Universidad Nacional de San Juan

Facultad de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales

Diplomatura Transdisciplina PNIE

Desafío del Siglo XXI

Trabajo Integrador Final

# MODELO DE ABORDAJE PNIE PARA DISAUTONOMÍA-STOP

Profesoras Responsables

Mg. Ana María Beltran

Mg. Ana María Maffeis

Integrantes

Dr. Aníbal Genaro Castro Rodríguez

AT/DMT María Laura Ciallella Aguiar

Lic. Ana Yamile Linares

Lic. Ivana María Moreno

Prof. Raquel del Valle Pizarro

Lic. María Daniela Scadding

2016 - San Juan – Argentina

## Contenido

PRESENTACIÓN GENERAL ..... 2
MODELO DE ABORDAJE: PSICOTERAPIA INTEGRATIVA PNIE ..... 2
ANTECEDENTES PI.PNIE Y EQUIPO DE TRABAJO ..... 3
DISAUTONOMÍA : ¿QUÉ ES? ..... 3
PERSPECTIVA MÉDICA ..... 3
SÍNTOMAS Y DESARROLLO DEL CUADRO ..... 4
CLÍNICA. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS ..... 5
OTROS APORTES NEUROPSIQUIÁTRICOS Y PSICOLÓGICOS SOBRE DISAUTONOMÍA ..... 5
CLASIFICACIONES ACTUALES ORIENTADORAS ..... 6
ABORDAJE INTEGRAL: PSICOTERAPIA INTEGRATIVA (PI.PNIE). ESTRATEGIA TERAPÉUTICA MULTIDIMENSIONAL ..... 7
PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO ..... 7
Fase Didáctica ..... 7
Fase de Evaluación Diagnóstica Multidimensional ..... 8
Fase de Tratamiento ..... 15
CONCLUSIONES ..... 25
BIBLIOGRAFÍA ..... 27
ANEXOS ..... 29

Correos Electrónicos
anibalgenarocastrorodriguez@gmail.com
pierividanueva@gmail.com
anaylinares8@gmail.com
psicoivanamoreno@gmail.com
raquelpizarro68@gmail.com
danielascadding@gmail.com

## PRESENTACIÓN GENERAL

En el presente Trabajo describiremos una Estrategia de abordaje para el tratamiento de una persona diagnosticada con Disautonomía (Stop síncope Ortostático o neurocardiogénico) apoyados en un modelo psicoterapéutico que integra la comprensión médica y psicológica desde la PNIE, disciplina que estudia las interrelaciones PNIE en los procesos de salud enfermedad, considerando también las relaciones del sujeto con su entorno físico, ambiental y sociocultural y la multidimensionalidad del ser humano.

Como equipo, tomamos el concepto de salud de Francisco Maglio propuesta en el X Congreso Catalán de Médicos y Biólogos, en Barcelona, 1988: "Salud es la manera de vivir libre, solidaria, responsable y feliz. Es un bien ser y no un bien estar."[1]

## MODELO DE ABORDAJE: PSICOTERAPIA INTEGRATIVA PNIE

El Modelo PI.PNIE es un modelo de Psicoterapia que tiene sus bases en ""el paradigma de la complejidad, la teoría general de los sistemas, la teoría del Caos, la teoría del Estrés y de los sistemas de Alostasis, paradigmas integradores aportan y conforman un marco referencial holístico constituyendo así el Supra-paradigma PNIE. Esta integración se da desde un Constructivismo Moderado, es decir no solo opera la construcción de la mente al apreciar la realidad, sino que también inciden variables devenientes de la propia realidad."" (Zabalo, 2015: 24)

Esta mirada, aleja de la concepción de causalidad lineal y determinista proponiendo estrategias de salud desde la multidimensionalidad, modificando los factores de estrés o desorganizadores y potenciando los recursos de salud y bienestar.

[1] Esta definición des-medicaliza la salud y la considera un derecho humano y como tal es universal, gratuito, innegociable y es deber del Estado asegurar su acceso a toda la población.

## ANTECEDENTES PI.PNIE Y EQUIPO DE TRABAJO

En la actualidad las referentes en este abordaje son: la Lic. Margarita Dubourdieu PhD junto a la Dra. Algazi, ambas Magister PNIE, Psicoterapéutas Integrativas que desde 1995 promovieron la formación profesional en este enfoque.

En Buenos Aires, Argentina la Dra Diana Zabalo divulgadora del paradigma PNIE, así como en la provincia de San Juan, Argentina, referentes PNIE son: la Mg. Ana María Beltrán y Mg. Ana María Maffeis, quienes sostienen en práctica profesional y en formación académica la Diplomatura "Transdisciplina PNIE Desafío del Siglo XXI".

Nosotros somos un grupo de profesionales elaborando un trabajo integrador para esta formación, para lo cual conformamos un equipo: un médico; dos psicólogas,una de ellas Docente Auxiliar Integradora; una profesora formada en Bioneuroemoción; una Acompañante Terapéutico con especialidad en Danza Movimiento Terapia y Música y una kinesióloga con especialidad en RPG y Osteopatía Craneosacra.

Elegimos este modelo de abordaje para realizar nuestro trabajo integrador final porque nos aleja de reduccionismos y de la disociación cuerpo-mente, amplía las herramientas terapéuticas ante la diversidad de situaciones clínicas y de sujetos y posibilita una mejor comprensión del ser humano y una mayor eficacia terapéutica.

# DISAUTONOMÍA : ¿QUÉ ES?

La disautonomía es una alteración del Sistema Nervioso Autónomo, que regula automáticamente muchas funciones importantes del organismo como el pulso, la presión, la temperatura y la respiración.

## PERSPECTIVA MÉDICA

Stop: Síncope de Taquicardia Ortostática Postural. Síncope Ortostático o Insuficiencia Autónoma.

Definición

La palabra síncope deriva del griego (sincoptein) que significa cortar.

Es la pérdida transitoria de conciencia y de tono postural, de duración breve, con recuperación espontánea sin necesidad de maniobras de reanimación.

Se caracteriza por su aparición brusca y remisión espontánea sin secuela neurológica, en la mayoría de los casos hay una disminución brusca de la perfusión cerebral.

Presíncope es la sensación de desfallecimiento inminente (mareo, giro de objetos con visión borrosa) sin llegar a la pérdida completa de la conciencia.

Incidencia: frecuente en niños y adolescentes.

Clasificaciones: síncopes de origen neurológicos, síncope vasovagal, síncope al ponerse de pie, STOP; de estiramiento, síncopes situacionales, espasmo del sollozo, síncope autoinducido. Síncope Cardíaco: obstructivas y arrítmicas. Síncopes Psiquiátricos y psicológicos. Síncopes del sistema endócrino.

## SÍNTOMAS Y DESARROLLO DEL CUADRO

Se define por síntomas de baja perfusión cerebral (mareos, fatiga, debilidad y visión borrosa). Aumento excesivo de frecuencia cardíaca en posición erguida (taquicardia postural).

También se pueden distinguir otros síntomas de disfunción simpática como diaforesis, nauseas y temblor. Se considera que una frecuencia cardíaca superior a 120 latidos por minuto en posición erguida es excesiva.

La proporción mujer varón es de 4-5 /1.

La base de este nuevo síndrome es una forma de neuropatía autonómica que afecta a las extremidades inferiores. Las estasis venosas que se produce al adoptar la posición de pie, lleva a una disminución en el retorno venoso y un incremento consecutivo de las descargas simpáticas con un grado importante de taquicardia.

Estos pacientes presentan intolerancia ortostática y síntomas como fatiga crónica, intolerancia al ejercicio, palpitaciones, mareos nauseas y síncope inminente residivante.

El diagnóstico se establece por el incremento de la frecuencia cardíaca en los primeros 10 minutos de estar de pie o en posición vertical acompañado a menudo de hipotensión, que produce los síntomas antes descritos.

La prueba de la mesa basculante suele ser de utilidad como indicador estandarizado de respuesta al cambio postural.

## CLÍNICA. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

Consisten en: electrocardiograma- Electroencéfalograma - Neuroimagen- Mesa Basculante. Medidas Terapéuticas

Derivaciones e Interconsultas: Cardiólogo y/o Neurólogo.

## OTROS APORTES NEUROPSIQUIÁTRICOS Y PSICOLÓGICOS SOBRE DISAUTONOMÍA

Datos históricos:

Ya desde el siglo XIX y a principios del siglo XX se comenzaban a ver ciertas afecciones que son descriptas por el médico George Beard (1839-1883), cuyo cuadro clínico gira en torno a una fatiga física de origen «nervioso» y que comprende síntomas de los más diversos registros. Freud fue uno de los primeros en señalar la extensión adquirida por este síndrome, que en parte, debe ser dividido en otras entidades clínicas. No obstante, sigue manteniendo la neurastenia como una neurosis autónoma; la define por la impresión de fatiga física, las cefaleas, la dispepsia, la constipación, las parestesias espinales, el empobrecimiento de la actividad sexual. La incluye en el grupo de las neurosis actuales, junto a la neurosis de angustia, y busca su etiología en su

funcionamiento sexual incapaz de resolver en forma adecuada la tensión libidinal (masturbación). G. Beard creó el término «neurastenia» (etimológicamente, debilidad nerviosa). El cuadro clínico se presentaba casi en su totalidad en mujeres.

Actualmente se conoce a esta disfuncionalidad como “Disautonomia”, pero, a pesar de ser frecuente, esta condición no es diagnosticada y tampoco se la encuentra en las clasificaciones medicas y psiquiátricas (CIE- 10 DSM IV o V) por lo que las personas que la padecen peregrinan de un médico a otro, reciben innumerables exámenes que resultan normales, se sienten muy mal y no tienen explicación de sus problemas. Lo que genera altos niveles de ansiedad, frustración y en algunos casos depresión.

La vida social se hace cada vez más reducida debido a la imposibilidad de la persona de hacer una cola o permanecer en una reunión social de pie, ya que puede aparecer sensación de fatiga y tendencia al síncope. Se observa intolerancia al frío e hinchazón en las extremidades. La inactividad aumenta la sensación de frío, debido que empeora la circulación de la sangre. Se van consolidando los síntomas y se produce mayor sedentarismo lo que ante el mínimo movimiento lleva a cansancio excesivo que hace que el individuo deje de hacer las tareas que habitualmente hacia. Se restringen las actividades cotidianas hasta puede llevar a la pérdida del empleo, disfunción familiar, divorcio.

Si bien no hay un tratamiento curativo, hay muchas cosas por hacer para aliviar el padecimiento, el primer paso es trabajar de manera transdisciplinaria en la construcción de una estrategia de abordaje.

## CLASIFICACIONES ACTUALES ORIENTADORAS

Dentro del DSM V no se incluye la Disautonomia. Decidimos encuadrarla dentro de los Trastornos de Ansiedad por la similitud de los síntomas: palpitaciones, sacudidas del corazón o elevada frecuencia cardiaca, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de ahogo o falta de aliento, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácico, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad, mareo o desmayo, desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo), miedo a perder el control o volverse loco, miedo a morir, parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo), escalofríos o sofocaciones. Evitación de situaciones en casos de agorafobia.

# ABORDAJE INTEGRAL: PSICOTERAPIA INTEGRATIVA (PI.PNIE). ESTRATEGIA TERAPÉUTICA MULTIDIMENSIONAL

La PI_PNIE es un modelo de Psicoterapia que propone una comprensión y sistematización de técnicas desde el paradigma de la Psiconeuroinmunoendocrinología e integra y nutre de aportes de enfoques de distintas corrientes de la psicología y otras disciplinas.

Propone una labor biopsicoeducativa sobre la condición psicosomática del ser humano.

Terapeuta y paciente trabajan juntos en un proceso cuyas fases son:

# Didáctica o de biopsicoeducación.

# Evaluación diagnóstica.

# Implementación de estrategia terapéutica multidimensional.

Las dimensiones a observar son: biológica, cognitiva y conductual, psicoemocional vincular y espiritual o trascendental.

Brindamos al paciente con STOP – disautonomía una forma de tratamiento integral, que incluya la atención de los factores físicos, psicológicos y ambientales, así como un enfoque que permite el acercamiento desde cada una de las dimensiones orientado a detectar factores de estrés (características personales, mecanismos de afrontamiento, recursos protectores, red de sostén) y habilitar experiencias correctivas o enriquecedoras en las distintas dimensiones que favorezcan el bienestar y el bien ser.

## PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO

### Fase Didáctica

En esta fase se da el primer contacto con la persona, todos los agentes de salud del equipo comparten y convergen construyendo un paradigma de comprensión e intervención transdisciplinario junto al paciente y su familia o alguien del entorno significativo.

La Biopsicoeducación es la herramienta más importante en esta fase, se prepara un entorno cálido, cómodo y empático, se habla de manera clara y con un lenguaje apropiado a las características del interlocutor ofreciendo a la persona y quien lo acompañe una descripción sobre las características de la patología que transita.

“”Dubourdieu (2014) plantea que se explicarán aspectos biológicos, anatómicos y fisiológicos, socioecológicos ambientales favorecedores de la enfermedad y sobre su tratamiento integral contemplando los siguientes aspectos: Multifactorialidad, Multidimensionalidad, Convergencia temporo-longitudinal, Neuro y PNIE plasticidad.””(pág. 180)

Se acompaña esta fase recabando datos sobre conductas basales o hábitos cotidianos saludables (alimentación, sueño, eliminación, relajación).

## Fase de Evaluación Diagnóstica Multidimensional

Desde el área médica se plantea realizar una evaluación diagnóstica de los aspectos bio-psico-emocionales como parte inherente al tratamiento. Es de gran importancia que la primer entrevista con el psicoterapeuta sea conjunta con el médico, o por su derivación o por demanda directa del paciente.

Aquí implementaremos una Técnica de Biopsicografía, donde la persona construye su historia vital desde el nacimiento hasta la actualidad. Se co-contruye en equipo y preferentemente en 2 o 3 entrevistas, se le ayuda a recordar.

“” La Biopsicografía permitirá visualizar el proceso de constitución del psiquismo, el sufrimiento o gratificaciones, los factores de estrés agudos y crónicos, defensas y mecanismos de afrontamiento empleados, vulnerabilidades y facilitaciones de respuestas psicofísicas generadas a lo largo de la historia, así como factores desorganizadores actuales.””(Dubordieu en Balarezo 2010)

Comprendemos que al tomar conciencia de aspectos antes no verbalizados o inconscientes, “”pueden forjarse nuevas asociaciones bio cognitivas emocionales y circuitos amigdalo-córtico-amigdalinos.”” ( Zabalo 2016)

Trabajamos a partir del Material Académico Clínico de Centro Humana. Instituto de Formación Supine. La Ficha de datos Patronímicos y la Ficha de Biopsicografía fue extraída del Anexo del Libro: “Asma Enfoque Integrativo PNIE. Mente- Cuerpo-Ambioma” de la Dra. Diana Zabalo, Dra. Margarita Dubourdieu y M. en C. Ernestina Serrano.

**FICHA:** En el primer encuentro de la fase didáctica y psicoeducativa escuchamos atentamente y dialogamos. Luego cruzamos nuestros registros para completar la ficha.

Datos Patronímicos

Fecha primer encuentro con el equipo: 4 de setiembre de 2016

Nombre: María Pérez

Sexo: femenino

Estado civil: soltera sin hijos

Edad: 43 años.

Actividad: tramitando pensión, no trabaja por imposibilidad física dados los síntomas que afectan su calidad de vida, es ama de casa, vive sola con los medios que heredó de su padre fallecido.

-Nivel educativo: primario y secundario completo. Abandonó Facultad de Derecho debido a síntomas; asume el cuidado ante la enfermedad de sus padres que luego fallecieron. No retomó estudios.

- Domicilio: Chaco 1993 este. Barrio Gendarmería

- Teléfono: 0264- 4260713

- Correo electrónico: no tiene

- Utiliza internet: si

- Núcleo Familiar referente ante urgencias: única hija mujer, de cuatro hermanos, con quienes no tiene relación desde que fallecieron sus padres. Solo uno de ellos la visita esporádicamente (al momento de la consulta hace dos años que no los ve). Vive sola.

Motivo de consulta y derivación:

A principios de 2016, María asiste a un médico cardiólogo, quien registra episodios recurrentes de desmayos y descomposturas, presíncopes y síncopes, sumados a un sinfín de síntomas deteriorantes. La paciente agotada (de que ningún médico pueda decirle “que tiene”), insiste en la búsqueda hasta dar con un resultado. El Doctor define estudio mesa basculante y junto a otros estudios acuerda diagnóstico: disautonomía. El cardiólogo sugiere y deriva asistencia a psicóloga.

La terapeuta (psicóloga de un servicio de atención cercano al domicilio de la consultante) propone a María un Abordaje Transdisciplinar.

María Pérez acepta. Se realiza un primer encuentro entre los agentes de salud y María con el objetivo de dar comienzo a la primer fase de abordaje, conociéndonos, escuchando su necesidad, y planteándole una posibilidad de tratamiento que incluya las áreas: médico de cabecera, psicología, kinesiología-RPG, Acompañamiento Terapéutico y aportes de la Bioneuroemoción, con una mirada PNIE.

El contrato terapéutico del equipo: acordamos bajo absoluta confidencialidad de los datos de María (en relación al uso de los mismos para el trabajo integrador): el compromiso de co-construir junto a ella un Tratamiento Integral, y si ella lo acepta, acompañarla en el proceso de sanación y búsqueda de salud, bienestar, bien ser y vida plena.

- Antecedentes personales de enfermedad:

Varicela a los 7 años. A los 8 años, traumatismo de tórax por herida penetrante provocada por el freno de una bicicleta, con afectación de esternón y pleuras. hemoneumotórax, un mes internada.

A los 12 años, infección renal por uréter acodado sin consecuencias. Comienza con astenia. Al finalizar secundario comienzan episodios de síncope. Intolerancia a la lactosa y al frío.

A los 34 años, internación por falta de aire - palpitaciones - dolor de espalda - neuralgias tratadas con pregabalina con efectos adversos, ataque de pánico.

Factores predisponentes: espacios cerrados, lugares con mucha gente, bipedestación prolongada.

Sus abuelos mueren jóvenes desconoce causas.

Su padre fallece 2015, infarto agudo miocardio.

Su madre muere en 2012 por ELA, diagnosticada en 2010.

Factores precipitantes: temor, ansiedad, angustia. Los síntomas se exacerban cuando comienza a estudiar Derecho en 2008.

- Fase de alerta sintomática física o psíquica:

Internación por descompensación en año 2009 durante un mes para control, diagnóstico y tratamiento. Sin diagnóstico definitivo.

Síntomas más frecuentes previos a crisis: nauseas, vómitos, molestia abdominal, sensación de frío y visión borrosa. Caídas desde su propia altura, sin movimientos anormales, sin secuelas más que dolor y molestias. Cansancio, mareos, cinetosis, depresión, dolor opresivo en el pecho, mialgias, artralgias, sudoración en la frente, IMC bajo, hernia de hiato, reflujo.

Semiología y conductas: Estado de atención, memoria y pensamiento normal, afectividad a flor de piel, poco humor, psicomotricidad lenta e indirecta, conductas basales deterioradas.

Mal sueño, entrecortado, poca capacidad de sostener actividades durante el día. Remite cansancio, agotamiento extremo. Dolor de espalda. Bajo peso. Stop

Mecanismos de afrontamiento activos, busca soluciones a su situación de salud. Expresa claramente el dolor profundo y total por la soledad en que se encuentra, se observa duelo aun en curso por el fallecimiento de sus padres a quienes cuidó hasta el final. Misceláneas: convive con muchos animales. Va al cementerio todos los domingos a limpiar la tumba de sus padres y coloca los perfumes que ellos usaban.

Ficha Biopsicográfica

Primeros años (0-3): Nació y vive  San Juan con su familia. Remite una infancia feliz.

“La casa era grande, y jugaba en un gran patio.”

Antecedentes familiares:

Norma, la madre de María: cuando nació fueron mellizos (pero el hermano varón muere). A los cinco 5 años, muere su madre durante otro parto. Como es pequeña no le permiten ir al velatorio - va a vivir con su madrina, cuyo hermano abusa de ella cuando tenía  6 años. El papá se casa nuevamente pero no se hace cargo de

sus hijos - va a un internado de monjas - esta mamá creció sola en un mundo de tristeza, abuso y soledad. Fallece en el 2012 a los 62 años por paro cardio-respiratorio ELA, Esclerosis Lateral Amiotrófica . (María tenía 39 años.)

Juan, el padre de María: era policía - fallece 2015 a los 70 años por IAM - Diabetes - pie diabético - amputaron 2 dedos - (María 41 años)

Otros vínculos:

No aparece en el diálogo otra figura significativa. Solo algunos vecinos que la saludan e invitan a veces a comer o tomar mate. Ella acepta para no quedar mal pero se describe solitaria.

Comparte una mudanza de casa significativa, ante la pérdida de su hogar debido a necesidades económicas y/o por razones laborales de su padre. Describe un gran sufrimiento de su madre por ello. No expresa ninguna otra emoción en relación a su infancia. Solo la injusticia y soledad de su adultez y lo que tuvo que sobrellevar con la enfermedad de su madre y posterior muerte y después su padre.

Períodos escolares: no problemáticos en primaria, secundaria normal, solo remite su incapacidad para ejercicios físicos. Secundario: ponía excusas para no salir. Prefería quedarse.

Aportes de la BIODESCODIFICACIÓN

La Biodecodificación es un enfoque terapéutico que relaciona las enfermedades con las emociones reprimidas. Cada síntoma responde a una emoción concreta. Los pensamientos, sentimientos, diálogos internos y las creencias limitantes son las barreras que impiden acceder a esa emoción reprimida.

“Lo que no se expresa conscientemente se imprime en el cuerpo inconscientemente”. Georg Groddeck

Todos tenemos un umbral de tolerancia a los estímulos exteriores que nos impactan emocionalmente. Hay dos maneras de sobrepasar este umbral, mediante un “impacto emocional súbito o Bio-Shock” (pág. 23, Corbera), cuyo estímulo responde a ciertas características comunes, ser inesperado, dramático,

vivido en soledad y sin solución, o a través del “impacto emocional acumulativo” resultado de la sumatoria de estímulos menores que responden también a los mismos criterios. Como consecuencia de esto, una emoción quedará enquistada, reprimida en el inconsciente.

Proyecto Sentido, abarca desde un año antes de la concepción, el embarazo y los 3 primeros años de vida del niño. Todo lo que le pasa a la mamá quedará grabado en el cerebro del bebé. Las circunstancias que rodean a la concepción constituyen la base de patrones inconscientes en la vida del niño. En este período se fijan los engramas, estructuras de interconexión neuronal que producen respuestas de regulación automáticas del organismo.

En nuestro caso la mamá de 23 años, al quedar embarazada de María ya tiene 3 hijos. María, aunque es la hija menor, no lleva el apellido paterno (quizás su padre no es el mismo que el de sus hermanos, tal vez su mamá fue abusada.)

Nace María con siete meses de gestación, si estuvo en incubadora habrá conflictos de separación, soledad y miedo al contacto lo que determinará un futuro de vulnerabilidad y desvalorización.

María ha vivido a través de mamá, los miedos, las tristezas, los disgustos, etc, y todo quedará grabado en su inconsciente.

Ser prematuro, en términos de Biodescodificación significa “corro peligro... cuanto antes salga...mejor.”

Desde el punto de vista de la biodecodificación, estas improntas se fijan como engramas en el encéfalo.

Piensa María y comparte: ... “de niña dormía bajo 8 colchas…” (el frío del abandono... dónde está el calor de mamá ? dónde está mamá?)

A los 8 años ocurre un accidente, el freno de la bicicleta se introduce en su tórax provocando fractura del esternón y hemoneumotórax, ingresan aire y sangre a la cavidad pleural. Aún hoy María recuerda cómo salía sangre (se escapa mi familia) con espuma (oxígeno, se me va la vida, no quiero vivir... todos respiran el mismo aire familiar, excepto yo) Al estar involucradas las pleuras estamos frente a un conflicto de desprotección.

Desmayo, Síncope o Lipotimia. La pérdida de conocimiento como una desconexión puntual motivada por un alerta que puede llegar desde el inconsciente o desde el exterior a través de una situación inocua que el inconsciente hace presente (no puedo, no aguanto más… estoy en un callejón sin salida, para qué luchar si no lograré nada...entonces...me desmayo, me escapo.)

Respecto de estos síntomas asociados a la sangre podemos inferir que estamos en presencia de conflictos biológicos de autodesvalorización en relación “lazos de sangre”, reales o simbólicos.

Circunstancias Actuales:

Vínculo con familia y /o pares: No tiene contacto con su familia, no remite amigos, solo llamados de ex compañeros del secundario y buenos vecinos con los que mantiene el mínimo contacto.

Actividades: No trabaja. Solo sale a veces a hacer compras donde pueda ir muy cerca, ya que se cansa rápido y a veces debe parar a descansar en el camino.

Relaciones con el otro sexo: Comentó haber tenido una relación con un chico que la desilusionó mucho y nunca más le interesó el amor.

Autogratificaciones: cuida animales, le encantan.

Autopercepción: soledad, temor que le pase algo y nadie se entere.

Conductas basales y complejas desreguladas.

Ningún tipo de actividad física.

Sentido de vida, motivaciones: ante la entrevista la primera sensación del equipo es que María tiene la misión de dar a conocer su raro diagnóstico de disautonomía, que nadie conoce, por ello acepta gustosa colaborar con el trabajo. Y tras esa impresión, y a través del diálogo, se deja ver su deseo de salir adelante y la esperanza de mejorar su situación.

## Fase de Tratamiento

### *Intervención Terapéutica*

A partir de una mirada Integral sobre los datos compartidos y teniendo en cuenta las cinco dimensiones observamos algunas propuestas generales de abordaje integral.

En el caso de la Disautonomía (ya sea por Intolerancia Ortostática o por Síncope neurocardiogénico), es primordial el acompañamiento terapéutico, atención y psicoeducación de la persona de forma que pueda cortar con el circulo vicioso que forma y perpetúa el malestar: -Disautonomia- Ansiedad-Depresión- Ansiedad-Disautonomia-, dentro de este círculo hay toda una serie de síntomas que anteriormente se describieron que causan malestar y estrés, deteriorando de manera progresiva su calidad de vida, su bienestar y su “bien ser” y por lo tanto su proyecto de vida plena está en riesgo.

Mediante diversas técnicas se puede enseñar un manejo correcto de la ansiedad; como técnicas de Respiración ya que es un proceso de suma importancia en la regulación fisiológica y metabólica del organismo.

Hay algunas formas de respiración que pueden agravarla. Es el caso de la hiperventilación, un tipo de respiración rápida, agitada, suspirosa, que da lugar a un exceso de oxigenación y provoca la reducción drástica de los niveles de dióxido de carbono, situación frente a la que el organismo reacciona aumentando las sensaciones de ahogo, opresión en el pecho, calor, mareo, hormigueo, visión borrosa, irrealidad, etc.

Las técnicas de respiración deben ser acompañadas de una serie de medidas sobre las fuentes de ansiedad, estrategias de afrontamiento, administración de tiempos, recursos, apoyos. Que deben ser utilizadas sistemáticamente y no solo en estados en los cuales la tensión es elevada.

Fortalecimiento de la red familiar de contención. María se encuentra distanciada de sus hermanos por lo cual es necesario que se retome el contacto con ellos. Se busca lograr un nuevo equilibrio familiar luego de la muerte de los padres, mayor compromiso de todas las partes y se propone: aprovechar la única salida que tiene María al cementerio y desde este lugar retomar el vínculo siendo acompañada por alguno de los hermanos.

Fortalecimiento de la red social afectiva y geográfica inmediata: Se incentiva también a que participe de distintas actividades sociales. Si fracasamos en el intento de reconstruir lazos familiares, María desarrollará la capacidad de adaptarse, afrontar y crecer mediante la ayuda recibida de amigos y vecinos. Los patrones de amistad adoptan formas distintas. Muchas personas encuentran reconfortante poder visitar a un amigo, tomar un café, hablar con él por teléfono, con cierta frecuencia y regularidad. Las redes que se pueden formar mediante

amigos / vecinos constituyen una importante fuente de apoyo en situaciones de aislamiento, enfermedad, abandono, crisis. En amigos y vecinos se encuentra generalmente mayor empatía que en familiares.

Se recomienda realizar actividades como participación en talleres de desarrollo creativo artísticos o actividades manuales de laborterapia como espacios de autorregulación, intercambio y producción que alimentan la autoestima y brindan contención. En el contexto del placer de hacer actividades, sugerir reeducación postural y fortalecimiento de cadenas musculares que le permitan sentir seguridad y progresivamente tener deseos de salir sin temor a caerse o desmayarse. Activando la realización de movimientos posibles podrá desplegar potencialidades y expresar emociones a través de un lenguaje encarnado.

Acompañar proceso de orientación laboral. Para la incorporación al mercado de trabajo se ponen en marcha estrategias:

Generar habilidades de autoconocimiento de aptitudes y actitudes profesionales y personales: que me gusta? Qué sé hacer? En qué soy hábil? Cuanto tiempo puedo estar activa sin agotarme?

Definir el objetivo profesional/ personal.

Lograr madurez vocacional

Fomentar la toma de decisiones para terminar los estudios inconclusos o carreras afines.

Elaborar un plan de búsqueda de empleo

Conocer el mercado laboral

Emprender un proyecto

Fomentar habilidades de autonomía y auto eficacia

En función de estos objetivos, desde la orientación laboral se abordan las siguientes áreas :Afrontamiento y gestión de la situación de desempleo; búsqueda activa de empleo; conocimiento del mercado de trabajo; elaboración del Curriculum Vitae y carta de presentación; redes sociales enfocadas al empleo; afrontar el proceso de selección y entrevistas personales; definir un proyecto u objetivo profesional; fomentar y gestionar una red de contactos; conocer otros canales de búsqueda de empleo: bolsas de trabajo de Internet, portales de empleo y otros servicios.

Frente a diversos estímulos, María, procurará alcanzar un nuevo estado de equilibrio modificando múltiples aspectos biológicos y también su conducta.

Ese estímulo puede ser visto como un desafío u oportunidad de superación, o como amenazante y aterrorizante según la capacidad de resiliencia y los recursos de María. Algunos de estos recursos serían: el autoconocimiento, tener objetivos claros, libertad para la toma de decisiones, reconocer y manejar las emociones, confianza en sí misma… esto se traduciría en una visión positiva de la vida a pesar de los contratiempos. Los hechos dolorosos y las pérdidas, son asumidos como parte del desarrollo vital, así como también un sentimiento de compromiso y de autodominio o control sobre los hechos cotidianos.

La sensación de descontrol, impredictibilidad, intensa responsabilidad, cambios, etc. provocan sentimientos negativos como desolación, frustración, enojo, etc. que si no son canalizados o manejados adecuadamente pueden ser causa de estrés.

El estrés puede producir una activación fisiológica que mantenida en el tiempo puede ocasionar disfunciones psicofisiológicas tales como dolores de cabeza, problemas cardiovasculares, digestivos, sexuales, etc. o producir una inmunodepresión.

A veces el individuo comienza a desarrollar errores cognitivos en la interpretación de su activación fisiológica, de su conducta, pensamientos, que a su vez lo llevan a adquirir una serie de terrores irracionales o fobias. Cuando se agrupan estos síntomas estamos ante un posible Trastorno de Ansiedad con fuerte carga autonómica.

Dicha sintomatología suele perpetuarse cuando la persona comienza a experimentar beneficios secundarios de ello, cuando siente que contribuyen a dar un contenido a su identidad, a obtener mayor atención, a sentirse escuchada, o a ocupar un lugar especial en el mundo.

En la psicoterapia resulta ser un pilar fundamental de trabajo el autoconocimiento emocional, es decir, lograr que la persona reconozca sus virtudes, sus recursos y capacidades hasta el momento no valorados, como así también sus limitaciones, dificultades, sus prejuicios, y especialmente sus emociones y sentimientos, identificándolos con un nombre, reconociendo sus causas y sus consecuencias comportamentales. Después de este proceso, María podría lograr ver la vida y sus vicisitudes desde otra óptica y desde allí encaminarse a reveer y resignificar los hechos del pasado, reexperimentar su carga emocional.

De este modo, al lograr hacer consciente aquello que por mucho tiempo estuvo inconsciente, posibilitaremos un lenguaje adecuado para que no sea el cuerpo el

que hable. Este camino hacia el encuentro consigo mismo no lo hará solo sino que será acompañado, guiado, contenido y fortalecido en todo momento por el equipo para que este insight implique un verdadero cambio, un nuevo renacer.

Primeros pasos:

Se propone cambiar las distorsiones cognitivas: errores en el procesamiento de la información derivados de los esquemas cognitivos o supuestos personales

Beck (1967 y 1979) identifica en la depresión no psicótica algunas distorsiones cognitivas, entre ellas destacamos en María las siguientes:

Inferencia arbitraria: Se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria. Ej: María repite varias veces que “teme desmayarse y estar sola” Abstracción selectiva: Consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y valorando toda la experiencia en base a este detalle. “no salgo, porque no puedo caminar mucho” (en lugar de hacer pequeñas distancias, con descansos.

Maximización y minimización: Se evalúan los acontecimientos otorgándole un peso exagerado o infravalorado en base a la evidencia real. Ej: María relata su accidente con la bicicleta minimizándolo, siendo una herida de gravedad.

Pensamiento dicotómico o polarización- y sobregeneralización: Se refiere a la tendencia a clasificar las experiencias en una o dos categorías opuestas y extremas saltándose la evidencia de valoraciones y hechos intermedios. Ej: “Un chico me decepcionó, no me interesa el amor.”

El equipo terapéutico se vale tanto de técnicas cognitivas como conductuales. Estas técnicas son presentadas en las sesiones, se pide feedback de su entendimiento, se ensayan en consulta y se asignan como tarea para casa a un área problema seleccionada.

Técnicas para abordar distorsiones cognitivas:

Detección de pensamientos automáticos: María será entrenada para observar la secuencia de sucesos externos y sus reacciones a ellos. Utilizaremos situaciones (pasadas y presentes) donde María haya experimentado un cambio de humor y se le enseña a generar interpretaciones (pensamientos automáticos) y conductas a una situación o evento. También representaremos escenas pasadas mediante rol-playing. Los datos se recogen mediante auto registro como tarea entre sesiones.

Descatastrofización: María puede anticipar eventos temidos sin base real y producirle ansiedad, el psicólogo puede realizar preguntas sobre la extensión y duración de las consecuencias predichas, así como posibilidades de afrontamiento si sucedieran, ensanchando así su visión.

Uso de imágenes: se pueden usar las imágenes para que María modifique sus cogniciones o desarrolle nuevas habilidades. Por ejemplo pueden ser utilizadas imágenes donde se afronte a determinadas situaciones, instruyéndose con cogniciones más realistas.

Beneficios ocultos de la enfermedad: Siempre se busca ver la utilidad que tienen los síntomas de ansiedad ante determinada situación. Y si pasara lo que genera ansiedad sería tan terrible?

Búsqueda de alternativas: descubre la posibilidad de creación de nuevas experiencias placenteras que generan plasticidad neuronal, nuevos caminos y nuevas formas de enfrentar. Construir escalas de dominio/ placer consiste en un registro de las actividades que realiza a lo largo del día y va anotando para cada una de ellas el dominio que tiene en su ejecución y el placer que le proporciona (p. ejemplo utilizando escalas de 0-5).

Esta información es utilizada para recoger evidencias de dominio o para reprogramar actividades que proporcionan más dominio o placer.

Es fundamental generar vínculo con otros, desde esa experiencia, devuelva datos de la realidad (ya no tan negativa) con otros matices que de a poco se incorporaran.

## *Kinesiología RPG*

No existe un tratamiento curativo para este síndrome, pero hay muchas cosas que se pueden hacer para prevenir o aliviar el problema si miramos desde la cotidaneidad:

1. Evitar estar de pie por tiempo prolongado. Si no se puede evitar hay una serie de movimientos que ayudan como, cruzarse los pies, empinarse y soltar repetidamente, poner un pie delante del otro y después cambiar de pie, agacharse como para abrocharse los zapatos, encuclillarse o poner la pierna estirada sobre una silla. Esto activa la circulación sanguínea.

2. Evitar caminar despacio.

3. Al estar sentado en un colectivo o avión hay que mover los pies y rodillas frecuentemente y pararse y caminar. De vez en cuando adoptar la posición en hiperflexión de pecho a rodilla y/o cabeza entre las rodillas.

4. Se recomienda usar medias elásticas o medias elásticas con una presión en el tobillo de por lo menos 20nn de Hg.

5. Aumentar la sal en comidas, ayuda a mejorar el retorno venoso, pero esto sólo si no tiene presión arterial elevada o daño al riñón.

6. Es conveniente hacer ejercicio aeróbico moderado, lo que ayuda el retorno venoso. Ejercicios permaneciendo progresivamente de pie por periodos más largos y ejercicios en el agua, son particularmente beneficiosos. Muy recomendado es el Pilates.

7. Evitar la deshidratación, para lo que es conveniente tomar unos 2 a 3 litros de líquidos al día. Es bueno recordar que se deshidrata fácilmente con el calor, los vómitos y la diarrea. También hay que tener cuidado con los diuréticos.

María, en un gran estado de vulnerabilidad, busca soluciones para mejorar su calidad de vida.

Como profesionales en estrecha comunicación con el equipo, buscamos ser vínculo de confianza, esta posibilidad sumada a las técnicas manuales potencian la capacidad de sanar de María: nuestras manos "tocan" piel, músculos, cuerpo, ser. Empatía, ganas de sanar, complicidad, forman prácticamente el eje del tratamiento, donde la ciencia, (física , química, anatomía ) no supera al sentir sino que se acompañan y complementan.

Lograr un equilibrio armónico entre cuerpo y espíritu tal vez sea la meta en estos días de tensión, María en un intenso trabajo de auto observación y nuevos registros, redescubre y activa movimientos que le dan placer y creía perdidos.

Desde la kinesiología surgen varias propuestas innovadoras que ofrecen soluciones a las dolencias generadas por tensiones, malas posturas y estrés,

agotamiento, siempre desde la posibilidad emergente de María. Como aporte a los objetivos terapéuticos planteados por el equipo definimos:

La Reeducación Postural Global (RPG), que aborda a cada persona bajo el concepto de trabajar sobre las cadenas musculares tónicas, en función de paliar los dolores, corregir deformaciones y controlar las compensaciones. Facilitando también el bien ser, bien sentir, el bien vivir.

Por otro lado, la ostepatía cráneo sacra, es otra técnica de manipulación suave, que libera las restricciones de las membranas (tejidos conjuntivos) que afectan el sano funcionamiento del sistema nervioso central y del organismo humano como un sistema holístico. La Terapia Cráneo sacra es una terapia manual de tipo no invasiva, sumamente relajarte que apoya los procesos curativos naturales del cuerpo y ayuda a incrementar la vitalidad y el bienestar físico y emocional.

Como estrategia terapéutica complementaria al abordaje psicológico y al desarrollo creativo y expresivo sugerimos para María el siguiente cronograma (flexible) de trabajo:

Pilates reformer: dos veces por semana, en sesiones de cuarenta minutos.

Osteopatía Craneo Sacra: durante el primer mes de tratamiento, una vez por semana.

A partir del segundo mes de tratamiento una sesión semanal de Reeducación Postural Global. Un encuentro mensual en proceso de Danza Movimiento Terapia con equipo, para intercambio y registro de procesos.

Luego RPG quincenal, aumentando una sesión semanal de pilates y las cargas.

Elaboración de un plan estratégico con la Acompañante Terapéutico para pequeñas caminatas de veinte minutos (aumentando de a cinco minutos de acuerdo al registro de disfrute y posibilidades de María), funcionales a sus actividades y por sobre todas las cosas placenteras.

### *Acompañamiento Terapéutico, Danza Movimiento Terapia y Expresión Vocal*

El rol del Acompañante Terapéutico se sumerje en la red de la cotidianeidad de María. Funciona como dispositivo de salud, yo auxiliar, soporte de continuidad en

áreas de rehabilitación y cumple funciones específicas a su rol, abierto y en constante comunicación con el equipo y un director de tratamiento, trabajando de manera transdisciplinaria.

La Danza Movimiento Terapia es “el uso del movimiento en un proceso que promueve la integración física, social, cognitiva y emocional del individuo.” (Reca, 2005). Tanto el movimiento creativo como el movimiento cotidiano ayuda a los individuos a conocerse a sí mismos y en sus interacciones con otros.

Vida. Pulso. Respirar… el aire nutre y al salir, vibran las cuerdas vocales. Que esa vibración se convierta en sonido, poder oírse, este es el milagro que nos permite vibrar con el resto de la naturaleza. La voz es una modalidad de contacto.

El uso de la Voz

La voz está ligada a la escucha del otro...y a la escucha propia. La voz es un movimiento...una modalidad de contacto. "La voz hace al hombre HUMANO" (Jauregui). Vibrar a conciencia y despertar los sentidos hacia el canto libera nuestro potencial y nutre capacidades resilientes.

El trabajo con nuestra voz nos invita a registrar e integrar nuestras capacidades propioceptivas alimentando lo profundamente humano y permitiendo que emerja la belleza puede conformar lo artístico. Un cuerpo sonoro, habitante, habitable, habitado.

Metas para trabajar con María desde el taller de canto:

Reconocer la voz como experiencia sonora más allá de la palabra.

Identificar desde la vibración registros corporales y sensaciones: tensión-relajación, "sostener-dejar ir".

Explorar funcionalidad del aparato fonador: articulación, respiración, emisión, expresión.

Acompañar terapéuticamente procesos de búsqueda de bienestar y calidad de vida.

Reconocer y elegir repertorio que exprese emociones vivenciadas. Poder entrar y salir de diferentes emociones desde el canto.

Modalidad: Taller, a través de juegos y ejercicios grupales e individuales. Técnicas y aportes: Método Rabinne, Renata Parussell, Feldencraise, Mc Callion, Laban. Maralia Reca.

De acuerdo a lo solicitado por el equipo transdiciplinario se planifican actividades de Acompañamiento Terapéutico para cubrir cuatro horas diarias durante el primer mes de abordaje. Acompañando en áreas de rehabilitación. Se trabajarán técnicas que concreten en la vida diaria los objetivos terapéuticos planteados en equipo referidos principalmente a socialización, inserción en mercado laboral, proyecto de vida y espacios de expresión y placer. Se irá reduciendo la carga horaria de acompañamiento en función de los avances registrados por la dirección de tratamiento. Los informes parciales serán compartidos en la reunión quincenal de equipo.

La Respiración

La respiración es un puente que nos ayuda a integrar nuestra vida física con nuestra vida emocional y espiritual. Así vemos como en una situación conflictiva donde surgen emociones como ansiedad, angustia, miedo, se contrae la musculatura respiratoria, generando bloqueos, tensiones, corazas musculares que restringen el flujo de aire y oxigeno que entra a nuestro cuerpo. De la misma manera si intentamos relajar nuestro cuerpo, ampliar nuestro torax, favoreciendo una mejor respiración influirá en las emociones generando tranquilidad y bienestar.

Si observamos una persona deprimida su postura es de contracción de pecho y su respiración seguramente es superficial. En una persona con ansiedad su respiración es agitada y por lo tanto corta y superficial. En cambio una persona que está relajada disfrutando de alguna experiencia, no se observará tensión en su musculatura, su pecho seguramente estará expandido y su respiración más lenta y profunda que en el caso anterior, permitiendo una mayor oxigenación en todo su organismo.

El observar la respiración y los cambios de la respiración de una persona nos va ayudando a entrar en su mundo interno. Ayuda a disminuir los estados de ansiedad, fomentando el bienestar.

Trabajar con la respiración no solo aumentará la energía y vitalidad sino también la conciencia de sí mismo y de sus procesos internos. Es una herramienta para que la persona se observe, se escuche, se centre.

La Relajación

La relajación implica la reducción de la tensión física y mental. Puede ser utilizada para favorecer un tratamiento, para restablecer la homeostasis de la persona y para prevenir síntomas psíquicos y físicos.

Es una herramienta que ayuda a:

- Disminución de la tensión muscular, presión arterial y ritmo cardíaco.
- Reducción de ansiedad (beneficioso para comer, realizar actividades de ocio).
- Favorecer un estado de calma, tranquilidad y bienestar.
- Disminuir los niveles de autoexigencia, permitiendo a la persona vivir de una manera más libre y natural.
- Bajar el control y la resistencia de nuestra mente

Podemos decir que la relajación estimula a que nuestro organismo descanse en su totalidad, autoregule sus posibilidades y descubra el placer de vivir en lo simple y cotidiano: por lo tanto enseñar técnicas de relajación a las personas es una herramienta útil y de fácil aplicación en cualquier momento y circunstancia de la vida.

## CONCLUSIONES

La estrategia de Abordaje PI: PNIE genera una mirada integradora multidimensional de las circunstancias de la persona, permitiéndole redescubrir su potencial y salud total.

Este modelo de abordaje, al incluir todas las dimensiones de la persona, nos permite un pronóstico altamente efectivo en el tratamiento: la persona co-construye su estrategia, es acompañada, registra y valora el impacto de mejorías y co-regula con el equipo sus objetivos, posibilidades y tiempos de avances.

Revalora conocimientos legados por quienes nos precedieron, y permite construir nuevos conocimientos a partir del nuevo lenguaje que emerge del intercambio de experiencias en búsqueda de soluciones.

Promocionar la calidad de vida y la búsqueda de bienestar y “bien ser” no implica luchar contra las enfermedades sino ver en ellas la motivación y las señales para sanar, autoregular y recuperar el equilibrio vital.

Es siempre una co-construcción de realidades que se van transformando mediante el acompañamiento y seguimiento de un tratamiento definido por estrategia transdisciplinaria, vivo y en constante revisión, flexible y abierto a cambios de acuerdo a los avances y retrocesos. Como plantea Morín: “Vivimos en un mar de incertidumbres con pequeños archipiélagos de certezas”.

En relación a la Disautonomía- Stop, el trabajo en equipo reforzando pensamientos asertivos, fortaleciendo autoestima y activando redes de socialización de la persona, transforma la realidad creando nuevas posibilidades y aperturas hacia la elaboración de un proyecto de vida saludable y feliz. Un proyecto de vida POSIBLE sin temor. Aprendiendo a sanar y gestionar sus dificultades, a superar malestares y síntomas deteriorantes, la persona toma el poder sobre lo que le sucede, lo comprende.

Desde esta perspectiva queremos destacar el valor de la fase didáctica y biopsicoeducativa como el eje de transformación, acercamiento y modo de crear vínculo con la persona. De ello depende el éxito a largo plazo. Ética, compromiso, prudencia y responsabilidad son pilares de humanidad y seriedad del equipo de trabajo transdisciplinario.

Es fundamental favorecer que la persona tome plena conciencia de sus recursos tanto internos como externos, para que active su potencial; es esencial que sienta que es capaz de hacerlo, consciente de sus apoyos, de sus capacidades resilientes. El equipo está atento, observa, registra, intercambia, tutorea y sostiene, acompaña, deja ir, refuerza, espeja, ilumina el siguiente paso, trabaja para comenzar un proceso de cambio. La evaluación diagnóstica no es estática, se van modificando factores disfuncionales y fortaleciendo factores de protección. Como también la atención sobre nuevos factores de estrés que requieran ser abordados.

# BIBLIOGRAFÍA

Diana Zabalo; Margarita Dubourdieu; Ernestina Serrano Miranda. (2016). “Asma, enfoque integrativo PNIE: Mente, cuerpo, ambioma.” Primera Edición. Ushuaia: Utopías.

Farreras Rozman (2009). Medicina interna. Decimosexta Edición. Barcelona. El Sevier.

Juan Casado Flores. Ana Serrano. (2010) “Urgencias Médicas Pediátricas”. Tercera Edición. Editorial Océano. Ergón. España

Alejandro Rodriguez. María Bodi. (2013) “Medicina Intensiva”. Bases Fisiopatológicas del Tratamiento. Primera Edición Journal. Buenos Aires.

Luis Voyer. Raul Rucinsky. (2011) “Pediatría”. Tercera Edición. Editorial Journal. Buenos Aires

Sociedad Española de Pediatría (2010). Sociedad Española de Cardiología Pediátrica. “Protocolos Diagnósticos y Terapéuticos”. Segunda Edición”. España

Borys Cyrulnik (2012). “Patito feo”. Novena Edición. Editorial Gedisa. Buenos Aires.

P. Souchard. (1981). Reeducación Postural Global Método del Campo Cerrado.

“Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales”. Quinta Edición. Editorial Médica Panamericana. (2013)

“Información y Orientación Laboral: Estrategias Básicas para formar parte del mercado laboral.” Editorial Ideaspropias. (2006)

Aaron Beck. (1992). “Terapia Cognitiva de la Depresión.”John Rush, Brian F. Shaw, Gary Emery. Editorial Española Desclée de Brouwler.

Enric Corbera y Monserrat Batlló. (2015) “Tratado en Bioneuroemoción”. Bases Biológicas. Editorial Kier S.A.C.I.F.I.

Capra, F. (1998). La trama de la vida. Una nueva perspectiva de los sistemas vivos. Barcelona: Anagrama.

Hölter y Panhofer, (2008). Relación entre la danza educativa y la danza movimiento terapia. En Panhofer, H. (comp.) El cuerpo en psicoterapia. Teoría y práctica de la Danza Movimiento Terapia (pp. 25-48). Barcelona: Gedisa.

Jullien, F., (1999). Tratado de la eficacia. La inteligencia de hacer posible lo que parece inalcanzable. Buenos Aires: Libros Perfil S.A.

Laban, R. (1984). Danza Educativa Moderna. Barcelona: Paidós.

# ANEXOS



## Anexo

**Material académico clínico de Centro Humana. Instituto de Formación de Supnie**

*Prof Dra. M. Dubourdieu. Ph.D*

### FICHA DE DATOS PATRONÍMICOS Y FICHA DE BIOPSICOGRAFÍA

1- Datos patronímicos y Motivo de consulta

Fecha - Nombre- sexo - edad - actividad - nivel educativo

Domicilio –Teléfono-E.mail

Núcleo fliar. Referente ante urgencia

Derivación de:

Motivo de consulta

2- AP Antecedentes personales de enfermedad

3- **Fase de alerta sintomática "físicas o psíquicas"**

Medicaciones - Internaciones- Médicos u otros profesionales tratantes

Data de los síntomas motivo de consulta.

4- AF Antecedentes familiares de enfermedad

5-Semiología y conductas

- Conciencia, atención, percepción, memoria, pensamiento



(curso y contenido), afectividad, humor, psicomotricidad, conductas basales y pragmatismos, conductas complejas

**Indagar mediante biopsicografía y test personalidad y de esquemas:**

- facilitaciones y factores de estrés actuales o por expectativas
- evaluación de mecanismos de afrontamiento , defensas
- personalidad (MMPI), Cuestionario de Esquemas Disfuncionales ( de J Young).

### GUÍA PARA CONFECCIÓN DE LA BIOPSICOGRAFÍA

La Biopsicografía completa es una técnica que se utiliza para realizar una evaluación diagnóstica multidimensional y longitudinal. Se realiza luego de la entrevista inicial profundizándose ordenadamente en las siguientes 2 , 3 o 4 entrevistas en forma semidirigida siguiendo la ficha guía par confección de la misma , consignándose el relato del paciente a partir de preguntas del terapeuta ( no se interpreta se registran su percepción y vivencias ). Es importante al interrogar al paciente ayudarle a identificar las mismas o mediante preguntas identificar cuando algo sucedió (ej ya habían nacido tus hijos?o ya habías dejado ese trabajo? El verano pasado ya te sentíasmal?

El terapeuta va siguiendo esta guía en forma dialogada con el paciente y cumplimentar estados datos recabados en unas 2 a 4 sesiones (no se da como test a cumplimentar)

### FICHA BIOPSICOGRAFÍA

- **PRIMEROS AÑOS (0-3)**
- Hogar al que llegó, quienes vivían en el hogar o lo frecuentaban
- Lugar y condiciones de vivienda

- Circunstancias parentales. Datos embarazo, ¿deseado?
- Relación de pareja de los padres y con los otros integrantes del hogar
- Estado de salud bioemocional de los padres y demás integrantes
- Situación socio económica y cultural
- Datos transgeneracionales (abuelos) y de personas allegadas.

**Se pregunta sucesivamente por cada uno de los integrantes de la flia:**

**Nombre- edad -actividad**

¿Cómo describiría personalidad de cada integrante **en la primera infancia**?

**Se procura sea el paciente que describa su percepción,**

¿Cariñosos? ¿Comunicativos? ¿Agresivos? Se puede ayudar a la descripción con algunas palabras disparadoras a fin de obtener una descripción del funcionamiento en el hogar y su comunicación con el afuera.

- **Personalidad:**
- Padre
- Madre
- Hermanos
- Otras figuras significativas.

Relacionar los datos con el paciente y visualizar posibles vivencias según las circunstancias (ej. tenía un año y nació un hermano o situación de hijo único, diferencia de edad del paciente con hermanos, etc.)

- **Clima en el hogar:** De armonía tensión, confianza, temor, etc.
- Modelaje, regulación emocional, comunicación



- Activación de circuitos psicofísicos saludables o de estrés
- Relación entre padres
- Con el afuera. - Sociabilidad del hogar.
- Padre y Madre con los hijos ( u otras figura adultas significativas)
- Diferencias hacia los hijos.
- Relación entre hermanos
- Cómo dormían , cómo comían
- Quien se ocupaba de la atención básica
- Hábitos cotidianos y en receso escolar o vacaciones

- **DESCRIPCIÓN DE SU PERSONALIDAD EN LA INFANCIA**
- ¿Cómo se describiría? (alegre, triste, inquieto, otros aspectos)
- ¿Qué le contaron sobre sí mismo en sus primeros meses? ¿Cómo era?
- Vivencias u hechos significativos en esta etapa positivos o adversos
- Recuerdos propios
- Apegos afectivos
- Conductas Basales (sueño alimentación eliminación, ejercicio)
- Presencia de Conductas Complejas en el paciente o en su entorno
- -¿Tiene recuerdo o conocimiento de presencia de alguna alteración? -
- -A quien recurría para sostén afectivo o apoyo ante tristezas o dificultades.

- Juegos en la casa y en el afuera.
- Fines de semana, vacaciones, salidas.

- **ESTADO SALUD BIO PSÍQUICA Y FUNCIONAMIENTO Y SÍNTOMAS EN CADA ETAPA**
- **Factores:** Biológicos, Cognitivos, Psicoemocionales-vinculares, Socioecológicos y Espirituales.
- Indagar sobre satisfacción de necesidades en **Polos de necesidades y figuras compensatorias**:
- Polo de Protección
- Polo Especular o de sentirse valorado
- Polo Gemelar: relación con hermanos y pares.
- **Factores de estrés agudo**
- **Factores de estrés crónico**
- **Factores de protección y vivencias gratificantes o compensatorias**
- **Afrontamiento y Defensas** ante situaciones de estrés, tensión, insatisfacción o tristeza.

- **PERÍODO ESCOLAR**
- **Vivencias en este período:**
- En el hogar
- En familia amplia
- En el barrio
- En la escuela
- En la escuela en lo académico
- En la escuela en lo social (con maestros y con pares)
- Quien le ayudaba en la vida diaria (en las comidas, en las tareas)



- A quien recurría ante dificultades o tristezas.
- Clima del hogar (alegre, tensión, hostilidad, alcohol, exigente, etc)
- Relación entre padres.
- Padre y madre con él y con los demás miembros.
- Vivencias de placer, paseos salidas familiares.
- Vivencias u hechos significativos en esta etapa positivos o adversos
- Adaptación y experiencias en lo social, en la escuela, recreos
- -Amistades, iba a casa de amigos, concurrían a la suya.
- **-Adaptación y experiencias en lo académico.** Dificultades.
- **Salud psicoorgánica** (tristeza o bienestar, síntomas físicos, operaciones, medicación ausencias a clase por salud)

- **PERÍODO DE PUBERTAD-ADOLESCENCIA**
- Vivencias en este período, hechos ocurridos a nivel individual o familiar
- Vivencias del pasaje a la adolescencia
- Aceptación de parte del hogar de esta etapa
- Actividades
- **Aspectos sociales**. Autoestima. Autoimagen
- Relaciones con el otro sexo
- Vínculo con grupo de pares
- Conductas complejas: transgresiones sociales, sexo, alcohol, drogas
- Aspectos académicos
- Vivencias u hechos positivos o adversos en la etapa

MODELO DE ABORDAJE PNIE PARA DISAUTONOMÍA-STOP

- **POST - ADOLESCENCIA (POST BACHILLER)**
- Vivencias y hechos en este período, a nivel individual o familiar.
- Independencia, responsabilidades, elecciones laborales, estudio.
- Vínculos de amistad y de pareja (características y evolución)
- ¿qué aspectos le atrajeron o incidieron en la elección de su pareja?
- Salud psicoorgánica: medicaciones, internaciones, etc.

- **CIRCUNSTANCIAS ACTUALES**
- PROCESO DE CONFORMACIÓN DE LA VIDA ACTUAL
- (Familia, Amigos, Actividades, Trabajo)
- Vivencias en este período, hechos ocurridos a nivel individual y familiar.
- Conductas basales y complejas
- Sueño,
- Alimentación,
- Ejercicio,
- Eliminación (diarreas, constipación)
- Relajación
- Conductas, complejas (sexual, consumo, adicciones, auto, heteroagresividad).
- Historial de alteraciones, tratamientos, medicaciones.
- Satisfacciones e insatisfacciones actuales.
- Autopercepción de vivir feliz.
- Qué factores perturban su felicidad, factores de preocupación o estrés.



- Factores de gratificación, o disfrute. Fines de semana, vacaciones
- Comunicación, amistad, afectos (nombres y motivo y frecuencia contacto)
- Sentido de vida, motivaciones y expectativas futuras, valores

- **HERRAMIENTAS COMPLEMENTARIAS DE GRAN UTILIDAD CLÍNICA:**
- TEST DE ESQUEMAS DISFUNCIONALES TEMPRANOS DE JEFFREY YOUNG.
- EVALUACIÓN DE PERSONALIDAD MMPI-2 (Modificado).
- TÉCNICA DEL GRÁFICO DE LÍNEA DE LA VIDA (Referencia en cap 10. Se puede utilizar para resumir la biopsicografía y que el paciente pueda observar factores agudos o crónicos en la misma)..
- **CUADRO DE EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA** (Referencia en cap 10):
- Se Consigna de acuerdo al DSM y semiología, Test y Biopsicografía si existe un síndrome o un trastorno clínico y se consigna si hay una alteración o rasgos de personalidad adaptativos o disfuncionales
- Se Consigna n factores de est´res y recursos de protección en las 5 Dimensiones, factores facilitadores de respuestas disfuncionales o funcionales, actuales y expectativas en las 5 Dimensiones: Biológicos, Cognitivos, Psicoemocionales vinculares, Socioecológicos (físico ambientales y socio culturales), Espirituales.
- En base a ello y nuevos aspectos que puedan emerger se dis-

ciernen "Principios de Inluencia" mediante ténicas de abordaje en las 5 Dimensiones buscando modificar o forlalecer distintos aspectos.