

Aplicación de un modelo para el cambio de hábitos y adherencia al tratamiento médico en pacientes con enfermedades crónicas: Un estudio de caso único.

Autores: Byron Cárdenas - Diego Larenas **Patrocinante:** Pablo Herrera

Resumen: Este estudio de caso único y metodología mixta, reporta y explora de manera actual el problema que significa la no adherencia al tratamiento médico de enfermedades crónicas y las pocas intervenciones eficaces existentes, aplicando un nuevo modelo de intervención breve. El objetivo principal es reportar los resultados obtenidos de la aplicación de dicho modelo en un paciente con enfermedades crónicas. Como principales resultados se declara el éxito total en el abandono del hábito problemático y la existencia de datos contradictorios en el bienestar general de la persona. Se plantean como hipótesis a desarrollar en futuras investigaciones que el conflicto interno abre un espacio fértil para el estudio de la adherencia y que las variables contextuales tienen una mayor repercusión en el bienestar por sobre el hábito problemático o la conducta no adherente.

Palabras claves: Adherencia al tratamiento, Cambio de hábitos, Ambivalencia, Enfermedad Crónica.

Abstract: This single-case study with mixed methodology, reports and explores the current problem that is non-adherence to medical treatment in chronic diseases and the few existing efficient interventions. The main objective is to report the outcomes obtained during the application of this model on one patient with chronic diseases. The main results shows the complete success in abandoning the problematic habit and the existence of contradictory data in the general well-being of the person. It is proposed as hypothesis for the further studies, that the internal conflict creates a fertile ground in the study of adherence, and that contextual variables have a greater impact in general well-being than the problematic habit or the non-adherence behaviour.

Keywords: Treatment adherence, Habits change, Ambivalence, Chronic Disease

1. Introducción

A continuación se presenta un desarrollo teórico respecto al estudio de enfermedades crónicas, su tratamiento y el actual problema que representa la adherencia al tratamiento de estas en las distintas esferas sociales abarcando las distintas comprensiones y abordajes existentes a lo largo de la historia. Así mismo se presentará una propuesta teórica y modelo interventivo, que pretende lograr resultados eficaces en promover la adherencia y cambio de hábitos en pacientes crónicos. Se describe la aplicación del modelo propuesto presentando así un análisis de su desarrollo y los resultados obtenidos, con lo que finalmente se busca generar un diálogo con la literatura y proponer hipótesis respecto al trabajo con adherencia al tratamiento médico y al cambio de hábitos.

1.1 Enfermedades crónicas

En los últimos años tanto la sociedad chilena como la occidental ha sufrido una serie de cambios en sus distintas esferas. En el mundo de la salud y gracias al desarrollo científico, se han ido modificando los estilos de vida, desarrollado la tecnología médica y por lo tanto prolongando la esperanza de vida. Estos cambios traen consigo una serie de modificaciones en el cómo se diagnostican y tratan las enfermedades, del mismo modo permite hacer la observación y reflexión sobre las enfermedades y su prevalencia en la sociedad. Ahora bien, tal como comenta el Dr. Sergio Lavandero hasta los años cincuenta la mayor causa de muerte, en países subdesarrollados y en vías de desarrollo, eran las enfermedades infecciosas debido a la falta de recursos sanitarios e insumos para tratarlas (Palma, 2015). Hoy, a diferencia de años anteriores, uno de los grandes problemas al que se enfrentan los profesionales de la salud, es el trabajo con pacientes con enfermedades crónicas como enfermedades cardiovasculares, metabólicas y cáncer; las cuales, dado que su tratamiento no sólo requiere de insumos médicos y buena tecnología (Palma, 2015), requieren también la realización de un cambio en los hábitos de vida de quien las padece como parte fundamental del tratamiento.

Al definir enfermedad crónica se está entendiendo en términos propios de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) como:

“Las enfermedades con una o varias de las siguientes características: son permanentes, dejan discapacidad residual, son causadas por una alteración anatomopatológica irreversible, requieren adiestramiento especial del paciente para la rehabilitación o cabe prever que requieran un período largo de supervisión, observación o atención” (p. 4).

De lo anterior podemos desprender la importancia de trabajar la adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas, siendo clave el cambio de hábitos problemáticos y la adquisición de hábitos saludables como parte del proceso de cuidado y mejoría del paciente.

1.2 Adherencia al tratamiento, un problema de salud pública

Es importante conocer entonces el concepto de adherencia al tratamiento médico, del que se pueden encontrar variadas definiciones provenientes desde el mundo de la medicina; por una parte Sackett y Haynes (1976) señalan que la adherencia sería básicamente la conducta del paciente que obedece y sigue las indicaciones médicas, posteriormente será el propio Haynes (1979) quien propondría que la adherencia es cuánta coincidencia hay entre el comportamiento del paciente y las instrucciones entregadas por el personal de salud correspondiente. Así mismo García y colaboradores (2000) la definen incorporando la noción de que no sólo implica el consumo de medicamentos y cambios en la dieta, si no que también considera la asistencia a sesiones, la búsqueda de ayudas y la constante búsqueda de instancias de salud general, definición muy similar a la que maneja hoy la OMS (2004) que finalmente la define como “El grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (p. 3).

Como bien se puede observar es un concepto que actualmente incorpora distintas aristas en su comprensión, lo que hace que sea muy complejo de abordar.

El consenso finalmente permite la integración de términos que abarcan desde el cumplimiento de la medicación y dieta, hasta la incorporación del tratamiento (asistencia a control, búsqueda de cuidados y cambio de hábitos) como nuevo ritmo de vida aceptado por el tratado, es decir la génesis de un proceso de cambio de hábitos en la vida del paciente como forma de tratamiento a la enfermedad.

En esta línea es que surgen propuestas integrativas proponiendo diversos modelos que rescatan el aspecto relacional entre paciente y profesional, cuestionando la antigua visión jerárquica entre estos actores, entre ellos están el “Paradigma del cuidado colaborativo y modelo de autoadministración” y el “Modelo de interacción paciente-contexto”.

Por su parte el paradigma de cuidado colaborativo es un conjunto de ideas cuyo punto común es la horizontalidad en la relación entre paciente y tratante, ya que plantea que el paciente tiene agencia, es activo, es capaz de tomar sus propias decisiones y hacerse cargo del tratamiento. La autoadministración del tratamiento (Creer, 2006; Bosworth et al, 2009) implica tener objetivos definidos por el paciente respecto a su estado de salud, que sea capaz de reunir información respecto a su enfermedad y observar los datos recolectados junto con el profesional de la salud para tomar decisiones respecto al tratamiento (“si me vuelve a subir la presión tengo que...”, “si olvidé tomar el medicamento voy a...”).

Por su parte el modelo de interacción paciente-contexto de Christensen (2000) se resiste al modelo recién mencionado, señalando que no todos los pacientes estarían dispuestos o tendrían las herramientas para hacerse cargo de su propio tratamiento, por lo que sería necesario ver caso a caso cómo se va a proceder. Por ejemplo una investigación de Levinson (2005) habría revelado que si bien el 96% de los pacientes quiere que el médico les pida su opinión, el 52% prefiere que la última palabra la tenga el médico, y el 44% no quiere ni siquiera informarse de la enfermedad y confía en que el médico sabe lo que hace. Por esta razón es que el modelo propone que es necesario lograr un acople entre las preferencias del paciente y el estilo de comunicación del profesional (Christensen, 2000).

En esta línea es fundamental destacar que según los datos obtenidos por la OMS, en los países desarrollados la adherencia terapéutica en pacientes crónicos alcanza sólo el 50 %, es decir, que sólo la mitad de los pacientes adhiere efectivamente a su tratamiento. Desde ahí

se hipotetiza que esta deficiencia sea aún mayor en países en vías de desarrollo (OMS, 2003). Las repercusiones que trae consigo la baja tasa de adherencia al tratamiento tiene tantas aristas como su definición pues impactan en ámbitos tanto clínicos, médicos, como económicos y psicosociales, cuestión que afecta directamente a la calidad de la atención, la dinámica médico-paciente, el uso racional de los recursos y los servicios de salud prestados, entre otros, generando así un problema no sólo para el paciente, quien no ve mejoría en su salud, sino para el sistema público de salud quien sufre una amplia pérdida de recursos (Martín Alfonso, 2006).

Así mismo Libertad Martín Alfonso (2006) plantea como un problema propio de la adherencia la investigación de la misma, ya que no se ha logrado generar evidencia que explique completamente este fenómeno, disminuyendo las posibilidades de generar intervenciones o estrategias efectivas que puedan disminuir las cifras de no adherencia.

1.3 Comprensión y abordajes de la adherencia

Es en este marco que surge el interés por conocer concretamente cuál ha sido el desarrollo teórico y empírico que se ha realizado respecto a la adherencia al tratamiento. En la década del 70 se comenzó a realizar investigaciones que derivaron en diferentes modelos de abordaje, tales como el modelo de creencias en salud, teoría de la acción razonada y acción planeada, y teoría de la motivación a la protección (Rosentock, 1974; Ajzen y Fishbein, 1980; Ajzen, 1985; Rogers, 1975), los que han propuesto formas de predecir y/o incentivar el cambio en conductas saludables. Estos modelos más clásicos se habrían centrado principalmente en variables cognitivas dejando de lado el factor social a la hora de predecir y/o comprender el cambio de hábitos en salud y la adherencia al tratamiento (Salamanca y Giraldo, 2012). Si bien esta falencia fue cubierta por modelos cognitivos posteriores mencionados previamente (Bosworth et al, 2009; Creer, 2006; Christensen, 2000) se entiende como un elemento importante a la hora de observar este fenómeno, que la comprensión de la enfermedad y sus peligros puede ser relevante a la hora de generar un cambio; la imagen pública y la presión social, entre otros factores, también tendrían un gran valor que los modelos clásicos no habrían considerado (Salamanca y Giraldo, 2012).

Al detenerse en el desarrollo empírico se puede observar algunas deficiencias en los estudios realizados respecto al abordaje de la adherencia, como por ejemplo, el déficit del trabajo con el auto reporte, el cual logra explicitar las razones conscientes para adherir, pero muchas veces no llega a explicar la real adherencia, es decir que no basta sólo con lo que el paciente reporta para comprender cabalmente las razones de la adherencia a un tratamiento (Herrera, 2013). Igualmente se habría encontrado que los autoreportes son vulnerables a falsos reportes, tal como pusieron en evidencia Taylor, Agras, Schneider y Allen (1983) quienes entrenaron a pacientes hipertensos en técnicas de relajación, para posteriormente entregarles un reproductor de videos y un cassette con un vídeo que guiaba las técnicas que ya habían enseñado, finalmente al consultar con los pacientes si habían visto el video, un 80% dijo haberlo hecho, pero el reproductor de video, que estaba intervenido para saber si lo veían o no, arrojó que sólo un 40% lo había visto realmente (Engle y Arkowitz, 2006). Por otra parte, se ha intentado establecer perfiles de pacientes para generar predictores de adherencia lo cual ha resultado ineficiente y muy poco constructivo desde la perspectiva de que, si bien la patología a nivel médico se presenta de manera similar, las razones para generar un cambio de hábitos que adhiera al tratamiento médico parecieran estar interferidas por factores tanto internos como contextuales de la persona (Herrera, Moncada, Morandé y Escobar. 2016). Así mismo pareciera ser que en los modelos tradicionales el trabajo se realiza con el fin de la erradicar el síntoma, o en su defecto, la conducta antiadherente, dejando de lado las variables mencionadas anteriormente, es decir sin explorar los posibles motivos del paciente para no adherir al nuevo estilo de vida.

Como se puede ver, diversos estudios han surgido a lo largo de la historia y han presentado avances teóricos considerables respecto al abordaje y comprensión de la adherencia, atendiendo a distintas variables clínicas asociadas a esta como características del paciente, del tratante, el vínculo paciente-terapeuta, etc. (Herrera, Moncada y Defey 2016). La adherencia aparece entonces como un fenómeno en el que participan factores tanto cognitivos como emocionales y contextuales, lo que le da un carácter idiosincrático al comportamiento no adherente, dado que aquella persona que no adhiere a su tratamiento puede hacerlo por innumerables razones.

Esta situación trae consigo que hasta la actualidad no se ha logrado responder certeramente a la interrogante ¿por qué los pacientes no adhieren? Si bien existen intervenciones con el objetivo de entender la conducta de no adherencia y de disminuirla, a la fecha tanto los medios metodológicos como las propuestas interventivas son mejorables ya que no han logrado dar con resultados definitivos.

1.4 Modelo propuesto

En el año 2016 surge la idea de presentar un modelo interventivo que, sobre la base de la propuesta terapéutica de la psicoterapia Gestalt, pueda sobrellevar las falencias previamente mencionadas. Es por eso que se propone un modelo que integre el análisis de factores tanto contextuales como internos del paciente, proponiendo una mirada dialógica del fenómeno de la adherencia, entendiendo esta como una dinámica en que distintas voces internas debaten sobre el actuar del paciente; este conflicto que se genera internamente podría ser un espacio fértil de trabajo con pacientes que deban generar un cambio de hábitos en su vida personal para mejorar su salud y su calidad de vida general (Herrera, Moncada y Defey. 2016). Dicho modelo incorpora la perspectiva dialógica de conflicto interno y ambivalencia como una posible vía de trabajo con los pacientes que incorpora como base los postulados de la teoría de campo (Yontef, 2002) y el análisis de conflictos internos y ambivalencia en el paciente (Engle y Arkowitz, 2006), generando un diálogo con propuestas conductuales como el modelo transteorético de motivación al cambio (Prochaska y Diclemente, 1984) y el trabajo con objetivos y metas (Dilts, 2003). Para comprender de mejor manera la propuesta hay que establecer primeramente que esta se va a realizar desde la mirada del enfoque Gestalt, bajo la propuesta de Gary Yontef (1995) de pensar los fenómenos desde una mirada relacional entre el sujeto y el entorno, considerando la teoría campo y la observación fenomenológica existencial, que responde a la concepción de que la percepción siempre es construida entre el observador y aquello que se está observando, como base teórica fundamental. En este sentido, la mirada es relacional pues no es posible comprender ningún fenómeno *per se* sin primero comprender la relación indisoluble entre el campo o

contexto en que se desenvuelve el fenómeno y la percepción interna de quien lo percibe (Yontef, 1995).

Tener en consideración estos conceptos permite acceder a una visión más completa respecto al modelo que se procederá a detallar, principalmente comprender el concepto teoría de campo que en palabras del propio Yontef (1995) “ es un método de exploración que describe el campo total del cual el evento actualmente forma parte, en vez de analizarlo en términos de la categoría a la que pertenece” (pág.120). Al tener esta visión es comprensible que en el campo todos los objetos están inevitablemente relacionados y ninguna parte del sistema queda al margen de influenciar en los otros objetos, es decir “La persona en su espacio de vida constituye un campo” (Pág. 121).

Desde una mirada no muy lejana, la Teoría del Self Dialógico propone la idea de que en un mismo individuo existen partes, subpersonalidades o lo que metafóricamente llaman voces, que serían parte de la cotidianidad de las personas y no un fenómeno patológico (Rowan, 2009). Estas distintas voces tendrían, a su vez, distintas opiniones, sentimientos y recuerdos frente a una misma situación, y sin importar cuán conscientes son para los individuos, podrían promover comportamientos muy distintos, generando un conflicto (Hermans, 1996; Oliveira et al, 2016). Entender el fenómeno de la adherencia y el cambio en psicoterapia desde esta perspectiva nos permitiría poner atención a las interacciones entre una voz pro-adherencia y una voz anti-adherencia, entendiendo que con frecuencia los pacientes sólo tienen consciencia de sus intenciones de cambiar (voz pro-adherencia), pero desconocen qué es lo que los lleva a desistir del cambio (voz anti-adherencia)(Engle y Arkowitz, 2006). Cabe destacar que el trabajo de estas voces ha demostrado que no basta con trabajar el deseo consciente de cambiar, sino que el desafío está puesto en escuchar sin oposición las voces anti-adherencia, para poder integrarlas y/o comprenderlas (Hermans et al., 1992; Honos Webb & Stiles, 1998).

Es entre estas voces que surgen los conflictos de ambivalencia, entendiendo esta como una situación en que, frente a la toma de una decisión, una parte dedica energía a generar un cambio, mientras que la otra parte se desvía por miedo a alguna consecuencia o malestar asociado (Engle y Arkowitz, 2006).

El comprender y trabajar desde estas concepciones tiene como objetivo poder atender a las voces de cada parte interna que juega un rol preponderante en la conducta de adherencia, a manera de concientizar al sujeto de sus necesidades y temores respecto a lo que desea modificar, entendiendo que estos sólo surgen en relación constante y directa con el campo. Poder indagar estos conflictos desde la perspectiva del self dialógico y la teoría de campo permitiría entonces, una serie de intervención en la temática de la adherencia al tratamiento médico.

Así, se entiende que las enfermedades crónicas representan un fenómeno crucial en la salud de nuestra época, siendo la baja tasa de adherencia al tratamiento el problema central en el trabajo con estas patologías. También que los trabajos respecto a adherencia demostraron no ser capaces de explicar el fenómeno y encontrar una metodología adecuada respecto a la recolección de datos e intervención satisfactoria. Desde ahí es que se propone generar una aplicación del modelo desarrollado por Pablo Herrera (n.d), que integra los postulados previamente presentados utilizando un modelo de estudio de caso único, generando un reporte del proceso que describa su funcionamiento y así los mecanismos de cambio observados en conjunto con los resultados de la aplicación de modelo en un paciente con enfermedad crónica.

El modelo de estudio de caso utilizado fue el “Single case time series experimental design”, considerado una alternativa validada (Chambless et al., 1998) para estudiar la efectividad psicoterapéutica, como lo es el “Experimento de Caso único” (Smith, 2012), usado en este proyecto.

Los estudios de caso único tienen una larga historia en psicología desde los inicios de la psicología conductual a principios del siglo XX hasta su utilización actual en los distintos enfoques de psicoterapia existentes. (Crane, 1985; Dallery, Cassidy, & Raiff, 2013; Smith, 2012). Se busca desarrollar un caso individual, el cual se divide en una fase de línea base, intervención y aplicación del modelo que se presenta más adelante y otra de control y seguimiento.

Algunas ventajas de estos tipos de estudios (Jones, Ghannam, Nigg, & Dyer, 1993; Ray & Schottelkorb, 2010; Smith, 2012): (1) Son relativamente sencillos de aplicar por un clínico

o investigador; (2) Permiten explorar procesos terapéuticos en sus contextos naturales, sin generar condiciones de laboratorio; (3) siguen los criterios desarrollados por la APA para validar empíricamente un modelo terapéutico, sirven como evidencia de que una terapia está o no “bien establecida”. Esto significa que no sería necesario un ensayo clínico aleatorio para evaluar la eficacia de un tratamiento para una población específica (Chambless et al., 1998); (4) Para llevarlo a cabo se realizan múltiples y detalladas mediciones a lo largo de todo el proceso terapéutico. Esto hace que sea mucho más fácil y claro el conocer el impacto de distintas sesiones, intervenciones e hitos del proceso, sobre el resultado final de éste.

1.5 Objetivos del estudio

Para llevar a cabo la investigación nos planteamos la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles fueron los mecanismos de cambio observados y los resultados obtenidos tras la aplicación del modelo de trabajo con el conflicto interno en la adherencia al tratamiento de un paciente con enfermedad crónica?

Teniendo como objetivo general: Describir los mecanismos de cambio observados y resultados finales de la aplicación del modelo de intervención breve con el conflicto interno para pacientes con enfermedad crónica.

Para cumplir con el objetivo general nos proponemos los siguientes objetivos específicos:

1. Reportar los resultados obtenidos durante la aplicación del modelo.
2. Identificar y describir los momentos de cambio que hubo en el transcurso de la aplicación del modelo.
3. Describir intervenciones relevantes durante el trabajo con el paciente que ayudaron a la adherencia al modelo y a su cambio de hábitos.
4. Explorar la influencia del trabajo con el conflicto interno y su impacto en el cambio de hábitos del paciente.
5. Proponer un modelo comprensivo de factores facilitadores y obstaculizadores para el proceso de cambio del paciente.

2. Metodología

2.1 Diseño general

El estudio considera una metodología mixta, los aspectos cuantitativos tienen el fin de evaluar los resultados de la intervención y monitorear el proceso de cambio, los aspectos cualitativos buscarán identificar factores que influyen en dicho proceso con mayor detalle y profundidad. A nivel cuantitativo, se utilizó un diseño experimental de caso único de tipo A-B-C, con análisis de series temporales (Borckardt et al., 2008; Jones, Ghannam, Nigg, & Dyer, 1993; Smith, 2012). Esta metodología implica seleccionar tres problemáticas centrales a trabajar con el paciente estableciendo estos en el proceso previo a la intervención (sesión 0), y evaluarlos diariamente a lo largo de todo el proceso a través de formularios. Luego, se comparan los puntajes de estos problemas diferenciando 3 fases (A-B-C) con el fin de observar posibles movimientos y atender a los distintos momentos en que se encuentran estos:

A:Pre-Intervención. Etapa inicial que considera establecer una línea de base (2 semanas) o etapa pre terapia que comienza con la sesión 0 en la cual se seleccionan 3 problemas en conjunto con el paciente, que son evaluados en cada sesión del proceso terapéutico y se extiende hasta el inicio de la intervención (sesión 1). Es equivalente al “grupo control” en un diseño experimental tradicional. Así mismo se realiza un diagnóstico inicial general de las problemáticas a tratar para en un paso posterior poder focalizar el trabajo.

B:Intervención, la cual es basada en el modelo propuesto de orientación Gestáltica y consiste en 6 sesiones en un rango de aproximadamente 2 meses, en las cuales se decantan las problemáticas en temáticas más específicas (3 sesiones) y se co-construyen objetivos específicos que se evaluarán diariamente y se modificarán de ser necesario (3 sesiones).

C:Seguimiento, posterior a finalizar las sesiones de intervención y que se realiza con el objetivo de realizar mediciones post-intervención.

A nivel cualitativo, se realizó una selección de momentos significativos del proceso que se acompañaron por cambios en los resultados cuantitativos, los cuales se observaron (en

video) para diferenciarlos respecto de elementos de la interacción terapéutica, aspectos de la actitud y disposición del paciente, y el uso de técnicas específicas de intervención por parte del terapeuta.

2.2 Participantes y reclutamiento

Los participantes de este estudio son el terapeuta, el paciente y un observador. Se realizó un proceso terapéutico basado en el modelo desarrollado por Herrera (2018), el cual tuvo una duración de 6 sesiones en total distribuidos en un periodo de dos meses.

Terapeuta:	Licenciado en psicología de 23 años, de la Universidad de Chile con formación en psicoterapia humanista existencial.
Observador:	Licenciado en psicología de 27 años, de la universidad de Chile con formación en psicoterapia humanista existencial.
Paciente:	Joven de 29 años, en proceso de completar su grado de doctorado, sufre de diabetes tipo 1 y gastritis autoinmune.

El reclutamiento fue realizado por uno de los investigadores, quien tenía entre su red de contactos a una persona con enfermedades crónicas a la que se le ofreció participar de la intervención con el fin de modificar algún hábito que le afectara a su salud.

Particularmente el paciente de este pilotaje cuenta con dos enfermedades crónicas con relación directa, que ayudarán a la comprensión de la intervención: Diabetes Mellitus tipo I y Gastritis autoinmune. El trabajo realizado se centró en la gastritis, debido a que su diabetes estaba bien controlada al momento de iniciar el trabajo.

La gastritis es “una enfermedad inflamatoria aguda o crónica de la mucosa gástrica producida por factores exógenos y endógenos que produce síntomas dispépticos atribuibles a la enfermedad...”(Valdivia, 2011, p.38). En el caso de la gastritis autoinmune sería por una respuesta del cuerpo que inflama la mucosa gástrica, presentándose en el 2% de la

población mundial y en personas con diabetes tipo I esta cifra podría hasta quintuplicarse (De Block, De Leeuw, Van Gaal, 2008).

Para el tratamiento de la gastritis se indican algunos fármacos que ataquen a la bacteria que puede causarlo y/o fármacos que modifiquen la secreción de ácidos estomacales. Otra instrucción es hacer cambios en la alimentación, como disminuir la cantidad de las porciones de comida y aumentar su frecuencia, evitar alimentos irritantes (picantes, ácidos grasos y frituras), disminución del consumo de alcohol, y por otra parte, considerar modificaciones en los fármacos que se consumen por los que irritan menos la mucosa gástrica (Mayo Clinic, 2018).

2.3 Instrumentos

El proceso es constantemente evaluado a través de diferentes instrumentos, realizándose una medición base en la sesión 0 aplicando mediciones generales de bienestar/malestar como “La escala general de bienestar de Ryff” utilizando la adaptación española (Díaz, et al. 2006), el OQ-45 (Lambert, et al., 2002), y una entrevista estructurada para evaluar los distintos aspectos de la adherencia al tratamiento (Herrera, n.d.). También se hace un seguimiento constante del proceso a través de Target Complaints (Battle, et al. 1966) generados en la sesión cero y revisados hasta la última sesión de seguimiento, para posteriormente co-construir los objetivos que son evaluados a través de un formulario desarrollado por Herrera (2018), creador del modelo.

Instrumento y foco	¿Cuándo se usa?	¿Quién lo aplica?
<i>Escala de bienestar de Ryff: evalúa bienestar general</i>	Sesión 0 y seguimiento	Autoadministrado
<i>OQ-45: Síntomas y malestar general</i>	Sesión 0 y seguimiento	Autoadministrado
<i>EER: Evaluación breve de bienestar/malestar general</i>	Antes de cada sesión	Autoadministrado

<i>EES: Evaluación breve de sesiones</i>	Después de cada sesión	Autoadministrado
<i>Target</i> <i>Complaints:</i> <i>Evalúa</i> <i>problemas específicos a trabajar con</i> <i>paciente</i>	Se co-construyen en sesión 0; paciente los responde cada día hasta sesión seguimiento.	Entrevistador

2.4 Intervención realizada

La intervención se divide en cuatro momentos, permitiendo flexibilidad de aplicación desde el segundo momento, estos son diagnóstico inicial, diagnóstico en profundidad, co-construcción de objetivos y posteriormente seguimiento y modificación de estos.

Es necesario establecer que la intervención tiene un carácter breve y contempla una aplicación de 6 a 7 sesiones en un periodo no mayor a dos meses.

El primer momento tiene como objetivo poder generar un diagnóstico inicial que entregue información y establezca la línea base respecto al problema que se desea trabajar y permita evaluar en qué etapa del cambio propuesta por Prochaska y Diclemente (1984) se encuentra el paciente, esto con el fin de identificar el hábito que se desea adquirir o modificar, soluciones intentadas para adquirir-modificar el hábito, los factores concretos o problemas que detecta el paciente al intentar llevar a cabo estos cambios y la motivación que tiene este para poder generar el cambio deseado en su vida.

Posteriormente se busca generar un diagnóstico en profundidad, dando inicio a la intervención, que tiene como objetivo conocer el contexto externo en que se vivencia la conducta problemática, es decir, conocer en qué momento del día, lugar y situación en que se produce la conducta problemática del paciente, basándose en los supuestos teóricos de la teoría de campo, es decir, que no es posible entender la conducta del sujeto sin comprender el contexto en que esta se desarrolla (Yontef, 2002). Así mismo se busca conocer la vivencia subjetiva o interna del paciente frente a la ocurrencia de estos momentos de no adherencia o de acciones dañinas para su bienestar, qué voces existen y se debaten en el paciente al momento de decidir qué acciones tomar en el día a día. Para eso es importante

reconocer si existe un conflicto de ambivalencia, entendiendo esta como una situación en que una parte dedicada energía a generar un cambio, mientras parte se desvía por miedo a alguna consecuencia o malestar asociado (Engle y Arkowitz, 2006). Esto tiene como objetivo, posterior, de atender las voces de cada parte interna que juega un rol en el conflicto, a manera de concientizar al sujeto de sus necesidades y temores respecto a lo que desea modificar, facilitando así, que tome una decisión informada respecto a la adherencia al tratamiento. Posteriormente, se van a generar objetivos ecológicos que consideren y respondan de la mejor manera a las voces presentes en el conflicto al momento de buscar el cambio o mantener la conducta deseada.

Tal como se mencionó previamente, y dando fin a la intervención, **un tercer momento** en que se construyen objetivos concretos y ecológicos con el paciente, y así ayudarlo a generar un cambio concreto en el quehacer cotidiano, a través del cumplimiento de estos mismos. Para esto se busca trabajar bajo la Ley del Mínimo Esfuerzo (Clear, 2019), que tiene la premisa de facilitar la conducta que se desea modificar y/o dificultar la realización de la conducta no deseada, con el foco en buscar el gasto mínimo de energía al momento de realizar la acción, es decir, que el paciente siempre requiera el menor gasto energético posible según la situación, o en su defecto le sea muy dificultoso realizar la conducta no deseada.

Así mismo se busca la integración de las voces, dando espacio a escuchar aquella que estaba desatendida como parte fundamental de la construcción de objetivos, generando así objetivos trabajables que satisfagan ambas voces.

El último momento consiste también en dar seguimiento, revisión y modificación de los objetivos previamente planteados, constatando así, mediante feedback del paciente, si estos cumplen con los criterios establecidos, para luego poder hacer correcciones en los objetivos durante las futuras sesiones de seguimiento.

2.5 Método de análisis

Con el fin de poder responder a los distintos objetivos propuestos para esta investigación, se decidió desarrollar un trabajo con metodología mixta de análisis de datos tanto cuantitativos como cualitativos, dividiendo el desarrollo de estos según objetivos y su foco. Para dicha labor se establecieron tareas asociadas a cada objetivo específico, las cuales buscaban reunir la información necesaria para dar respuesta a cada uno de ellos (Ver anexo “Objetivos y Tareas”), generando así una guía referencial en cada punto de análisis y desarrollo del objetivo.

Es relevante destacar la utilización de material audiovisual de las sesiones para su respectivo análisis. Así mismo se recogieron los datos obtenidos de los instrumentos aplicados en los distintos momentos de intervención previamente presentados, triangulando esto con los datos cualitativos obtenidos del análisis de sesiones y registros escritos.

Consideramos relevante señalar que todo el análisis de material se llevó a cabo una vez el proceso fuese cerrado, con el fin de evitar un doble rol de terapeuta-investigador, dejando la labor de investigación para una segunda instancia, esto para evitar posibles sesgos tanto en la intervención como en la investigación.

Para lograr dar respuesta a las tareas propuestas y objetivos específicos se desarrolló el siguiente proceso:

1. Se analizaron los videos de las sesiones y entrevistas de seguimiento generando transcripciones de cada una de ellas, además de los apuntes del terapeuta.
2. A partir de las transcripciones se detectaron y extrajeron viñetas de las instancias en que se reportaba un cambio en el paciente.
3. Se seleccionaron viñetas respecto a las distintas intervenciones realizadas durante la aplicación del modelo, destacando las respuestas y comentarios del paciente, así como breves resúmenes de cómo se le podía ver en el video.
4. Se observaron y analizaron los datos cuantitativos obtenidos de los distintos instrumentos utilizados.

5. Se procedió a contrastar los datos cualitativos recogidos, y previamente descritos, con los datos cuantitativos obtenidos durante la sesión correspondiente al dato a analizar.

2.6 Aspectos éticos

Respecto a los aspectos éticos podemos señalar distintos elementos. En primer lugar, dada la importancia de trabajar con personas con enfermedades crónicas y cuya sintomatología podía cambiar, contamos con supervisión y patrocinio directo del docente y creador del modelo, quién guió el proceso de llevar a la práctica la intervención y prestar atención a las necesidades del paciente. Esta persona fue informada de lo que implicaba el estudio, deseó participar sin ningún incentivo material y dio su consentimiento para aplicar el modelo descrito con su caso. Igualmente, el resguardo de la privacidad del paciente es fundamental, por lo mismo garantizamos la confidencialidad del material audiovisual (grabaciones de las sesiones), auto reportes, así como cualquier información que pueda identificarlo. Se posee respaldo en video de la mayoría de las sesiones (se tienen videos de las sesiones 0, 1, 2, 3, 4 y 7, esto debido a que las sesiones faltantes no pudieron ser registradas) y casi todos los cuestionarios que se utilizaron. Por último, se le informó al paciente que ante la posibilidad de ser un caso de alta complejidad, podría ser derivado con un profesional capacitado/a para hacerse cargo.

3. Resultados

3.1 Contexto y presentación del caso

El caso que se utilizó para llevar a cabo esta intervención será denominado caso J para mantener resguardada su identidad, J es un joven de 29 años que padece diabetes tipo 1 y gastritis autoinmune lo que le impide consumir una serie de alimentos y bebidas. Actualmente J realiza clases y está en proceso de desarrollo y publicación de su tesis de doctorado. J tiene una dieta bastante restrictiva la cual se ve interrumpida en situaciones en

que genera desajustes en su ritmo de vida como instancias sociales con amigos o en situaciones formales.

3.2 Descripción breve del proceso

En la etapa inicial se le realizó el test OQ-45 y Ryff para establecer una línea base respecto al estado inicial de paciente antes de comenzar la intervención. Igualmente se elaboraron los target complaints (Ver Anexo “Target Complaints”) que proponen el seguimiento de las problemáticas rellenando una escala diaria que va del 1 a 10, evaluando cuánto aparecieron en el día las consignas presentadas a continuación:

Problemática 1	Necesito tomar café para trabajar
Problemática 2	Necesito beber alcohol cuando estoy con mis amigos
Problemática 3	Tengo problemas para dormir
Item General	¿Cuán esperanzado me siento hoy con el proceso?

Luego se dio inicio a la intervención, cuya temática central durante las tres primeras sesiones fue el conflicto de polaridades respecto al síntoma. En este conflicto la voz anti-adherencia y dominante, denominada como “J prendido”, generaba la necesidad de consumir café para tener energía, esto con el fin de estar atento al entorno y poder responder a necesidades sociales bajo la idea de que esto mantendría a la gente cerca. Por su parte la voz pro-adherencia, llamada “El Grinch” era rechazada, esta motivaba a J a alejarse de la gente para buscar descanso y tener su espacio personal. Ante este conflicto subyace la necesidad básica de tener energía para poder responder a todas las personas,

pensando que esto evitaría que le dejen solo, es decir, se asocia el consumo de café con la energía que debe tener para estar siempre para los demás y así evitar el abandono.

Posterior al trabajo con el conflicto interno se realizó una cuarta sesión para co-construir objetivos entre paciente y terapeuta, darle un sentido explícito a su cambio de hábitos. Estos objetivos, su sentido y los valores rescatados fueron:

Objetivo 1:	Descansar cuando me sienta cansado
Objetivo 2:	No tomar Café
Sentido o propósito para hacer esto:	Lograr un equilibrio espiritual energético
Otros valores y necesidades que también debo tener en cuenta:	Seguir teniendo reuniones con amigos pero con sentido para mi

Luego de la construcción de objetivos, la quinta y sexta sesión fueron destinadas a realizar seguimiento y evaluación de estos, identificando la dificultad para cumplirlos durante la semana, y sentido de llevar estos a cabo, abriendo la posibilidad de realizar posibles modificaciones.

Por último se realizaron dos sesiones adicionales una vez terminada la aplicación del modelo, una presencial en que se recogieron resultados de la intervención a través de los formularios utilizados para hacer una comparativa con la línea base; y una sesión por videollamada con el fin de evaluar cómo ha evolucionado el proceso de cambio y recibir retroalimentación respecto a la aplicación del modelo.

3.3 Resultados

OQ-45 (Pre y post Intervención)

Pre			Post			S: Incomodidad Somática RI: Relaciones interpersonales RS: Rol Social
S	RI	RS	S	RI	RS	
26	5	12	38	10	11	
	Total	43		Total	59	

A través de los resultados obtenidos, si bien se puede destacar un aumento en el indicador “S” y “RI”, por tanto en el total, aún se mantienen bajo el punto de corte, es decir dentro de la población funcional, criterio propuesto por el test. No hay cambios significativos en “RS” y los indicadores especiales se mantienen sin mayor modificación.

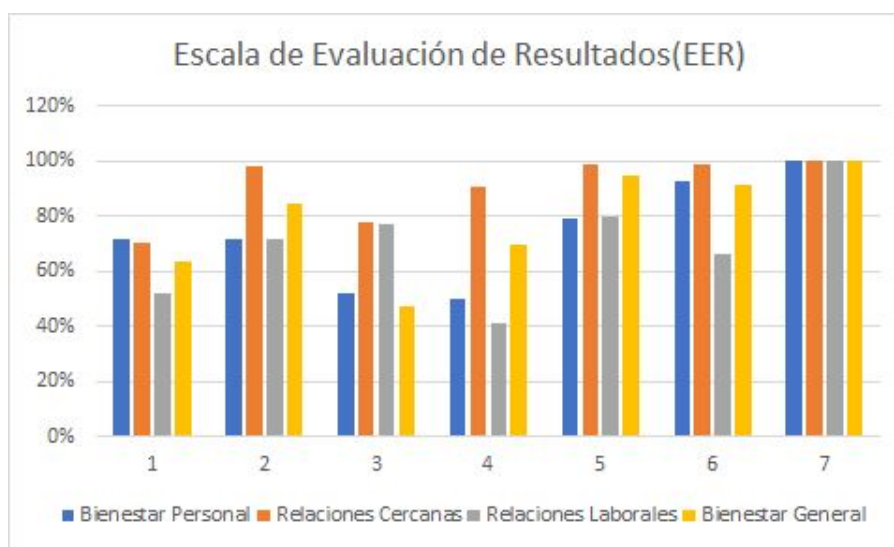
Escala de bienestar general Ryff (Pre y post Intervención)

Factores	Pre-Intervención	Post-Intervención
<i>Auto aceptación</i>	22	23
<i>Relaciones positivas</i>	30	26
<i>Autonomía</i>	35	35
<i>Dominio de entorno</i>	24	24
<i>Crecimiento personal</i>	35	32
<i>Propósito en la vida</i>	26	26

De igual manera los indicadores obtenidos de la escala de bienestar de Ryff no reportan cambios significativo entre el pre y post intervención, a pesar de que algunas cifras varían no significativamente.

Escala de Evaluación de resultados (EER)

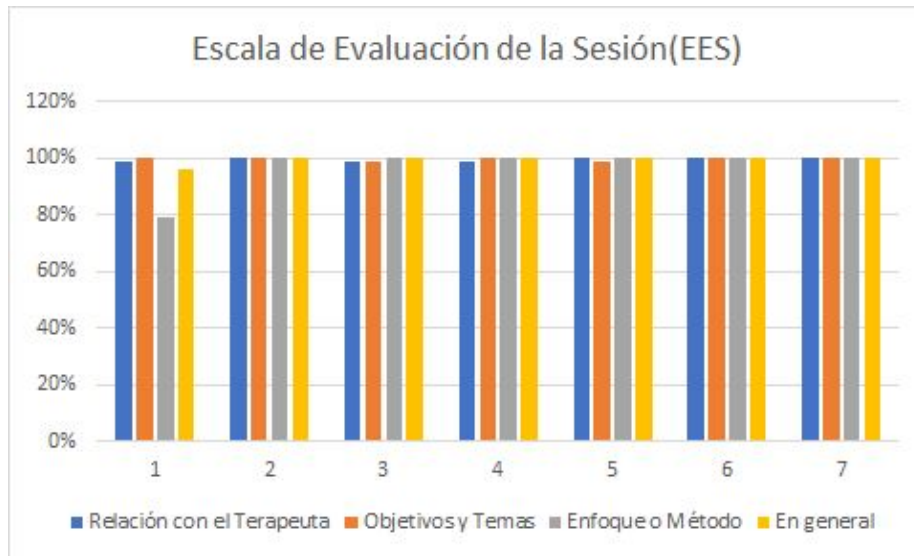
Esta escala muestra una evaluación del bienestar entre sesiones, reportando claras variaciones dentro del proceso. El eje vertical corresponde al nivel de bienestar, siendo 1 el mínimo y 10 el máximo, mientras que el eje horizontal corresponde a las distintas sesiones de la intervención. Si bien es posible apreciar una variación positiva respecto al bienestar general, este cambio no se puede apreciar en los resultados obtenidos con otros instrumentos.



Escala de evaluación de la sesión (EES)

Esta escala grafica la evaluación de la sesión desde la visión del paciente, develando la comodidad con los distintos puntos de la intervención como la relación con el terapeuta, los objetivos y metas, el enfoque propuesto y una evaluación general. El eje vertical corresponde al nivel de comodidad, siendo 1 el mínimo y 10 el máximo, mientras que el eje horizontal corresponde a las distintas sesiones de la intervención. En el siguiente gráfico se puede destacar el desarrollo de la adherencia al método a medida que el paciente avanzaba

el proceso, y la buena relación, tanto con el terapeuta como con los objetivos planteados, desde un principio de la intervención.



Tablas de desarrollo Target Complaints.

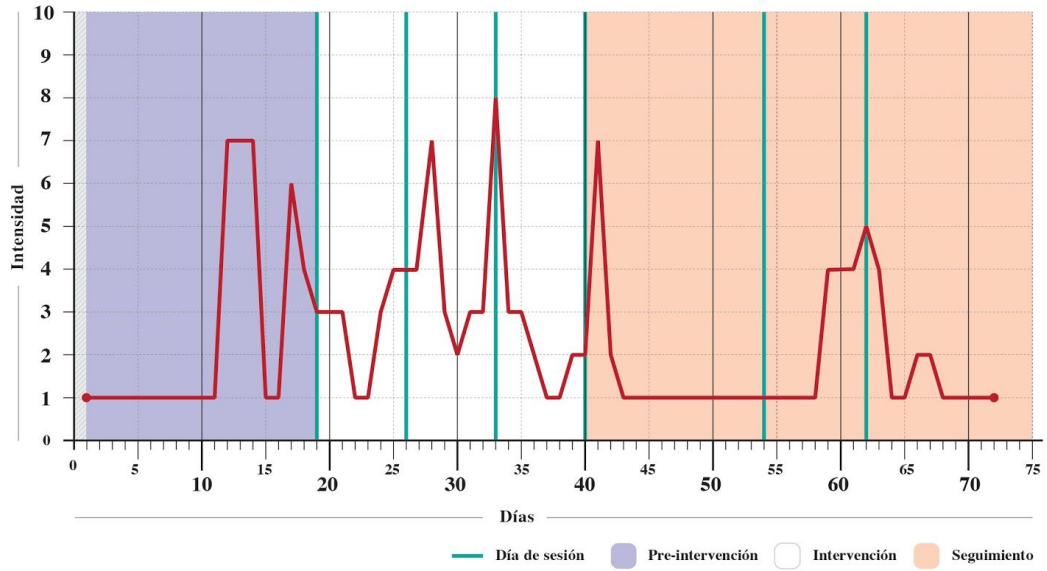
Para responder este formulario se utilizó la siguiente consigna:

“Para evaluar cada problema, considere cuánto éste le ha molestado durante el día, no sólo en el momento en que responde el cuestionario”.

En el eje vertical de los gráficos de problemáticas se grafica “cuán molesto fue durante el día cada problemática” siendo 1 “Nada” y 10 “al máximo”. En el eje horizontal se presenta el flujo de días en que se respondió el formulario a lo largo del proceso. Las líneas verticales de color verde señalan los días en que hubo sesión. Por último, y tal como se señala en la sección inferior de los gráficos, los colores de fondo delimitan a que periodo del proceso corresponde el dato presentado.

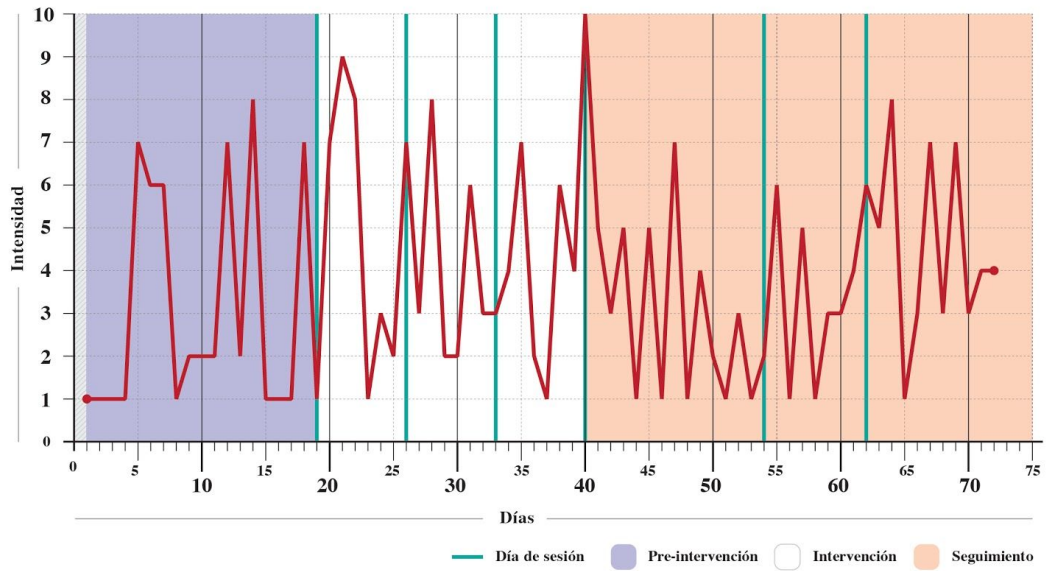
Problemática 1

Necesito tomar café para trabajar



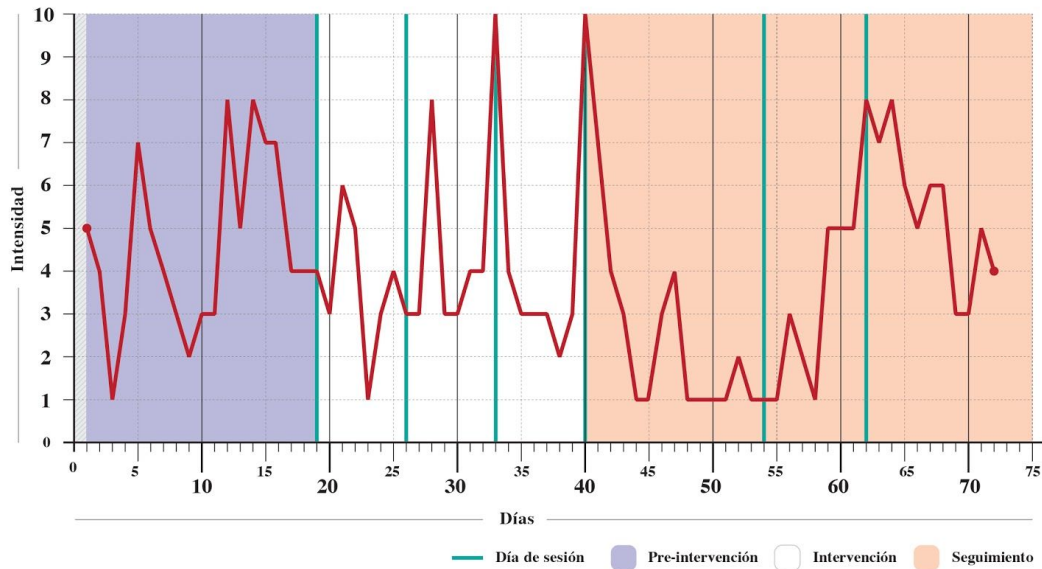
Problemática 2

Necesito beber alcohol cuando estoy con mis amigos



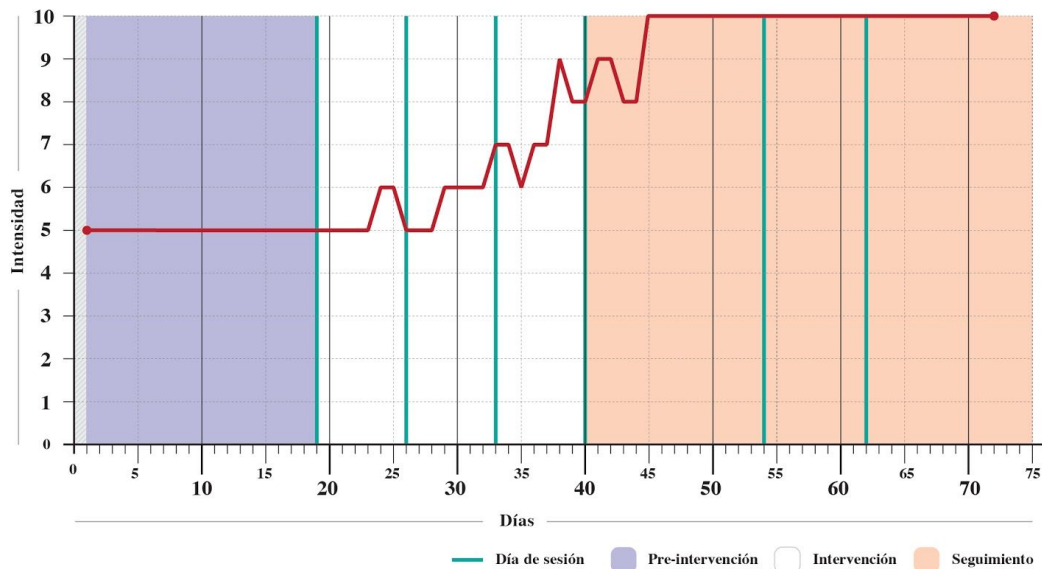
Problemática 3

Tengo problemas para dormir



Ítem general

Cuán esperanzado me siento hoy con el proceso







El Ítem general no responde al grado de molestia de una problemática, sino a la consigna “¿Qué tan esperanzado me siento hoy con el proceso?” donde el mínimo es 1 y el máximo es 10. Los ejes y colores responden a las mismas variables señaladas previamente.

Es importante destacar que el foco de trabajo fue la “Problemática 1”. Así mismo comentar que existe un missing data de los últimos tres días previo a la sesión de seguimiento debido al extravío de la última hoja.

Objetivos Co-construidos

A partir de los objetivos co-construidos mencionados previamente se construyó la siguiente tabla, donde se marca con colores si logró cumplirlos, si lo intentó sin lograrlo, si no lo intentó o si no pudo intentarlo. Igualmente se elaboró una tabla respecto a qué tan difícil fue cumplir dichos objetivos desde que se co-construyen los objetivos hasta que se cierra el proceso. Esta tabla presenta los datos obtenidos durante el periodo de seguimiento.

	Logré cumplir el objetivo
	Lo intenté y no lo logré
	No logré cumplir el objetivo ni lo intenté
	No se dio la posibilidad de intentarlo

Objetivo 1: Descansar cuando manifieste cansancio								
	L	M	Mi	J	V	S	D	
Semana 1								5ta sesión
Semana 2								
Semana 3								6ta sesión
Semana 4								
Semana 5								Post

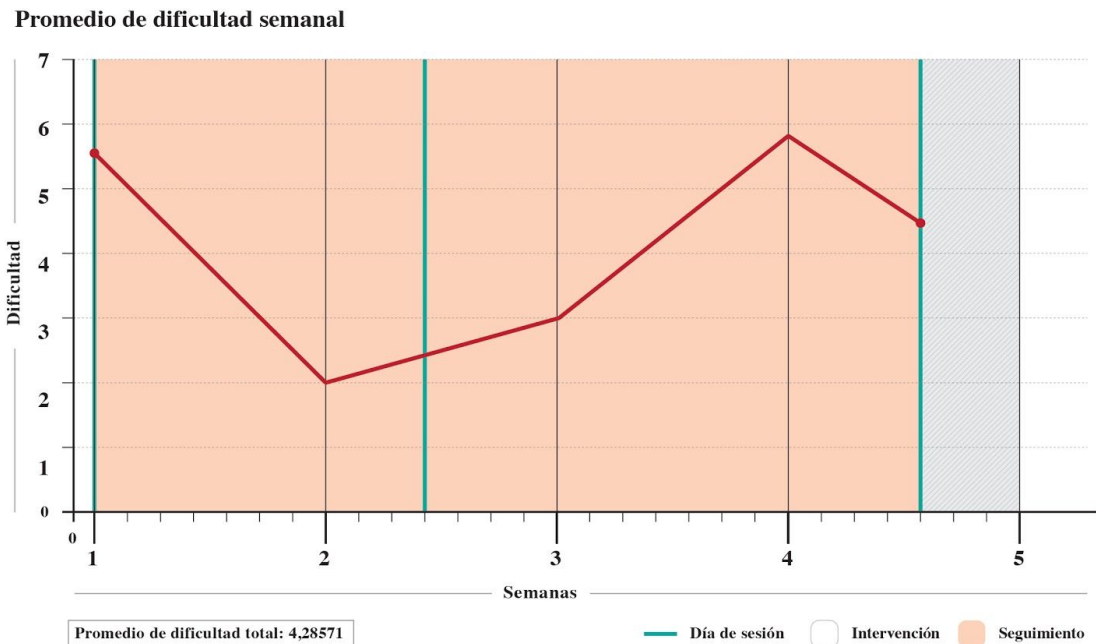
Logró 69%

Lo intento pero no lo logró 31%

Objetivo 2: No tomar café								
	L	M	Mi	J	V	S	D	
Semana 1								5ta sesión
Semana 2								
Semana 3								6ta sesión
Semana 4								
Semana 5								Post

Logró 100%

En el siguiente gráfico se presentan los datos referidos por J respecto a qué tan difícil fue cumplir los objetivos que se propuso en la sesión 5, donde el eje vertical presenta el grado de dificultad donde 1 es el mínimo y 10 es el máximo, y a la vez, el eje horizontal representa cada semana de seguimiento. Se puede apreciar que la dificultad en las semanas 2 y 3 fue menor que las demás. Lo que también se observa en la tabla de cumplimiento de objetivos co-construidos, donde el objetivo 1 “descansar cuando manifieste cansancio” concentra las celdas amarillas en las semanas 1,4 y 5.



Si bien se logró completamente uno de los objetivos (No tomar café) y se tuvo un 69% de logro en el otro (Descansar cuando me sienta cansado), no se pudo ver variaciones significativas en su bienestar general según las escalas Ryff y OQ-45, en contradicción con la mejoría reportada en el EER. Esto lo vinculamos a variables contextuales que podrían haber afectado en el bienestar de J, más allá de los problemas trabajados durante la aplicación del modelo.

3.4 Momentos de cambio

En este apartado se contrastan los datos cuantitativos obtenidos en las distintas escalas y auto reportes que se desarrollaron a lo largo de la intervención (EES- EER-Target Complaints - Objetivos y dificultad) con viñetas de sesiones en que J reportó cambios. Esto con el fin de plasmar los distintos momentos de cambio que se pudieron apreciar durante la aplicación del modelo, respondiendo así a nuestro segundo objetivo específico.

Sesión 2, 14/01, día 26: “Hice el experimento y tomé café sólo el lunes”.

J da clases en una universidad, y al estar en medio de Enero, decide tomar un horario de clases a modo de reemplazo, agregando carga a su jornada laboral, además reaparece el

tema de su viaje a España para terminar su doctorado, asunto que estaba tramitando hace ya un tiempo. Comenta en sesión que tuvo tanto sueño que durmió en el piso de su oficina.

La segunda sesión está seguida por un incremento en la intensidad de los distintos problemas que seleccionó para trabajar, así mismo hubo un aumento respecto a qué tan esperanzado se sentía con el proceso desde esta sesión a la siguiente. A pesar de que los problemas aparecen como más intensos, se sentiría más esperanzado con el proceso.

El EER muestra que su bienestar personal sigue igual a la sesión anterior, pero los otros tres factores aumentan, particularmente su relación con cercanos.

Sesión 3, 21/01, día 33 “mi experimento para dejar definitivamente de tomar café, sigue en pie”.

En sesión parte hablando del desarrollo de su tesis doctoral, ha tenido algunos problemas con fórmulas y eso lo tiene bajo presión. Si bien aún siente la necesidad de tomar café, sigue intentando no hacerlo, busca espacios para descansar en su vida cotidiana y vuelve a dormir en el piso de su oficina.

La necesidad de tomar café para trabajar tiene su cifra más alta en todo el proceso, junto con un puntaje máximo respecto a sus problemas para dormir. Si bien el índice general baja ligeramente, luego de unos días tiene su segundo ascenso importante.

El EER nos señala una baja en el bienestar personal y su valor más bajo en bienestar general, la relación con los cercanos baja ligeramente, mientras que las relaciones laborales suben un poco.

Sesión 4, 28/01, día 40 “En biodanza me sentí súper acompañado por mis dos yo, por el Grinch y el J, sentí que se pudieron dar un abrazo”

“Respete mi cansancio y así yo podía rendir mejor hoy día”

“Ayer un amigo me dijo que nos juntáramos y le dije que nos juntáramos en otro momento porque estaba muy cansado”.

Está en su última semana de clases, agotadísimo y recibe la noticia de que se aprobó su viaje a España. Comienza con una serie de reuniones y festejos, se reúne con amigos y ahora dice prestar atención a su cansancio.

El ítem general baja ligeramente, pero luego de unos días sube hasta el máximo para mantenerse ahí hasta el fin del proceso. La necesidad de tomar café y los problemas de sueño suben bastante, el primero casi al máximo de la escala y el segundo llega al máximo. El EER muestra su valor más bajo en las relaciones laborales, su bienestar personal se mantiene bajo, pero la relación con los amigos y el bienestar general manifiestan un incremento.

Sesión 5, 11/02, día 54: “Juntas con casas con patios o en plazas me ayudan a tener un buen equilibrio en el compartir y descansar”

J está de vacaciones y prosiguen los trámites y las despedidas.

El ítem general está en su valor máximo, mientras que los problemas de consumo de café y sueño están en su valor mínimo. Así mismo se ve más equilibrio pese a que pareciera haber incrementado el número de actividades sociales considerablemente.

Sesión 7 (Post), 06/03, día 76 “A mediados de Febrero me di cuenta de que así estaba viendo cómo estaba, al despertar pensar ¿Qué tan cansado estoy?”

“en lo formal de los objetivos, el del café como que se cumplió bien...creo que no lo extraño y eso me agrada. Cambié el café por el té, no por la cafeína, sino porque me gusta algo calentito”, en esta misma línea J comenta “Es bueno no sentir mi estómago irritado, me di cuenta que el café me lo dejaba muy sensible y ahora con el té no me pasa”.

Es interesante destacar que si bien se logra el objetivo de la intervención las escalas de bienestar (OQ-45 y Ryff) no muestran cambios estadísticamente significativos entre la línea base y final contradictorio a lo expuesto por el EER.

3.5 Análisis de intervenciones

A lo largo del proceso existieron una serie de intervenciones realizadas por el terapeuta que tenían como objetivo apoyar la exploración y trabajo de la problemática del paciente, entre ellas se pueden destacar las siguientes.

En la primera sesión se desarrolla la técnica de deprivación del síntoma (Ecker y Hulley, 1996). explorando así, en primera persona, la situación problemática o el estado actual del problema y luego, cómo sería dicha situación con una conducta alternativa a la que trae la

aparición del síntoma. Esto da paso a la exploración de significados asociados a la relación de la necesidad de consumir café y el deseo tener energía para enfrentar la vida, así mismo se da la posibilidad de detectar un conflicto de polaridades entre aquel que necesita tener energía (J prendido) y el que desea descansar (El Grinch).

En la sesión 2 se profundizó en el conflicto develado en la sesión anterior a través de la intervención conocida como mapa de polaridades (Johnson, 1992), en donde se llevó a cabo una identificación y descripción de las partes identificadas y posteriormente se propone trabajarlas corporalmente a modo de estatuas, chequeando así sensaciones corporales e ideas que emergen en el ejercicio.

En la tercera sesión se propuso profundizar en el conflicto interno a través de un diálogo de partes en formato silla vacía (Schnake, 2003) generando un diálogo entre “J prendido” y “El Grinch” buscando generar conciencia de ambos polos o partes y propiciando un diálogo negociativo entre estos, para finalmente traducir todo el trabajo y las intenciones de ambas partes en la co-construcción de objetivos durante la sesión 4, logrando integrar las demandas de sus voces en conflicto (Ver anexo “Objetivos Co-construidos”).

En esta línea es relevante reportar cómo algunas de estas intervenciones fueron seguidas por cambios en los datos cuantitativos como por ejemplo:

Seguido a todas las sesiones de intervención (Sesión 1, 2, 3 y 4) existe un descenso tanto en la dificultad para conciliar el sueño y la necesidad de consumir café, cuestión inherentemente relacionada. En esta línea es destacable la relación entre el trabajo con la necesidad de tomar café y la dificultad para poder dormir, pues si bien el foco de la intervención estuvo puesto en la temática del café, se puede decir que esto influyó en la temática del sueño.

Así mismo es necesario mencionar cómo tras la construcción de objetivos se genera un periodo en que el problema de necesidad de consumo de café disminuye considerablemente de forma mantenida en el tiempo. Igualmente, en los gráfico de la sección “Objetivos Construidos” es posible constatar que el paciente, luego de construir objetivos, logró en un 100% el “No tomar café”.

En relación al ítem general (Qué tan esperanzado me siento hoy) se puede señalar cómo a medida que se va profundizando el trabajo con el conflicto interno en la sesión, se genera un aumento paulatino en este hasta lograr su máxima evaluación tras la sesión 4 (Día 40) manteniéndose hasta el final del proceso. En esa misma línea se puede hipotetizar cómo es que el final del trabajo del conflicto interno, y el paso al trabajo con objetivos propició que la esperanza respecto al proceso, aumentará al máximo.

Al realizar la entrevista de seguimiento (Día 160) J reporta que para él la intervención más significativa fue la silla vacía realizada en la sesión 3 (Día 33) “Me ayudaste a enfrentar mis distintas facetas...al J vs el Grinch...(al preguntarle qué intervención ayudó en esto) esta que usamos silla y mesa, donde me ponía en distintas situaciones físicas, realmente ser esa faceta, tomar el rol”, esto resulta importante al observar que luego de la sesión 3 ocurre el mayor descenso en el problema de la necesidad de tomar café, en conjunto con un gran descenso en los problemas para dormir.

Respecto a la interacción terapéutica, J parece haber tenido un buen vínculo y confianza con el terapeuta, teniendo puntuación máxima en el EES en el punto “Relación con el terapeuta”. Durante los ejercicios las interacciones fueron algo diferentes, dado que requerían de una actitud más directiva de parte del terapeuta, pero en este contexto la relación continuó fluida y sin mayores resistencias, incluso siendo la actividad más directiva aquella que el paciente reportó como más significativa. Cabe señalar que en la entrevista de seguimiento al ser consultado por la relación terapéutica (día 160) J señaló “...contigo súper bien, en ningún momento fue incómodo, me pareció excelente...”.

3.6 Conflicto interno y cambio de hábitos

Respecto al trabajo con el cambio de hábitos, cabe destacar que existen distintos momentos de la intervención en que se trabaja esta temática, principalmente en las primeras sesiones (día 19, 26 y 33) se comienza a desarrollar y profundizar en la problemática develando poco a poco un conflicto interno que subyace al problema “necesito tomar café”, asociando este al tener energía para enfrentar el día a día. Así, en las sesiones indicadas, a través de

las distintas intervenciones descritas (Privación del síntoma, mapa de polaridades y silla vacía) se fue profundizando en las variables tanto concretas del problema como el conflicto subyacente que se desarrollaba.

En ese sentido se puede observar que al profundizar en el trabajo con el conflicto interno, se genera una baja paulatina en la problemática 1 y 3 de los Target Complaints, finalmente el conflicto se traduce en una hoja de co-construcción de objetivos en la cuarta sesión, a partir de este ejercicio se pudo apreciar una baja sostenida en el tiempo de la problemática principal trabajada (“Necesito tomar café”).

Pareciera ser que el trabajo con el conflicto interno facilitó el proceso de cambio de J, dado que al conocer las partes en conflicto y sus posturas este pudo considerar las aprehensiones mutuas y conciliar objetivos que permitieran a ambas partes quedar satisfechas, generando de esta forma objetivos que tuvieran sentido y a la vez fueran ecológicos en su vivencia.

3.7 Modelo comprensivo de factores facilitadores y obstaculizadores para el proceso de cambio del paciente.

A la hora de comprender los factores que pueden haber facilitado u obstaculizado el proceso de cambio del paciente es necesario observar los datos cuantitativos respecto al cambio y ponerlos en diálogo con el análisis de sesiones y la entrevistas de seguimiento. Tanto datos cualitativos como cuantitativos arrojan que las sesiones tenían un efecto en J, particularmente al hacer ejercicios que apelaran al conflicto interno. Estos ejercicios solían estar seguidos de bajas en la problemática principal acompañado por importantes frases que ponían en evidencia un cambio interno en el paciente. Por otro lado, si bien J señalaba estar mejor y los datos de EER correspondían con ello, los resultados obtenidos de Ryff y OQ-45 nos muestran que no hubo grandes cambios en su bienestar pre y post intervención.

Al observar detenidamente la aplicación del modelo, cabe revisar las intervenciones realizadas que puedan haber tenido algún efecto positivo en el proceso de cambio y sus distintos momentos. Al revisar dichas intervenciones y su impacto en el proceso de cambio

se hace necesario destacar las referentes al conflicto interno, en especial el “Mapa de polaridades” y la “Silla vacía”.

La primera abrió un terreno inexplorado para J, al abordar la problemática del café como conflicto de polaridades logra darle un nombre y características a la voz rechazada y a la voz aceptada. En un principio se veía un gran rechazo al Grinch, debido a su deseo de alejarse de la gente, lo que gatillaba en él miedo a quedarse solo, esto se manifestó explícitamente al conectar corporalmente con la voz rechazada, manifestando incomodidad corporal, dificultad en la postura y rigidez muscular. Pero después pudo percibir que había aspectos positivos asociados al Grinch como la idea de poder descansar cuando fuera necesario como idea de autocuidado y respeto a sí mismo. Mientras que en el otro extremo del mapa pudo observar aspectos negativos de la voz aceptada(J Prendido) que no había visto hasta ese momento como la sobreexigencia que se ponía en situaciones sociales y el alto desgaste que acumulaba por no permitirse descanso. Este ejercicio puso en evidencia el conflicto interno que había respecto a su problema con el café y dejó espacio para poder profundizar con la silla vacía.

Con el ejercicio de la silla vacía se pudo profundizar en el conflicto, aparecieron las historias de cada una de las voces, sus deseos, sus miedos y hubo espacio para que ambas voces pudieran dialogar. En un primer momento se dio la dinámica de que la voz aceptada atacara a la voz rechazada, pero con la orientación del terapeuta se pudo desarrollar una conversación más pareja, lo que propició un diálogo de partes más orientado a la intención positiva que tenía cada una de esas voces para J, llegando a las siguientes conclusiones: (respecto a la función del Grinch)“lo que no descansa, obligarlo a descansar...lo que no hace por estar con otros, obligarlo a hacer”; (respecto al miedo del J prendido) “Que todo se venga abajo de la noche a la mañana...quedarme solo”. En la videollamada de seguimiento(día 160), J señaló que una de las cosas más importantes y memorables del proceso fue la silla vacía, específicamente dijo:

“lo que me gusto es que se pudo hacer una paz entre eso, se pudo evidenciar el conflicto, expresarlo con palabras, vivirlo con todas las emociones que causaron eso y poder dar una suerte de paz...entre esas cosas que parecen bien distantes, pero a la vez están bien preocupadas de mi mismo”.

Si bien las intervenciones fueron importantes para el proceso, la integración de estas voces en conflicto fueron trabajo personal del paciente, quién aprovechó de otras instancias (biodanza) para poder seguir abordándolo. Según comentó en la sesión siguiente a la silla vacía: “me sentí súper acompañado por mis dos yo...sentí que se pudieron dar un abrazo”.

Ya habiendo revisado los aspectos de la intervención que pueden haber favorecido el proceso de cambio, cabe observar aquellos que lo pueden haber obstaculizado. Por un lado se pudo detectar un problema luego de la silla vacía, ya que el ejercicio apuntaba a profundizar en el conflicto interno, pero a la sesión siguiente ya era momento de co-construir los objetivos y hubo que detener el trabajo de profundización. Otro elemento importante relativo a la duración del modelo es que el terapeuta, ocasionalmente, se viera obligado a tomar un carácter más directivo a la hora de explorar, dado que J tenía la tendencia a quedarse en silencio durante las sesiones.

Por último, la programación de las sesiones se veía alterada, ya que en una hora se debía repasar la sesión anterior y realizar un cierre apropiado, dejando un tiempo acotado para la realización de ejercicios, lo que a ratos provocaba que no resultaron adecuadamente.

En síntesis, trabajar contra el tiempo afectó la profundidad que se podía alcanzar, el estilo de trabajo del terapeuta y el programa de las sesiones, es decir, a ratos fue un obstáculo para trabajar cómoda y fluidamente. Se desconoce cuánto puede haber influido en el proceso de J, pero tuvo influencia en la aplicación del modelo.

A continuación se plantean los elementos que creemos fueron de mayor importancia en el proceso de cambio del paciente. Cabe señalar que no son exclusivamente respectivos a los ejercicios realizados o a la aplicación del modelo, sino que también apuntan al proceso mismo.

En primer lugar se destaca el trabajo con el conflicto interno, dado que abrió las puertas para acceder y entender algo subyacente al problema del sueño y el café que tenía J. Ofreció un camino de abordaje para dichas problemáticas y terminó en el diálogo e integración de las partes en conflicto. En la misma línea, conocer las partes por igual, tanto la rechazada como la aceptada, desde sus particularidades, sus miedos, orígenes y miedos y a la vez, cuál era su intención positiva fue central en la integración de ellas.

En paralelo, un aspecto muy relevante para entender el cambio y la integración de las partes en conflicto es que J tenía instancias de trabajo personal adicionales al modelo, destaca la biodanza, espacio donde él llevaba las temáticas trabajadas durante las sesiones para bailar. Igualmente en su grupo de amigos más cercanos encontró un espacio donde podía reponer sus energías cuando estaba cansado, colaborando en el “equilibrio espiritual-energético” que buscaba con sus objetivos. Entendiendo desde la teoría de campo que todo sucede dentro de un contexto y que el ambiente influye directamente en el evento del cambio, todo aquello que sucedió fuera de las sesiones, a pesar de ser externo al modelo forma parte de un proceso.

Por último, conocer la necesidad subyacente de cada una de sus voces y hacerlas conscientes mediante el diálogo, facilitó el cambio hacia el autocuidado como temática general. Entendiendo que redujo el consumo de café, inició un tratamiento antibiótico para disminuir la gastritis, mejoró su higiene del sueño y buscó en las relaciones sociales un espacio de comodidad, alegría y disfrute, a diferencia del inicio del proceso, cuando las relaciones sociales eran una fuente de agotamiento físico y emocional.

4. Discusión y Conclusiones

4.1 Resumen resultados

A continuación se presentará un breve resumen de los resultados obtenidos durante la aplicación del modelo y las sesiones de seguimiento.

En primer lugar, se logró cumplir con el objetivo seleccionado por J: “no tomar café”. Este reportó no haber consumido café por al menos 5 semanas una vez iniciado el trabajo con objetivos. Dato importante, dado que contrasta con el hecho de que los datos respecto a bienestar general son contradictorios entre OQ-45 y la Escala de Ryff, con los obtenidos del EER, cuestión preponderante al momento de pensar que, durante el proceso el dejar el hábito significó una mejoría en su bienestar, pero al terminar este pudiesen existir muchas otras variables que lo afectaran mayormente, siendo el hábito problemático sólo una de ellas. Esto nos lleva a pensar cuánto impacta en el bienestar de un paciente con enfermedad crónica los malestares propios de su enfermedad, en comparación con factores externos ajenos a ella. Respecto a nuestro caso, el desarrollo de la tesis doctoral, en conjunto con las obligaciones académicas, parecían sesión a sesión ser mucho más problemáticas que el consumo de café para su gastritis.

Por otro lado, en la sesión de seguimiento, J reportó estar muy conforme con el proceso, los resultados obtenidos y el trabajo del terapeuta. Valoró el trabajo realizado diciendo: “Fue bien útil la experiencia de querer ayudarse uno, que también hay gente que está dispuesta a hacerlo con uno... Después de las sesiones yo salía pensando infinito, de todo lo que había pasado”.

Es relevante destacar a nivel de síntoma el trabajo concreto con la conducta problemática para su gastritis (tomar café) y su éxito en el objetivo de dejarlo por completo. Por otra parte y sin trabajarlo como temática principal, pareciera haber un cambio directo en la percepción de autocuidado de J, viéndose reflejado esto en el objetivo no trabajado “Tengo problemas para dormir” (tabla “Problemática 3”) y los resultados obtenidos.

En este respecto J dijo “probablemente previo a este proceso yo hubiese querido estar siempre con mis amigos y nunca me hubiese puesto yo en primer lugar en ciertas situaciones”, igualmente aparecen esbozos de autocuidado en las sesiones 2 y 3 cuando comenta “Esta semana me sentía muy cansado en el trabajo y me recosté en mi oficina y dormí un rato, los chinos son muy sabios”... la siguiente semana comenta “volví a acostarme en el suelo de mi oficina porque estaba agotadísimo”.

Creemos que debido a la integración de partes que pudo realizar J, logró un diálogo fluido entre su necesidad de descanso y el deseo de compartir con otras personas, mediado por el reconocimiento de los miedos y orígenes de cada una de las voces en disputa, produciendo los distintos espacios de autocuidado ya descritos.

4.2 Análisis crítico del modelo: Facilitadores y limitaciones

En el desarrollo del proceso existieron distintos aspectos propios del modelo que pudieron influir en su desarrollo, algunos factores que facilitaron este por ejemplo fue que existió un seguimiento constante a través de formularios, esto puede haber ayudado al paciente a tener presente el trabajo realizado durante la semana dándole así un espacio dentro de su quehacer diario. Así mismo el trabajar bajo la propuesta de seguir un objetivo específico y en un periodo breve permite focalizar la intervención de manera notable, concentrando así tanto la energía del paciente como del terapeuta en la exploración y resolución de la problemática propuesta. Es decir, lo concreto del objetivo facilitó tanto para el paciente como para el terapeuta, tener claros los pasos y objetivos a desarrollar en el proceso dándole una forma concreta y concisa al momento de desarrollar el trabajo.

Por otra parte, existieron distintos factores propios del modelo que dificultaron el llevarlo a cabo, tales como, el riesgo que conlleva utilizar fichas de papel pues se corre el riesgo de pérdida o daño de estas, como ocurrió hacia el final de la intervención. Igualmente la ficha de evaluación de la sesión se lleva a cabo de la misma manera pero frente al terapeuta, cuestión que pudo interferir en las respuestas del paciente siendo que estas evalúan directamente la sesión y pudiese haber significado cierta presión al momento de responder influyendo algunas respuestas.

Así mismo en la tabla de construcción de objetivos se consigna sólo una evaluación de dificultad para dos objetivos distintos, cuestión que en muchas ocasiones generó confusión en el paciente sin tener claridad sobre qué dificultad evaluar en ese ítem.

Aunque sin duda el mayor obstáculo en este caso particular fue la brevedad propia de la propuesta que no permitió que se desarrollara por completo el conflicto interno del

paciente, cuestión que paulatinamente se fue convirtiendo en el asunto nuclear del proceso, que sin duda fue un factor fundamental que pudo haber apoyado el proceso de cambio del paciente. Así mismo no se permite mayor profundidad debido a que por cuestiones propias de la propuesta, el modelo no puede sostener y acompañar contenido más profundo propio del paciente.

Se considera también muy relevante destacar que la intervención se realizó en un periodo de vacaciones para el mundo académico, esto pudo haber facilitado la posibilidad de reposo de J y de experimentar distintos ritmos en su quehacer poniendo atención en la necesidad del café constantemente. A pesar de esto, J trabajó durante las vacaciones, haciendo clases, en su propia tesis doctoral, y a la vez, preparaba un viaje al extranjero para continuar su doctorado. En ese sentido consideramos que es poco realista observar la aplicación del modelo sin considerar la amplia gama de variables contextuales impresas en el campo del paciente, ignorar aquello que es cotidiano para el paciente no hace más que limitar y/o sesgar la visión del terapeuta respecto al caso.

Es necesario mencionar que el modelo al proponerse trabajar con pacientes con problemas de adherencia corre un alto riesgo de deserción en su aplicación, dado que en cierto punto requiere que este adhiera a la aplicación del modelo de manera temprana, cuestión que puede dificultar el desarrollo *per se* de este.

4.3 Discusión con literatura

Al observar la literatura expuesta previamente a la luz de lo acontecido durante la aplicación del modelo se pudo notar, de modo concreto, distintas situaciones que hasta el momento se quedaban en la reflexión meramente teórica. Una de estas reflexiones fue respecto al modelo colaborativo de salud, que desde su paradigma de horizontalidad terapeuta-paciente y reconocimiento de la propia agencia del paciente, se propone un trabajo basado en objetivos y estrategias de acción desde el reconocimiento de la propia enfermedad. Esta forma de trabajar aparece durante las sesiones y seguimiento de J, donde se ahondó en el conflicto, se reconoció la problemática y se establecieron objetivos de trabajo; fue respecto a estos mismos que J tomó decisiones personales y estrategias para

abordarlos. Decidió dormir en el suelo de su oficina, continuó el trabajo de polaridades en biodanza, decidió ausentarse de compromisos para poder descansar, y por último, dejó de tomar café cumpliendo completamente el objetivo que se había planteado.

Para esto creemos que fue fundamental una posición que no fuera punitiva respecto al seguimiento del cumplimiento de objetivos, dándole espacio a J para que llevara lo trabajado en sesión a un trabajo personal cotidiano y a su propio ritmo. Posiblemente, esto no hubiese sido así tomando una posición de control y/o autoridad directiva, que castigue la recaída, quiera erradicar el síntoma y que a la vez enjuicia al paciente sin tomar en cuenta el proceso que está viviendo.

Por su parte, es necesario destacar cómo observamos la ambivalencia como medio propicio para trabajar adherencia. Durante las sesiones se trató el cambio de hábitos respecto a las enfermedades crónicas del paciente, siendo el trabajo con la ambivalencia central para este aspecto. Observar la adherencia como un fenómeno donde habían dos voces en disputa permitió ahondar en el conflicto interno, y las técnicas como “la silla vacía” y el “mapa de polaridades” hicieron concreto y evidente ese conflicto de polaridades. En el caso particular de J, necesitaba estar siempre con energía para poder cumplir con las necesidades de otros, y esto le hacía consumir mucho café (problemático para su gastritis autoinmune) y no tener espacios de descanso. Poner sus ganas de descansar en diálogo con sus ganas de responder a necesidades externas fue crucial para poder integrarlas, tal como se señala en Engle y Arkowitz (2006):

“La aproximación gestalt también enfatiza la aceptación del terapeuta a los aspectos amenazantes de la experiencia del cliente, pero usa “experimentos” para ayudar al cliente a integrar estos aspectos en su auto-concepto...el propósito de estos experimentos (refiriéndose a técnicas gestalt como la silla vacía) es incrementar la consciencia, contactar con la discrepancia y resolverla.”(p.39)

Creemos que mirar la adherencia como la simple conducta de tomar los medicamentos o implementar cambios de hábitos, y ver la no adherencia como irresponsabilidad o rebeldía limita bastante observar el fenómeno. El diálogo de las voces internas en conflicto, por el

contrario, facilita la comprensión y propicia la integración de las partes, incrementando la consciencia respecto a la adherencia al tratamiento y el cuidado de la enfermedad.

Observar entonces la adherencia como un fenómeno de ambivalencia propicia la dinámica de escuchar tanto a la voz que adhiere como a la que no. para desde ahí generar pautas que produzcan mayor comodidad al paciente al realizar el cambio que requiere su salud.

En esa misma línea, consideramos relevante destacar la utilidad de abordar el proceso desde la perspectiva relacional de Yontef (2002) por dos razones fundamentales, la primera es comprender la vivencia del conflicto desde la voz del paciente, y segunda, conocer cómo se experimenta el campo en que se desenvuelve este experimentar. En este caso fue fundamental comprender el contexto en que surgía la necesidad de energía y por consiguiente este conflicto entre una voz que quiere descansar pero es rechazada y otra que busca estar siempre disponible para que la gente no lo deje.

Así mismo al abordar el problema de adherencia desde esta perspectiva debemos destacar lo relevante que se torna la comprensión del campo para pensar reflexionar la idea de que el bienestar no está directamente asociada a la enfermedad, sino más bien se puede ver influido por otras situaciones que subyacen la vida del paciente en este caso, por ejemplo, si bien se elimina la conducta dañina (tomar café) el bienestar reportado en las escalas arrojó información contradictoria, dado que Ryff y OQ-45 no presentan una mejoría en el bienestar general a diferencia del EER, a pesar de que fue en la sesión 7 (Día 76) que arrojó estos tres datos en conjunto.

Por último, respecto a las distintas reflexiones a propósito de la comprensión de salud que puede existir en la literatura actual. Podemos decir que a la luz de esta aplicación el comprender y acoger la voz del síntoma, no como algo a eliminar sino más bien algo que posee una intención positiva para el bienestar del paciente, permitió que se desplegaran incluso conductas de autocuidado. Esto es muy relevante dado que la construcción teórica de la propuesta que se presenta en este estudio nos plantea lo relevante y novedoso de la posibilidad sanadora de escuchar aquello que tras muchos años muchos han querido eliminar de raíz sin entrar en cuestionamientos respecto de su origen e intenciones.

4.4 Limitaciones de investigación

Respecto a las limitaciones propias de esta investigación es relevante mencionar la forma de recolección de datos, dado que ésta fue realizada frente al terapeuta, cuestión que pudo influir en las respuestas del paciente, generando un posible sesgo al momento de responder, pudiendo o no alterar algunos datos.

También el formato de llenado de fichas conllevaba los riesgos propios de estos insumos como pérdidas o daños de algunas, inclusive el propio desgaste del material, así mismo el manejo del paciente lo que pudo provocar pérdida de datos en estas fichas.

Así mismo debido a distintos problemas contextuales se debieron modificar la ubicación de ciertas sesiones lo que imposibilitó el procedimiento normal y se afectó la recolección del material audiovisual restringiendo este sólo al contenido audible o registro escrito de la sesión. Esto afecta en la manera de analizar los datos propios de esa sesión de manera similar al resto de las sesiones.

Tal como se mencionó previamente, puede ser complejo a la hora de investigar, trabajar con población no adherente. Al momento de seleccionar a un paciente con problemas de adherencia y proponerse hacer una investigación con él, la apuesta es alta, dado que en cualquier momento este puede desertar.

4.5 Implicancias clínicas y de investigación / proyecciones

A la luz de los resultados obtenidos y el desarrollo del proceso creemos que sería interesante pensar en futuros trabajos en esta línea. Entendemos que, como dice el dicho, una golondrina no hace verano, por lo que es de vital importancia seguir aplicando el modelo y aumentar la muestra, ya que nuestros resultados son de sólo una aplicación. Igualmente, estas nuevas aplicaciones podrían atender a las falencias reportadas en este escrito, corregir y repensar, para desde ahí no sólo aumentar la muestra, sino que nutrir el modelo. Y así poder generar resultados concretos respecto al modelo y visibilizar las temáticas que hemos propuesto en el desarrollo, como la comprensión del síntoma y la utilidad de nuevos paradigmas para entender la adherencia. Así mismo, creemos que el

modelo tiene un potencial de trabajo más allá de sólo enfermedades crónicas, por lo que sería interesante testear intervenciones de cambios de hábitos sin una enfermedad crónica a la base.

Un tema muy relevante es la posibilidad de desarrollar estos estudios con investigadores externos o ajenos al proceso mismo, evitando así el sesgo del terapeuta-observador, pudiendo generar resultados más objetivos y que abarquen muestras más grandes que sin duda es el objetivo mayor al que se podría apuntar.

También consideramos que sería plausible poder realizar talleres a terapeutas y profesionales de la salud, particularmente de salud primaria, para integrar algunos de los conceptos centrales de la intervención en su labor y, posiblemente, generar un cambio en la forma de intervenir con pacientes crónicos. No muy alejado de esto, consideramos la idea de generar aplicaciones grupales con pacientes, planteando el trabajo desde la aceptación, permitiendo que se escuche la voz del síntoma y su intención positiva, así como facilitar el diálogo entre sus partes en conflicto.

4.6 Reflexiones propias y palabras finales

Quisiéramos partir destacando lo novedoso de aplicar una propuesta interventiva breve y la utilidad de generar un trabajo organizado y focalizado que dé, a la vez, participación activa del paciente en su proceso y que así mismo promueva una visión del síntoma más permisiva y curiosa, facilitando que su escucha y despliegue produzcan una reflexión consciente en el paciente al momento de tomar una decisión en relación a la adherencia. Es por eso que consideramos necesario destacar la capacidad auto sanadora y el potencial de autocuidado que posee el paciente, quien pareciera ser capaz de desplegar sus propios recursos.

Esta experiencia nos mostró la importancia del trabajo con pacientes crónicos y fortaleció la relevancia de trabajar estas temáticas en salud primaria, entendiendo que la salud mental abarca mucho más que trastornos del ánimo o de la personalidad.

La nueva forma de comprender el síntoma y la enfermedad, integra la idea de que convivimos en un mundo con ambivalencias internas constantes, y la posibilidad de escuchar a la voz rechazada como posibilidad de resolución sana, es una enseñanza que reconocemos de este proceso. Igualmente destacamos entender la ambivalencia y el conflicto interno como parte de la cotidianeidad de las personas, pudiendo reflexionar incluso respecto a nuestros propios conflictos y qué voces estarían involucradas.

Referencias

- Ajzen, I. (1985). "From intentions to actions: A theory of planned behavior". En *Action-control: From cognition to behavior*, Editado por: Kuhl, J and Beckman, J., pp. 11–39. Heidelberg: Springer.
- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall
- Battle, C., Imber, S., HoehnSaric, R., Stone, A., Nash, E., & Frank, J.(1966). Target complaints as criteria of improvement. *American Journal of Psychotherapy*, 20, pp.184-192.
- Borckardt, J. J., Nash, M. R., Murphy, M. D., Moore, M., Shaw, D., & O'Neil, P. (2008). Clinical practice as natural laboratory for psychotherapy research: A guide to case-based time-series analysis. *American Psychologist*, 63(2), 77-95.
<http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.63.2.77>
- Bosworth, H.B., Olsen, M.K., Dudley, T., Orr, M., Goldstein, M.K., Datta, S.K., McCant, F., Gentry, P., Simel, D.L., Oddone, E.Z. (2009) Patient education and provider decision support to control blood pressure in primary care: a cluster randomized trial. *American Heart Journal*;157, pp.450–456. doi: 10.1016/j.ahj.2008.11.003.
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., et al. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *Clinical Psychologist*, 51(1), pp.3–16.
- Christensen, A.J. (2000) Not all patients want to participate in decision making. A national study of public preferences. *Psychosomatic Medicine*, 62(3), pp. 435-443.
- Clear, J. (2019) *Atomic Habits: An Easy & Proven Way to Build Good Habits & Break Bad Ones*. Random House Business, New York.

- Crane, D. R. (1985). Single-Case Experimental Designs in Family Therapy Research: Limitations and Considerations. *Family Process*, 24(1), pp.69–77.
- Creer, T., Holroyd, K. (2006). Self-management of chronic conditions: The legacy of Sir William Osler. *Chronic illness*. 2. 7-14. 10.1179/174592006X93824.
- Dallery, J., Cassidy, R.N., Raiff, B.R.(2013) Single-Case Experimental Designs to Evaluate Novel Technology-Based Health Interventions, *Journal of Medical Internet Research*, 15(2):e22
- De Block, D.E., De Leeuw, I.H., Van Gaal, L.F. (2008) Autoimmune gastritis in type 1 diabetes: a clinically oriented review. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 93(2), pp. 363-371.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., van Dierendonck, D. (2006) Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff, *Psicothema*. Vol 18, N°3. pp.572-577
- Dilts, R. (2003) *Coach to Awakener*, Meta Publications, Capitola, CA.
- Ecker, B. y Hulley, L. (1996). *Depth-Oriented brief therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Engle, D., Arkowitz, H. (2006) *Ambivalence in Psychotherapy, Facilitating readiness to change*. The Guilford press, New York. London
- García, A., Leiva, F., Martos, F., García, A.J., Prados, D., Sánchez.F., (2000). ¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria? *Medicina de Familia (And)*. 2000; (1):13-19.
- Haynes R. (1979) Introducción. En: *Compliance in health care*, Editado por: Haynes R.B., Taylor D.W., Sackett D.L., pp. 1-7, Baltimore: John Hopkins University Press.
- Hermans, H.J.M. (1996). Opposites in a dialogical self: Constructs as characters. *Journal of Constructivist Psychology*, 9, pp.1–26.

- Hermans, H.J.M., Kempen, H., & van Loon, R.J.P. (1992). The dialogical self: Beyond individualism and rationalism. *American Psychologist*, 47, pp.23–33.
- Herrera, P. (2013) *Cooperation and resistance toward medical treatment in hypertensive patients who require lifestyle changes. Exploration of patient's schemas and personal constructs* (Tesis doctoral). Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
- Herrera, P. (n.d) Modelo Gestalt para la adherencia al tratamiento médico en pacientes con enfermedades crónicas.
- Herrera, P., Moncada, L., Defey, D. (2016). Understanding Non-Adherence From the Inside: Hypertensive Patients' Motivations for Adhering and Not Adhering. *Qualitative health research*, 27(7), pp.1023-1034.
- Herrera, P., Moncada, L., Morandé. M., Escobar, C. (2016) *¿Por qué los pacientes no adhieren al tratamiento médico? Aporte desde la investigación en psicoterapia al estudio de la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas*. Facultad de ciencias sociales. Universidad Católica de Chile.
- Honos-Webb, L., & Stiles, W. B. (1998). Reformulation of assimilation analysis in terms of voices. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 35(1), pp.23-33.
- Johnson, B (1992) *Polarity Management: Identifying and Managing Unsolvable Problems*. Amherst, HRD Press.
- Jones, E. E., Ghannam, J., Nigg, J. T., & Dyer, J. F. (1993). A paradigm for single-case research: the time series study of a long-term psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 381–394.
- Lambert, M.J., Hansen, N.B., Umppress, V., Lunnen, K., Okiishi, J., Burlingame, G.M. (2002) *Administration and scoring manual for the OQ 45.2*. Stevenson MD: American professional credentialing services, LLC.

- Levinson, W., Kao, A., Kuby, A., Thisted, R.A., (2005) Not all patients want to participate in decision making. A national study of public preferences., *Journal of general internal medicine*, 20(6), pp. 531-535
- Martín Alfonso, Libertad. (2006). Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(3)
- Mayo Clinic (2018). Gastritis, Diagnóstico y tratamiento. Recuperado el 12 de septiembre de 2019:
<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/gastritis/diagnosis-treatment/dr-c-20355813>
- Oliveira, J.T., Gonçalves, M.M., Braga, C., Ribeiro, A.P. (2016). Cómo lidiar con la ambivalencia en psicoterapia: Un modelo conceptual para la formulación de caso. *Revista de psicoterapia*, Vol.27, 104, pp. 83-100.
- Organización Mundial de la Salud (2003). La OMS alerta del bajo seguimiento de los tratamientos por parte de pacientes con enfermedades crónicas. Madrid: Ediciones Doyma
- Organización Mundial de la Salud (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción. Ginebra: Organización Panamericana de la Salud.
- Palma, F. (2015, Septiembre 14) Enfermedades crónicas son la causa de más de la mitad de las muertes que se producen anualmente en Chile. *Entrevista a Dr Sergio Lavandero*. Recuperado el 10 de diciembre de 2017:
<http://www.uchile.cl/noticias/115176/mas-de-la-mitad-de-las-muertes-en-chile-es-por-enfermedades-cronicas>
- Prochaska J, DiClemente C. (1984) *The transtheoretical approach*. New York: Dow Jones; 1984.

- Ray, D. C., & Schottelkorb, A. A. (2010). Single-case design: A primer for play therapists. *International Journal of Play Therapy*, 19(1), 39–53.
<http://doi.org/10.1037/a0017725>.
- Rogers, R.W. (1975) A Protection Motivation Theory of Fear Appeals and Attitude Change, *The Journal of Psychology*, Vol. 91:1, pp. 93-114
- Rosentock, I. (1974) The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*. Vol.2, 4. pp. 354-386
- Rowan, J. (2009) *Personification: Using the dialogical self in psychotherapy and counselling*. Oxfordshire, Routledge: Francis and Taylor Group.
- Sackett DL., Haynes B. (1976). *Compliance with Therapeutic Regimens*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Salamanca, A., Giraldo, C. (2012) Modelos cognitivos y cognitivos sociales en la prevención en prevención y promoción de la salud. *Revista Vanguardia Psicológica*. Vol. II(2), pp. 185-202.
- Schnake, A. (2003) *Sonia te envió los cuadernos cafe; Apuntes de terapia Gestaltica*. Santiago: Cuatro Vientos.
- Smith, J. D. (2012). Single-case experimental designs: A systematic review of published research and current standards. *Psychological Methods*, 17(4), 510–550.
<http://doi.org/10.1037/a0029312>.
- Taylor, C. B., Agras, S., Schneider, J. A. y Allen, R. A. (1983). Adherence to instructions to practice relaxation exercises. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(6), pp. 940–941.
- Valdivia, M. (2011). Gastritis y gastropatías. *Revista de Gastroenterología del Perú*. Vol.31, 1, pp. 38-48.

Yontef, G. (1995). *Proceso y diálogo en psicoterapia gestáltica*. Santiago, Chile: Cuatro Vientos.

Yontef, G. (2002) The relational attitude in gestalt therapy theory and practice.
International Gestalt Journal. Vol 25/1, pp. 15-34.

Anexos

Objetivos y Tareas

Pregunta de investigación

¿Cuáles fueron los mecanismos de cambio observados y los resultados obtenidos tras la aplicación del modelo de trabajo con el conflicto interno en la adherencia al tratamiento de un paciente con enfermedad crónica?

Objetivo General: Describir los mecanismos de cambio observados y resultados finales de la aplicación del modelo de intervención breve con el conflicto interno para pacientes con enfermedad crónica.

Objetivos Específicos y Tareas:

- 1. Reportar los resultados obtenidos durante la aplicación del modelo**
 - Revisar indicadores pre-post intervención (OQ, Ryff, EER, EES)
 - Revisar tablas de desarrollo por cada TC.
 - Observar evolución y seguimiento de objetivos co construidos.
- 2. Identificar y describir los momentos de cambio que hubo en el transcurso de la aplicación**
 - Contrastar datos cuantitativos con momentos en que el paciente reportó un cambio.
- 3. Describir intervenciones relevantes durante el trabajo con el paciente que ayudaron a la adherencia al modelo y a su cambio de hábitos**
 - Identificar las distintas intervenciones que se realizaron durante la aplicación
 - Contrastar los cambios en los datos cuantitativos con las intervenciones realizadas.
 - Identificar intervenciones significativas para el paciente.
 - Describir la interacción terapéutica durante las intervenciones significativas
- 4. Explorar la influencia del trabajo con el conflicto interno y su impacto en el cambio de hábitos del paciente.**

- Identificar los distintos momentos de la intervención en que se detectó un cambio.
 - Observar si el trabajo con el conflicto interno puede explicar los momentos de cambio descritos previamente.
 - Plantear una hipótesis sobre el rol del trabajo con el conflicto interno en el proceso de cambio del paciente.
- 5. Proponer un modelo comprensivo de factores facilitadores y obstaculizadores para el proceso de cambio del paciente.**
- Revisar los indicadores cuantitativos y cualitativos sobre momentos de cambio.
 - Revisar las intervenciones terapéuticas que permiten explicar el proceso de cambio.
 - Identificar elementos de la intervención que parecen obstaculizar o no contribuir al proceso de cambio.
 - Plantear un modelo comprensivo para entender el proceso de cambio del paciente.
- 6. Señalar factores facilitadores y obstaculizadores para la aplicación del modelo**
- Observar el modelo, su aplicación e identificar los distintos elementos de este que pudieron facilitar u obstaculizar su ejecución.
 - Observar el proceso de cambio e identificar los distintos elementos del modelo que pudieron facilitar u obstaculizar.

Problemas a Trabajar en Psicoterapia

Formulario de Seguimiento Diario

** Este formulario se completa cada día de la semana la semana y se devuelve al terapeuta en la sesión siguiente.*

Registrar:

Nombre del paciente:

Nombre del terapeuta:

Fecha actual:

Instrucciones:

Para evaluar cada problema, considere cuánto éste le ha molestado durante el día, no sólo en el momento en que responde el cuestionario.

Escala:

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
Nada Poco Bastante Al Máximo

Problemas Elegidos para Trabajar:

Anote acá los problemas que ha elegido al inicio del proceso

Problema 1: *Necesito tomar café para trabajar*

Problema 2: *Necesito beber alcohol cuando estoy con mis amigos*

Problema 3: *Tengo problemas para dormir*

Item General: *¿Cuán esperanzado(a) me siento hoy con el proceso?*

Fecha	Problema 1	Problema 2	Problema 3	Item General

Seguimiento de Objetivos y Dificultades

Formulario de Seguimiento Diario

Objetivo 1 (concreto y específico):	Descansar cuando manifieste cansancio
Objetivo 2 (concreto y específico, opcional):	No tomar café
Sentido o Propósito para hacer esto:	Equilibrio espiritual energético
Otros valores y necesidades que también debo tener en cuenta: (incluir voz pro síntoma)	-Juntarse con amigos -Tener juntas con sentido

Observaciones: Antes de llenar, tachar días en que no se planea cumplir objetivo. Alternativas:

= Logré cumplir el objetivo hoy

= No logré cumplir el objetivo ni lo intenté

= No se dio la posibilidad de intentarlo (ej por una urgencia, enfermedad, etc)

= Lo intenté y no lo logré

	L	M	Mi	J	V	S	D
Cumplimiento Objetivo 1							
Grado dificultad o esfuerzo requerido (1-10)							
Cumplimiento Objetivo 2							
Grado dificultad o esfuerzo (1 min – 10 máximo)							

Emociones y pensamientos en caso de recaídas u olvidos:

--

Otras observaciones y aprendizajes para discutir en próxima sesión:

--

Escala de Evaluación de Resultados (EER)

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____

Sesión N.º _____ Fecha _____

Por favor, indique quién cumplimenta este formulario: Usted ____ Otra persona ____

Si no es usted, ¿cuál es su relación con esta persona? _____

Piense en esta última semana, incluido el día de hoy, y díganos cómo se ha sentido en las siguientes áreas de su vida. Las marcas a la izquierda indicarán niveles bajos. Las marcas a la derecha indicarán niveles altos. *Si usted cumplimenta este formulario a otra persona, por favor, hágalo desde el punto de vista de él (o ella).*

Individualmente (Bienestar personal)

I-----I

Con otras personas (Familia, relaciones próximas)

I-----I

En lo social (Trabajo, colegio, amistades)

I-----I

En general (Sensación general de bienestar)

I-----I

International Center for Clinical Excellence
www.scottdmiller.com

© 2000, Scott D. Miller and Barry L. Duncan

Traducción española del Dr. Nelson Andrade González
nelson.andrade@edu.uah.es

2013

Escala de Evaluación de la Sesión (EES)

Nombre _____	Edad _____	Sexo _____
Sesión N.º _____	Fecha: _____	

Por favor, díganos cómo ha ido la sesión de hoy poniendo una marca en las líneas de abajo que indique lo mejor posible cómo se ha sentido

Relación con el terapeuta

No me he sentido escuchado, comprendido ni respetado

I-----I

Me he sentido escuchado, comprendido y respetado

Objetivos y temas

No hemos trabajado o hablado acerca de lo que yo quería trabajar o hablar

I-----I

Hemos trabajado o hablado acerca de lo que yo quería trabajar o hablar

Enfoque o método

El enfoque del terapeuta no encaja conmigo

I-----I

El enfoque del terapeuta encaja conmigo

En general

Ha faltado algo en la sesión de hoy

I-----I

En general, la sesión de hoy ha sido buena para mí

International Center for Clinical Excellence

www.scottdmiller.com

© 2000, Scott D. Miller and Barry L. Duncan

Traducción española del Dr. Nelson Andrade González

nelson.andrade@edu.uah.es

2013

Informativo y documento de Consentimiento Informado

Estudio de caso sobre la aplicación de modelo de intervención psicoterapéutica breve para pacientes que buscan modificar y/o adquirir hábitos.

1. Información

Ha sido invitado(a) a participar en una intervención psicoterapéutica breve, focalizada en ayudarlo(a) en su manejo de los cambios de hábitos y estilo de vida. En estas hojas primero le contamos de qué se trata este estudio y cómo sería su participación. Para decidir si participar o no en esta investigación, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro:

¿De qué se trata el estudio?

Es un estudio sobre la dificultad para adquirir nuevo hábitos y mantenerlos en el tiempo, a partir de la aplicación de un modelo psicoterapéutico breve, basado en la psicoterapia Gestalt y Sistémica. Esta investigación implica aplicar la intervención y evaluar detalladamente sus resultados, así como datos sobre el proceso psicoterapéutico.

¿Quién es el responsable del estudio?

La investigador principal y responsable directo del presente estudio de caso es Byron Cárdenas (Byron.cardenas@ug.uchile.cl). El investigador a cargo del diseño y coordinación general del estudio es el Dr. Pablo Herrera Salinas (paherres@uchile.cl), docente del departamento de psicología de la Universidad de Chile.

¿Qué es lo que este estudio espera lograr?

El objetivo general es investigar la eficacia del modelo de intervención al ser aplicado a pacientes que quieran mejorar su adherencia a cambios de hábitos autoimpuestos para mejorar la calidad de vida, y profundizar la comprensión del proceso de cambio a partir de la aplicación de éste a dichos pacientes. De

esta manera, esperamos contribuir a la comprensión de este modelo de psicoterapia, mejorar sus resultados y realizar un aporte al área de la salud.

¿Cuáles son mis responsabilidades si decido participar?

- Participar en el proceso psicoterapéutico por un mínimo de 4 sesiones.
- Completar un cuestionario antes del inicio de la aplicación del modelo psicoterapéutico, con el objetivo de evaluar los problemas principales que quiero abordar durante el proceso.
- Completar cada día un pequeño formulario sobre estos problemas principales, evaluando qué tan presentes han sido para mí ese día (tomará 1 a 2 minutos por día). En cada sesión, entregar estos formularios al terapeuta.
- Antes de cada sesión, recibir y entregar un test semanal a su terapeuta, quien lo guardará con un código para resguardar la confidencialidad.
- Después de cada sesión, responder una breve encuesta de evaluación de la sesión.
- Luego del final del proceso hacer otra sesión de evaluación de los resultados de la terapia.
- Estar dispuesto a que las sesiones sean grabadas para su posterior análisis en profundidad. Este análisis será realizado por el mismo terapeuta del caso, en conjunto con un equipo de investigación de no más de 5 personas, dirigido por el Dr. Pablo Herrera Salinas.
- Estar dispuesto a que el equipo de investigación use los mismos datos, de forma confidencial y anónima, para la realización de publicaciones sobre este mismo modelo.

¿Puedo esperar algún beneficio de participar en el estudio?

El principal beneficio que los participantes pueden esperar es ayuda en el cómo manejar su condición crónica, así como los cambios de hábitos y estilo de vida asociados a su tratamiento o intención.

Además, participar del estudio es una oportunidad para estar activamente involucrado con la búsqueda de soluciones para el problema por el cual acude. Según numerosos estudios, este es uno de los factores que más ayuda a que el resultado de la terapia sea positivo.

¿Hay algún riesgo asociado a participar en el estudio?

Además del compromiso de tiempo que significa participar en el estudio, no hay otros riesgos asociados. Sin embargo, se ha estudiado que un 5-10% de los pacientes que asisten a psicoterapia tienen resultados negativos del proceso. El participar en este estudio reduce ese riesgo, pero no lo elimina.

¿Estoy obligado a participar si quiero atención psicoterapéutica?

No. La participación es totalmente voluntaria. Ud. tiene la libertad de contestar las preguntas que desee, como también de detener tu participación en cualquier momento que lo desee. Esto no implicará ningún perjuicio para Ud.

¿Cómo será protegida la confidencialidad?

Todas sus opiniones serán confidenciales, y mantenidas en estricta reserva. En las presentaciones y publicaciones de esta investigación, su nombre no aparecerá asociado a ninguna opinión particular. Existen varias medidas a tomar para proteger la confidencialidad de los participantes:

- El nombre y la información personal del participante jamás será revelada a nadie más que al terapeuta.
- En la base de datos donde toda la información será recopilada, usaremos códigos anónimos en vez de información personal para referirnos a los pacientes.
- Si el participante quiere retirar su participación del estudio, este puede hacerlo en cualquier momento, sin la necesidad de detener el proceso de la terapia.
- Cada sesión será grabada en audio y video para su análisis en profundidad. Estas grabaciones jamás serán mostradas a nadie fuera del equipo de investigación.
- Los resultados del estudio serán publicados en una revista científica, protegiendo la confidencialidad del participante y nunca revelando los nombres o cualquier tipo de información que permita identificación personal.

¿Puedo conocer los resultados de esta investigación?

Sí. Sólo debe contactarse con Byron Cárdenas (Byron.cardenas@ug.uchile.cl) para conocerlos.

¿Qué necesito hacer si tengo más preguntas?

Si Ud. Tiene preguntas respecto al estudio, puede contactarse con Byron Cárdenas al correo Byron.cardenas@ug.uchile.cl o con el Dr. Pablo Herrera Salinas, encargado de investigación del Centro de Psicoterapia Gestalt y docente del departamento de Psicología de la Universidad de Chile, al correo electrónico paherres@uchile.cl.

2. Formulario de Consentimiento Informado

Yo,,
acepto participar en el estudio “Aplicación de un modelo de intervención
psicoterapéutica breve para pacientes que busquen adquirir y mantener nuevos
hábitos”.

Declaro que he leído (o se me ha leído) y (he) comprendido, las condiciones
de mi participación en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer
preguntas y estas han sido respondidas. No tengo dudas al respecto.

Firma Participante

Firma Investigador/a Principal

Lugar y Fecha: _____

2. Formulario de Consentimiento Informado

Yo,,
acepto participar en el estudio “Aplicación de un modelo de intervención
psicoterapéutica breve para pacientes que busquen adquirir y mantener nuevos
hábitos”.

Declaro que he leído (o se me ha leído) y (he) comprendido, las condiciones
de mi participación en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer
preguntas y estas han sido respondidas. No tengo dudas al respecto.

Firma Participante

Firma Investigador/a Principal

Lugar y Fecha: _____

Este documento se firma en dos ejemplares, quedando una copia en cada
parte.