomas.

Evaluación

Quejas y demandas aparecidas en la entrevista inicial

- Episodios de ansiedad relacionados con la conducción: refiere la siguiente sintomatología: frío en el pecho, sudoración en las manos y temblor.

Partiendo de los principios de terapias narrativas (White y Epston, 1993) y ordenando las cogniciones según el Ciclo de Experiencia de Kelly (Kelly, 1955, Bello y Crego, 2003) recogemos las predicciones y atribuciones de significado que realiza el sujeto. Predicciones: «no tiene por qué

tocarme, sería raro..., pero seguro que me la doy. Pienso que se está acercando mucho al coche de al lado, no va a tener tiempo de frenar... Entonces noto los síntomas y pienso que me va a dar algo, un infarto, o a volverme loco...» Atribución de significados: «esto me hace ver que no estoy a la altura de las circunstancias, me hace verme a mí mismo como inmanejable. Quiero mantener la dignidad. Es un dogma, si quieres llamarlo así, pero es lo que me enseñaron de pequeño y es algo que no se discute...»

La duración de los episodios es variable y depende fundamentalmente del viaje que realice. La intensidad la percibe como similar en todos los episodios y la frecuencia es de 2 o 3 veces a la semana. El comienzo de este problema se sitúa en su llegada a Madrid.

- Misma sintomatología cuando se encuentra en calles oscuras.
- Realiza predicciones de atraco/agresión y su atribución de significados en esos momentos es la misma que en los episodios relacionados con los vehículos. Le ocurre una vez por semana, saliendo de copas. Comenzó hace seis meses tras un atraco. Esta misma sintomatología ocurre cuando alguien querido por él se encuentra en posibles situaciones similares.
- Estrés laboral: En el trabajo tiene percepciones de discrepancia sobre su capacidad de rendir y atribuciones negativas sobre sí mismo. Lo narra así: «es injusto, todo el día pensando que no voy a ser capaz, intentando que quede todo perfecto, para que estos cabrones se hagan millonarios conmigo...!»

Estrategias espontáneas y aspectos positivos de su vida

En otras épocas se ha apoyado en el consumo de tóxicos para reducir el malestar. Actualmente consume hachís de manera esporádica. En otros momentos decide encerrarse en una habitación oscura con música a poco volumen. Por último, en otros momentos se sienta a traba-

jar en el ordenador como distracción. Como aspectos positivos de su vida realza la figura de su pareja, quien le ofrece apoyo social de calidad, y su familia, de la que se siente «orgullosa».

Otras relaciones terapéuticas y por qué acabaron

Dada la correlación negativa entre número de profesionales a los que se ha asistido y eficacia de la intervención, indagamos en las anteriores relaciones terapéuticas. Ha tenido tres, un psicólogo y dos psiquiatras. Preguntando por las características del mejor valorado, afirma que era «no paternalista ni muy directivo». Este hecho confirmó al terapeuta la necesidad de explicarle su modelo de relación terapéutica, en el que un experto en conocer vidas (psicoterapeuta) interacciona con el mayor experto en conocer la vida del usuario (él mismo), de modo que nunca le propondrá técnicas o estrategias que le hagan sentirse como «un actor que aparece en el escenario del teatro de al lado».

Hipótesis y diagnóstico

Surgen dos hipótesis en un primer momento: trastorno de pánico y episodios de ansiedad causados por la metacognición sobre el haber pensado en la posibilidad de un accidente. La personalidad que nos muestra obsesiva (con exceso de responsabilidad, sobrevaloración de la posibilidad de control, inhibición emocional y apego inseguro ambivalente) y la información relativa a que el sujeto se encuentra en un momento donde no puede evitar tomar decisiones transcendentales para su futuro laboral, nos hace pensar que la segunda hipótesis será confirmada.

Situándonos en una posición de experto a experto (Kelly, 1955), se le preguntó al sujeto cuál de los modelos le encajaba mejor para explicar su funcionamiento, decantándose por el segundo.

Otras técnicas de evaluación

Se confirma con el Cuestionario de Interpretación de la Responsabilidad de Salkovskis

(Botella y Gallardo,1999), Escala de Actitudes de Responsabilidad de Salkovskis (Botella y Gallardo,1999), Escala de Obsesiones y Compulsiones de Foa (Botella y Gallardo, 1999), SCL-90-R (Derogatis, 1983), Técnica de Rejilla corregida con el programa Record v.2.0 (Feixas y Cornejo, 1996) y autorregistros de narrativas según el formato que aparece en el la figura 1.

Resultados relevantes de la rejilla.

D. se define así mismo en este momento como alguien sin fuerza de voluntad dado que pospone las cosas, indeciso, comunista y franco, aunque preferiría tener fuerza de voluntad, ser lanzado, sentirse feliz, seguro y libre (figura 2).

Por otro lado, presenta los dilemas potencialmente implicativos (Saúl y Feixas, 2000) que aparecen en la figura 3. Para él, quien tiene fuerza de voluntad no es tolerante. El inseguro no es déspota. Las características de fortaleza y decisión las tiene asociadas a lo dictatorial, al despotismo. De este modo su mecanismo de verificación de hacer lo correcto seguirá siendo la obsesividad y el control, ante la imposibilidad

¿Cómo me cuento lo que está pasando?

- personajes implicados
- cómo me veo, qué dice de mi la situación
 - por qué creo que está pasando eso
- qué está intentando cada personaje de la historia

Figura 1. Registro de narrativas.

AUTODEFINICIÓN		DISCREPANCIA	
YO AHORA		YOAHOA	* YOIDEAL
7 POSPONE	VS. CONFUERZAVOL	7 POSPONE	→ 3 CONFUERZAVOL
1 INDECISO	VS. LANZADO	1 INDECISO	→ 7 LANZADO
7 COMUNISTA	VS. DESPOTA	2 CONMIEDO	→ 6 FELIZ
7 FRANCO	VS. ENREVESA	2 INSEGURO	→ 6 SEGURO
		6 PRISIONERO	→ 2 LIBRE

Figura 2. Autodefinición y discrepancia con el ideal.

DILEMAS IMPLICATIVOS

TOLERANTE VS. RÍGIDO	POSPONE VS. CONFUERZA DE VOLUNTAD
COMUNISTA VS. DESPOTA	INSEGURO VS. SEGURO

Figura 3. Dilemas potencialmente implicativos.

de ser coherente si se decanta por la fortaleza y la seguridad.

Diagnóstico

Respecto al diagnóstico, toda la información aparecida no nos permitía establecer ningún tipo de diagnóstico acorde a los criterios DSM-IV.

Intervención

En pos de clarificar las características del proceso terapéutico hemos separado la descripción en dos momentos.

Primer momento terapéutico

Objetivos:

- Disminuir el ciclo de autoinvalidación recursiva y reducir así la sintomatología
- Construcción de nuevas narrativas en los episodios de ansiedad.

Técnicas utilizadas:

- De cara a la invalidación que le producen sus síntomas, se seleccionó una estrategia que le permitiera *dejar de sentirse como «sin control» por estar teniendo episodios «sin control»*. Esta técnica elegida y propuesta al sujeta con este fin fue una

técnica de respiración para situaciones de urgencia que le permitiera reducir la hiperventilación.

- Para la reevaluación de las situaciones, se le propone el procedimiento de Bello y Crego (2003). A continuación reproducimos un extracto de la explicación inicial: *Imagina un coche «averiado». El coche estaría distorsionado si lo que le falla es importante para ti. Por mucho que el mecánico (terapeuta) te diga qué le falla, sólo tú sabrás si eso es un fallo o no. Bien, pues en este viaje nos han enseñado a qué sitios hay que ir, los más turísticos. Esos lugares equivalen a las narrativas dominantes. De lo que se trata, entonces, es de que sigas conduciendo tú, que hagas las reparaciones en el coche que tú creas necesarias y que vayas explorando otros destinos, aunque de vez en cuando te apetezca volver a algún lugar muy turístico...»*

La reconstrucción de las narrativas se efectúa según el modelo que aparece en la figura 4. Se puede apreciar cómo se sigue la secuencia del proceso de evaluación.

Segundo momento terapéutico

Objetivos:

En este punto se reorienta la intervención hacia sus constructos relacionados con el apego obsesivo:

Hojas para cambiar mis evaluaciones
<p>Narrativa original</p> <p><i>¿Cómo me cuento lo que está pasando: personajes implicados, cómo me veo, qué dice de mí la situación, por qué creo que está pasando eso, con qué idea me presenté en la situación, que está intentando cada personaje de la historia...?</i></p> <p>¿Qué distorsiones puedo estar cometiendo? ¿Por qué?</p> <p>¿Con qué narrativas dominantes puede estar relacionada esta historia?</p> <p>¿Qué preguntas puedo utilizar para ampliar la información?</p> <p>¿Y para buscar nuevos significados?</p> <p>Después de analizar la información que no había tenido en cuenta y de extraer posibles nuevos significados, ¿cómo puedo contarme la historia de forma diferente?</p>

Figura 4. Cambio de narrativas.

- la inhibición emocional (afirma que «defectuoso es el débil y se sabe que alguien es débil porque expresa sentimientos»)
- el perfeccionismo
- la responsabilidad.

Desde la terapia narrativa se suelen clasificar los discursos fragmentadores o disruptores en tres categorías:

1. Narrativas desorganizadas y con pérdida de coherencia (por ejemplo, trauma).
2. Narrativas dominantes e historias que oprimen (por ejemplo, depresión).
3. Narrativas disociadas e historias de silencio (por ejemplo, engaño marital).

La narrativa que presentaba D. sobre su responsabilidad era una narrativa claramente opresora. Esto fue enfocado por el terapeuta de modo que pudiera vivir su responsabilidad y su experiencia inmediata de manera acorde a su narrativa subdominante de «comunista y humanista que no está dispuesto a dejarse oprimir como hombre de esa manera». En este contexto consensuado se realizó todo el trabajo de cambio de su sistema de constructos.

D. se encuentra atrapado entre sus deseos de ser feliz, lanzado, con fuerza de voluntad y libre y no caer en la seguridad del déspota, lo que le mantiene su tendencia hacia el control.

Al tiempo surge también la posibilidad de dejar el trabajo y le asaltan las posibles consecuencias (íntimamente ligadas a esos constructos) que tendría la opinión de padre y hermano respecto a ello (octava sesión).

Técnicas utilizadas:

- Respecto a los constructos dilemáticos, promovemos un escalamiento dialéctico de dos en dos, sugiriéndole más tarde que liste situaciones durante la semana en las que pueda aplicar ese constructo dialéctico. En la figura 5 aparece un ejemplo de la aplicación de esta técnica.
- Por otro lado, exploramos las implicaciones de dejar el trabajo mediante la técnica de flecha descendente, en busca con la forma verbal condicional de reglas implícitas y constructos nucleares como los que veremos a continuación (Botella y Feixas, 1998). El procedimiento es el siguiente:
 1. Elicitar la construcción que suscitó un hecho determinado
 2. Preguntar a la persona qué significaría si aceptásemos que es cierto

En el caso de este sujeto, el dejar el trabajo supondría para él el considerarse alguien irresponsable; esto, a su vez, es considerarse un traidor y por fin el dejar de tener el aprecio de los demás (figura 6). En todo punto se compartió entre terapeuta y usuario la opinión de que esta manera de ver las cosas había sido transmitida en su proceso educativo, lo que facilitó la externalización de su problema.

Para la reconstrucción de estas relaciones promovemos:

1. identificar distorsiones cognitivas en cada nivel.
2. criticar el nexo de implicación entre cada escalón.

Ejemplo:

*¿Qué constructo, que incluya características de **tolerante** y de **rigido** y a un tiempo sea algo más que un punto medio entre los dos se te ocurre?*

Respuesta: consecuente.

Tarea: ¿cómo se puede aplicar en los diferentes ámbitos de tu vida?

Figura 5. Escalamiento dialéctico.

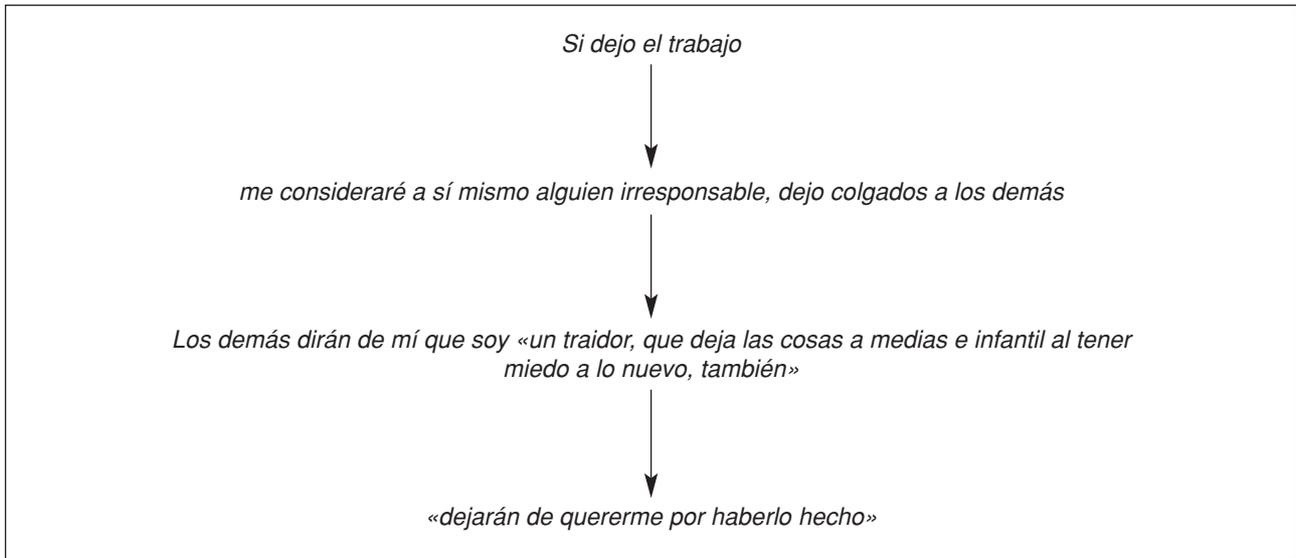


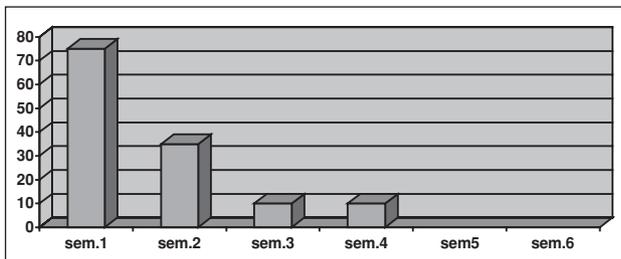
Figura 6. Flecha descendente.

- discernir cuándo aparecen estas reglas de vida en su desarrollo, quién las promovió y qué alternativa vamos a dar ante esta construcción.

Resultados y discusión

El proceso terapéutico fue notablemente gratificante, a juzgar por los resultados y el cuestionario de satisfacción con el tratamiento del Servicio de Psicología Aplicada.

Respecto a los episodios ansiosos, dos días después de haber sido aleccionado en la técnica de respiración refiere haberse reducido la ansiedad ante los episodios de 75 a 35 unidades subjetivas. En la quinta sesión habían desaparecido (gráfica 1). Parece que se ha acertado con la elección de técnicas y formulación del caso. El proponerle la técnica de respiración como un

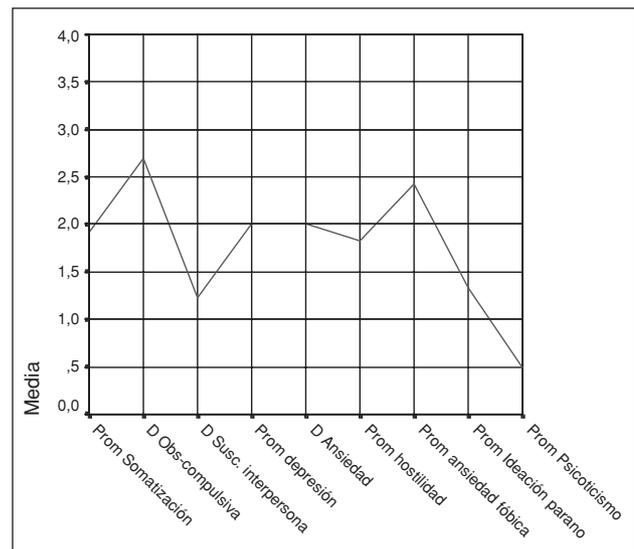


Gráfica 1. Disminución de la ansiedad medida en Unidades Subjetivas de 0 a 100.

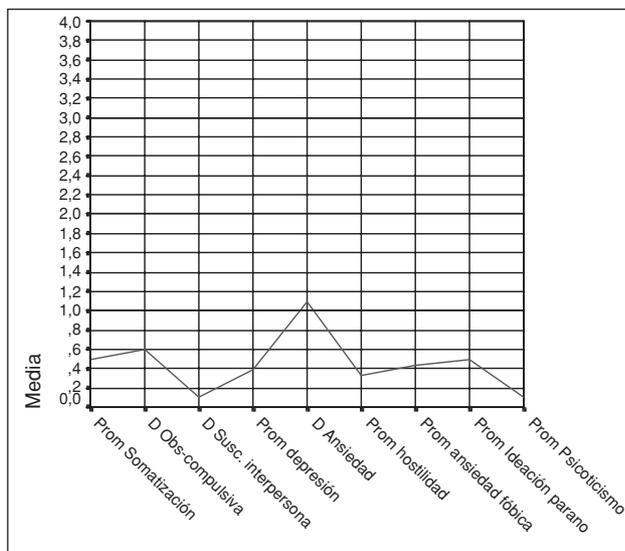
método de *controlar* más su vida (validación nuclear del sujeto) en vez de cómo reducción de síntomas nos parece un importante acierto.

El SCL-90-R (Derogatis, 1983) muestra una clara disminución en las puntuaciones de los items relacionados con obsesividad y compulsiones (gráficas 2 y 3).

Desaparecen los dilemas implicativos: D. afirma que la seguridad y el despotismo dejan de ir de la mano.



Gráfica 2. SCL-90 R pre.



Gráfica 3. SCL-90 post.

Tras prepararle en sesión, decide cambiar de trabajo, lo que informa con tranquilidad a su padre y su hermano afrontando el posible rechazo. Rechazo que no aconteció.

Un episodio no programado (su hermano volvió a beber) sometió al paciente a un estrés considerable. D. Manejó su ansiedad adecuadamente y pudo afrontar con éxito esa situación, lo que es un signo de la generalización del aprendizaje de recursos de solución de problemas.

Referencias Bibliográficas

Bello, A. y Crego, A. (2003). *Automanejo emocional. Pautas para la intervención cognitiva con grupos*. DDB. Bilbao (en prensa).

- Botella, L. y Feixas, G. (1998). *Teoría de los Constructos Personales: Aplicaciones a la práctica psicológica*. Barcelona: Laertes.
- Botella, C. y Gallardo, M. (1999). *Trastorno obsesivo-compulsivo*. UNED-FUE. Madrid.
- Corbella, S. y Botella, L. (2000). Trastorno obsesivo-compulsivo: la duda, ¿aliada o enemiga? *Revista de Psicoterapia*, 42-43, 161-171.
- Derogatis, L. R. (1983). *SCL-90-R. Administration scoring and procedures manual II (2.ª edición)*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Feixas, G. (1994). Abordando al individuo, abordando al sistema: modelo constructivista para la psicoterapia integradora. *Sistemas Familiares*, 10 (2), 25-48.
- Feixas, G. y Cornejo, J. M. (1996). *Manual de la técnica de rejilla mediante el programa Record v. 2.0*. Barcelona: Paidós.
- Guidano, V. (1994). *El sí mismo en proceso: hacia una terapia cognitiva postracionalista*. Barcelona: Paidós.
- Guidano, V. (2003). *Conversaciones con Vittorio Guidano*. Sociedad Chilena de Terapia Posracionalista. Santiago de Chile.
- Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J. y Clark, D. M. (1989). *Cognitive Behavior Therapy for Psychiatric Problems: A practical Guide*. New York. Oxford University Press.
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs (2 Vols.)*. Nueva York: Norton. (existe nueva edición en Routledge, Londres, 1991).
- Saúl, L. A. y Feixas, G. (2000). Detección, análisis e intervención en dilemas implicativos. <http://www.usal.es/tcp>
- Villegas, M. (1995). La construcción narrativa de la experiencia en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, vol. VI, n.º 22-23, 5-19.
- Villegas, M. (2000). Psicopatologías de la libertad: la obsesión o la constricción de la espontaneidad. *Revista de Psicoterapia*, 42-43, 49-31.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.