



## PSICOTERAPIA DEL AUTOENGAÑO.

(Self- deception psychotherapy.)

**Carlos Sirvent (1); Cruz Rivas (2); Clara Fernández (3); Pilar Blanco (4); Leandro Palacios (5); Raquel Delgado.**

(1) Psiquiatra, Fundación Instituto Spiral, Madrid

(2) Psicóloga, centro terapéutico femenino, Fundación Instituto Spiral Oviedo

(3) Psicólogo; Fundación Instituto Spiral, Madrid.

(4) Médico psicoterapeuta. Fundación Instituto Spiral, Madrid

(5) Profesora d Psicología Social. Universidad de Oviedo

**PALABRAS CLAVE:** Autoengaño, Psicoterapia, Tratamiento, Trastorno mental, Inventario.

**KEYWORDS:** Self-deception, Psychotherapy, Treatment, Mental disorder, Inventory.

### RESUMEN:

El autoengaño patológico está presente en buen número de procesos. A título de ejemplo citaremos los siguientes trastornos mentales incluidos en la clasificación CIE 10: adaptativos, somatomorfos, disociativos, de la conducta alimentaria facticios, de la personalidad, adicciones, simulación, trastornos de estado de ánimo, incumplimiento terapéutico, duelo, problemas de identidad, biográficos, etc. En general es patrimonio del mundo de las neurosis aunque se presenta con frecuencia en psicosis, sobre todo las de tipo paranoide (incluyendo esquizofrenias) dañando la parte conservada de conexión con el mundo real.

Se propone el abordaje psicoterapéutico del autoengaño en torno a tres ejes complementarios: evaluativo, didáctico y técnico

- Para el eje evaluativo empleamos el inventario de autoengaño y mixtificación (Sirvent, 2007) que nos proporciona 4 dimensiones y 12 componentes todas ellas operativas terapéuticamente

- El eje didáctico lo concretamos en la denominada espina de Ishikawa que sirve para sustanciar los elementos de autoengaño versus conciencia del problema, para neutralizar lo equívoco y reforzar lo certero (y saludable al mismo tiempo)

- Finalmente el eje técnico se implementó aplicando técnicas basadas en dos modelos: de un lado el integrador, que utiliza elementos transteóricos procedentes de diferentes escuelas y autores como Norcross, Malan, Beitman, etc., y -por otro- estrategias de orden sistémico-psicodramático (Cancrini, Sluzki, Selvini, Moreno, Población y otros).

- Finalmente se exponen detalladamente dos casos paradigmáticos a los que se les aplicaron las estrategias antes referidas en las siguientes fases: 1) definir las características del problema. 2) Escribir el problema y dibujar la espina principal. 3) Identificar entre 3 y 5 categorías que ocasionan la aparición del problema y dibujar una gran espina para cada una. Ej.: relaciones familiares, falta de renuncias, relaciones de pareja, maquinaciones, consumir drogas diferentes. 4) Identificar las posibles causas de cada categoría (se puede utilizar por ej. la tormenta de ideas). Una causa puede estar en más de una espina. 5) Subdividir cada categoría principal en secundaria, esta en terciaria y así hasta dar con unidades elementales que sean subsidiarias de resolver a corto plazo. 6) Contraponer a cada categoría y subcategoría una compensación antagónica de signo positivo. 7) Según se van superando procesos de autoengaño se reelaboran nuevas espinas adecuadas a la situación evolutiva del sujeto, precedida de un control IAM (inventario de autoengaño y mixtificación) para verificar avances y cotejar estancamientos.

La utilidad de este método reside en que determina factores involucrados en un problema, se puede aplicar en múltiples ámbitos, no es cuantitativo pero aporta datos objetivos y se puede utilizar para analizar causas o soluciones.

## **Abstract**

The self-deception pathological is present in good number of mental disorders. As an example the following some disorders: adaptive, somatomorfos, dissociativos, the conduct facticios food, of the personality addictions, simulation, disorders of mood, breach therapeutic, mourning, problems of identity, biographical, etc.. In general is the heritage of the world of neuroses while presented frequently in psychosis, especially of paranoid type (including schizophrenia) damaging the preserved part of connection with the real world

And-which is more serious-setting up and abusers who had carried out programmes of long duration. (Not explained the reasons for extensive in this summary although consist in the final work).

This find allows us secure that the approach of this phenomenon is essential to prevent relapses.

It proposes the boarding the residential self-deception around three axes complementary: evaluative, educational and technical-For the axis evaluative we employ the inventory of Self - Deception and Mixtificación (Sirvent, 2007) that gives us 4 dimensions and 12 components and all of them operational therapeutically. The axis didactic what we in the so-called thorn of Ishikawa that serves to substantiate the elements of self-deception versus awareness, to neutralize what misleading and which serves to substantiate the elements of Delusion versus awareness, to neutralize what unclear-- and reinforce what accurate (and healthy at the same time)-Finally the technical axis was implemented applying techniques based on two models: on one side the integrator, which uses elements transteóricos from different schools and authors as Norcross, Malan, Beitman, etc. and-by another-strategies of order-systemic psicodramático (Cancrini, Sluzki, Selvini, Moreno, Población et als).

Finally details three cases paradigmatic to which was applied strategies before mentioned in the

following stages: 1) defining characteristics of the problem. 2) Write the problem and draw the thorn main. 3) Identify between 3 and 5 categories that caused the emergence of the problem and draw a great thorn for each. Example: family relationships, lack of resignations, relationships, machinations, drug consumption different. 4) Identify possible causes of each category (can be used e.g. the storm of ideas). One reason may be in more than a thorn. 5) Subdivide each main category in secondary, this in tertiary and so give with elementary units that are subsidiaries of resolve to short term. 6) Set off to each category and subcategory compensation antagonistic to positive sign. 7) As processes are recovering Delusion reelaboran new thorns appropriate to the evolving situation of the subject, preceded by a control IAM (inventory of Self-Deception and Mixtificación) to verify progress and collate deadlocks

The usefulness of this method lies in that determines factors involved in a problem, can be applied in many areas, but not is quantitative targets and provides data can be used to analyse causes or solutions.

### **Importancia del autoengaño en salud mental**

El autoengaño no es en sí mismo patológico. ¿Quién se atrevería a asegurar que carece de autoengaño? Todos tenemos un nivel más o menos elevado, "fisiológico" podría decirse, de autoengaño sustanciado en forma de ilusión, fantasía o natural fabulación que empleamos en el día a día para interrelacionarnos. A dicho respecto Clément Rosset decía: "Vivimos constantemente apartándonos de lo real, huyendo de la verdad. Quizá vemos lo que existe pero rechazamos lo que significa. El atractivo del autoengaño es su diferencia de la ignorancia. Nada más frágil que la facultad humana de admitir la realidad, de aceptar sin reservas la imperiosa prerrogativa de lo real".

El autoengaño al que nos referiremos de ahora en adelante es el que denominamos autoengaño patológico, esto es, aquel que viene cualificado por la incapacidad para apercebirse de los efectos negativos del propio comportamiento. O que -aún apercebiéndose y siendo consciente del problema- no adopte o no quiera adoptar soluciones o espera que estas vengan desde fuera. En definitiva, aplicamos el criterio a "quien no se da cuenta de algo o -lo que es todavía peor- se da cuenta y no intenta solucionar el problema".

Muchos sujetos viven instalados en el autoengaño sin que éste le suponga un problema relevante. Pero un paciente, es decir -un sujeto que sufre en relación con su autoengaño- no puede permitirse el lujo de mantenerlo porque, o no sanará nunca, o recaerá sin siquiera darse cuenta. Necesariamente el afectado tiene que terminar un tratamiento con ideas claras a este respecto y, si recidiva, que por lo menos sepa el por-qué sin confusiones. En cualquier caso, siempre es preferible que el sujeto elimine elementos de autoengaño.

El autoengaño patológico está presente en buen número de procesos, sobre todo aquellos que son susceptibles de recaer, es decir, un curso episódico, y no tienen naturaleza psicótica ni endógena (salvo la abajo citada). Por lo común contendrían alteraciones neuróticas y las siguientes nosologías de la clasificación CIE 10: trastornos adaptativos, somatomorfos, disociativos, de la conducta alimentaria facticios, de la personalidad, adicciones, simulación, trastornos de estado de ánimo, incumplimiento terapéutico, duelo, problemas de identidad, biográficos, etc. En definitiva -y como se ha referido- es patrimonio del mundo de las neurosis aunque se presenta en cierto tipo de psicosis, sobre todo las de tipo paranoide (incluyendo esquizofrenias) dañando la parte conservada de conexión con el mundo real. (Ver cuadro 1)

En el ámbito de las adicciones, el autoengaño es uno de los más importantes factores de recaída.

Datos de Cummings, Marlatt y Gordon (1994) estiman que un 68 % de adictos que recibieron tratamiento recayeron bajo la influencia directa e indirecta del autoengaño. Y -lo que es más grave- se erigía en principal causa de recaída (un 51%) de drogodependientes que habían realizado programas de larga duración. Este hallazgo nos permite asegurar que el abordaje de este fenómeno es imprescindible para prevenir recaídas.

- Trastornos adaptativos
- Trastornos somatomorfos
- Trastornos disociativos,
- Trastornos de la conducta alimentaria
- Trastornos facticios
- Trastornos de la personalidad,
- Adicciones,
- Simulación
- Trastornos del estado de ánimo
- Incumplimiento terapéutico
- Duelo
- Problemas de identidad
- Trastornos biográficos
- Ciertos trastornos psicóticos en la vertiente "conservada" de conexión con la realidad

### **Psicoterapia del autoengaño**

Se suele decir que el acto evaluatorio (historia clínica, aplicación de protocolos, entrevista de anamnesis, etc.) representa por sí mismo un primer paso terapéutico. En pocas ocasiones como en la actual queda demostrada dicha aseveración, ya que la psicoterapia del autoengaño se apoya decididamente en una permanente evaluación que alerta sobre desviaciones subjetivas. De otro modo ¿cómo podría saber el sujeto autoengañado si realmente progresa si no es a través de la objetivación externa? La evaluación y el registro cotejado progresivo son elementos cruciales en la psicoterapia del autoengaño.

La mejor evaluación siempre es la que se realiza paulatinamente a lo largo del proceso terapéutico, calibrando la distancia entre expresiones, manifestaciones y actuaciones. Si se trabaja en grupos, éstos son un inmejorable instrumento de conocimiento y objetivación que además sirve para neutralizar elementos de autoengaño difíciles de modificar desde la distancia interpersonal.

Ingredientes como la gradación de objetivos y estrategias son esenciales, ya que el autoengaño requiere su descomposición minuciosa en detalles elementales, siempre en un marco terapéutico de plena abstinencia (o programa de contención) porque el comportamiento de consumo daña severamente la intervención.

Por su propia naturaleza es difícil de abordar el autoengaño si no se dispone de instrumentos que faciliten la labor "objetivando el autoengaño" y descomponiéndolo en unidades elementales funcionales y ejecutables mediante psicoterapia minimizando el riesgo de trabajar sobre ilusiones improductivas. Dos son los elementos de trabajo que aplicaremos para neutralizar el autoengaño patológico: el Inventario de autoengaño y mixtificación (IAM) (© Sirvent, 2007) y la espina de Ishikawa.

El inventario de autoengaño IAM (ver cuadro 2) consta de 50 ítems que proporcionan resultados en una escala general, cuatro dimensiones y doce componentes. Resulta un utilísimo instrumento para diseccionar la naturaleza y peculiaridad del autoengaño, sirviendo para detectarlo y concentrar los esfuerzos psicoterapéutico en aquellas dimensiones y componentes más desestructurados o alterados.

**INVENTARIO DE AUTOENGAÑO Y MISTIFICACIÓN (IAM)**  
(© Sirvent, 2007)

**ESCALA GENERAL**

1. VALORACIÓN GENERAL DEL AUTOENGAÑO Y LA MIXTIFICACIÓN

2. DIMENSIONES

3. AUTOENGAÑO

4. MANIPULACION

5. MECANISMOS NEGACIÓN

6. MIXTIFICACIÓN

7. COMPONENTES

8. Insinceridad, engaño y tendencia a mentir

9. Personalidad opaca

10. Personalidad egoísta

11. Rechazo, ofuscamiento

12. Amnesia selectiva, reiteración, insensibilidad de la atención, evitar asociaciones

13. Proyección

14. Pensamiento fantaseado

15. Distorsión (auto)perceptiva

16. Registro interesado de la realidad

17. Engaño como forma de vida, apragmatismo

18. Coraza defensiva, rigidez mental, desconfianza, misantropía

19. Falsa apariencia, deseabilidad social

La espina de pescado de Ishikawa es un ingenio didáctico que sirve para sistematizar y contemplar globalmente tanto el perfil de autoengaño de cada sujeto como el plan de trabajo a implementar. En el cuadro 3 y en los diagramas de los casos clínicos podemos comprobarlo.

**Fases:**

1. Definir las características del problema
2. Escribir el problema y dibujar la espina principal
3. Identificar las 3,4, 5 categorías que ocasionan la aparición del problema y dibujar una gran espina para cada una. Ej.: relaciones familiares, falta de renuncias, relaciones de pareja, maquinaciones, consumir drogas diferentes
4. Identificar las posibles causas de cada categoría (*se puede utilizar por ej. la tormenta de ideas*). Una causa puede estar en más de una espina
5. Subdividir cada categoría principal en secundaria, esta en terciaria y así hasta dar con unidades elementales que sean subsidiarias de resolver a corto plazo
6. Contraponer a cada categoría y subcategoría una compensación antagónica de signo positivo
7. Según se van superando procesos de autoengaño se reelaboran nueva espinas adecuadas a la situación evolutiva del sujeto, precedida de un control IAM (inventario de autoengaño y mixtificación) para verificar avances y cotejar estancamientos

**Utilidad:**

1. Determina factores involucrados en un problema
2. Se puede aplicar en múltiples ámbitos
3. No es cuantitativo pero aporta datos objetivos
4. Se puede utilizar para analizar causas o soluciones

El plan de actuación sobre el autoengaño patológico se organiza en ciclos estratégicos que culminan en reevaluaciones en las que se cambian (o mantienen) las medidas terapéuticas (Ver cuadro 4). Cada ciclo tiene una primera parte evaluativa multifrontal y una segunda en la que se elaboran las estrategias terapéuticas propiamente dichas. Consideraremos como anamnesis toda recogida de datos proveniente tanto del paciente como de sus allegados, entresacando la información más relevante. Viene luego la aplicación del inventario de autoengaño y mixtificación (IAM) (©Sirvent 2007) (Ver cuadro 2). Si se trabaja en psicoterapia grupal podemos obtener valiosos datos merced a la valoración que efectúen los compañeros en actividad psicoterapéutica desprovista de inculpación. Recordemos lo importante que es para el sujeto y sus compañeros el clima terapéutico. Completaremos estos datos con la autoevaluación del propio sujeto en torno al autoengaño, a la naturaleza de sus recaídas y la posible influencia del autoengaño en las mismas y a cuantos aspectos se consideren relevantes. Finalmente completaremos esta primera parte con la ordenación por orden de importancia nosológica de las variables del autoengaño encontradas a través de toda la evaluación multifrontal.

En definitiva, primero hay que definir minuciosamente las características del problema, dibujando una espina principal para luego identificar las categorías principales añadiendo una espina por cada sucesiva inferencia lógica y directa hasta llegar a espinas finales que puedan ser abordadas con visos de resolución. Por ejemplo, si existe autoengaño en el los ámbitos relacional, de consumo, familiar, etc., se procuraría que cada respectivo ámbito formara una espina independiente.

Identificaríamos las derivaciones de cada categoría, es decir, las subdividiríamos en otras pequeñas, porque la única forma de desmontar el autoengaño es descomponiéndolo, no en una sesión ni en dos sino a lo largo del tiempo en subunidades mínimas hasta que -por fin- lleguemos a una unidad elemental que posibilitará un trabajo eficaz sobre el autoengaño.

Según se van superando procesos de autoengaño se reelaboran nuevas espinas adecuadas a la situación evolutiva del sujeto, de manera que se ajusten objetivos y estrategias a las sucesivas etapas de tratamiento. En general bastan con tres espinas en un proceso terapéutico convencional. Se recomienda que cada espina nueva esté precedida de una evaluación IAM (inventario de autoengaño y mixtificación) para verificar avances y cotejar estancamientos.

Recordemos que las espinas secundarias son las realmente operativas, las que van a servir de elemento de trabajo práctico eficaz. Se recomienda que cada espina nueva esté precedida de una evaluación IAM (inventario de autoengaño y mixtificación) para verificar avances y cotejar estancamientos. En definitiva para comprobar su curva evolutiva. Así comprobaremos si son necesarias nuevas estrategias o -por el contrario- basta con profundizar sobre las ya trabajadas.

En el cuadro 4 apreciamos que una vez terminado este primer ciclo procede una reevaluación, que tiene las mismas pautas que la anterior salvo la anamnesis, ya realizada al principio. Se confeccionan nuevas espinas repitiéndose los ciclos hasta que el sujeto neutralice lo más nocivo de su autoengaño o mantenga una funcionalidad viable terapéuticamente hablando. No hay que aspirar a corregir todos los autoengaños, sino a recuperar aquellas componentes más nocivas que le pueden conducir a sucesivas recaídas.

### **1.- Evaluación del nivel de autoengaño**

1. Anamnesis específica
2. El paciente describirá sus principales recaídas o involuciones anteriores y las causas próximas y menos próximas que le llevaron a dicha recaída
3. Escribirá la posible causa por la que recaería ahora
4. Escribirá la posible causa por la que recaería terminado el actual tratamiento
5. Aplicación del inventario de autoengaño IAM
6. El equipo seleccionará los factores para trabajar teniendo en cuenta los 2-3-4 factores más señalados del IAM y 2-3 causas de recaída importantes en él (datos extraídos de lo que escribió). Pueden coincidir ambos
7. Si está en tratamiento grupal, puede ser muy útil la valoración de los compañeros en actividad específica. Sirve para cotejar datos
8. Jerarquización de dimensiones y componentes de autoengaño

### **2.- Confección espinas**

1. Se confeccionará una espina de Ishikawa con los factores elegidos desmenuzados en unidades elementales. En el polo positivo se buscará el contrapeso terapéutico
2. Espinas secundarias 1, 2, 3,..., de carácter operativo para hacer más fácil el trabajo
3. Con todo ello se trazará un plan de acción basado en metas-objetivos instrumentos y acciones para lograrlos así como el método de aplicación para concretar el trabajo terapéutico
4. Desarrollo de medidas derivadas de las espinas
5. Se revisarán objetivos superados progresando en la espina

### **3.- Reevaluación**

1. Pasados 45 días se aplicará otro IAM y se repreguntarán las preguntas 2 y 3. (Autoevaluación)
2. Se confeccionará una nueva espina en función de los resultados repitiendo los ciclos 6, 7 y 8. Repetir ciclo pasados 2 meses y así sucesivamente hasta fin de tratamiento

- 5.- Repetir los ciclos antes enunciados** (3-4 ciclos suelen ser suficientes) hasta neutralizar las principales dimensiones y componentes alterados

## **Casos clínicos**

A continuación se presentan dos casos clínicos en los que se ha aplicado a conveniencia de cada profesional el anterior método. El primer caso, diagnosticado de trastorno adaptativo con ansiedad y ánimo depresivo (CIE 10, F43.22) requirió un concurso puntual que resultó de suma utilidad.

El segundo caso portaba diagnóstico de dependencia de alcohol y hachís (CIE-10 F10.24 y F12.24), uso abusivo de cocaína (CIE-10 F14.24) y trastorno de ansiedad (CIE-10 F41.1) requirió de una minuciosa y prolija aplicación del plan terapéutico de autoengaño, que se erigió en principal directriz del tratamiento.

Cada caso tiene su propia dinámica de presentación, así Leandro Palacios expone el primer caso de manera sucinta y brillante, mostrando cómo el plan terapéutico para el autoengaño se articula perfectamente con el plan psicoterapéutico general como un recurso complementario. Cruz Rivas expone también de forma magistral como el plan terapéutico para el autoengaño puede ser una estrategia completa, autónoma y suficiente para neutralizar no solo el autoengaño, sino toda la problemática relacionada a remolque del programa general.

### 1.-Caso clínico Carmen (presentado por Leandro Palacios)

## DEMANDA

Mujer de 43 años que solicita ayuda profesional para superar la ruptura de su última relación de pareja, acaecida cuatro meses antes. Dice haberse dado cuenta de que sufre dependencia emocional y - de hecho - éste es el diagnóstico en que basa su demanda. Presenta además sintomatología congruente con un trastorno adaptativo con ansiedad y ánimo depresivo (CIE 10, F43.22).

Se le propone psicoterapia individual y apoyo farmacológico en régimen ambulatorio, que inicia a finales de septiembre de 2007. En la actualidad continúa tratamiento.

## EXTRACTO HISTORIA CLÍNICA

Carmen es la mayor de tres hermanos. Sus padres y hermanos residen en el norte de España, de donde es natural. Divorciada desde hace 5 años y sin hijos. No conoce antecedentes adictivos ni psicopatológicos en su familia ni los presenta ella misma. Trabaja como diseñadora de moda en una empresa textil, vive sola y no ha tenido ningún contacto con otros hombres desde que su pareja decidió finalizar la relación.

Como sucesos biográficos significativos, recuerda que a los 8 años su padre entraba en su habitación y se quedaba mirándola y fumando en la oscuridad, haciendo que Carmen experimentase un miedo cada vez más intenso. No sabe a ciencia cierta si estos recuerdos son únicamente fantasía o tienen una base real pero se los reveló a su madre y, aunque está dijo que eran invenciones suyas, desde ese momento el padre la rechazó hasta los 15, 16 años. A esta edad empezó a salir con chicos y su padre se obsesionó con ella hasta llegar a perseguirla cuando estaba con alguno de ellos y a humillarla cuando lo hacía, mostrándose cariñoso en exceso el resto del tiempo. Se acuerda especialmente de la crisis que éste sufrió cuando Carmen se marchó de vacaciones a los 19 años con uno de sus primeros novios y cómo la recibió a su regreso, pasando de la declaración amorosa a los insultos más feroces. Con todo, dice haber crecido con una mezcla de sentimientos contradictorios hacia su padre ya que siempre le ha temido pero a la vez le disculpa, siente pena por él y cree haberle defraudado como hija. Al hablar de su madre afirma no haberse sentido querida nunca por ella pues, según ésta, todo lo que pasaba con su padre era inventado por Carmen y la descalificaba por sistema, diciéndola que "ella era más guapa y delgada" y que "nadie la llegaría a querer jamás porque no servía para nada ni se lo merecía". De hecho, Carmen utiliza para hablar de sí misma frases como "soy tonta", "parezco una tonta", "lo que voy a decir es una tontería" o "seguro que no es cierto lo que voy a decir", "soy peor que una niña pequeña", etc. Aunque no sabe si se debe a tales experiencias, dice haber sido siempre muy fantasiosa y recurrir de continuo a un mundo de ilusiones para tratar de eludir la parte más amarga de su realidad.

Respecto a relaciones de pareja, ha mantenido seis significativas hasta el momento. La primera la inició con 15 años y, salvo la última, todas han sido finalizadas por ella y por diversos motivos entre los que abundan el aburrimiento, el hastío y la ausencia de satisfacción, especialmente sexual. Su última relación dura tres años y medio y Carmen dice que en Bruno encontró "al hombre de su vida" ya que no sólo descubrió el placer sexual con él sino que, por fin, tenía un hombre "digno de cubrir las expectativas de su padre" por nivel académico y socioeconómico. Aunque al principio todo fue "como un sueño hecho realidad" (los mejores restaurantes, hoteles "de revista", regalos caros, "sexo, sexo, sexo"), poco después él se vuelve a meter de lleno en su trabajo ("trabaja las

24 h. del día incluso el fin de semana y no le queda tiempo para nadie, ni para sí mismo") y cada vez tienen menos contacto, incluyendo plantones, desprecios y humillaciones y hasta malos tratos físicos por parte del mismo. Carmen trata de adaptarse al giro que vive su relación y asume las condiciones que le va poniendo Bruno, sintiendo una ansiedad creciente por estar con él a cualquier precio (acepta sus peticiones de que vaya a su casa a las horas más insospechadas aunque cuando llega o bien no la presta atención o sólo la requiere para mantener relaciones sexuales, desentendiéndose después de ella) y justificándole todo lo que le hace con argumentos del tipo "su trabajo es muy importante y no se puede distraer", "sufre una gran tensión que por algún lado tiene que salir" o "me tiene miedo porque nunca ha sentido por nadie lo que siente por mí y no quiere comprometerse", "ha tenido una infancia difícil", etc. Finalmente - y tras tres separaciones temporales forzadas por él y que Carmen vive como un tormento - Bruno decide cortar con ella porque "no aguanta que sea su esclava y que no sepa hacer nada sin él". Desde entonces, Carmen se encuentra cada vez peor, con ataques de ansiedad y obsesionada con Bruno hasta el punto de que se pasa las noches visitando los bares que éste suele frecuentar para verle de lejos o vigila su casa durante horas con la misma intención (él no responde ni a sus llamadas ni a sus e-mails ni a sus mensajes). Cuando no aguanta más, acude al psiquiatra con quien estuvo en tratamiento antes y después de su divorcio (y que dice que se convirtió en su "ángel de la guardia") pero descubre que falleció unos meses antes.

## PLAN TERAPÉUTICO

Antes de centrarme en aspectos específicos de la intervención sobre el autoengaño, creo necesario ofrecer un breve resumen de lo que viene siendo el proceso terapéutico global de Carmen hasta la fecha.

Como se ha mencionado más arriba, al inicio del tratamiento sufre un cuadro ansioso-depresivo, pérdida ponderal significativa y alteraciones del ritmo sueño-vigilia. Afirma encontrarse obsesionada con su expareja y, como éste no quiere tener contacto alguno con ella, le persigue y controla, visita los lugares en que sabe puede encontrarse con él y "monta guardia" en el portal de su casa para intentar verle. No se puede concentrar en el trabajo y se pasa los días llorando, sin querer tener contacto con nadie y recluyéndose en su casa salvo para ir a trabajar.

Para explicar la intervención inicial con que comienza el tratamiento de Carmen utilizaré un párrafo de otro escrito sobre el abordaje de las dependencias sentimentales que se ciñe a la perfección a lo que fueron los primeros compases del mismo: "En primer lugar hay que incidir sobre los aspectos más patentes de la adicción afectiva y que, además, suelen ser no sólo los más evidentes de percibir sino aquéllos que más sufrimiento por retroalimentación causan a la persona y en torno a los cuales suelen enmarcarse sus demandas y quejas más inmediatas. Me refiero a procesos tanto internos (obsesiones, ideas irracionales, estilo cognitivo vinculado a la dependencia en particular si la hubiera y a las relaciones interpersonales en general, autodiálogo, etc.) como externos (gestión del tiempo y hábitos de autocuidado físico y psicológico, posibles comportamientos de persecución de la persona, llamadas de teléfono, cartas) de raíz adictiva. Como es obvio, se han de tener muy en cuenta todas las manifestaciones asociadas al craving y a la privación (en caso de que la persona las experimente) y a otra sintomatología concomitante (trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, etc.). En este momento se hace preciso que el terapeuta sea muy directivo aunque ajustándose a las características y al tempo de cada persona, aprovechándose incluso (la modulación ética y trabajo personal del profesional aquí juegan una baza primordial) del talante dependiente de éstas para empezar a crear la relación terapéutica. Las técnicas que creo que mejor funcionan en este momento son las cognitivas - conductuales y las de gestión de hábitos. En muchos casos se requiere apoyo psicofarmacológico. Si todo va bien y la persona cambia sus conductas, es de esperar que consiga cierto bienestar que redunde no sólo en

un cambio de actitud y en una perspectiva diferente de sus problemas sino que fortalezca la alianza terapéutica y posibilite un abordaje cada vez más profundo de los mismos. Llega ahora el turno de la dimensión vincular (si la persona ha cambiado al menos alguno de sus comportamientos adictivos por fuerza tiene que observar cambios relacionales, aunque sea - o parezca - a peor). (...) Creo que el terapeuta que ha de seguir siendo directivo pero en menor medida, atreviéndose incluso a frustrar al paciente cuando éste le demande pautas concretas o espere soluciones mágicas."(Palacios, L. 2006).

## INTERVENCIÓN SOBRE EL AUTOENGAÑO

Anamnesis: datos más relevantes sobre autoengaño

Tres serían los aspectos centrales en los que encontramos enraizado el autoengaño de Carmen:

1. La relación con su padre: Carmen aún le protege, justifica e incluso idealiza cuando ella misma - y sin realizar grandes esfuerzos - ofrece información que revela no sólo el talante ciclotímico y tormentoso de éste sino la manera ambivalente con que la trataba, oscilando entre la exigencia, la descalificación, los celos y la atracción casi incestuosa. Se plantea así mismo la veracidad de muchos acontecimientos no tan lejanos en el tiempo como para no ser recordados con un mínimo de fidelidad (por ejemplo, cuando teniendo casi 20 años la confiesa que está enamorado de ella) e incluso llega a culparse por haberle defraudado al no cumplir sus expectativas.

2. La imagen de sí misma: A consecuencia del trato recibido por parte de sus padres y de algunos de los argumentos utilizados por Bruno para separarse de ella ("no sabes hacer nada sin mí"), Carmen mantiene no sólo un pobre autoconcepto sobre sí misma ("soy tonta") sino que se desautoriza constantemente y minimiza - cuando no niega - tanto sus virtudes como sus logros personales (por ejemplo, recibe sorpresivamente un sustancioso aumento de sueldo que no sabe a qué se debe y descubre que en los últimos meses ha triplicado el nivel de productividad de sus compañeros de trabajo, cuando pensaba que estaba cerca del despido por lo contrario).

3. La relación con su última pareja: Carmen niega o distorsiona toda la información que contradiga sus deseos de que Bruno sea la persona que ella espera y de que la trate como ansía, fantaseando con la reconciliación cuando ella se transforme en quien él quiere ("si me curo seguro que quiere volver conmigo") o bien cuando él "se dé cuenta de que está enamorado de mí, aunque no quiera reconocerlo".

Aplicación del Inventario de Autoengaño y Mixtificación (IAM) de Sirvent y jerarquización de resultados

El Inventario IAM se le aplica por primera vez dos meses después de iniciar terapia. Mientras que en el resto de elementos a considerar las puntuaciones obtenidas se sitúan en la normalidad, los factores que se revelan significativos en esta primera aplicación son (en orden de importancia decreciente):

1. Amnesia selectiva, reiteración
2. Pensamiento ilusorio (o fantasía)
3. Mecanismos de negación

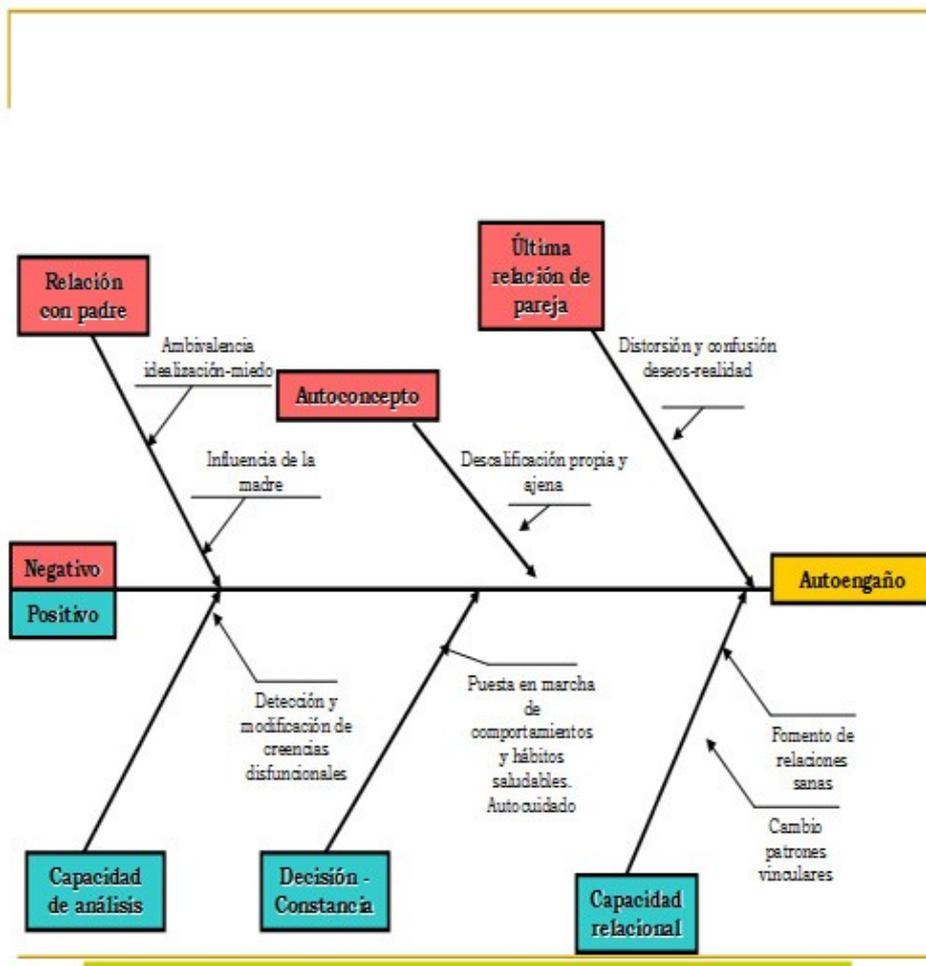
4 a. Rechazo, ofuscamiento

4 b. Registro interesado de la realidad

Se puede observar cómo la información que ofrece el IAM se corresponde con la observación clínica, fundamentando y concretando más aún los puntos focales de intervención terapéutica.

Espina general: confección espina de Ishikawa

Teniendo en cuenta los datos anteriores podemos confeccionar una espina basal que recoja los temas vitales del autoengaño de Carmen:



A pesar de su tendencia a parcelar la realidad y a reconstruirla en base a sus fantasías y deseos, Carmen posee una buena capacidad de análisis tanto de sí misma como de sus circunstancias personales que, conforme mejora su manejo emocional, le permite clarificar y cuestionar tanto ideas irracionales ("soy tonta", "no sirvo para nada") como confeccionar un relato alternativo y más sano de su biografía y de propio autoconcepto. A ello contribuye también su talante decidido (con permiso, una vez más, de sus altibajos afectivos) y su capacidad relacional, que la permite seguir alimentando su red social e incluso estar cambiando ciertos patrones vinculares basados en la adopción por su parte de roles sumisos por otros más asertivos.

## Espinas secundarias y desarrollo de medidas derivadas de las mismas

El proceso terapéutico de Carmen aún se encuentra en estadios precoces en que conviene no olvidarse de cuáles son los aspectos primordiales sobre los que se sustenta un abordaje psicoterapéutico más sofisticado. Por ello - y si bien se ha dado comienzo a una intervención progresivamente focalizada en cada uno de los tres grandes temas que aparecen en la espina basal - aún resultan objetivos primarios del tratamiento tanto la restitución de los hábitos de autocuidado básicos (alimentación, descanso, tiempo libre, vida relacional) como la recuperación y el mantenimiento de una estabilidad psicofísica suficiente que permita modificar las pautas disfuncionales que revela la espina basal mediante el desarrollo de espinas secundarias y la aplicación de aquellas estrategias terapéuticas que resulten pertinentes.

En relación con las técnicas que se vienen utilizando en este momento - y recordando de nuevo la necesidad de una actitud directiva por parte del terapeuta - , cabe señalar la utilidad de las técnicas activas (gestálticas, psicodramáticas, incluso el entrenamiento en HHSS y asertividad) dado que introducen un factor de aprendizaje dinámico en la terapia y facilitan no sólo el descubrimiento de las líneas maestras del autoconcepto del paciente y cómo se construyeron biográficamente sino el cambio en la gestión de sus necesidades, miedos y deseos y una reconstrucción de la propia autoimagen que promueva la autonomía desde el realismo.

### Caso clínico Lucía (presentado por Cruz Rivas)

Mujer de 30 años de edad, soltera, sin hijos. Es la mayor de una fratría de tres hermanos. Padres separados. A causa del trabajo paterno vive en el extranjero desde los 6 a los 25 años.

Al ingreso porta diagnóstico de dependencia de alcohol y hachís (CIE-10 F10.24 y F12.24) y uso abusivo de cocaína (CIE-10 F14.24). Presenta diagnóstico de trastorno de ansiedad (CIE-10 F41.1).

Cuando contaba 16 años su madre abandonó el hogar por lo que hasta hace poco le ha guardado rencor, definiéndola como una mujer caprichosa e infantil. También remarca el carácter despótico, voluble y caótico de su padre, alcohólico que maltrataba a la madre. "Recuerdo una imagen que me traumatizó que fue encontrar a mi padre en la cama con una mujer". "Mi padre se ponía violento cuando bebía, siempre tuve una relación un poco "rara" con él. Estaba muy pendiente de nosotros y nos proporcionaba todo lo que necesitábamos económicamente pero no nos daba estabilidad". Siempre fue muy dependiente de él desde niña, "me decía que sin él nunca iba a llegar a nada". De su infancia recuerda también la presión vivida para ser "perfecta", sobre todo en lo referente al aspecto físico, "siempre me estaban machacando con mensajes del tipo: siéntate bien, ponte recta, no comas eso que engorda, vaya culo estás echando...".

En la adolescencia empieza a tener problemas de bulimia. Por este motivo hace 5 años permaneció un mes ingresada en una clínica especializada en TCA.

A los 17 años prueba la cocaína por primera vez, aunque no la vuelve a consumir hasta los 20. Se inicia con alcohol y hachís a los 16 años, haciéndose el consumo habitual a los 21 años. A los 18 años comienza una relación de pareja, que duró 10 años. Hace unos años trasladan a su padre a España. Ella acepta regresar con él porque las cosas con su pareja "no iban demasiado bien, yo no tenía claro si le quería". Empieza a trabajar en una empresa "me fue fácil porque sabía varios idiomas pero nunca me gustó. Desde los 20 años hasta 6 meses antes del ingreso los consumos de

cocaína eran muy esporádicos 1-2 veces año aproximadamente pero en las últimas semanas el consumo se dispara en cantidad y frecuencia (hasta 5 días consecutivos).

Desde que lo prueba a los 17 años el consumo de hachís es diario y en grandes cantidades con un patrón de consumo similar al del tabaco (10-20 u./día), aunque ella no considera un problema ni el hachís ni la coca, ya que según ella "la coca pudo dejarla "sin problemas" y el consumo se "limitó" a los tres meses previos al ingreso y el hachís lo consumía porque "le gustaba" Si reconoce la utilización del alcohol para "desinhibirme...lo necesitaba para poder ir a trabajar o poder salir de casa". En los meses previos al ingreso el consumo era de 14 latas de cerveza, 2 whiskys y 10-14 porros día.

. Plan terapéutico

Anamnesis: datos más relevantes sobre autoengaño

AUTOENGAÑO al ingreso:

Nula conciencia de su dependencia con el hachís. No ve su consumo problemático ya que lo consume por placer "porque me gusta", ni de la cocaína ya que "solo" "descontroló" en los últimos meses. Respecto al alcohol si ve su consumo como problemático ya que lo utiliza como instrumento para vencer su timidez.

Distorsión autoperceptiva con exceso de seguridad en si misma, necesidad de mantener la imagen de perfección ante los demás.

Rigidez en su pensamiento confusión deseo realidad "yo no voy a recaer porque tengo claro que no puedo beber y ahora me siento bien conmigo misma"

Tampoco percibe sus problemas con la comida, se refiere a ello como algo ya pasado y manifiesta tener un control sobre la comida y su imagen corporal.

. Aplicación del inventario de autoengaño y mixtificación (IAM) de Sirvent, Valoración del equipo. Valoración grupal en actividad específica y autoevaluación,-

Se le aplicó el IAM a los 10 días del ingreso, el equipo puntuó los mismos ítems sin conocer las respuestas de la paciente. Se celebró una actividad grupal pasados 21 días desde el ingreso para conocer la opinión de las compañeras. Aunque habían pasado 10 días desde el ingreso, la paciente presentaba unas puntuaciones extremas, quizá fruto de la crisis inicial unido al exiguo autoconcepto. Se interpretaron los resultados teniendo en cuenta el criterio de los profesionales, de los compañeros y del inventario depurado. Se jerarquizaron así las dimensiones y componentes para trabajar con los elementos más concretos e importantes de la paciente.

La aplicación del inventario de autoengaño y mixtificación (IAM) en su primer control determinó que tanto la escala general, como las dimensiones y componentes resultaron MUY INTENSOS (puntuación excepcionalmente elevada). (Ver cuadro 5)

Jerarquización de resultados:

Los resultados resumidos por orden de importancia fueron:

## AUTOENGAÑO TOXICOFÍLICO

Al ingreso refería tener clara su renuncia al alcohol y a la cocaína, no así al hachis por considerarlo droga menor de la que además no dependía consumiéndola solo "porque le gustaba"

## DISTORSIÓN AUTOPERCEPTIVA

Al inicio mostraba dificultades para identificar y analizar sus propias emociones y sentimientos -aun cuando eran claramente evidentes- intentando aparentar una imagen de bienestar, estabilidad y control, siendo patentes sus esfuerzos por contener/ocultar sus emociones negativas, especialmente enfado, rabia, envidia o celos, lo que encubría pensamientos irracionales estrechamente relacionados con su historia familiar del tipo "necesito ser perfecta para que me quieran" o "tengo que caer bien a todo el mundo"

## FALSA APARIENCIA, DESEABILIDAD SOCIAL

Tiende a decir lo que los demás desean escuchar o a comportarse según lo que ella supone que se espera de ella. Actualmente -aunque sigue manteniendo esta dinámica- es capaz de reconocerlo más abiertamente sin bloquearse ni sentirse cuestionada o juzgada

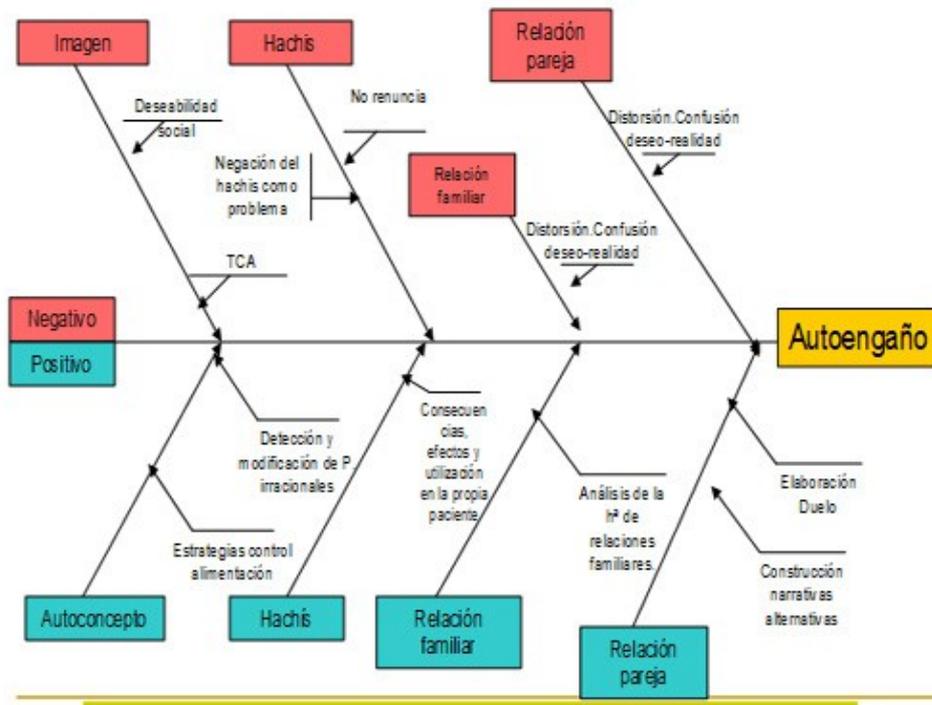
A través del objetivo diario que se le ha puesto (detectar momentos/situaciones en las que esta manteniendo la imagen ante los demás) es más capaz (aunque con muchas dificultades) de identificar sus emociones y hablar abiertamente sobre lo que le ocurre, le preocupa o piensa. La contención afectiva -y la carga represiva inherente- le suponían un plus de malestar emocional del que no era consciente.

## Confección espinas

Espina general: confección espina de Ishikawa

Con las aportaciones del Inventario de Mixtificación y Autoengaño (IAM), los resultados de la anamnesis y observación de la paciente en el centro y los datos recogidos en diversas actividades terapéuticas elaboramos la primera espina de Ishikawa. Recordemos que en un proceso terapéutico convencional bastan por lo general con 3 espinas (por lo común precedidas de un control IAM, ver más adelante) con una separación temporal de dos a tres meses entre sí.

Empecemos con el esbozo de una espina basal que recoja los grandes ciclos vitales del autoengaño de la paciente. A partir de esa espina básica se desarrollaran subespinas que ayuden a definir e ir simplificando las dimensiones del autoengaño en la paciente.



Podemos abrir una rama primaria en el polo (-) (negativo) en la que combinamos su tendencia a mantener una imagen socialmente deseable, muy determinada por pensamientos irracionales fuertemente arraigados y reforzados en la infancia, con la de los problemas de alimentación (que determinan en gran medida, confluyen y se entremezclan con su necesidad de control y de perfección), aspectos ambos que no identifica por su personalidad mistificada. Podría conjugarse de la siguiente manera: su tendencia a mantener una buena imagen ante los demás, le proporciona sensación de falso control a la vez que refuerza los pensamientos irracionales que subyacen y que están íntimamente relacionados con los mensajes recibidos durante su infancia-adolescencia: "Necesito ser perfecta para que los demás me quieran", "Tengo que dar buena imagen", "Tengo que caer bien y agradar a todo el mundo". Los problemas de alimentación y la búsqueda de una imagen externa conforme a unos cánones establecidos por los mensajes implícitos y explícitos recibidos en casa completarían la imagen externa que mantiene, reforzada desde el propio exterior en numerosas ocasiones, lo que contribuiría a reforzar sus intentos de mitigar y bloquear (muy a menudo de forma infructuosa) el desasosiego interno lo que finalmente le conducía al consumo de tóxicos como estrategia evitativa de la ansiedad generada.

Otra espina primaria en el polo (-) vendría dada por la visión sesgada y distorsionada de su problema de drogas negando o minimizando sus dificultades con el hachís, llegando a reconocer que no considera el cannabis un problema para ella ya que lo consume por placer y no hay una utilización del consumo, o eso es lo que ella refiere ya que como veremos más adelante si hay un manejo de esta sustancia, si bien de modo más velado y sibilino que en el caso del alcohol.

¿Cómo neutralizaríamos la espina del polo (-)? Observemos algunas posibilidades que ubicaremos

en el eje (+). Encontramos que tiene una excelente capacidad para el insight y una declaración de al menos una parte importante de su problemática personal, admitiendo además su necesidad, muchas veces inconsciente, de transmitir una imagen socialmente deseable. Además, su capacidad de insight le permite reconocer y reconocerse que no tiene una renuncia clara al hachis (esto ocurre incluso después de haber asumido la utilización y los efectos perniciosos de dicha sustancia para ella)

Otras dos espinas fundamentales que fueron apareciendo a lo largo del tratamiento tendrían que ver con las dinámicas relacionales que establece, especialmente en lo referido tanto a las relaciones con su familia de origen como con su última pareja. En su caso, sus características de personalidad y la (re)construcción que ha hecho de ella misma a lo largo de su vida está fuertemente relacionado con como construye su narrativa personal especialmente en lo referente a las relaciones familiares y de pareja. Desde la infancia, tras una imagen de aparente perfección: guapos, ricos y socialmente valorados se escondía una intensa conflictividad que se intentaba ocultar y proteger por todos los medios cumpliéndose el dicho de que "los trapos sucios se lavan en casa" y de que "lo que no sale a la luz es como si no existiera" algo que ella interiorizó desde niña, aprendiendo a mantener dos vidas paralelas hasta el punto de llegar a fabricarse una realidad que le permitiera sobrellevar el sobreesfuerzo y la tensión que este "trabajo diario" suponía para ella.

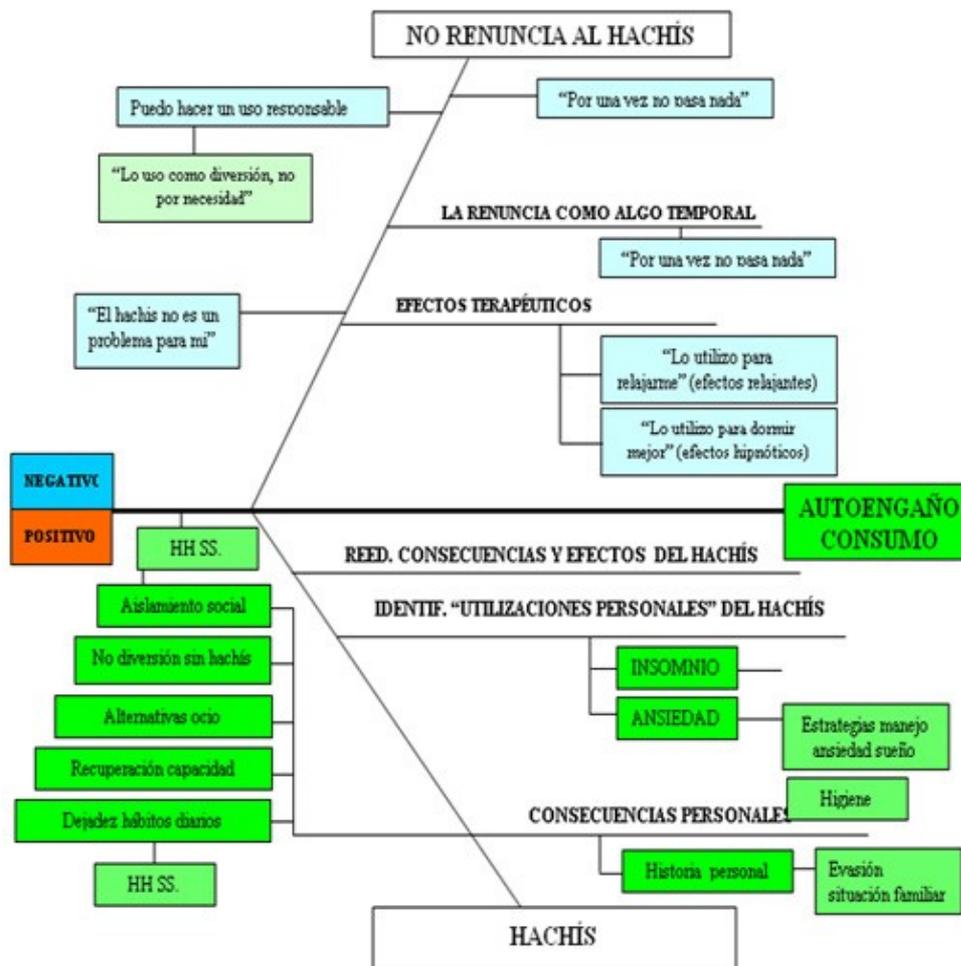
Durante el tratamiento por primera vez toma conciencia clara tanto de su necesidad de mantener su imagen ante los demás (aun a costa de su equilibrio emocional) como de su incapacidad para renunciar al cannabis sin disfrazarla de otra cosa. Por otra parte una vez establecida una alianza terapéutica sólida, ya que su motivación inicial para realizar tratamiento era más bien escasa, aprovechamos su buena disposición para el mismo y apertura para el mensaje terapéutico del equipo. Asimismo observamos que la mala autopercepción afortunadamente no es heteroperceptiva, lo que facilitará la aprehensión del mensaje terapéutico. Si a ello añadimos su capacidad intelectual y la concienciación para tratarse, utilizando estrategias concretas (análisis pormenorizado y terapéutico de sus recursos y dificultades, anotación crítica de su actividad, etc.) poco a poco vamos reconduciéndola hacia la objetivación autónoma de su problemática, lo que incrementaría su pragmatismo tanto valorativo como ejecutivo.

Espinas secundarias 1, 2, 3, ..... y desarrollo de medidas derivadas de las espinas (Ver esquema en anexo nº 4)

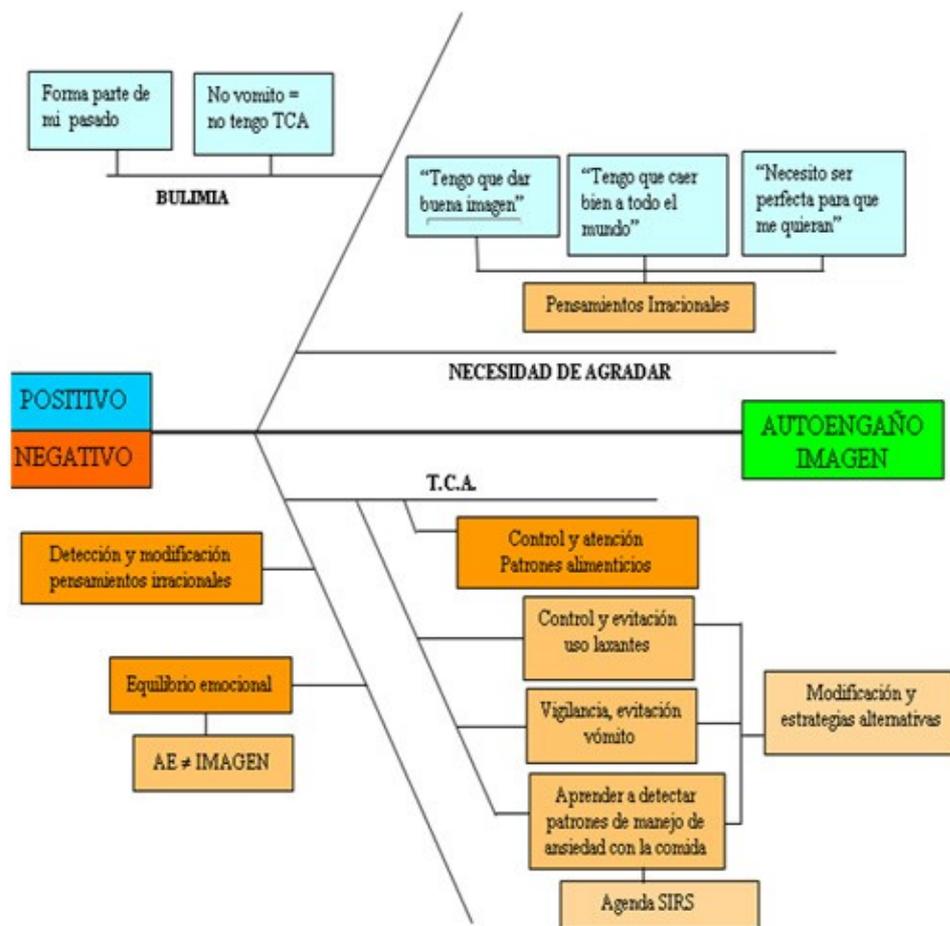
Como observamos en la espina general, dos eran las ramas principales; una formada por su incapacidad para renunciar al hachis y otra constituida por la dispercepción o registro interesado de la realidad.

A estas se unen posteriormente las referidas a la relación familiar y de pareja que se crearían conforme iba avanzando el trabajo terapéutico

Durante los dos primeros meses se incidió fundamentalmente en el aspecto toxicofílico y además sobre su necesidad de mantener una determinada imagen -aspecto este último que se ha venido trabajando desde el inicio del tratamiento- (Ver gráfica 3)



Respecto a la imagen (ver gráfica 4) podemos subdividirla en dos apartados: por un lado la necesidad de agradar a los demás y mantener un perfil socialmente atractivo que estaba influenciada fundamentalmente por pensamientos irracionales fuertemente arraigados y reforzados en su entorno los cuales constituían aspectos centrales de sus esquemas cognitivos, lo que dificultó el trabajo para desmontarlos. Los principales pensamientos identificados eran del tipo "tengo que dar buena imagen", "necesito ser perfecta para que me quieran", "es necesario caer bien a todo el mundo. Por otro lado el TCA incidía en su necesidad de transmitir una imagen socialmente aceptada en un ambiente familiar y social donde imperaba la necesidad de estar delgada como elemento de éxito social y aceptación.



Para contrarrestar esto nos centramos en la detección de pensamientos irracionales, procurando que ella fuera descubriéndolos sin forzar ni imponer conclusiones, ayudándola a desmontarlos y dotándola de estrategias para poder modificarlos

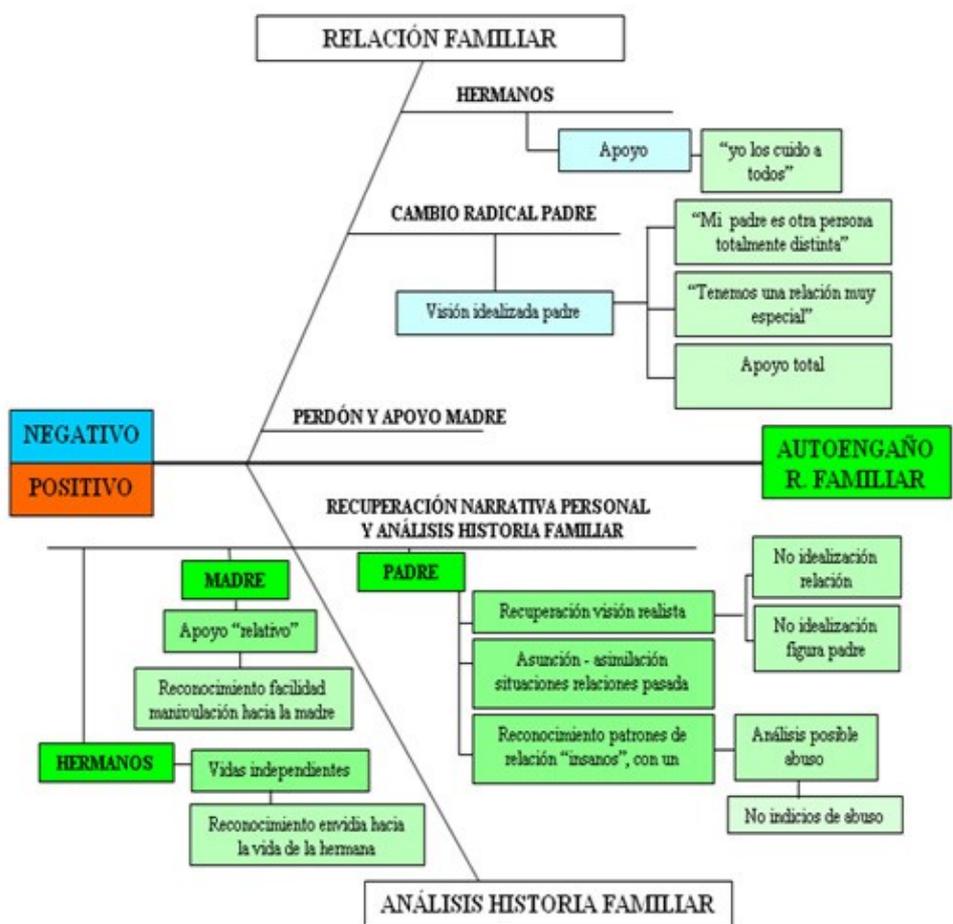
Respecto al TCA pusimos en marcha estrategias de control y evitación del vómito y uso de laxantes. Se prestó especial atención a sus hábitos y patrones de alimentación y se le enseñó a detectar y relacionar la ansiedad con alteraciones en los hábitos alimentarios (fundamentalmente que identificara aquellos momentos en los que come más y más deprisa) dotándola de estrategias alternativas que permitieran un manejo adecuado de la ansiedad y eliminaran la sensación de hinchazón y pesadez. Para ello fue de gran ayuda la Agenda SIRSS (de autorregistro)

Así mismo desmontamos el binomio AE= Imagen externa ayudándole a identificar y reforzar sus recursos y sus logros sin focalizarlo en su aspecto físico

Además, como trabajo psicoterapéutico se estableció con ella un objetivo consistente en identificar situaciones diarias en las que detectara la puesta en marcha de estrategias que le permitieran mantener la imagen ante los demás, esto permitió no solo que fuera identificando aquellas situaciones en las que no era clara con ella misma y/o con los demás sino que además permitió que desarrollara sus propias estrategias de compensación y ruptura con dinámicas muy arraigadas en ella, y por tanto difíciles de modificar desde el exterior.

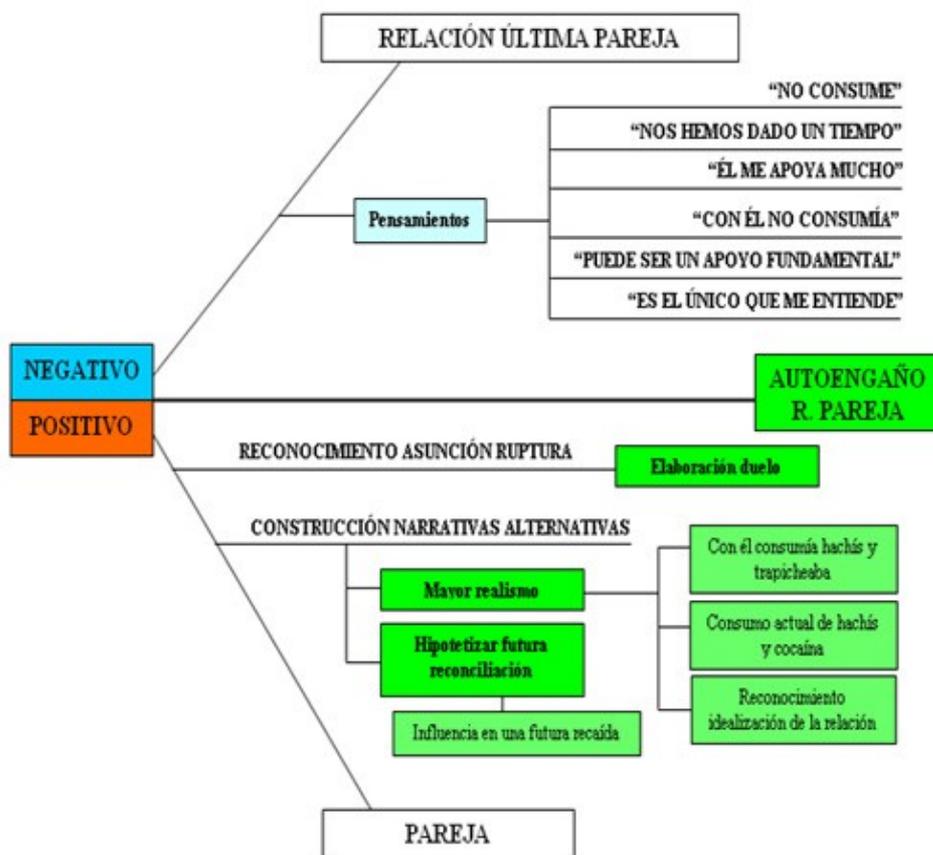
A partir del segundo mes de estancia y coincidiendo con las primeras visitas al centro fueron destapándose aspectos relacionados con las relaciones familiares, (ver gráfica 5) observando una

tendencia a idealizar la relación actual con el padre, algo que contrasta con la relación en la infancia. Esto permitió construir una tercera espina con la que poder trabajar las distorsiones perceptivas y el autoengaño referente a dinámicas y juegos familiares. El trabajo se centró en reconstruir su historia familiar, pudiéndose permitir sentimientos negativos hacia su familia sin enjuiciarse ni ser enjuiciada para así construirse una panorámica familiar más real y sobre todo adaptativa para sí misma, ya que la disonancia generada entre la realidad familiar y su construcción fantaseada le provocaba tensión y sobreesfuerzo conduciéndole permanentemente a justificar y readaptar las dinámicas familiares que observaba para hacerlas coincidir con sus esquemas de lo socialmente deseado lo que le ocasionaba notables dosis de frustración y enfado que -además- dado que no las reconocía mucho menos las exteriorizaba, abocaba hacia una elevada tensión que terminaba disparando el consumo de tóxicos. Así construimos una segunda espina que delimitó los objetivos y enfocó el trabajo psicoterapéutico.

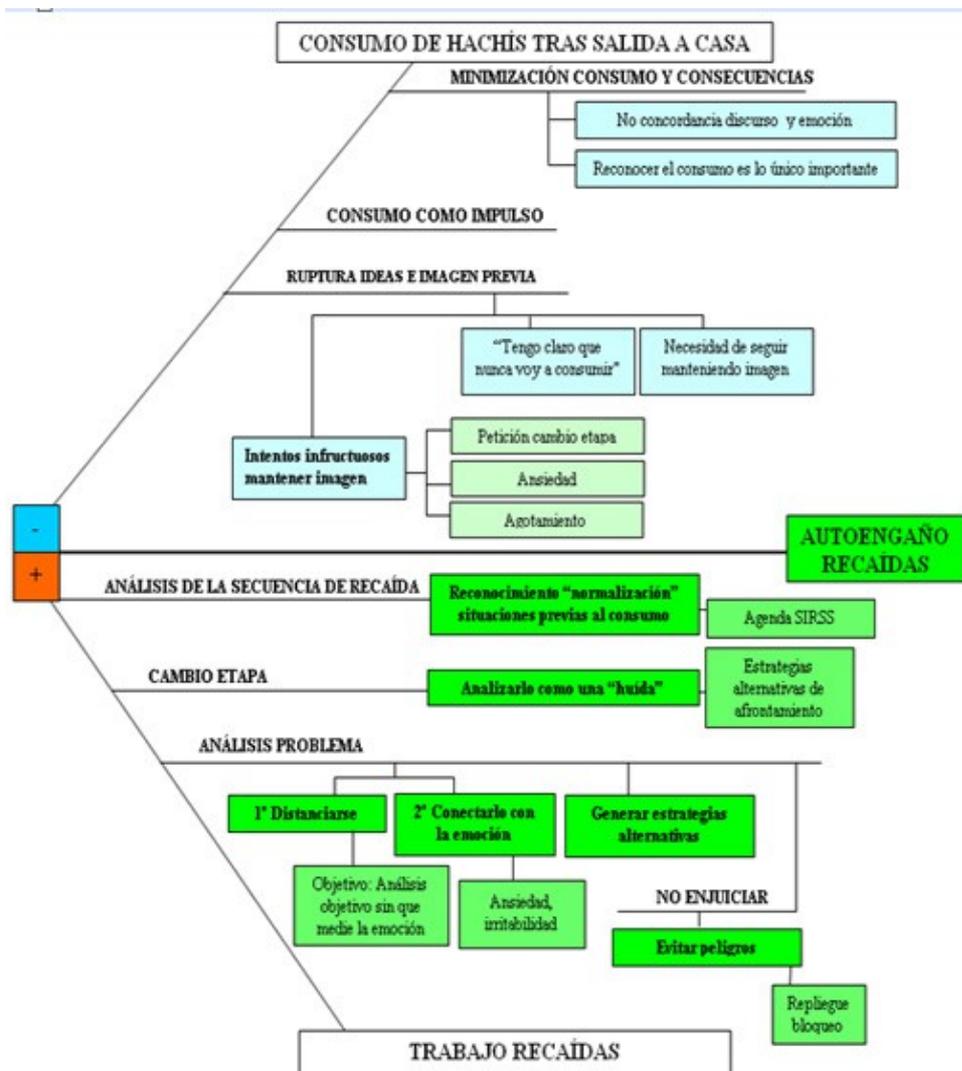


Si bien las espinas encontradas en la relación familiar fueron muy complejas y requieren de un análisis pormenorizado, se han simplificado las diversas ramificaciones a fin de no extenderme demasiado. Debe notarse que se prestó especial atención a la relación con el padre no solo porque es la persona con la que actualmente convive si no porque el tipo de relación mantenida entre ambos era y es muy ambivalente y cargada de un componente erótico importante, hacían pensar en un posible abuso sexual que finalmente se descartó aunque el análisis de la relación entre ambos permitió a la paciente reconocer patrones de relación que le desagradaban y contribuían al mantenimiento de una relación ambigua y poco adaptativa por el quantum de ansiedad que le generaba

Cuarto mes de estancia: comienza a mostrar ansiedad y pensamientos obsesivos y recurrentes en torno a la relación con su ex pareja, que hasta el momento había mantenido en un segundo plano, asegurando tener superada la ruptura acaecida hace un año. Tras recibir noticias -a través de sus hermanos- sobre la situación actual de su ex comienza a mostrarse más ansiosa de lo habitual-aunque intentando mantener una imagen de aparente normalidad- se decide entonces trabajar el autoengaño en torno a esta relación. A través -tanto de las entrevistas mantenidas como de la psicoterapia grupal- se desmontó el autoengaño respecto al no consumo de su pareja, el apoyo recibido para que mantuviera la abstinencia y las consecuencias que supondría para ella retomar dicha relación (ver gráfica 6). Finalmente ella decidió poner fin a cualquier tipo de contacto con él aunque reconoce que en este caso ha dejado una puerta abierta "con el tiempo y si él se recupera podremos ser amigos". Asumió la imposibilidad de una posible reconciliación "ahora entiendo que esa etapa se ha cerrado, aunque me duela" lo que permitió desbloquear la situación y comenzar a elaborar el duelo por la ruptura.



Quinto mes durante la última salida a casa se produce un consumo de hachís, este hecho hace que haya que reevaluar el trabajo previo ya que se produce en un momento de aparente estabilidad. La jerarquización del problema y el análisis del autoengaño subyacente permiten focalizar el trabajo terapéutico y enfocarlo no solo al análisis de la situación sino también a la prevención de futuras recaídas a través del análisis de dinámicas subyacentes. (ver gráfica 7)



## Reevaluación

Aplicación del IAM. Valoración del equipo. Valoración de los compañeros en actividad específica y autoevaluación.

Se le volvió a aplicar el IAM a los 3 y a los 6 meses desde el ingreso, con idéntica rutina: el equipo puntuó los mismos ítems sin conocer las respuestas de la paciente, y de nuevo se celebró una actividad psicoterápica para cotejar los datos encontrados. Aunque el procedimiento habitual es establecer un grupo terapéutico de contraste, las dificultades de S. para romper con su imagen, los mecanismos defensivos que pone en juego y la dificultad para romper la coraza defensiva con la que se protege hicieron aconsejable priorizar la psicoterapia individual a fin de evitar que se replegase. En terapia individual se siente mucho más segura lo que facilita un primer acercamiento y le da la posibilidad de explorar narraciones alternativas previas a la exposición y contraste con el grupo, algo que sin duda es también necesario.

En el IAM que podemos observar más abajo comprobamos el notable progreso que ha efectuado S. H., observándose un interesante escalonamiento que consideramos muy terapéutico, ya que no suele ser fiable que un elemento de autoengaño con elevada puntuación se neutralice completamente en apenas tres meses. Componentes que se han adquirido durante años tardan

meses, incluso años en desaparecer, y hasta es posible que se mantengan indefinidamente si el sujeto no está por la labor del cambio.

Así vemos que las dimensiones de autoengaño van decreciendo hasta desaparecer en mixtificación, personalidad egoísta, rechazo y ofuscamiento, distorsión autoperceptiva, y coraza defensiva. Sigue el problema en grado intenso en Deseabilidad social (tendencia caracterial).

Examinaremos luego los resultados jerarquizados según determinó el equipo en consideración a los resultados del IAM y las estimaciones de profesionales y compañeras.

<b>Escala general: MUY INTENSO</b>	<b>CONTROL 1</b>	<b>CONTROL 2 -</b>	<b>CONTROL 3 -</b>
	<b>Fecha:</b>	<b>Fecha:</b>	<b>Fecha:</b>
<b><u>DIMENSIONES</u></b>			
Autoengaño	MUY INTENSO	ACUSADO	INTENSO
Manipulación	MUY INTENSO	ACUSADO	PRESENTE
Mecanismos negación	MUY INTENSO	ACUSADO	AUSENTE
Mixtificación	MUY INTENSO	ACUSADO	AUSENTE
<b><u>Componentes</u></b>			
Insinceridad, engaño y tendencia a mentir	MUY INTENSO	PRESENTE	PRESENTE
Personalidad opaca	MUY INTENSO	PRESENTE	PRESENTE
Personalidad egoísta	ACUSADO	PRESENTE	AUSENTE
Rechazo, ofuscamiento	MUY INTENSO	PRESENTE	AUSENTE
Amnesia selectiva, reiteración, evitar asociaciones	MUY INTENSO	INTENSO	AUSENTE
Proyección	MUY INTENSO	INTENSO	AUSENTE
Pensamiento fantaseado	MUY INTENSO	ACUSADO	AUSENTE
Distorsión (auto)perceptiva	MUY INTENSO	INTENSO	PRESENTE
Registro interesado de la realidad	MUY INTENSO	INTENSO	PRESENTE
Engaño como forma de vida, apragmatismo	MUY INTENSO	INTENSO	AUSENTE
Coraza defensiva, rigidez mental, desconfianza, misantropía	MUY INTENSO	ACUSADO	AUSENTE
Falsa apariencia, deseabilidad social	MUY INTENSO	MUY INTENSO	INTENSO

### Jerarquización de resultados

Los resultados resumidos por orden de importancia fueron:

#### MIXTIFICACIÓN

Pasados unos meses y una vez trabajadas las primeras espinas de Ishikawa (ver en esquema "personalidad mixtificada", comprobamos que es capaz de percibir de forma más realista su vida con una visión más objetiva tanto de si misma como de la realidad externa incidiendo especialmente en lo importante que es para ella el mostrarse deseable socialmente y asumiendo que son necesarios cambios cualitativos profundos tanto personales como de sus modos y patrones de relación.

Poco a poco, fue descubriendo su arraigada tendencia a mostrar una imagen deseable para intentar ocultarse ante los demás por miedo a ser rechazada. Al mismo tiempo fue mostrándose capaz de aceptar su atracción hacia el consumo de hachís y sus dificultades a la hora de hacer una renuncia definitiva. Antes era tan intenso su autoengaño que no reparaba en dichas dificultades y carencias personales (tal era su miedo a ser rechazada por revelarse tal y como es) y su renuncia poco clara a la sustancia.

Una frase suya compila lo anterior "me doy cuenta de que no solo finjo para intentar gustar a los demás, sino para intentar gustarme a mi misma. El consumo me hacia sentirme fuerte y segura y me devolvía una imagen de mi que me gustaba". Este descubrimiento le permitió empezar a identificar aquello que no le gustaba y comenzar a trabajarlo poco a poco. El empezar a conocerse y aceptarse le ha conferido seguridad y aunque ha propiciado momentos de ansiedad, con incremento de la inseguridad y angustia el vencer los bloqueos, el ser capaz de superar los obstáculos que le van surgiendo incide finalmente en un incremento de su autoconcepto y autoestima

#### DISTORSIÓN AUTOPERCEPTIVA

Su inicial dificultad para identificar sentimientos y emociones ha ido neutralizándose poco a poco. Aun hay muchas parcelas en las que no tiene una visión clara de cómo es y cuales son sus limitaciones y recursos reales confundiendo sus deseos con la realidad.

#### PENSAMIENTO FANTASEADO, TENDENCIA A LA REITERACIÓN, AMNESIA SELECTIVA

Inicialmente tenía una percepción fantaseada de la realidad, fabulando y tergiversando cosas. Ahora es capaz de detectar estas secuencias y reconocerlas sin justificarlas cuando el otro se lo señala.

#### FALSA APARIENCIA, DESEABILIDAD SOCIAL

Antes tendía a decir lo que los demás deseaban oír. Aunque sigue manteniendo esta dinámica es capaz de reconocerlo más abiertamente sin ofuscarse, bloquearse o adoptar una imagen de falsa sumisión.

#### AUTOENGAÑO: situación actual (5 meses de tratamiento):

Durante estos meses se ha trabajado mucho con ella su arraigada tendencia a buscar la aprobación de los demás y mantener una imagen de perfección ocultando los fallos o justificándolos y argumentándolos (la mayoría de las veces sin ser consciente de ello). Aunque es más capaz de posicionarse ante los demás y ser clara con lo que le gusta y lo que no sigue tendiendo a justificar los fallos y a minimizar sus errores, trivializando sus comportamientos para no tener que asumirlos, ante si misma y ante los demás.

Respecto al consumo refiere ser consciente de la necesidad de renunciar al cannabis ("ahora veo que es un problema") pero reconoce que le cuesta hacer la plena abdicación ya que si bien es capaz de reconocer que es dependiente del hachis sigue poniéndolo en un nivel distinto que el resto de sustancias.

También es capaz de reconocer y asumir su arraigada tendencia a buscar la aprobación de los

demás, su temor a ser rechazada o a defraudar y su tendencia a moverse dentro de lo "políticamente correcto" por miedo a defraudar o a que se "desmoronen sus esquemas mentales y su mundo" sin embargo le cuesta mucho detectar y reconocer los mecanismos de negación y minimización cuando estos se ponen en marcha. Si es capaz de detectarlos y reconocerlos a posteriori si se le ayuda a hacerlo.

Se observa una utilización de la comida para manejar la ansiedad. Pero ya no existe la identificación única del problema con las conductas purgativas reconociendo que su trastorno de alimentación va más allá del vomitar o no. Por otra parte ha habido una mayor aceptación de su imagen corporal que aunque para ella es importante ya no es prioritaria a la hora de construir su autoestima.

Sigue habiendo una confusión entre lo que desea y la realidad. Días antes de la última salida a casa manifestaba rotundamente que estaba segura que "al día de hoy no recaería por nada" y durante dicha salida fumó hachís. Aunque afirmaba ser consciente de la gravedad de dicho consumo y sentirse mal por ello ante si misma lo minimizaba y le restaba importancia (justificándose y centrándolo todo en que había "sido clara" y lo había comentado al llegar) además lo veía como un impulso cuando en realidad lo había ido maquinando desde la salida anterior a casa, quería cerrar la puerta a ese capítulo y decía sentirse bien y relajada la realidad es que estaba arisca, nerviosa y alterada y comiendo con mucha ansiedad. (Ver gráfica 7)

A través del análisis de lo acaecido en el antes durante y después de la salida y de las preguntas enfocadas a que ella pensara y viera la situación desde diversas perspectivas sin centrarlo todo única y exclusivamente en el consumo fue capaz de desmontar su ideas sobre el consumo como un impulso y apercibirse claramente de la secuencia de recaída, incluida la minimización del consumo de hachis y la capacidad de analizar situaciones vividas en la salida a las que no daba importancia. Reconoció además su ánimo alterado y el manejo de este a través de la comida y la normalización y minimización de las cosas que le afectan y le generan estados de ánimo alterados. Esto le ha ayudado a entender la situación y entenderse mejor a si misma lo qué repercute en que progresivamente mejore su estado anímico y este sea mas acorde con las situaciones que atraviesa. (Ver gráfica 7)

Al contrario que en la mayoría de los casos el trabajo en autoengaño se hizo fundamentalmente mediante psicoterapia individual ya que observamos que en los grupos tiene dificultades para expresarse abiertamente manteniendo la imagen ante los demás por lo que se encuentran serias dificultades a la hora de hablar abierta y claramente sobre lo que piensa, llegando incluso a bloquearse en algunas ocasiones.

En la actualidad se muestra más dispuesta a pensar sobre su dificultad para detectar estados de ánimo alterados y el bloqueo de las emociones negativas (algo que al ingreso era inviable), adoptando una actitud más flexible. Se objetiva además una mayor capacidad para asumir fallos y errores y ayudar al otro sin sobreprotegerlo.

## **Referencias bibliográficas**

Bühler K. Untruth and self-deception as fundamental dimensions of human existence: the problem of the unconscious. Fortschritte Der Neurologie-Psychiatrie 52(2). 1984.

Delmonte M. Use of non-verbal construing and metaphor in psychotherapy. International Journal Of

- Psychosomatics: Official Publication Of The International Psychosomatics Institute 38(1-4). 1991.
- Goldberg C. The Pursuit of the Fictional Self. American Journal of Psychotherapy 58(2). Psychology and Behavioral Sciences Collection. 2004.
- Goldberg C, Crespo V. The Personal-Story Approach. American Journal of Psychotherapy 57(3). Psychology and Behavioral Sciences Collection. 2003.
- Kirby S. Telling lies? An exploration of self-deception and bad faith. European Journal of Psychotherapy, Counselling & Health 6(2). Psychology and Behavioral Sciences Collection. 2003.
- Lockie R. Depth psychology and self-deception. Philosophical Psychology, 16(1): 127. Psychology and Behavioral Sciences Collection. 2003.
- Safer M, Keuler D. Individual differences in misremembering pre-psychotherapy distress: personality and memory distortion. Emotion (Washington, D.C.). 2(2). 2002.
- Sayers G, Perera S. Withholding life prolonging treatment, and self deception. Journal Of Medical Ethics. 28(6). 2002.
- Sirvent , C Autoengaño y adicción, clínica y psicoterapia. III Symposium Nacional de Adicción en la Mujer. Instituto Spiral. Publicado por la Agencia Antidroga de la CC. AA. de Madrid. 2007.
- Sirvent, C; Blanco Zamora, P., López Pérez B. Psicopatología del autoengaño en adictos. Interpsiquis. 2007.
- Sirvent, C. "Autoengaño y adicción". Revista Norte de Salud Mental. Bizcaia. nº 26, pp 39-49 Noviembre 2006
- Sirvent, C. "La sociopatía adquirida". Revista Española de Drogodependencias. Valencia. Vol. nº 32, pp 310-342. Diciembre 2007
- Tracey T, Rounds J, Gurtman M. Examination of the General Factor with the Interpersonal Circumplex Structure: Application to the Inventory of Interpersonal Problems. Multivariate Behavioral Research, 31(4). Psychology and Behavioral Sciences Collection. 1996.
- Williams R. Self-betraying emotions and the psychology of heteronomy. European Journal of Psychotherapy, Counselling & Health. 7(1/2). Psychology and Behavioral Sciences Collection. 2005.