

SEGUNDA EDICIÓN

Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia

Leopold Bellak, M.D.
Profesor Emérito de Psiquiatría
Colegio de Medicina Albert Einstein
Centro Médico Montefiore
Profesor Clínico de Psicología
Programa Posdoctoral en Psicoterapia
Universidad de Nueva York

Con la colaboración de
David M. Abrams, Ph.D.
Ruby Ackermann-Engel, M.A.

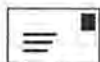
Traducido por
Psic. Gloria Padilla Sierra
Facultad de Psicología
Universidad Nacional Autónoma de México

 **Manual Moderno[®]**

Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
Av. Señora 206 Col. Hipódromo, C.P. 06100 México, D.F.

Editorial El Manual Moderno, (Colombia), Ltda
Carrera 12-A No. 79-03/05 Bogotá, DC

Nos interesa su opinión
comuníquese con nosotros:



Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.,
Av. Sonora núm. 206,
Col. Hipódromo,
Deleg. Cuauhtémoc,
06100 México, D.F.



(52-55)52-65-11-00



info@manualmoderno.com
quejas@manualmoderno.com

Para mayor información en:

- Catálogo de producto
- Novedades
- Distribuciones y más

www.manualmoderno.com

Título original de la obra:

**Handbook of Intensive, Brief and
Emergency Psychotherapy (B.E.P.)**

© 1983, 1992

C.P.S., Inc., Box 83

Larchmont, NY 10538

ISBN 0-918863-04-X

Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia

D.R. © 1993 por Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

ISBN 968-426-605-7

Miembro de la Cámara Nacional
de la Industria Editorial Mexicana, Reg. núm. 39

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de
esta publicación puede ser reproducida, almacenada
en sistema alguno de tarjetas perforadas o transmitida
por otro medio —electrónico, mecánico, fotocopiator,
registrador, etcétera— sin permiso previo por escrito
de la Editorial.

All rights reserved. No part of this publication
may be reproduced, stored in a retrieval system,
or transmitted in any form or by any means,
electronic, mechanical, photocopying, recording
or otherwise, without the prior permission in
writing from the Publisher.



Manual Moderno®

es marca registrada de
Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

Bellak, Leopold, 1916-

Manual de psicoterapia breve, intensiva y de
urgencia / Leopold Bellak ; colab. David M. Abrams,
Ruby Ackermann-Engel ; tr. por Gloria Padilla Sierra
-- 2a. ed., 5a. reimp. -- México : Editorial El Manual
Moderno, 2000.

226 p. : il. ; 23 cm.

Traducción de: Handbook of intensive brief and
emergency psychotherapy (B.E.P.)

Incluye índice

Bibliografía: p. 213-220

ISBN 968-426-605-7

I. Psicoterapia - Manuales, etc. 2. Emergencias
psiquiátricas - Manuales, etc. I. Abrams, David M.
II. Ackermann-Engel, Ruby. III. Padilla Sierra,
Gloria, tr. IV. t.

616.8914 BEL.m.2000

BN 44134I

Prólogo a la segunda edición revisada

La psicoterapia breve siempre fue hija de la necesidad. Comencé a utilizarla en 1946 cuando era psiquiatra bajo contrato en la Administración para Veteranos, lo que me permitía ver a un ex soldado durante tres sesiones. Después fue necesario, dentro de una sobrecargada agencia social como el Centro de Rehabilitación y Salud Altro, encontrar una técnica breve y efectiva. Y, finalmente, al intentar dar servicio a todo el distrito de Queens, cuando me convertí en el Director de Psiquiatría del Hospital General Elmhurst, se hizo imperativo ser capaz de ofrecer psicoterapia u otros cuidados psiquiátricos expeditos y efectivos.

Sin embargo, mantuve que la psicoterapia breve tenía aplicación a veces, cuando tanto el paciente como el terapeuta no podían permitirse terapia de mayor duración. Una razón sería las intervenciones innecesarias y posiblemente desorganizantes; el fomentar una dependencia apenas contenida sería otra razón para evitar una terapia de mayor duración.

Hoy en día el tremendo aumento en la población y la crisis fiscal actual han obligado a que se apliquen medidas administrativas rigurosas. A la mayoría de los hospitales estatales no se les permite mantener a los pacientes por más de dos semanas. Simplemente, dar pastillas se ha vuelto una farsa de la atención en salud mental.

Un resultado positivo de la situación económica es el hecho de que ha servido como estímulo para la investigación. En especial, el sector privado se muestra reacio a pagar seguros si no se puede demostrar que el gasto realmente trae buenos resultados. Los poco seguros resultados de investigación vinieron primero, y muy despacio, se han visto seguidos de la investigación del proceso: en la que uno puede mostrar algún tipo de causa y efecto entre la psicoterapia y la mejoría, en estudios de muestras individuales a través del tiempo, utilizando al paciente como su propio control (Chassan y Bellak, 1966, Chassan, 1966). El Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) poco a poco está demostrando cierto deseo de apoyar estos estudios, no obstante que, aparentemente, con mucha frecuencia tiene un prejuicio en contra de los estudios psicoanalíticos.

Por otra parte, los psicoanalistas mismos se involucran cada vez más en investigación. Una conferencia de la sección de investigación de la Asociación Psicoanalítica Internacional tuvo su primer encuentro acerca de la investigación controlada, en Londres, en marzo de 1991, y existen amplios planes para el futuro. Thomae y Kaechele han trabajado silenciosamente en Ulm, como lo han hecho Sampson y Weiss en los Estados Unidos (1986), lo mismo que H. Dahl (1972) y Luborsky (1984) y otros. Mi propio interés en estas investigaciones data de 1956.

Para mí, la teoría psicoanalítica aún es el mejor punto de inicio para cualquier tipo de psicoterapia y, de hecho para la psicoterapia breve. A menos de que esté muy equivocado, el sentimiento se difunde, como lo testifica la División No. 39 con el rápido crecimiento de

la organización de la Asociación Americana de Psicología y los múltiples institutos que han brotado. Finalmente, algunos hechos sencillos pudieron haber penetrado aun las salas de la academia.

La mayor contribución de Freud no es el Complejo de Edipo o el concepto de sexualidad infantil, sino el hecho de que demostró la continuidad entre la infancia y la edad adulta, entre el pensamiento del despertar y dormir y entre salud y patología. Estableció la causalidad para nuestra conducta y ello hizo de la psicología una ciencia.

Entonces, el proceso de la terapia breve es muy sencillo: iniciar con la imagen clínica y buscar las conexiones en la historia del paciente. ¿Cuándo comenzaron los síntomas, cuál fue la causalidad psicodinámica; la situación personal? Si la paciente se deprimió, ¿algo le sucedió a su autoestima o se sintió decepcionada o engañada?

Sugiero recabar una **historia que se guíe por principios psicoanalíticos**. Si uno sabe que los diez factores que se listan en el texto bajo el rubro de depresión son, de hecho, las causas más posibles, el especialista debe buscarlos en los antecedentes, la situación del brote, y es probable que así se pueda entender e intervenir de manera rápida. Como es natural, el especialista no debería permitir que nociones preconcebidas lo conduzcan por mal camino. Pero eso es verdadero para el microscopio también. No hay sustituto para el sentido común.

Las técnicas proyectivas, en especial la Prueba de Apercepción Temática (T.A.T) y sus ramales, la Prueba de Apercepción para Niños (C.A.T.), y la Técnica de Apercepción para Ancianos (S.A.T.), hace mucho que presentan mucho interés para mí. También, anteriormente he discutido el uso de datos del T.A.T. como parte de la obtención de la historia.

En la presente edición elaboro lo que ha sido una técnica útil para mí durante algunos años. A diferencia de otras "pruebas", el uso de estas técnicas no requiere de experiencia previa. Uno sólo necesita considerar las respuestas y comunicaciones, como en el caso de síntomas o sueños. A medida que uno gana experiencia, se puede beneficiar de la comparación de los datos de un paciente con los de otro. Las diferencias individuales serán muy impresionantes e informativas.

Considero a la psicoterapia, en especial, como un método de aprendizaje o reaprendizaje de mecanismos para manejar situaciones y desaprendizaje de mecanismos desadaptativos. La **terapia cognoscitiva**, que desarrolló un psicoanalista, el Dr. Aaron Beck, funciona de algún modo en la misma línea y ahora se utiliza ampliamente. Por tanto, invité a **Ruby Ackermann-Engel**, colaboradora cercana del Dr. Aaron Beck, a contribuir en un capítulo sobre **Terapia Cognoscitiva Breve**. La señorita Ackermann recientemente recibió el Premio de Disertación e Investigación de la Asociación Americana de Psicología, en 1991 y, además el de Miembro Graduado de la Fundación Nacional de Ciencia de 1988-1991.

Pienso que carece de la teoría general de personalidad como la que el psicoanálisis provee. Por otra parte, su proceso de desaprendizaje en algunos pacientes puede ser más directo e intensivo de lo que el psicoanálisis ofrece.

La contribución del **Dr. David Abrams** en un capítulo sobre la **Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU) con niños**, es señal clara de los tiempos. No sólo casi todos han reconocido la importancia de trabajar con los problemas de la infancia, sino que éstos se han incrementado. El crecimiento en la movilidad, relaciones familiares muy poco firmes y la brutalidad del abuso infantil en todas sus formas, hace de su especialidad una necesidad.

Conservo el **Manual** en un tamaño compacto. Los principiantes encontrarán útiles el **Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia** y la **Hoja de Registro de la PBIU**; la última en especial, porque allí es donde el llevar registros juega un papel más importante.

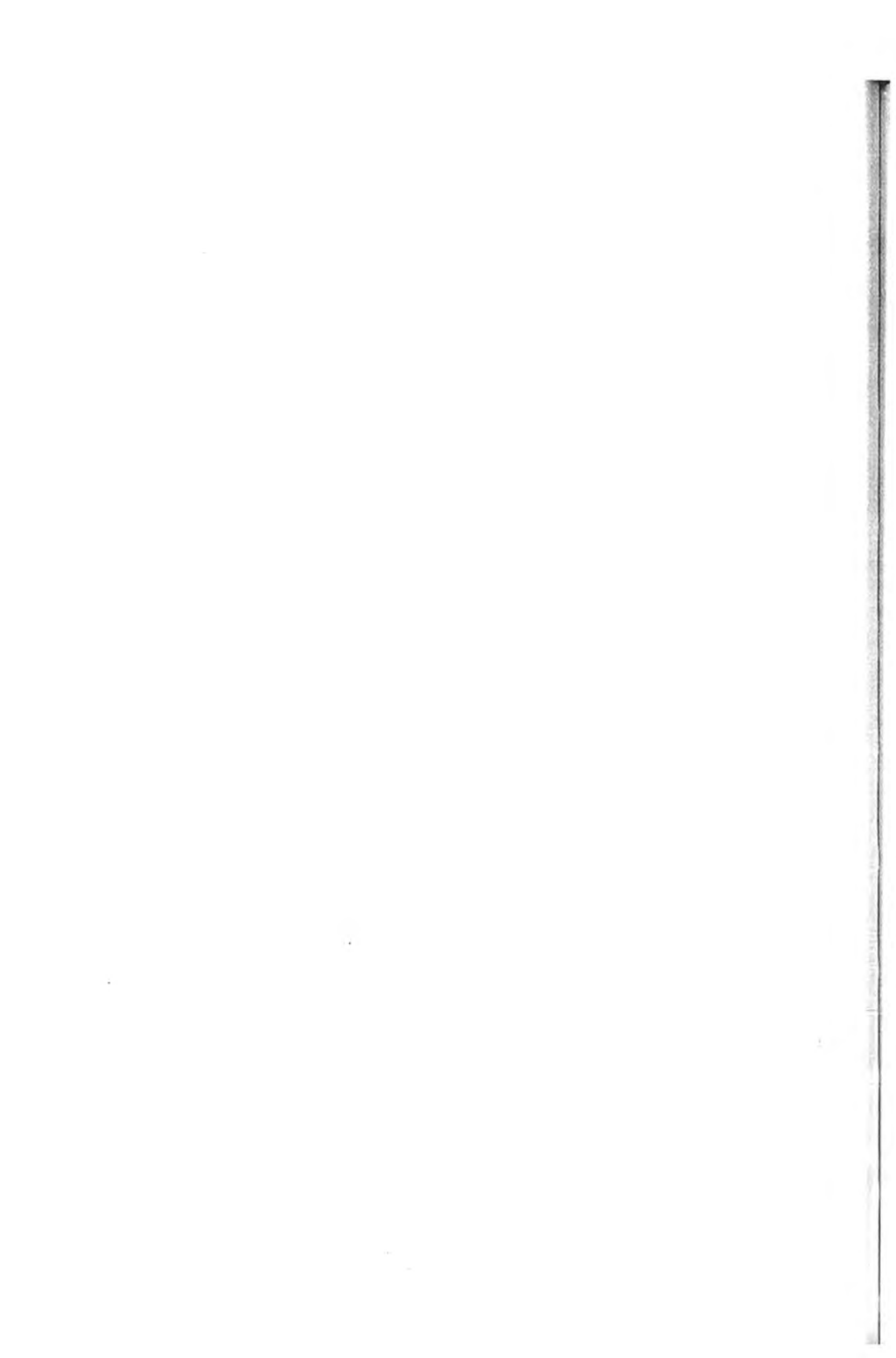
Le agradezco mucho a Helen Siegel, M.A. por todo el trabajo que llevó a cabo conmigo en la primera edición del **Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU, 1983)**.

Lorin Peritz proporcionó valiosos servicios al unir todas las piezas de la primera edición y el material revisado, e integrarlos de manera tan diestra. Quiero agradecerle su asistencia capaz.

La tarea de llevar al libro, del estado de manuscrito a las manos de lector, la llevó a cabo mi amiga y asistente, Marlene Kolbert.

Espero que este pequeño volumen continúe siendo útil y exitoso.

Leopold Bellak
Larchmont, Nueva York
1992



Prólogo a la primera edición

Se espera que este Manual haga tan sencillos los principios y técnicas básicas de la psicoterapia breve y de urgencia, que aun las personas que no disfrutaban de la lectura de los típicos libros de texto, encuentren fácil y cómodo utilizarlo. Por otro lado, se discuten de manera sistemática diez de los estados psicógenos más frecuentes en la clínica y la consulta privada.

Para cada uno de los trastornos en la parte II, se ha elaborado un listado de los primeros diez factores. Esto puede ser adecuado para memorizarlos o para tenerlos en frente mientras se entrevista al paciente; por ejemplo, alguien que presenta depresión. Se discuten entonces cada una de las diez variables, ya sean los factores dinámicos a considerar o los métodos de intervención.

A partir de los diez factores que se discuten no será difícil extrapolar el tratamiento a algunos estados que no se mencionan en el texto.

En tanto que los amplios conocimientos teóricos y prácticos del clínico experimentado harán más fácil y cuidadosa la lectura de esta pequeña publicación, deberá ser un útil marco de referencia aun para el clínico menos experimentado. Podrá ser de especial valor para el residente en psiquiatría que se siente confuso en la intervención de urgencia, o el trabajador social y el psicólogo clínico que enfrentan los innumerables problemas con los que se encuentran a diario, tanto en un aspecto diagnóstico como terapéutico.

Dado que un enfoque claro, una conceptualización concisa y parquedad en la intervención son cruciales para que la psicoterapia breve sea efectiva, se ha hecho el intento de organizar el Manual con estos factores en mente.

Se agrega en el apéndice una entrevista con breves comentarios para demostrar, de manera concreta, una entrevista de admisión. Como es natural, una sola entrevista no puede demostrar el amplio espectro de los problemas y técnicas y está destinada a tener deficiencias notables, como ésta las tiene.

Al conducir seminarios de enseñanza, he encontrado que son invaluable las demostraciones con cinta de video de diferentes pacientes, de las continuas sesiones y del mismo paciente. La técnica del video permite detenerse en puntos cruciales para discutir y formular el proceso. Este método de enseñanza aumenta en gran medida el aprendizaje de PBIU.

Al presentar la PBIU deseo enfatizar el rasgo que la separa de casi todos los otros métodos de terapia breve: se desarrolló dentro del contexto de la psiquiatría y atención a la salud mental comunitarias y se basa en las necesidades de salud mental de la comunidad. Por lo tanto, se diseñó para ser, al menos, de cierta utilidad en cualquier trastorno o problema, en el amplio escenario del espectáculo humano. Puede manejar estados crónicos graves lo mismo que urgencias agudas o problemas relativamente pequeños. Lo que es

importante, al trabajar con el síntoma específico que lleva al paciente ante nosotros, es entender a la persona como totalidad.

El comprender a la persona en su totalidad nos ayuda a planear técnicas que servirán de cierta ayuda para cualquier problema en cualquier persona. Se decía de un viejo médico de pueblo: "Es un doctor de sanos. ¡Dios ayude a los enfermos!" ¡Definitivamente, él no es un modelo para la PBIU!

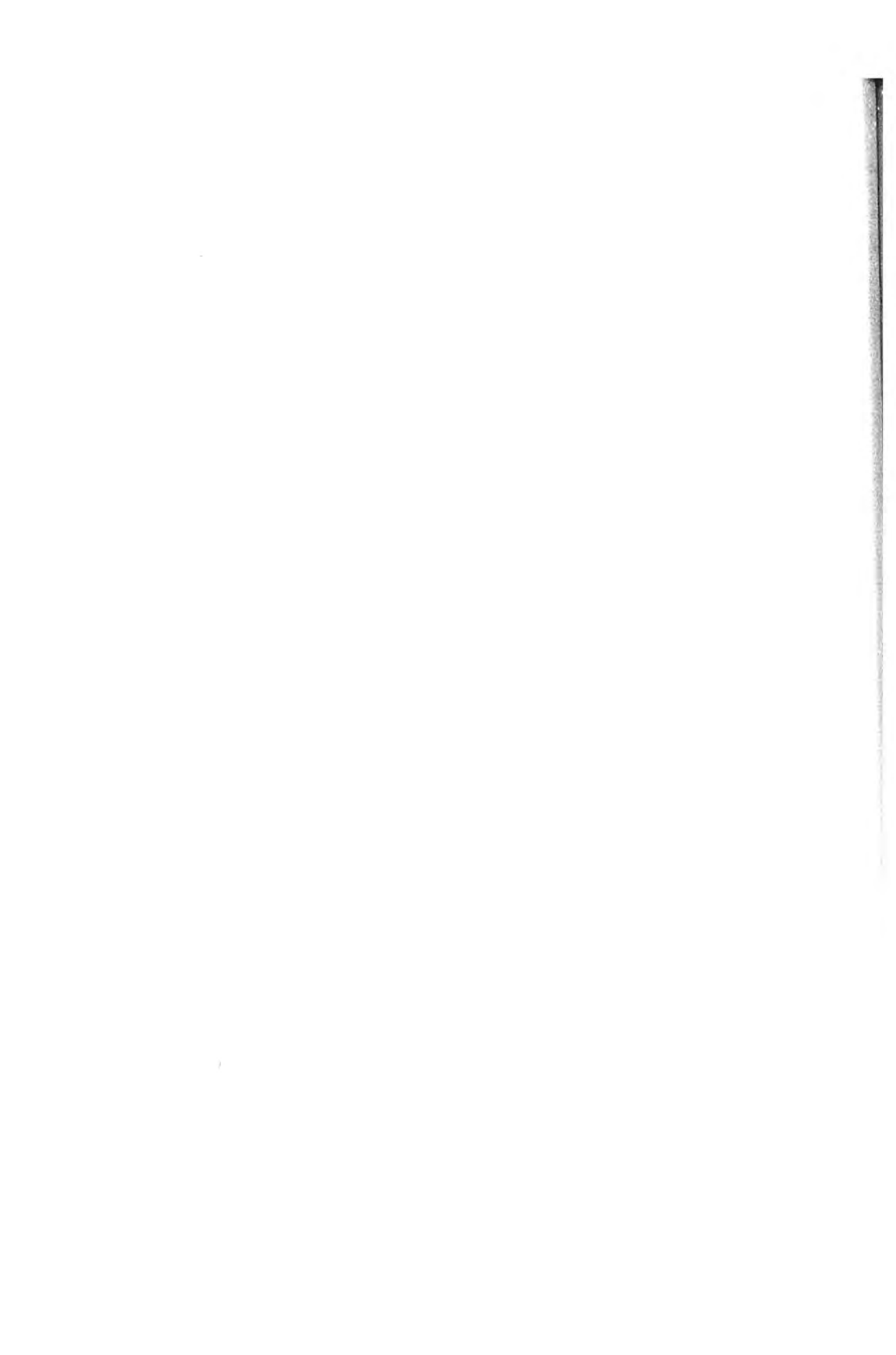
Leopold Bellak

Agradecimientos

La idea original del Manual fue la de un libro lo suficientemente pequeño para manejarlo con una mano. Este es el propósito del presente libro, tanto en un sentido literal como figurativo: deseamos que funcione tanto en formato como en contenido.

Los autores desean agradecer al Dr. Paul Scheidlinger por sus sugerencias constructivas con respecto al manuscrito, y por su amistad.

Leopold Bellak



Contenido

PARTE I PROPÓSITOS GENERALES

Capítulo 1. Panorama general	1
Capítulo 2. Diez principios básicos de la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU)	7
Capítulo 3. Perfil básico de la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU)	15
Perfil básico de la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU)	15
Capítulo 4. Sesión inicial	17
Evaluación de las funciones del yo (EFY)	20
Tres factores de la relación terapéutica	20
Capítulo 5. Segunda a sexta sesión de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU)	27
Segunda a sexta sesión de la PBIU	27
Capítulo 6. Proceso terapéutico en la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU)	31
Capítulo 7. Métodos de intervención en la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU)	37
Métodos de intervención	37

PARTE II
DIEZ TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS MÁS
FRECUENTES COMO PARADIGMA

Capítulo 8. Terapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU) de la depresión	41
Consideraciones teóricas	41
Diez factores específicos en la psicoterapia de la depresión	42
Capítulo 9. Psicoterapia breve intensiva y de urgencia (PBIU) del acting out	51
Consideraciones teóricas	51
Diez factores específicos en el manejo terapéutico del <i>acting out</i>	52
Capítulo 10. Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU) del suicidio	57
Consideraciones teóricas	57
Diez factores específicos en el manejo terapéutico de pacientes suicidas	59
Capítulo 11. Condiciones que facilitan la PBIU ambulatoria con psicóticos	63
Consideraciones teóricas	63
Diez condiciones que facilitan la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia con psicóticos	63
Capítulo 12. Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU) de los estados psicóticos agudos	71
Consideraciones teóricas	71
Diez factores específicos en el manejo terapéutico de los estados psicóticos agudos	71
Capítulo 13. Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU) de la enfermedad física o cirugía	77
Consideraciones conceptuales	77
Diez factores específicos en el manejo terapéutico de la enfermedad física o cirugía	79

**Capítulo 14. Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU)
de los sucesos catastróficos en la vida 87**

Consideraciones teóricas 87	Diez factores específicos referentes a sucesos catastróficos en la vida 88
-----------------------------------	--

**Capítulo 15. Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU)
de las fobias e histerias de ansiedad 99**

Consideraciones teóricas 99	Diez factores específicos en el manejo terapéutico de las fobias 100
-----------------------------------	--

**Capítulo 16. Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU)
de la angustia 109**

Consideraciones teóricas 109	Diez factores específicos en el manejo terapéutico de la angustia 110
------------------------------------	---

**Capítulo 17. Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU)
de los sentimientos de irrealidad del sí mismo y del mundo 117**

Consideraciones teóricas 117	Diez factores referentes a sentimientos de irrealidad del sí mismo y del mundo 117
------------------------------------	--

**PARTE III
T.A.T., C.A.T. y S.A.T.**

**Aplicación especial de las técnicas aperceptivas en la terapia breve en general,
y específicamente en la de niños y ancianos: T.A.T., C.A.T. y S.A.T. 127**

Uso específico de las pruebas de apercepción en la terapia breve 130
--

PARTE IV PBIU CON NIÑOS

Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU) con niños	141
Consideraciones teóricas	141
Diez factores específicos en la psicoterapia breve y de urgencia con niños	142
Aproximación de diez pasos a la psicoterapia breve y de urgencia con niños	147

PARTE V TERAPIA COGNOSCITIVA BREVE

Capítulo 18. Terapia cognoscitiva breve	151
Introducción	151
Principios generales de la terapia cognoscitiva	152
Lineamientos básicos de la terapia cognoscitiva	155
Técnicas de terapia cognoscitiva I: técnicas cognoscitivas	166
Técnicas de terapia cognoscitiva I: técnicas cognoscitivas	167
Técnicas de terapia cognoscitiva II: técnicas conductuales	170
Capítulo 19. Sesión inicial	161
Capítulo 20. Estructura de las sesiones terapéuticas	165
Capítulo 21. Aplicación a estados específicos	175
Depresión	175
Factores en la terapia cognoscitiva de la depresión	176
Suicidio	178
Factores en la terapia cognoscitiva del paciente suicida	179
Trastorno por ansiedad	182
Factores en la terapia cognoscitiva del trastorno por ansiedad	183
Trastorno por ansiedad generalizada	185
Factores en la terapia cognoscitiva del trastorno por ansiedad generalizada	186
Fobias	189
Factores en la terapia cognoscitiva de las fobias	189
Trastorno obsesivo-compulsivo ..	191
Factores en la terapia cognoscitiva del trastorno obsesivo-compulsivo	192
Bulimia nerviosa	195

Apéndice	199
Entrevista muestra	199
Referencia	212
Referencias	213
Índice	221

Parte I

Propósitos generales

Capítulo 1. Panorama general	1
Capítulo 2. Diez principios básicos de la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (P B I U)	7
Capítulo 3. Perfil básico de la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (P B I U)	15
Perfil básico de la P B I U	15
Capítulo 4. Sesión inicial	17
Evaluación de las funciones del Yo (EFY)	20
Tres factores de la relación terapéutica	20
Capítulo 5. Segunda a sexta sesión de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (P B I U)	27
Segunda a sexta sesión de la PBIU	27
Capítulo 6. Proceso terapéutico en la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (P B I U)	31
Capítulo 7. Métodos de intervención a la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (P B I U)	37
Métodos de intervención	37



Panorama general

1

Algunas consideraciones históricas

Mi aproximación particular a la psicoterapia breve se desarrolló en respuesta a necesidades existentes. En 1946, inmediatamente después de la guerra, la *Veterans Administration* permitió a los pacientes consultar a los psiquiatras bajo contrato, sólo durante tres ocasiones, en privado. Después, el número de sesiones se incrementó a seis (y con el tiempo a múltiples de este número básico). Se deseaba ayudar a estos veteranos, aún dentro de un periodo limitado de tres o seis sesiones y trató de diseñarse algún método de psicoterapia que hiciera más una contribución que sólo ofrecer tranquilidad, apoyo o consejo; y de hecho, en muchos casos, parecía que esta técnica daba resultado. En ese entonces el entrenamiento en psicoanálisis que adquirido en Viena y en los Estados Unidos, mejoró mis conceptos aprendidos en *Harvard Psychological Clinic*^{15,32} y mi entrenamiento en psicoterapia para psicóticos en el *St. Elizabeths Hospital* en Washington, D.C.

Cuando comencé, en 1948, era el único psiquiatra en *ALTRO*, que entonces funcionaba como centro de rehabilitación para tuberculosos y enfermos cardíacos y, cuatro años después, se ocupaba, principalmente, de pacientes psiquiátricos. Al ser el único psiquiatra para todos esos pacientes, intenté hacer uso de lo que había aprendido de mi anterior trabajo con veteranos, desarrollando una mayor especificidad en la atención de pacientes cardíacos y tuberculosos crónicamente enfermos, y después con neuróticos y psicóticos. De hecho, en 1952, se publicó mi primer artículo acerca de la psicoterapia breve dentro del contexto de la psicoterapia de urgencia de la depresión¹⁶.

En 1958, mientras era director del Departamento de Psiquiatría del *Elmhurst City Hospital*, desarrollé la *Trouble-Shooting Clinic*, que, de hecho, fue la primera clínica psiquiátrica de consulta externa en los Estados Unidos, con personal organizado que operaba las 24 horas del día. Pronto se convirtió en parte integral del hospital como centro de salud mental comunitaria. Unos cuantos años después, la *Community Mental Health Act* del presidente John F. Kennedy hizo de estas clínicas un dispositivo estándar en la mayoría de los centros de salud mental comunitarios. En ese tiempo también se inició lo que probablemente fue el primer centro de profesionales en salud mental en clínicas de urgencia médico/quirúrgicas²⁵. Al continuar puliendo mi técnica de terapia breve en todos estos ambientes, los fondos del *NIMH* hicieron posible que trabajara en investigación intensiva a gran escala en el área de la psicoterapia breve, con el propósito de validarla como método terapéutico^{33,92}.

La historia previa es relevante para la comprensión y razón fundamental del método de psicoterapia breve, intensiva y de orientación psicoanalítica (PBIU): el método fue una respuesta práctica para los limitados recursos que se ofrecían a los veteranos de la Segunda Guerra Mundial. Las limitaciones de tiempo en la atención a pacientes en *ALTRO* fue un determinante posterior para este método, mientras que la *Trouble Shooting Clinic* en Elmhurst fue, en ese tiempo, virtualmente, el único servicio público con una orientación dinámica, disponible para una población de dos millones de habitantes en Queens. De estas realidades se deriva un enfoque que intenta ayudar al mayor número de personas que lo necesitan. Se diferencia claramente de métodos de tratamiento corto que preseleccionan a los pacientes adecuados, tales como la aproximación STAPP de Sifneos¹⁰³ o aquellas que ofrecen terapias excelentes, pero relativamente largas, como las 30 sesiones de Malan⁷⁶, o terapias con limitaciones teóricas, como la de Mann⁷⁷, que se restringe básicamente al tratamiento de la ansiedad de separación. De manera similar, el método confrontativo de Davenloo⁴⁹, según mi opinión, probablemente es más de lo que algunos pacientes muy perturbados pueden soportar, dejando de lado el hecho de que la mayoría de los programas de mayor alcance, lo mismo que los profesionales que tienen una práctica privada, serían incapaces de solventar la videograbación rutinaria intrínseca a este enfoque.

En esencia, entonces, aunque existe un mérito en otros enfoques de psicoterapia breve, mi aproximación particular es un intento más amplio para el manejo de todos y cada uno de los problemas que se llevan a la clínica, el consultorio o la enfermería. Este enfoque se basa principalmente en la teoría psicoanalítica, pero también toma prestado de la teoría del aprendizaje y de la teoría de los sistemas. Por ejemplo, ya que hablamos de la teoría de los sistemas, para entender a un paciente agorafóbico, puede ser importante comprender los vínculos familiares de un paciente italiano en comparación con una persona de otro grupo étnico, el alcoholismo en un paciente irlandés, la drogadicción en un portorriqueño en Nueva York o la necesidad de logro de un varón primogénito en una familia de inmigrantes judíos.

Si una terrible batalla matrimonial lleva a una pareja a la clínica de urgencias, no se les puede ofrecer psicoanálisis individual, como lo sugerirían algunos de mis colegas ortodoxos, ni se les puede excluir si no están preparados para participar en Terapia de Excitación de Ansiedad, no se les puede ofrecer treinta sesiones de terapia o discutir sólo su ansiedad de separación. En lugar de ello, hay que comenzar por entender que la reciente pérdida del empleo del esposo ha disminuido precipitadamente su precaria autoestima y también ha incrementado su tendencia a ser celoso. En su ambiente étnico particular, esto amenaza en especial su estatus como padre de familia. Al comprender esto, mis intervenciones tendrán que atender de manera directa estos problemas. Dadas unas cuantas sesiones, el esposo quizás sea capaz de relacionar sus dificultades con la regulación de su autoestima, a su historia infantil en relación con sus hermanos; lo mismo que relacionar sus celos presentes, a problemas con la escena primaria cuando compartía la recámara de sus padres. Al formularlas en un lenguaje y estilo apropiados, algunas de estas intervenciones pueden, de hecho, ir más allá de sólo calmar la situación inmediata y pueden, al menos, iniciar unos cuantos cambios estructurales y dinámicos, de modesta proporción; lo cual, según mi experiencia, a veces toma años. Por otra parte, algunos pacientes para los cuales tal *insight* no sería posible o tolerable, la terapia conjunta con un énfasis en la modificación de conducta, que se base en mi comprensión dinámica e *insight*, puede ser el método a elegir.

En una ocasión se atendió a un mecánico automotriz que llegó a la clínica médica con temor a morir por causa de un infarto. Se logró que en cinco sesiones, translaborara los problemas dinámicos, tales como una dependencia excesiva hacia su sobreprotectora madre. Este paciente respondió a la psicoterapia breve lo suficientemente bien como para regresar a la clínica sólo diez años más tarde, cuando circunstancias similares produjeron una recaída breve. Aun después de los diez años transcurridos, el paciente era capaz de utilizar los *insight* que había adquirido hacía una década.

A otro paciente, al que se vio en coordinación, en un contexto psiquiátrico, y que sufría una gran angustia por una cirugía inminente, se le ayudó a explorar sus distorsiones aperceptivas que lo hacían considerar más aterradora la operación de lo que era necesario. La clásica ansiedad de castración (la cual, por supuesto, describí al paciente en términos y estilo adecuados, y que se discutirá más ampliamente en el último capítulo), el temor a la pasividad y a la pérdida de control bajo anestesia, se ventilaron con éxito en cinco sesiones. Educar a este paciente con respecto a los procedimientos quirúrgicos involucrados, lo mismo que en cuanto a las expectativas posoperatorias, proporcionó una gran cantidad de alivio y, posiblemente, un paciente con un mejor pronóstico.

En esencia, podría describir mi enfoque de la Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU) como sigue:

1. *La PBIU se enfoca en los rasgos cruciales del trastorno que se presenta. Así, intento encontrar el punto de mayor ventaja desde el cual comprender al paciente que se sienta frente a mí. Como psicoanalista, he encontrado que la orientación psicoanalítica, que se concibe ampliamente, no excluye un enfoque cognoscitivo o de la teoría de los sistemas, ni la terapia conductual en lugar de la terapia de insight, cuando siento que esto es lo indicado. En lo que insisto es en que uno comprenda al paciente de la manera más completa posible, desde todos los puntos de mayor ventaja y después introduzca las variables que logren una adaptación más eficaz.*
2. *Bajo cualquier circunstancia, intento establecer un punto central para comprender en forma precisa por qué el paciente acude a consulta en el día en especial en que lo hizo, cuándo inició su problema, en su pasado inmediato, y cuándo y en qué forma parecida existió en su historia personal anterior.*
3. *Considero como la contribución más importante del psicoanálisis al establecimiento de la causalidad o continuidad entre el presente y el pasado y las muchas conexiones teóricas de los sistemas en el presente. En la psicoterapia enfocada, se intenta salvar la discontinuidad entre infancia y adultez, entre pensamiento de vigilia y de sueño, entre lo que es consciente e inconsciente, lo mismo que se intenta comprender la interrelación de estos factores con los componentes biológicos, sociales, familiares y físicos de la vida del paciente.*

Sobre todo, se intenta establecer continuidad entre los síntomas o problemas de personalidad que se presentan y los conflictos o defectos (en términos de autorepresentaciones y representaciones de objetos), en lo cual se ha encontrado que tanto el análisis clásico como la teoría de las relaciones objetales, son valiosas y compatibles.

El concepto de causalidad, determinismo y sobredeterminismo, es crucial para la psicoterapia enfocada: ¿Por qué un síntoma en particular, por ejemplo,

un sentimiento aterrador de que unas figuras súbitamente se metían en la pared, se desarrolló en una noche en particular a las 8:15, en el ambiente particular en el que ocurrió? ¿Por qué otro paciente, que atendía una estación de gasolina, desarrolló la angustia de que estaba a punto de sufrir un ataque cardíaco la mañana de un sábado, exactamente a las 10:30? Para comprender la especificidad en que se presenta el síntoma, se tienen que entender todas las fuerzas más importantes que coadyuvaron a producir el síntoma particular en la forma específica que éste tomó.

4. La formulación general más útil de una teoría acerca del desarrollo de un síntoma, lo mismo que de la estructura de personalidad en general, es que los *síntomas son intentos de solucionar problemas, de enfrentar la ansiedad, conflicto, déficit*. Entre más limitada sea la capacidad para enfrentar situaciones, mayor será el trastorno que exista en la personalidad y viceversa. La conducta para enfrentar situaciones se aprende, se funda en un sustrato biológico, dentro de un medio social, étnico y familiar. En ese sentido, el grado en el cual la conducta se aprende, es decir, se debe a factores de experiencia, se puede cambiar a través de reaprendizaje en psicoterapia. El tratamiento es un intento por ayudar a la persona a obtener mejores recursos para enfrentarse a la realidad, con los conflictos que existen entre ésta y los impulsos, así como con las introyecciones defectuosas (es decir, imágenes internalizadas de los otros significativos).
5. En ese sentido, considero a toda la psicoterapia como una forma de aprendizaje, desaprendizaje y reaprendizaje: *La psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU) se enfoca en lo que ha aprendido de manera deficiente y lo que necesita desaprenderse y reaprenderse del modo más eficaz posible*.
6. La terapia breve, inclusive la terapia psicoanalítica breve, tiene una historia considerable. De hecho, a veces se ha dicho que lo que Freud practicó originalmente fue, con mayor frecuencia psicoterapia breve. Ejemplos de dos casos famosos suyos en los que realmente practicó una muy breve (y efectiva) terapia, fueron sus tratamientos al director Bruno Walter⁸⁸ por parálisis del brazo, que realizó en seis sesiones, y al compositor Gustav Mahler⁶⁸, a quien trató y curó de impotencia en una sola sesión de cuatro horas. La utilización que hizo Freud de la terapia breve, con frecuencia se cita como intento de denigrarla, diciendo que no es nada más que un regreso a lo que Freud hizo hace mucho. El hecho es, por supuesto, que lo que Freud hizo en los primeros años del siglo no tuvo el beneficio de la psicología del Yo que desarrolló posteriormente, o el conocimiento de las defensas que Anna Freud⁵⁷ y otros formularon después, tampoco tuvo el beneficio de las contribuciones de Hartman⁶⁰ y de un gran número de otras personas dentro de esta área.

Por otra parte, *la psicoterapia experimentada, breve, intensiva y de urgencia, se realiza tomando en cuenta todas las defensas y proposiciones psicológicas del Yo*.

7. *La Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU) se enfoca, y selecciona, los síntomas principales y más perturbadores y su causa, dentro de un marco de referencia más amplio, y después provee la concepción más certeramente orientada posible de las intervenciones psicoterapéuticas necesarias y esperamos, suficientes.*

8. *La esencia de la PBIU no consiste en seis sesiones, cuatro u ocho, sino en la aproximación enfocada y sistemática.* Cinco o seis sesiones pueden ser de lo más práctico, debido a que la experiencia muestra que la mayoría de los pacientes externos no tienen deseos de regresar a consulta, probablemente debido a su experiencia con el tratamiento médico.
9. *Los beneficios de la PBIU se pueden extender más allá del centro de atención inmediata de la terapia,* ya que toda la estructura adaptativa del paciente puede cambiar favorablemente, en una especie de reacción psicodinámica en cadena, como resultado de las intervenciones limitadas.
10. Las indicaciones para la PBIU son muy amplias. *Seleccionamos el problema para tratamiento, no al paciente.* En ese sentido, la PBIU puede utilizarse para prevención primaria, secundaria (estados agudos) tanto como para terciaria (cronicidad), en un amplio rango de trastornos.

De hecho, para algunos pacientes la psicoterapia breve, como toda terapia, puede ser casi o realmente imposible. Así, pacientes pasivos con poca capacidad para el *insight*, sin considerar su sintomatología, pueden ser los más difíciles de tratar, al menos con terapia orientada al *insight*. Sin embargo, con base en una comprensión de la dinámica del paciente, se pueden tratar a través de otra modalidad, por ejemplo, terapia de apoyo, conductual, educación o reestructuración ambiental. Desde luego, existen algunos pacientes a los que no se les puede ayudar con terapia breve ni de larga duración. Para éstos, el alivio o remoción del síntoma con farmacoterapia, podría ser la meta limitada.



Diez principios básicos de la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU)

2

La P.B.I.U. se relaciona con la terapia tradicional a largo plazo de la misma manera en que un cuento corto se relaciona con una novela

Como una modalidad, considero que la PBIU se relaciona con la terapia tradicional en la manera en que un cuento corto se relaciona con una novela. Cada género tiene sus propios méritos y cada uno necesita de su propia pericia. Aquellos que aprecian los cuentos cortos saben el tremendo impacto que pueden tener y aquellos que, han intentado escribir un cuento, saben qué terriblemente demandante tarea puede ser y de hecho, nada por lo que un escritor necesite sentirse apenado. De seguro la novela también necesita de talentos especiales y puede ofrecer una suntuosa ceremonia inigualada por un cuento corto, pero no están una en competencia con el otro y cada uno tiene sus indicaciones y méritos propios. Así también la terapia breve necesita de habilidades y pericia especiales. El terapeuta debería entender que esta llevando a cabo un trabajo valioso y no sólo está tomando medidas momentáneas.

Es esencial una concepción fiel

La proposición básica de la terapia breve consiste en comprender todo, saber mucho y entonces hacer aquello que represente una diferencia crucial.

Una de mis historias favoritas se refiere a un general cuyo automóvil se descompuso durante maniobras. Cuando ninguno de los mecánicos del ejército fue capaz de arreglar el auto, se le pidió ayuda a un viejo herrero de pueblo. Levantó el cofre, examinó el motor y después le dio un golpe seco con su puño a la tapa del distribuidor. Inmediatamente el motor encendió. El general preguntó "¿Cuánto le debo?" El herrero le respondió "Cien dólares" "¿Cien dólares por un golpe?" preguntó el general. "No", repuso el herrero, "Un dólar por el golpe, ⁹⁹ por saber *dónde* golpear".

De esa manera veo yo a la PBIU.

Para lograr esto, se tiene que pensar mucho, planificar y conceptualizar. Es esta conceptualización fiel la que hace posible a la terapia breve.

En lugar de seleccionar a los pacientes, se seleccionan las metas y problemas

No creo que sea necesario seleccionar en forma especial a los pacientes para la psicoterapia breve. Ese proceso deja a muchos a un lado. En lugar de ello, se deben determinar las metas en cada caso en particular. Por ejemplo, la terapia breve e intensiva puede ser útil para algunos *psicóticos crónicos*, si se define el éxito de cómo capacitarles para permanecer en la comunidad sin necesidad de que se les interne o que regresen a sus trabajos después de un brote agudo y por el que fue necesario hospitalizarlo. No se espera que la psicoterapia breve cure una *neurosis de carácter grave*, pero en ocasiones es posible que cambie el rasgo más perturbador de tal neurosis o algunos síntomas particularmente problemáticos. Además, los ataques de ansiedad aguda o las depresiones y muchos otros estados agudos se prestan exitosamente para tratarlos con terapia breve.

Se sugiere que *se considere a la terapia breve como el primer método de elección*, y sólo cuando ésta falla, o cuando existe una razón para desear cambios más amplios, se debe emplear psicoterapia de larga duración o psicoanálisis.

La PBIU se basa en una historia clínica exhaustiva, que se guía por conceptos formulados con claridad y utilice un estilo adecuado de comunicación

Fundamentalmente, la PBIU trabaja a partir de una comprensión del paciente en términos de su historia, su situación vital actual, su medio étnico y cultural, su experiencia humana completa y lo que se pueda saber a partir de sus fundamentos y predisposiciones generales. Se conceptúa esta información combinada en forma psicoanalítica y se ayuda al paciente a reaprender y reestructurar con el auxilio de la alianza terapéutica, un contrato de tratamiento y un conjunto de intervenciones técnicas. La técnica se funda en una serie de intervenciones cuidadosamente formuladas, casi codificadas. Posteriormente se discutirá en forma amplia cómo obtener la historia clínica a través de *La entrevista inicial* (véase Parte I, Capítulo 4).

En resumen, *la terapia breve, e intensiva debe incluir una anamnesis completa, una evaluación psicodinámica y estructural tan amplia como sea posible y una consideración de los aspectos sociales y médicos*. Después, con base en la máxima comprensión y conocimiento posibles acerca del paciente, se deben planificar, en forma activa, las áreas, métodos y secuencia de áreas y métodos de intervención.

Se puede enseñar a llevar a cabo con éxito la PBIU a personas con un relativamente limitado conocimiento de psicodinamia

Teóricamente, sería lo mejor si clínicos bien entrenados y, de preferencia, psicoanalistas; llevarán a cabo la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. La única desventaja sería que la personalidad que se adquiere por hacer psicoanálisis durante muchos años se podría interponer con el tipo de actividad que se necesita en la psicoterapia breve. Pero es muy cierto que el tener un conocimiento clínico vasto sería una verdadera ventaja. Sin embargo, a las personas con un conocimiento relativamente limitado en psicodinamia se les puede enseñar a llevar a cabo la psicoterapia breve en una forma exitosa.

La analogía que tengo presente aquí es la del papel de paramédico en la medicina de urgencia. Sin haber asistido a la escuela de medicina, se le pueden enseñar los

fundamentos de la fisiología y otros aspectos básicos de la medicina. En muchos casos, en especial si se adquiere experiencia, el paramédico puede ser capaz de llevar a cabo algunos procedimientos de urgencia mejor que el médico promedio, debido a su conocimiento especializado. De manera similar, una persona a la que se ha entrenado específicamente en PBIU puede ser más efectiva que alguien con entrenamiento más amplio pero que no posee el conocimiento y los principios de la terapia breve, intensiva.

Guía esquemática: el concepto de medicina de urgencia como paradigma para la PBIU

Me agrada el concepto de medicina de urgencia como paradigma para la psicoterapia breve y de urgencia. La medicina de urgencia se basa en el uso práctico de un vasto cuerpo de conocimientos generales acerca de la anatomía, fisiología, patología, cirugía y medicina. De hecho, las intervenciones de urgencia se definen y conceptúan de forma más fiel que otras ramas de la medicina. Tómese, por ejemplo, el tema de la reanimación cardiopulmonar. Existen algunos pasos precisos y definidos en la forma en que técnicos médicos la enseñan al cuerpo docente:

1. Si el paciente se encuentra inconsciente, permeabilizar vías aéreas: cuello levantado, cabeza levantada.
2. Si el paciente no respira, comenzar respiración artificial: cuatro exhalaciones completas, rápidas. Si las vías respiratorias están bloqueadas, intente golpear la espalda.
3. Revise pulso en la carótida.
4. Si no hay pulso, comenzar circulación artificial: oprimiendo el esternón de 1 1/2 a 2 pulgadas.

En cierta forma, basaré sobre este modelo médico de urgencia algunas de mis sugerencias concretas del manejo de ciertos estados que ocurren o se presentan con frecuencia.

La psicoterapia de urgencia no sólo se limita a la eliminación del síntoma. A pesar de las restricciones de tiempo, puede haber oportunidad de reconstituir al paciente a un mayor nivel que el premórbido

Los principios de la PBIU son los mismos que los de la psicoterapia de urgencia, excepto que en la terapia breve se tiene que definir la meta, mientras que en la psicoterapia de urgencia la meta se encuentra claramente definida por lo que sea que se presenta como urgencia, sea ésta el peligro de suicidio, de homicidio, crisis de angustia o de algún otro tipo. Dentro de la literatura, algunas personas han hecho diferencias entre la terapia de urgencia y la intervención en crisis⁸⁴: sostienen que en la intervención en crisis la meta principal es restaurar al paciente al estado precrítico sin hacer ningún intento por obtener un mayor nivel de resolución y funcionamiento. Resulta claro que en el proceso de resolver una situación en particular, con frecuencia los pacientes, aun dentro de la terapia más breve, alcanzan, en general, un nivel superior de solución de problemas y también tienen la ventaja de haber adquirido una

especie de vacuna, cierta fortaleza por haber sobrevivido a una situación particular, que los proveerá con cierta inmunidad para el futuro.

Para que la terapia breve cumpla su promesa como una modalidad de tratamiento útil y disponible para un gran número de personas, debe ser una técnica que se adapte a cualquier circunstancia.

Con respecto a la obtención de mayores niveles de solución de problemas, quiero recordar al lector que el símbolo chino que representa crisis significa peligro más (+) oportunidad, y en este caso, *el peligro ofrece la oportunidad para una mejor reintegración*.

En crisis y urgencias, es necesario darse cuenta que el paciente en esta circunstancia con frecuencia sufre de una especie de visión de túnel, como se discutirá particularmente con respecto al peligro de suicidio. Con frecuencia pueden percibir sólo un espectro muy reducido y a menudo sólo dos alternativas. Muchas veces, una de las primeras tareas al convertir una crisis o situación de urgencia en una situación más manejable es ayudar al paciente a tener una visión más amplia que la que su visión de túnel le proporciona y a que sea capaz de ver sus alternativas y opciones.

En especial, en estos tiempos de restricciones presupuestales, muchas personas sienten de modo bastante cínico que la terapia breve es un sustituto de poco valor para la terapia de larga duración. El hecho es que la terapia breve tiene una indicación propia útil y legítima, independientemente de recursos financieros, y la practico a veces con pacientes privados que bien pueden pagar una terapia de larga duración. Esto no significa que se niegue que también entran en ello factores de recursos humanos y económicos. En ocasiones, la terapia breve es todo lo que se puede ofrecer, aun cuando la terapia de larga duración sería lo preferible.

Eficacia para la prevención primaria, secundaria y terciaria

La psicoterapia breve puede ser útil en la *prevención primaria* en una gran variedad de circunstancias. Cuando las personas se encuentran psicológicamente en riesgo, la psicoterapia breve se puede utilizar para transelarborar los problemas por adelantado, es decir, en forma preventiva. Por ejemplo, los pacientes que enfrentan cirugía mayor o duelo, pueden beneficiarse de intervenciones preventivas breves. A personas a las que se les ha expuesto a la violencia en forma de asalto o violación también se les puede ayudar de manera preventiva, aun antes de que se den cuenta de que tienen un problema psicológico, a través de permitirles transelarborar el impacto mientras que aún se encuentran en el proceso de negación o choque.

La *prevención secundaria* trata con estados agudos ya existentes, que se pueden detener antes de convertirse en estados más graves y crónicos, al utilizar la psicoterapia breve. Por ejemplo, caerían dentro de esta categoría las personas que ya se encuentran perturbadas en forma aguda a causa de eventos traumáticos.

Un ejemplo de prevención secundaria temprana tiene que ver con un niño al que se le lleva a la clínica de urgencia debido a que presentaba enuresis y pesadillas. La madre relató que su hermana menor recientemente había ido a vivir con la familia y había creado un desequilibrio en el patrón familiar. Su hijo pequeño, que hasta hacía poco había dormido en un cuartito que ahora ocupaba su tía, se había tenido que ir a la recámara de sus padres y, de hecho, compartía la cama de éstos. Este arreglo era particularmente incómodo debido a que el niño comenzó a presentar pesadillas y enuresis ocasional.

Bajo estas circunstancias, sentí innecesario explicarle a la madre el Complejo de Edipo o la importancia de la escena primaria. Todo lo que se sugirió fue que el pequeño estaría mejor en una bolsa de dormir en el piso de la cocina, que compartiendo la cama conyugal. Fue gratificante escuchar que, cuando se hizo el cambio, tanto las pesadillas como la enuresis cesaron.

De hecho, este caso se sitúa entre la prevención primaria y secundaria, pero logra servir de ejemplo. Los síntomas aún no se habían rigidizado en una estructura y, por lo tanto, se pudieron revertir con facilidad. Los terapeutas han atendido a adultos a los que se crió bajo circunstancias similares y que desarrollaron una estructura de carácter que principalmente tenía que ver con defensas excesivas hacia la pasividad, adaptación con tendencias homosexuales o temor a éstas.

La *prevención terciaria* tiene que ver con el alivio de estados crónicos. En la práctica psiquiátrica, esto significa lidiar con las exacerbaciones agudas de los psicóticos crónicos o con sus síntomas más perturbadores.

En general, no se recuerda que muchos psicóticos crónicos se las arreglan para vivir parte del tiempo dentro de la comunidad; que inclusive, a veces, tengan un trabajo completo o contribuyan dentro de sus familias; pero presentan episodios alucinatorios y delirantes agudos y sufren de angustia en muchas ocasiones. Con mucha frecuencia se les hospitaliza durante considerables periodos de tiempo. La psicoterapia breve puede lidiar con las circunstancias que precipitaron tales episodios agudos como alucinaciones, delirios y otros trastornos, y hace posible, ya sea, mantener al paciente dentro de la comunidad o limitar la hospitalización a una breve estancia.

En un caso en particular, se admitió por tercera ocasión en el hospital a un joven estudiante universitario. Se le internó debido a que presentaba pánico agudo de que lo iban a asesinar. Era poco claro acerca del por qué o quién. La historia reveló que había tenido una infancia muy traumática en la cual sueños y fantasías acerca de dinosaurios habían representado un papel muy importante. Parecía haberse vuelto agudamente psicótico a la edad de doce años, cuando presentaba un temor delirante a los caníbales. La admisión actual aparentemente se relacionaba con el hecho de que una novia lo había rechazado. Esto le había producido una rabia insoportable y la proyectó en términos de que alguien lo trataba de asesinar y se revivieron sus antiguas alucinaciones y delirios acerca de dinosaurios y diversas torturas.

Fue posible translaborar la mayoría del reciente trauma dentro de dos sesiones: lo suficiente para posibilitarle regresar a la comunidad y, de hecho, volver a la universidad, mientras que continuaba con otras cuantas sesiones terapéuticas.

El punto es que en este caso se pudo haber hospitalizado al paciente durante un largo tiempo antes de que fuera capaz de regresar a la comunidad, a no ser por una intervención psicoterapéutica breve. A pesar del éxito terapéutico inmediato, por supuesto continuó siendo un esquizofrénico crónico, pero que podía vivir en la comunidad y continuar sus estudios, subjetivamente en una mejor posición y no como una carga económica para la comunidad.

Aspectos administrativos e indicaciones para la PBIU

Las opiniones acerca de las indicaciones apropiadas de la psicoterapia breve varían entre los diferentes profesionales que la practican. Es posible que en primer lugar, debido a mis antecedentes dentro del campo, tome con respecto a ella el punto de vista

de la salud mental comunitaria. Como ha sugerido Leighton: "la acción en beneficio de una persona debe entrar en el marco de los cálculos para las demás".⁷²

Recomiendo firmemente la terapia breve, intensiva, como el *procedimiento de admisión a elegir*, lo cual es cierto para las clínicas y agencias sociales, y sugiero mantenerla en mente en la práctica privada, aun cuando el paciente pueda pagar un tratamiento más largo.

Para los ambientes de salud mental comunitaria, con frecuencia la terapia breve hace posible eliminar largas listas de espera y ver a la gente con rapidez, antes de que desarrollen una posterior cronicidad y resistencia a la terapia. Con respecto a las clínicas, existen estadísticas que sugieren que, en general, el paciente promedio no regresará a terapia más de cinco veces, al no estar acostumbrado a psicoterapia de larga duración. Entre otras cosas, la mayoría de la gente está acostumbrada al modelo médico en el que generalmente el tratamiento es bastante breve y expedito. Entonces, en última instancia, diría que es mejor planear ser tan efectivo como sea posible dentro de esas sesiones, en lugar de prácticamente invertir esas muchas horas de admisión sólo para que el paciente no vuelva más.

De hecho, considero la psicoterapia breve como la piedra angular de la salud mental comunitaria.

Algunos aspectos administrativos especiales

Existen dos maneras posibles de utilizar la terapia breve como método de intervención en todas las clínicas públicas: 1) un director médico puede ver a todos los pacientes en admisión y asignarlos a la persona apropiada y 2) cualquier miembro disponible del personal puede tomar al siguiente paciente.

Ambos métodos tienen sus ventajas y desventajas. En el primero, es ventajoso que la persona que tiene, presumiblemente, la mayor experiencia haga la evaluación inicial. También si el terapeuta elegido para el paciente se enfermara, saliera de vacaciones o abandonara el empleo; el director, en forma automática, funcionaría como terapeuta auxiliar dado que conoce al paciente y ha establecido cierta relación con él. La desventaja de este método es, por supuesto, la discontinuidad: se forma la primera relación con el jefe de la clínica y después se tiene que formar otra con el terapeuta. Para minimizar este rompimiento en la relación terapéutica, el director puede hacer entrar al terapeuta al final del procedimiento de admisión y, en presencia del paciente, reseñar los rasgos sobresalientes del síntoma principal, historia y logros alcanzado hasta entonces. Al final de la presentación, el terapeuta puede hacerle algunas preguntas al paciente y al director de la clínica; así, se comienza un diálogo entre paciente y terapeuta y la entrevista termina con el establecimiento de la cita para la siguiente sesión.

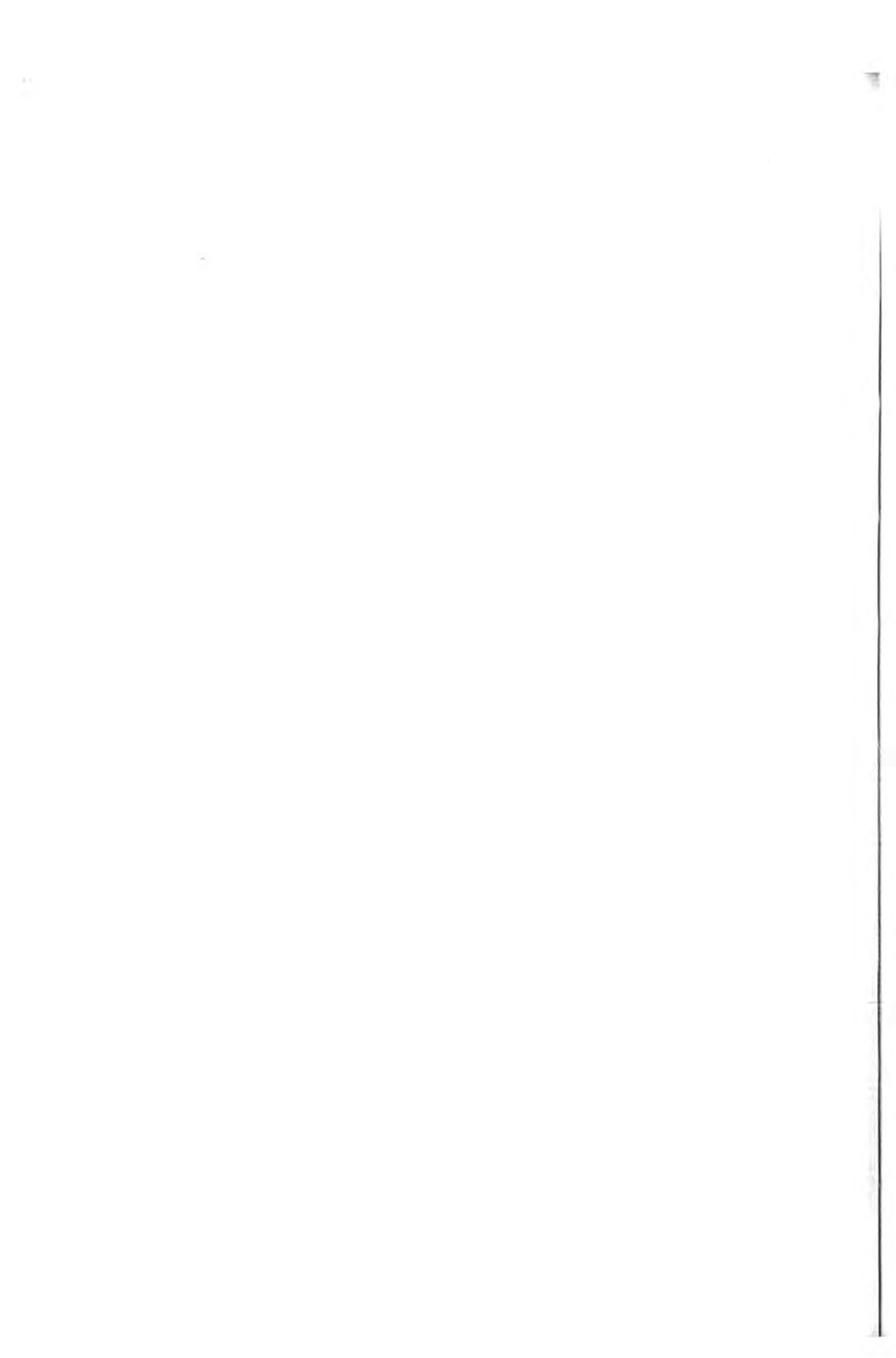
Si se asigna a los pacientes con base en la disponibilidad del terapeuta, no se rompe la continuidad; en general no es de más de una hora. Sin embargo, la desventaja de este método es que no se toma ninguna medida para seleccionar al terapeuta más adecuado para un paciente en particular. También, nadie más está directamente familiarizado con el paciente en caso de que su terapeuta no esté disponible. Sobre todo, pueden existir muchas desventajas médicas que surjan de esta estructura administrativa: muchas clínicas se organizan con un médico como jefe y con psicólogos o trabajadores sociales como terapeutas. Si el médico a cargo no revisa al paciente, hay

una buena posibilidad de que exista una condición médica, que podría representar un papel primario o secundario en los síntomas del paciente y que podría pasarse por alto. La revisión médica puede ser un requisito legal en muchas instancias. Además, si el director médico tiene, al menos, un breve trato con el paciente en el momento de la admisión, puede tener una base más firme para prescribir fármacos psicotrópicos si esto fuera necesario, a, que si sólo dispusiera de información de segunda mano.

Papel del terapeuta y resistencia a la PBIU

Es importante que el terapeuta no pierda autoestima por involucrarse en la práctica de la terapia breve; es decir, debe entender que lleva a cabo un trabajo valioso y no sólo toma medidas momentáneas. Este asunto es particularmente relevante para los terapeutas a los que se les ha entrenado en psicoanálisis han aprendido a respetar las afirmaciones del paciente y a representar un papel receptivo, expectante y relativamente pasivo en terapia. Sin embargo, *en la terapia breve se requiere mucha más actividad mental de parte del terapeuta*. Mientras se escucha, las intervenciones se tienen que conceptualizar y planificar en forma activa, a un grado mucho mayor que en la terapia de larga duración. Se tiene que actuar con base en hipótesis, no sólo a través de interpretación, pero mediante métodos de intervención utilizados con menos frecuencia en la psicoterapia dinámica convencional.

Con frecuencia, este requisito contradice el entrenamiento y personalidad de la gente con experiencia en la psicoterapia tradicional. No sólo pueden estar desacostumbrados a las necesidades de la terapia breve, sino que se pueden haber convertido en psicoterapeutas y haber sido capaces de funcionar bien dentro del campo, precisamente porque pudieron tolerar una relativa pasividad. de hecho, pueden haber elegido la profesión debido a la cierta cantidad de pasividad inherente al papel maternal tan importante en la vida de toda persona que se dedica a curar. En otras palabras, no es frecuente que un papel activo les surja en forma natural. Sin embargo, es claro que cierta cantidad de optimismo terapéutico es útil para la obtención de resultados en terapia, sin implicar que los terapeutas simplemente utilizan la sugestión o se dejan llevar por un síndrome de "Dr. Kildare". En general, se acepta que las expectativas del terapeuta tienden a tener una influencia en el resultado terapéutico.



Perfil básico de la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU)

3

PERFIL BÁSICO DE LA PBIU

1. Cinco o seis sesiones de 50 minutos, por lo general una por semana
2. Sesión de seguimiento un mes después
3. Anamnesis completa
4. Valoración psicodinámica y estructural
5. Consideración de los aspectos médicos y sociales
6. Plan para las áreas de intervención
7. Plan para métodos de intervención
8. Plan para la secuencia de las áreas y métodos de intervención
9. Decidir si se aplicará la terapia individual únicamente, o si se combinará con sesiones conjuntas o familiares
10. Consideraciones de condiciones facilitadoras como fármacos u hospitalización breve

El perfil básico, como todas las proposiciones de este volumen, *intenta ser una guía, no una camisa de fuerza*. Aquí sólo se tocan con brevedad los pasos a seguir, ya que la mayoría de éstos se discutirán posteriormente de manera extensa en contextos más específicos.

Se sugieren cinco sesiones debido a que este número parece adecuarse a la mayoría de los pacientes y, en mi experiencia, ha funcionado bien. La sexta, como se verá después, es la sesión de seguimiento.

La duración de cincuenta minutos se sugiere porque la he utilizado durante los últimos cuarenta años, la he encontrado útil y me he acostumbrado a ella; parece ser la cantidad necesaria y suficiente de tiempo. Ni el número ni la disposición o duración de las sesiones son inmutables. En pacientes con angustia, podría ser necesario verlos más de una vez a la semana. Algunos pacientes pueden requerir ocho sesiones. Otros pueden encontrar demasiado larga la sesión de cincuenta minutos, mientras que algunos pacientes obsesivos difícilmente habrán comenzado en cincuenta minutos y, al menos en el primer contacto, podría indicarse y ser útil una doble sesión.

La anamnesis completa y la valoración dinámica y estructural se discuten en detalle en el capítulo de **Sesión Inicial**.

Son muy importantes las consideraciones teóricas de los sistemas sociales, étnicos, económicos y generales. Estos determinan el estilo de comunicación que hay que tener en mente con respecto a lo que es patológico y lo que se encuentra dentro de la norma en un paciente en particular. Estos factores pueden determinar las formas de intervención (por ejemplo, si está indicada la colaboración de un representante religioso) y también ayudan a entender la patogénesis.

Los aspectos médicos tienen que incluir la consideración de una serie de condiciones médicas que puedan representar, en sí mismas, problemas psiquiátricos o puedan complicar el cuadro psiquiátrico.

Podría ser necesario considerar como parte del cuadro general las drogas callejeras lo mismo que los fármacos por prescripción médica, estados tóxicos, condiciones neurológicas o factores premenstruales.

Las áreas y métodos de intervención, y la secuencia de éstos, variarán de paciente a paciente, aun si sufren de modo manifiesto la misma condición. En un paciente con *acting out*, la primera área a tomar en cuenta puede ser su agresión, sobre la cual se debe intervenir a través de la interpretación; la primera área en otro paciente con *acting out* puede ser su sentimiento de omnipotencia, el cual se atendería a través de un pacto de postergación. Este plan para áreas y métodos de intervención tiene que ser flexible y debe revisarse a medida que se adquiere mayor conocimiento y especificidad con relación al paciente.

Parte del plan de intervención consiste en decidir si el paciente es más adecuado para terapia individual exclusivamente o si la persona obtendría mayor ganancia de la terapia conjunta con alguna persona significativa en su vida, al menos durante una o dos sesiones de las cinco, o si el paciente obtendría una ganancia mayor de una sesión en la que estuviera presente toda su familia.

Utilizar los fármacos como condición facilitadora del proceso psicoterapéutico, en lugar de hacerlo exclusivamente en la "terapia por objetivos", es posible que se tope con la desaprobación de algunos psicofarmacólogos. Se discutirá la prescripción de fármacos de manera más específica, en varias de las secciones subsecuentes. Sin embargo, persiste el punto de vista de que los neurolépticos y los fármacos ansiolíticos y antidepresivos deben entenderse psicodinámicamente a través de la terapia de cada paciente.

Algunos temas como el uso de fármacos y hospitalización, el papel de la interpretación, la catarsis y otros; se tocan en varias secciones del Manual. A fin de no ser repetitivo, no se discutirán ampliamente en cada caso. Sería mejor si el lector se familiarizara con el libro completo para saber dónde encontrar la elaboración de un punto dado.

Sesión inicial

4

Síntoma Principal

Sin duda, la primera sesión es la más importante y la que implica el trabajo más pesado tanto para el terapeuta como para el paciente. Se intentará obtener la primera impresión del paciente desde que está en la sala de espera y, de preferencia, durante los breves segundos antes de que él lo vea. En ese momento aún no se habrá puesto una máscara social. Podría ser una buena oportunidad de comparar los dos lados de la cara y las mitades superiores e inferior en forma separada. Con frecuencia, las discrepancias entre las dos mitades del rostro sugieren depresión o ansiedad u otros rasgos de carácter en un lado de la cara; éstos pueden no ser tan aparentes una vez que el paciente se hace consciente de la presencia del terapeuta, y puede no ser evidente si sólo se mira de manera directa a la cara como un todo²⁶.

Después, hay que poner atención en la manera de andar del paciente, su expresión y estilo generales. Así, usted se habrá formulado algunos conceptos tentativos acerca de él aun antes de que comience a hablar. Después de hacer las presentaciones, usted le preguntará "¿Qué puedo hacer por usted?" *Estoy interesado no sólo en el síntoma principal, sino en todos los otros síntomas posibles* y quisiera saber precisamente cuándo comenzaron los síntomas actuales. Usted sentirá que ha comenzado a comprender lo que aqueja al paciente sólo si puede relacionar de manera clara el brote de su síntoma principal y los demás síntomas, con una situación vital en particular, en un día y tiempo dados.

Historia del síntoma principal

Es necesario elaborar una anamnesis exhaustiva. Cuando se hace esta afirmación en conferencia, con frecuencia ocasiona, en el mejor de los casos, risas incrédulas. Pero se ha demostrado con frecuencia, en sesiones videograbadas que, de hecho, en una hora de cincuenta minutos se puede tener éxito en obtener una historia exhaustiva por parte del paciente, si la entrevista contiene una mezcla apropiada y razonable de conservación espontánea de éste, mientras el terapeuta lo guía hacia áreas de información relevantes. En esta entrevista altamente conceptuada y estructurada la que, en general, proporciona los datos que se desean obtener.

Se realiza una entrevista guiada, es decir, guiada por las hipótesis entrelazadas en la teoría psicoanalítica. Son útiles marcos de referencia pero no deben conducir a una visión de túnel. Si alguien tiene síntomas de agorafobia hay que tener en mente que,

en general, es probable que desempeñen un papel particular en esto la ansiedad de separación, la fobia a la escuela, la ambivalencia poco común hacia la madre y las mujeres, el exhibicionismo; por lo que es importante indagar la presencia de estos factores.

Al obtener la historia, en especial se buscan los comunes denominadores entre el brote del síntoma principal y la situaciones anteriores en la vida del paciente. Por ejemplo, si el paciente sufre de depresión en relación con una pérdida anterior en su vida, en especial en la infancia, y su posible relación con la pérdida presente.

En los casos en que se obtienen datos de la historia, uno debe informarse a través de la teoría. En las depresiones, por ejemplo, se buscará el posible papel que desempeñan los diez factores que se consideran cruciales en éstas (véase Parte II, Capítulo 8). En el caso de síntomas obsesivos, se encontrará el papel de la agresión en conflicto con el superyó y el mecanismo de defensa de anulación, etcétera. En las agorafobias, se investigará la relación pre-edípica con la madre y en el caso de síntomas de eyaculación precoz y eritrofobia, se indagará acerca del voyerismo, exhibicionismo, sobreestimulación, enuresis, etcétera, durante la infancia.

En un paciente que sufría ansiedad aguda, y cuyo tratamiento encontré gratificante en especial, me sentí satisfecho sólo en el momento en el que pude comprender, y con el tiempo, dejarle claro al paciente, por qué a las 10:30 exactas de la mañana de un sábado cualquiera de pronto experimentó la angustia aterradora de que estaba sufriendo un ataque cardíaco.

Síntomas secundarios

Detrás del síntoma principal que se presenta puede haber un ataque de ansiedad o una depresión, el síntoma secundario del paciente puede ser una dificultad sexual de largo tiempo o una imposibilidad para realizar tareas o una incapacitante falta de habilidad para llegar a tiempo. Es importante explorar estas otras áreas que pueden poner en dificultades al paciente más de lo que se preocupa en admitir y, posiblemente, encontrar relaciones con el síntoma principal.

Entrelazar el *insight* puede fomentar en gran medida el proceso terapéutico.

Historia personal

La mejor guía que se puede ofrecer para obtener una historia, es que el terapeuta intente visualizar a la persona que se sienta frente a él, en diferentes momentos de su vida, en especial en la infancia, en su ambiente físico actual, dentro de la subcultura particular y en relación con las personas significativas en su vida. Además de la información de padres, hermanos y de sus edades respectivas, se debe también hacer un intento por obtener algunas ideas de la atmósfera prevaleciente en el hogar. Para estos propósitos, generalmente se pide al paciente que caracterice con tres adjetivos a las personas significativas en su vida.

En cada caso es muy importante indagar, tanto como sea posible, acerca de los aspectos étnicos y culturales de la vida del paciente. Es importante considerar al paciente y sus problemas en términos de la teoría de los sistemas familiar, el étnico-cultural y el socioeconómico.

Historia familiar

La familia nuclear es la matriz dentro de la cual generalmente una persona crece. Por tanto, es esencial comprender las características de la familia que con mayor pro-

babilidad han tenido un efecto estructurador en nuestro paciente. Digo "con mayor probabilidad" porque, a veces, un familiar lejano, un amigo de la familia, un maestro, una empleada doméstica o una institutriz pueden ejercer una mayor influencia.

Dado que el tiempo no se detiene, es importante comprender el ambiente y las características familiares en diferentes momentos de la vida del paciente. El advenimiento de un hermano o hermana pueden haber reestructurado las actitudes de la familia hacia el paciente. La pérdida del empleo por parte del padre, el alcoholismo o enfermedad en cualesquiera de ambos padres, una serie de factores en diferentes momentos de la vida del paciente; pueden tener un efecto enorme. En general, entre más temprano haya sido el efecto nocivo, tendrá una influencia más profunda en la formación de la personalidad. Es importante comprender con quién se identificó el paciente, tanto en forma manifiesta como latente. La vocación de los padres representa un papel en el desarrollo de la personalidad del paciente. Presumiblemente, un padre que trabajó como carnicero en un rastro, presenta una imagen diferente ante su hijo que crece, que aquel que, para ganarse la vida, vendía de puerta en puerta ropa interior para dama.

La familia extensa puede representar un papel en la estructura de personalidad del paciente, en especial en ciertos grupos étnicos donde los abuelos con frecuencia viven con el paciente y los padres de éste.

Son importantes los antecedentes médicos, lo mismo que los antecedentes psiquiátricos, de la familia del paciente. Ya sea que la esquizofrenia o los trastornos maniaco-depresivos tengan un aspecto genogénico (los genes los transmitan o no), es posible que el efecto ambiental de personas, en la vida del paciente, que se ven aquejadas por uno de estos trastornos, afecte de manera importante la estructura de dicho paciente. Con frecuencia, los hermanos psicóticos asustan tanto al niño sano que el resultado es la constricción, debido al temor de este hermano sano, a la pérdida del control de impulsos y de fantasías. El Trastorno por Déficit de Atención parece tener fuertes rasgos familiares y para su diagnóstico es importante saber si otros miembros en la familia mostraron signos de problemas de aprendizaje y otros aspectos del TDA.

Las tendencias suicidas parecen tener una naturaleza familiar, con frecuencia bastante independiente de la depresión. Cuando se evalúa el peligro de un suicidio en el paciente, es importante saber si éste representa un papel importante en los antecedentes familiares.

De nuevo, es mejor visualizar al paciente en relación con la familia, en diferentes etapas de su vida, intentar y comprender la formación del carácter y estructura de la personalidad y la psicopatología, en términos de conducta de solución de problemas y de manejo de situaciones.

Formulación dinámica y estructural

La formulación dinámica, bastante consistente con el término en sí, es decir, *dina* o fuerza; tiene que ver con la interacción de fuerzas que son responsables de la personalidad y psicopatología del paciente. Se evalúan los impulsos y sus conflictos y la interacción con la realidad, el superyó y el yo. Se desean comprender las defensas, qué tan bien funcionan, si lo hacen en forma demasiado rígida, demasiado liberal o de manera adecuada.

Generalmente, debería ser posible enunciar, en una afirmación simple, la organización dinámica más importante de una persona. Por ejemplo, en una neurosis de éxito, la proposición dinámica típica es que, con mayor frecuencia en el caso de un hombre,

tuvo intensos deseos edípicos hacia su madre. Esto excitó la ansiedad, tanto con respecto a la retribución del padre, como en relación con las recriminaciones del superyó. La prohibición de obtener a la madre se generalizó a una prohibición de obtener *cualquier* éxito y en concordancia con ello, se encuentra a alguien que una y otra vez arruina sus oportunidades de una forma y otra o es incapaz de alcanzar su nivel particular de funcionamiento óptimo.

La teoría de las relaciones objetales se ve como parte, tanto de la dinámica como de la estructura. Para comenzar, implica la relación con las figuras de los padres y otros, la internalización de éstas, lo mismo que la internalización de las autorrepresentaciones. Estas imágenes se convierten entonces en parte de la estructura del yo en diferentes etapas, lo mismo que del superyó e ideal del yo. La diferencia entre estructura y dinámica es hipotética, a partir de que Rapaport afirmó de manera muy correcta que "las estructuras mentales se caracterizan por una tasa lenta de cambio"⁸⁹. Esto es tan verdadero como en la física, donde se puede hablar de fatiga del metal como ciertos cambios moleculares que afectan la estructura de éste y su desempeño.

EVALUACIÓN DE LAS FUNCIONES DEL YO (EFY)

Aparte de la consideración de los aspectos psicodinámicos, del desarrollo y de los factores culturales y étnicos en la vida del paciente, a veces se lleva a cabo una evaluación sistemática de las doce funciones del yo, generalmente de una manera más formal y en más detalle, con los pacientes más perturbados. En ellos, en especial algunos psicóticos que funcionan de modo deficiente, es importante conceptuar en esa forma particular, de manera que se pueda determinar cuáles de sus funciones yoicas están intactas y cuáles no, dado que la terapia puede emplear el residuo intacto. La técnica particular de evaluación de las funciones del yo es resultado de un anterior proyecto de investigación y describe en detalle en el trabajo original sobre la materia³¹.

El cuadro de funciones del yo y de sus componentes, dará una idea breve sobre el concepto.

La evaluación detallada de las funciones del yo es útil en el caso de personas muy trastornadas, especialmente psicóticos, donde uno podría tener que elegir las funciones intactas del yo para apuntalar las muy afectadas.

La evaluación sistemática de las funciones del yo no se indica en el caso de problemas neuróticos.

TRES FACTORES DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

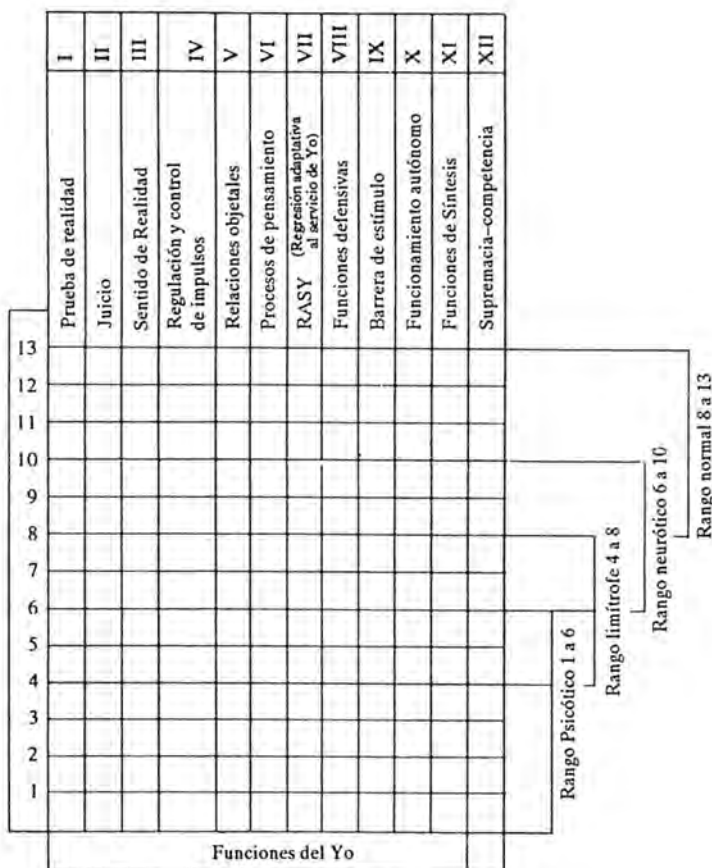
Transferencia

Además de una elaboración exhaustiva de la historia clínica, también se le pide a los pacientes, en general al momento de concluir, si han tenido un sueño la noche previa

Cuadro 4-1. Funciones del yo y sus componentes

1. Prueba de realidad	Diferenciación entre estímulo interno y externo Exactitud de la percepción Conciencia reflexiva y prueba de la interna realidad
2. Juicio	Anticipación de las consecuencias Manifestación de esta anticipación en la conducta Adecuación emocional de esta anticipación
3. Sentido de realidad y sentido del sí mismo	Grado de desrealización Grado de despersonalización Autoidentidad y autoestima Claridad de límites entre la propia identidad y el mundo
4. Regulación y control de las tendencias, afectos e impulsos	Directividad de la expresión del impulso Efectividad del mecanismo de postergación
5. Relaciones objetales	Grado y clase de relación Primitivos (elecciones objetales narcisistas, anaclíticas o elecciones de objeto simbióticas) Grado en el cual se percibe a los otros como diferentes de uno mismo Constancia objetal
6. Procesos del pensamiento	Memoria, concentración y atención Capacidad para conceptualizar Proceso primario-secundario
7. Regresión adaptativa al servicio del yo	Relajación regresiva de la agudeza cognoscitiva Nuevas configuraciones
8. Funcionamiento defensivo	Debilidad o intrusión de las defensas Éxito y fracaso de las defensas
9. Barrera de estímulo	Umbral para los estímulos Efectividad del manejo de la entrada excesiva de estímulos
10. Funcionamiento autónomo	Grado de libertad del impedimento en los aparatos autónomos primarios Grado de libertad del impedimento en la autonomía secundaria
11. Funcionamiento sintético-integrativo	Grado de reconciliación de funcionamiento de incongruencias Grado de relación con los eventos
12. Competencia-supremacía	Competencia (qué tan bien se desempeña el sujeto en la actualidad en relación con sus capacidades existentes para inter actuar, dominar activamente y afectar su ambiente) El papel subjetivo (para sentimiento de competencia del sujeto respecto a dominar y afectar activamente su ambiente) El grado de discrepancia entre los otros dos componentes (es decir, entre la competencia real y el sentido de competencia)

Esta gráfica permite delinear y visualizar fácilmente las funciones del Yo. Para información con mayores detalles, por favor ver ²⁹ A y ³¹.



y qué sueños pueden recordar de su infancia; o acerca de sueños recurrentes de cualquier período en sus vidas. En especial, escuchar acerca del sueño que tuvo el paciente la noche anterior, puede ser importante dado que existe una excelente oportunidad de que se relacione con la entrevista inminente y puede revelar algo acerca de la relación de transferencia posible en el futuro y las expectativas del paciente con respecto a la terapia, lo mismo que alguna dinámica general. Por ejemplo, si un paciente soñara la noche anterior que tiene que ir al dentista y experimenta excesiva ansiedad y anticipa mucho dolor, probablemente ello indica la actitud hacia la terapia y si sueña que existe una solución mágica, de cuento de hadas, a un problema, eso sugeriría que tiene este tipo de expectativas irreales acerca de la terapia.

El sueño es una fuente importante, pero no la única, para dar indicaciones acerca de la naturaleza de la relación transferencial. A partir de la historia clínica se puede hacer un intento por predecir como podría ser la naturaleza de la transferencia y qué problemas se pueden anticipar. Por ejemplo, en algunos pacientes muy dependientes orales, el excesivo deseo de ser pasivos y de que se cuide de ellos, puede bien convertirse en un grave obstáculo para la terminación de la terapia. Si es probable que el paciente desarrolle una relación transferencial paranoide o una demasiado sexualizada, es mejor que el terapeuta esté alerta de antemano de que existen estas posibilidades. Además, también el terapeuta tiene que revisar sus propios involucramientos contratransferenciales y analizarlos continuamente.

Es importante mantener una transferencia positiva en la psicoterapia breve y dejar al paciente con ella. La transferencia negativa se tiene que analizar.

Alianza terapéutica

Presento la alianza terapéutica con una fórmula específica: *"la parte racional e inteligente de usted se tiene que sentar junto a mí, el terapeuta... la parte irracional, inconsciente, es la que le causa problemas"*. Se puede explicar de manera breve la naturaleza del proceso terapéutico, como se ven en la primera sesión o en la segunda, para aumentar esta alianza. De manera breve exponen aquí algunas ideas básicas: Primero, se puede comprender la conducta si se recuerda que existe una continuidad entre la infancia y la adultez, entre el pensamiento del sueño y el de la vigilia y entre la conducta normal y patológica. Se ilustra este hecho con un ejemplo o dos de la narración del paciente. Los sueños, por supuesto, son especialmente valiosos para este propósito al mostrar la relación entre los restos diurnos, el sueño y la historia pasada. Como ya se hizo notar, el sueño puede iluminar también la naturaleza de la relación transferencial.

La segunda explicación principal del proceso terapéutico involucra describir la adquisición de la dinámica y estructura por medio de la apercepción, las distorsiones aperceptivas y la identificación del rol. Se comparará el proceso de la experiencia con la exposición de miles y miles de transparencias, por ejemplo, la madre que alimenta, la madre que limpia, la que castiga, en fusión con la imágenes de otras personas significativas en la vida del paciente, se le sugerirá que su apercepción contemporánea de las figuras se estructura, en mayor o menor grado, a partir de la *gestalt* adquirida en el pasado.

Ocasionalmente, se podría utilizar una imagen del T.A.T. y procurar demostrar la distorsión aperceptiva, en especial dado que, a veces, se tiende a utilizar el T.A.T. como mecanismo para facilitar la comunicación, interpretación e *insight* en el proceso de la psicoterapia breve; esto es probable que suceda en la segunda o tercera sesión. Por supuesto, el principio en que esto se basa es pedirle al paciente que cuente una historia acerca de lo que sucede en la imagen del T.A.T., qué condujo a ello y cuál será el resultado y entonces, se le pueden hacer notar los denominadores comunes en sus respuestas, señalar rasgos altamente específicos de su historia en comparación como que él no vea la pistola o el embarazo, etcétera.

Se explica al paciente que el éxito de la terapia depende en gran medida de *su capacidad para trabajar en alianza con el terapeuta*. Para que el paciente no se sienta agobiado en exceso, se puede agregar que su principal labor sólo consiste en hablar y que el trabajo terapéutico consiste, en gran medida, en servir como guía para intentar comprender o facilitar el resto del proceso. Por supuesto, muchas personas no están acostumbradas al proceso disociativo que implica un buen informe analítico y a proporcionar lo que se llama una *narración de viaje interno*. Con frecuencia se transmite la idea a través de relatar la historia de un delincuente al que una trabajadora social preparaba para una consulta. Cuando ella le preguntó si sabía lo que era un psiquiatra, contestó: "Sí, es el tipo que hace que te delates". Por tanto, se les explica a los pacientes que lo que se espera de ellos es que se delaten, en cierto sentido, que digan cosas que observan con respecto a sí mismo. Si esto se dificulta, podría hacerse que narren de manera concreta lo que hicieron ese día y después pedirles que digan qué pensaron en diferentes momentos. Aquí se puede hablar de comenzar con una *narración de viaje externo* y entrar luego a una narración interna. También conviene tener un conjunto de preguntas estándar que ayuda a los pacientes a aportar y contribuir su parte a la alianza terapéutica. Se pueden hacer preguntas como en qué estaban pensando mientras realizaban cualquier tarea semiautomática tal como conducir, rasurarse o maquillarse. También se les puede preguntar cuál fue su último pensamiento antes de quedarse dormido y cuál el primero al despertarse.

A este respecto, se considera al terapeuta responsable de *facilitar el proceso terapéutico*, lo cual no necesariamente significa hacer que comience. Al contrario, se considera que su regulación y flujo es una de sus tareas cruciales, de manera análoga a cargar gasolina y aplicar los frenos cuando se conduce un automóvil. La falta de atención selectiva a ciertos materiales, reducción a través de una plática un poco más general o, por otra parte, el silencio y la interpretación de defensas, son algunos de los principales instrumentos que se pueden utilizar para controlar el proceso terapéutico como parte de la alianza terapéutica.

Contrato terapéutico

Aún como parte de la primera sesión: además de obtener una historia amplia y establecer los elementos básicos de la relación transferencial y la alianza terapéutica, también existe la formulación del contrato terapéutico. Así como en otros aspectos, el contrato terapéutico en la psicoterapia breve se define de manera mucho más específica que en las formas más largas de psicoterapia. Se les explica a los pacientes que se espera poder manejar sus problemas en cinco sesiones, cada una de las cuales tiene una duración aproximada de cincuenta minutos, y que en todos los casos sería preferible volver a

saber de ellos un mes después de la quinta sesión, ya sea por teléfono, carta o en persona, para saber cómo les va. Existen razones para creer que cinco sesiones pueden ser exitosas y suficientes, pero si resultara que no es así, será parte de la responsabilidad del terapeuta ver que el paciente obtenga la terapia posterior que sea necesaria, ya sea con él o, si eso es imposible, con alguien más. Ahora bien, si es necesario transferir al paciente con alguien más, esa segunda persona concluirá el proceso terapéutico con el paciente; se presentará a éste con el nuevo terapeuta y, con su autorización, se podrá estar presente en la primera sesión; e incidentalmente, se dará un breve informe al otro terapeuta, en presencia del paciente. Por supuesto, también se hace mención de que si hubiera una verdadera razón por parte del paciente para contactarse con el terapeuta antes de que se termine el mes después de la quinta sesión, en definitiva éste debe hacerlo. Sin embargo, para limitar las *ganancias secundarias de una continuada dependencia y de los sentimientos transferenciales*, es mejor darle una oportunidad al proceso de tratamiento; ya que, con frecuencia, el proceso de tratamiento abre algunas áreas dolorosas que sólo se curan, en parte, en el momento en que la terapia actual termina. Se le comunica al paciente que es mejor permitir que el proceso terapéutico llegue a su propia conclusión de modo espontáneo y que es mejor para el paciente que intente darle una oportunidad a los resultados del tratamiento para solidificarse en lugar de que busque ayuda la primera vez que experimenta cualquier situación perturbadora, lo cual es posible que sólo se deba a que se sienta abandonado. Así, se trata de transmitirle la idea (ya que él es una de las partes del contrato) de que continuará nuestro interés en él y que se hará lo que sea necesario pero, al mismo tiempo, se intentará crear una situación en la que el paciente se sienta motivado a tratar de lograr los resultados óptimos en las cinco sesiones, en esencia, al transmitir las ideas de que el *buen paciente deja de lado las ganancias secundarias y la pasividad*. Es claro que esta es la situación que los terapeutas conductuales considerarían, en forma apropiada, un asunto de recompensa por ceder las ganancias secundarias. Por otra parte, al indicar que probablemente no será el único terapeuta que pueda continuar la terapia, se introduce un elemento de "castigo" con la idea de que al paciente se le pueda rechazar. Este factor también ayuda a motivar al paciente hacia la integración.

En esencia, esto cubre el establecimiento de los tres aspectos del proceso terapéutica en la primera sesión de terapia.

Revisión y planificación

Durante la parte manifiesta y verbal de la primera sesión, un proceso silencioso, que es de igual importancia, ha trabajado en forma simultánea. Mientras que se escucha al paciente, el terapeuta debe haber formulado hipótesis concernientes a la interacción de los factores genéticos, familiares, biológicos, y médicos con los factores experienciales dentro del paciente. El terapeuta también debe decidir, en ese momento, sobre el *mejor plan de tratamiento*, tal como tratamiento individual, sesiones conjuntas, terapia familiar, aproximación de equipo, utilización de fármacos de recursos de la comunidad, etcétera. Si la terapia breve, intensiva, ha de tener el papel terapéutico principal, el terapeuta debe *seleccionar las áreas y métodos de intervención y su secuencia*. Por áreas de intervención quiero decir: en un paciente con depresión se puede decidir atender la pérdida de autoestima y sólo después de ello, su agresión, intraagresión y

superyó severo. En otro paciente, uno puede dirigirse principalmente a su superyó severo y a su intraagresión y después atender a la oralidad, los sentimientos de engaño y otros factores. El método de intervención puede ser: interpretación, catarsis, catarsis mediata, represión del impulso y otros (véase Parte I, Capítulo 7).

Al final de la sesión inicial el terapeuta debe reseñarle al paciente los rasgos más notables. Esto ayuda a fortalecer la alianza terapéutica. También es útil si el terapeuta puede transmitir, si es apropiado, algo acerca de la naturaleza del proceso terapéutico.

Segunda a sexta sesión de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU)

5

SEGUNDA A SEXTA SESIÓN DE LA PBIU

Segunda Sesión

1. Relación con la primera sesión
2. Pensamientos acerca de la primera sesión, sueños, estatus entre sesiones
3. Relacionar las sesiones para mantener el foco de atención e incrementar el funcionamiento sintético-integrativo
4. Exploración más amplia de la sintomatología e historia

Tercera Sesión

5. Centrar la atención en especial en translaborar *insights* anteriores
6. Comenzar a referirse a la separación inminente

Cuarta Sesión

7. Como en otras sesiones, pero con más énfasis en la terminación

Quinta Sesión

8. Hacer que el paciente reseñe en forma verbal el periodo completo de tratamiento
9. Terminar el tratamiento en un tono positivo

Sexta Sesión

10. Sesión de seguimiento:

Evaluar los logros terapéuticos y tomar la decisión de si se necesita más trabajo o no, dejar al paciente con una transferencia positiva

Segunda sesión

En la *segunda sesión* se explora de manera más amplia, se logra un mejor cierre y se reexaminan las bases para elegir áreas y métodos de intervención.

Al iniciar la segunda sesión se le pregunta al paciente cómo se ha sentido en la semana intermedia y se sacan a relucir otros síntomas que pueda tener. "*Quisiera saber en detalle cómo pasó la semana*", en especial con respecto a sus síntomas. Después de haber prestado suficiente atención al presente y al estatus de intervención, se debe preguntar al paciente si, por casualidad, soñó algo la noche posterior de a la primera sesión o la noche anterior a ésta. Si el paciente puede referir un sueño, generalmente es muy útil para la comprensión de la naturaleza de la relación terapéutica y de la dinámica general de su problema.

Es importante *establecer una relación entre sesiones*, en especial, hacer que el paciente relacione entre sesión y sesión. Esto incrementa el funcionamiento sintético-integrado del Yo con respecto a la alianza terapéutica.

Con frecuencia, esta sesión añade *datos históricos adicionales* y completa el cuadro dinámico. Esta es la ocasión para familiarizar al paciente con lo que se espera de él, si la psicoterapia de *insight* es el método a elegir. Es conveniente presentar a los pacientes la idea de expresar lo que pasa dentro de ellos e incrementar su disposición psicológica, su *insight* y su capacidad para tomar conciencia, si esto pareciera factible con un paciente en particular.

Se discutirán otros aspectos que afectan el proceso terapéutico (véase Parte I, Capítulo 7) pero, en esencia, en tanto se refiere a los aspectos estrictamente dinámicos de la psicoterapia, habría que considerar proceso como un intento de formular hipótesis progresivamente más adecuadas y de establecer una mayor continuidad tanto para el paciente como para el terapeuta.

Tercera Sesión

En la *tercera sesión*, se hace un intento especial por *translaborar lo que se ha aprendido hasta entonces*, con agregados de todas las fuentes posibles. Esta puede ser una buena ocasión para una entrevista conjunta, si eso parece lo más útil, para reunir mayor información y efectuar cambios entre dos personas, tales como los cónyuges. O el terapeuta puede sentir que una sesión familiar sería lo más útil en ese momento.

De la tercera sesión en adelante, *es necesario comenzar a referirse a la separación inminente*. Específicamente, se podría afirmar que es probable que el paciente se sienta peor en la siguiente sesión y que ello pueda deberse al temor a la separación y al abandono. Si esta sesión se da en a nivel individual, se debe utilizar para anticipar la terminación y translaborar los problemas de la separación.

Cuarta sesión

La *cuarta sesión* se dedica a comprender más acerca de los problemas del paciente, agregar *insight* e intervenir en cualquier otra forma necesaria. De nuevo, habrá una *discusión acerca de la terminación y de las reacciones ante esto*. Los problemas de separación representan un papel sobresaliente en las relaciones humanas bajo cualquier circunstancia y especialmente útil translaborarlas en una terapia breve de este tipo.

Es importante tratar de mantener una continuidad entre todas las sesiones, pidiéndole al paciente que las interrelacione, agregando detalles cuando sea necesario y utilizando esta ocasión para centrar la atención en áreas específicas.

Quinta Sesión

La *quinta y última sesión regular* da comienzo, como de costumbre, preguntando al paciente como se siente y cómo ha sido la semana intermedia. Después se *le pide que reseñe el periodo completo de tratamiento y se transelabora cualquier material adicional que se haya obtenido*, en especial con respecto a la terminación u otros planes.

Hay que *intentar terminar la terapia con una relación positiva*. Una “cura transferencial” no se tiene en alto concepto por su naturaleza inestable. Por otra parte, si los problemas se han transelaborado de manera adecuada, es útil para el paciente que deje la terapia con un poco de transferencia positiva, como han encontrado varios analistas⁴².

Como una forma de facilitar la transferencia positiva, hay que cambiar ligeramente el estilo en la quinta sesión a través de ceder algo de la neutralidad terapéutica y volverse más “humano”. Se entabla una plática con el paciente, quizás acerca de algún pasatiempo compartido como la fotografía o acerca de un interés común en algún evento o deporte actual. Se puede hablar un poco acerca de sí mismo o con respecto a lo que se hace actualmente, para disminuir la distancia en la relación médico-paciente. Así se intentará indicar que, de hecho, se considera al paciente como un igual.

Como ya se ha hecho notar, el requerimiento más frecuente es que el paciente establezca de que se concluya la terapia, o en persona, si el paciente así lo desea. Por supuesto, se deseará saber del paciente antes de que se termine el mes, si no se siente bien. Sin embargo, intenta prevenir el favorecer la dependencia fácil mediante el señalamiento de que la terminación de la terapia en sí puede producir algunos problemas. Se señala que si se las arregla para tolerar la incomodidad inmediata, ello favorecerá el fortalecer los logros terapéuticos. En esencia, se da un doble mensaje: “Estoy disponible si usted realmente me necesita, pero intente no necesitarme porque es bueno para usted que pueda seguir sólo en lugar de ser dependiente”. Al mismo tiempo, se tranquiliza al paciente diciéndole que si llegara a requerir terapia adicional, la puede llevar a cabo con el mismo terapeuta o con otra persona, misma que se le presentará al paciente.

Sexta Sesión

En la *sexta sesión*, un mes después, se intentará *verificar la calidad de los logros terapéuticos y se llevarán a cabo las disposiciones acordadas con ello*. De nuevo, se tratará de dejar al paciente con una transferencia positiva y el sentimiento nada inapropiado de que, si fuera necesario, el terapeuta o un sustituto, estará disponible para él. Oberndorf⁸³ hace mucho señaló el valor de la transferencia positiva para el mantenimiento de los buenos resultados, con terapia frecuentemente mínima. Mi propia experiencia clínica, inclusive con pacientes a los que vi hace 25 años en *ALTRO*, sostiene la verdad de esta afirmación.



Proceso terapéutico en la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU)

6

Guiar y controlar la intensidad del proceso terapéutico

En gran medida, la PBIU puede ser efectiva debido a la naturaleza y guía del proceso terapéutico. Se considera que el terapeuta debe tener tanto control del proceso terapéutico como el conductor con su automóvil. El terapeuta debe ser capaz de acelerar, frenar y maniobrar la terapia en direcciones óptimas. Al proseguir el proceso de la terapia, debe utilizar el método de atención selectiva o inatención para centrar aquellas áreas que se consideren apropiadas e importantes. Hay que regular la cantidad de ansiedad que siente el paciente al incrementarla mediante la interpretación de las defensas o disminuirla a través de una variedad de medidas, que incluyen discutir temas neutrales o diluir la atmósfera por medio de un relativo decremento en la intervención. De nuevo, ver este control del proceso terapéutico como análogo al conductor de un automóvil, quien provee más gasolina o le aplica los frenos al auto que conduce.

A veces, puede ser necesario abandonar la postura de "neutralidad terapéutica", para permitir, ya sea una actitud más relajada entre dos iguales, o para tomar el papel de auxiliar activo.

Facilitar la comunicación: es esencial un estilo adecuado

Para comenzar, es tarea del terapeuta asegurar que *exista* un proceso terapéutico. Para ese fin, tiene que posibilitarle al paciente que contribuya con su parte a la alianza terapéutica. Para la psicoterapia dinámica esto significa, sobre todo, que el paciente sea capaz de comunicarse. En general, es necesario familiarizar al paciente con el concepto del autorelato. Se le podría relatar la historia del delincuente que pensaba de ello como "delatarse a sí mismo". A veces se puede hacer la analogía de una variante de la historia de Freud acerca de dos personas en un tren, una de las cuales se sienta junto a una ventana y es capaz de ver al exterior y la otra, que se sienta en la parte interior, es incapaz de ver el panorama. El pasajero cerca de la ventana tiene una vista perfecta, pero no está familiarizado con el paisaje. El pasajero que está

lejos de la ventana y es incapaz de ver nada del escenario, está muy familiarizado con las áreas, en particular a través de las que pasan. Los dos hombres establecen un contrato: Llegan al acuerdo de que el hombre en la ventana dirá lo que ve y el hombre en el interior intentará reconstruir cuál lugar puede ser. El hombre de la ventana dice, "veo una placita de pueblo con un monumento a la izquierda y una posada detrás de éste". El hombre en el interior replica, "Ajá, en ese caso espero que también haya una iglesita a la derecha y deberemos estar en Petersburg". El hombre de la ventana dice, "No, no hay una iglesia a la derecha, pero hay un cine". A lo que el hombre del interior dice "Ah, en ese caso estamos en North Walden". El punto es que se requiere colaboración entre paciente y terapeuta para formular las mejores hipótesis acerca del significado y naturaleza de los síntomas y pensamiento del paciente. (Este proceso, en realidad, es más útil que la asociación libre, que sólo en ocasiones es útil en la terapia breve).

Como es natural, muchos pacientes no son capaces de hacer *insight* o no pueden aprenderlo lo suficientemente rápido para utilizarlo en la terapia breve, intensiva. En ese caso, se le pide al paciente que relate de manera concreta lo que hizo en una situación particular y se le pregunta cómo se sintió en diferentes momentos y se le cuestiona acerca de eventos reales que ocurrieron antes de la sesión terapéutica, con respecto a su familia, trabajo y otras áreas de su vida. Esto le da a uno y con el tiempo, al paciente, alguna idea de qué es lo que sucede dentro de él y le resulta más fácil que hacer verdaderos relatos de *insight* por sí mismos, lo cual requiere disposición psicológica.

Con frecuencia, se podrán hacer preguntas muy específicas para sacar a relucir información acerca de lo que sucede con el paciente: es decir, qué pensó cuando se fue de la última sesión, que tenía en mente cuando subía las escaleras camino a la sesión. Como ya se hizo notar, se pone un énfasis particular en qué es lo que puede haber estado pasando por la mente de alguien durante el desempeño de *procesos semiautomáticos*, como rasurarse, conducir, maquillarse, cocinar; generalmente se aprende mucho de estos procesos de pensamiento. Además, en general, siempre se le pregunta qué pensó justo antes de quedarse dormido, al despertar y al levantarse de la cama. Y *siempre* hay que indagar acerca de sus sueños. Si el paciente dice que no puede recordar su sueño, hay que alentarle preguntándole si puede tan sólo recordar parte, algún sentimiento o alguna palabra o imagen, y de allí en adelante, con mucha frecuencia, el paciente relatará un sueño completo, que, en general, producirá material muy útil para trabajar con él terapéuticamente.

Explicar el proceso terapéutico en términos sencillos al finalizar la sesión inicial

Para hacerle comprensible el proceso terapéutico al paciente, con mucha frecuencia se le explicará en términos simples al finalizar la sesión inicial o en otra ocasión. Mi conceptualización preferida es la de distorsión aperceptiva²². En esencia, se le explica al paciente que su experiencia previa se ha almacenado como un gran número de imágenes; cuando ve una escena contemporánea, por ejemplo su capataz en el trabajo, es probable que lo vea a través de un *collage* de apercepciones pasadas de figuras masculinas superiores tales como su padre, tíos, hermano mayor, maestro; como si fuera a través de un caleidoscopio. Las distorsiones neuróticas y patológicas son el resultado de una influencia

excesiva de las apercepciones pasadas sobre cognición contemporánea. La tarea de la psicoterapia es identificar y comprender la naturaleza de la distorsión de la cognición actual a causa de las experiencias pasadas y, en esa forma, sacar en conclusión algo emparentado con una corrección perceptual y cambio estructural.

Aprendizaje facilitador

Más que nada, se tiene que recordar que la psicoterapia es un proceso de aprendizaje, desaprendizaje y reaprendizaje y que es tarea del terapeuta facilitar el proceso haciéndolo tan concreto, vívido y brillante como sea posible. Creo que casi todo se le puede comunicar al paciente, siempre que se encuentre el estilo apropiado para un paciente específico; aun la interpretación "más profunda" se puede hacer después de un tiempo relativamente corto, si se hace en el estilo intelectual, conceptual y lingüístico adecuado.

Al interpretar es muy útil emplear ejemplos vívidos para explicar conceptos. Por ejemplo, la ambivalencia se puede describir de manera humorística como esa mezcla de sentimientos que uno tiene cuando ve a su suegra manejar su Cadillac nuevecito y caer por un precipicio. Podría ilustrar la conducta autodañina mediante la historia de un hombre que está de pie frente a su casa que se incendia y se desternilla de risa. Su vecino se acerca y dice, "Pepe, ¿estás loco? Tu casa se quema. ¿De qué te ríes?" "Oh", dice Pepe, "No importa, finalmente las chinches van a tener lo que se merecen". Para intentar que una conducta narcisista se haga egodistónica desde el principio, podría relatarse la historia de un pobre vago que va a ver a un hombre rico y le cuenta su desdichada historia. Aparentemente tiene éxito en despertar compasión porque las lágrimas ruedan por las mejillas del multimillonario. El rico alcanza el timbre para llamar a su mayordomo y las esperanzas del vago se elevan al cielo. El mayordomo llega y el multimillonario voltea hacia él y demanda, "¡Saca a este vago! ¡Me parte el alma!"

Técnicas Proyectivas

A veces, como ya se ha dicho, es útil emplear técnicas proyectivas como vehículo de comunicación, lo mismo que para interpretación. Por ejemplo, al utilizar las imágenes de la Prueba de Apercepción Temática o las manchas de tinta del Rorschach se pueden obtener respuestas que indiquen agresión latente. Le puede dar la posibilidad al terapeuta de señalarle al paciente que en cada una de sus respuestas existe cierta forma de agresión y, por ese medio, alertar al paciente acerca de su propia agresión excesiva. En ocasiones, puede ser útil señalar que otras personas ven cosas muy diferentes en la imagen, de las que él vio. De tal forma, se pueden utilizar las técnicas proyectivas para incrementar la disposición psicológica del paciente y hacer egodistónico lo que con frecuencia es egosintónico para él.

Importancia de la educación: en el tratamiento de urgencia de las reacciones emocionales a la enfermedad física, haga que el paciente esboce el órgano enfermo

En especial, en el tratamiento de urgencia de las reacciones emocionales a la enfermedad física, es útil pedirle al paciente que haga un esbozo del órgano enfermo. Con frecuencia, esto le posibilita al terapeuta observar una ilustración concreta de las distorsiones que hace el paciente de la realidad. Esta aproximación también

proporciona una oportunidad de informar al paciente acerca de las realidades de su trastorno, que casi siempre son más fáciles de soportar que las nociones y fantasías irracionales que ha imaginado.

Puede ser útil conceptualizar con claridad los pasos básicos en la psicoterapia breve, intensiva.

Comunicación entre paciente y terapeuta

Ya he discutido algunas formas de facilitar este proceso. Una vez que el paciente comienza a comunicar, el terapeuta empieza a formular alguna idea de los denominadores comunes entre la conducta presente del paciente, su historia pasada y la relación terapéutica. Cuando el terapeuta reconoce los denominadores comunes y cuando se escoge el tiempo oportuno, como lo determinan muchos criterios técnicos, el terapeuta debe informarle al paciente acerca de estos denominadores comunes.

Interpretación

El proceso de indicar los comunes denominadores entre los patrones conductuales y afectivos del paciente en el pasado, presente y las situaciones de transferencia, en general se conoce como interpretación. Clínicamente, la interpretación puede involucrar muchos pasos preparatorios y varias formas de expresión. Una afirmación preparatoria de parte del terapeuta puede servir para señalar una conducta a través de decir, "esto es notable". A veces, confrontar al paciente con un acto conductual es una forma de interpretación, por ejemplo, "Cada vez que se menciona a su hermana, usted da una patada". Esta es una forma de interpretación que dice, "Parece estar enojado con su hermana". La confrontación, sin embargo, puede tener un impacto emocional mucho mayor. Algunos, como Davenloo⁴⁹, parecen utilizar confrontación en forma primaria o exclusivamente, para lo cual no veo razón; al contrario, la confrontación puede ser una intervención demasiado traumática para algunos pacientes.

Aunque la interpretación es *el* proceso clásico de intervención en la psicoterapia dinámica, no es, por supuesto, el único, como se discutirá más adelante. Sin embargo, si se habla en una forma estrictamente esquemática, cuando el paciente ve estos denominadores comunes, entonces el paso siguiente es el *insight*.

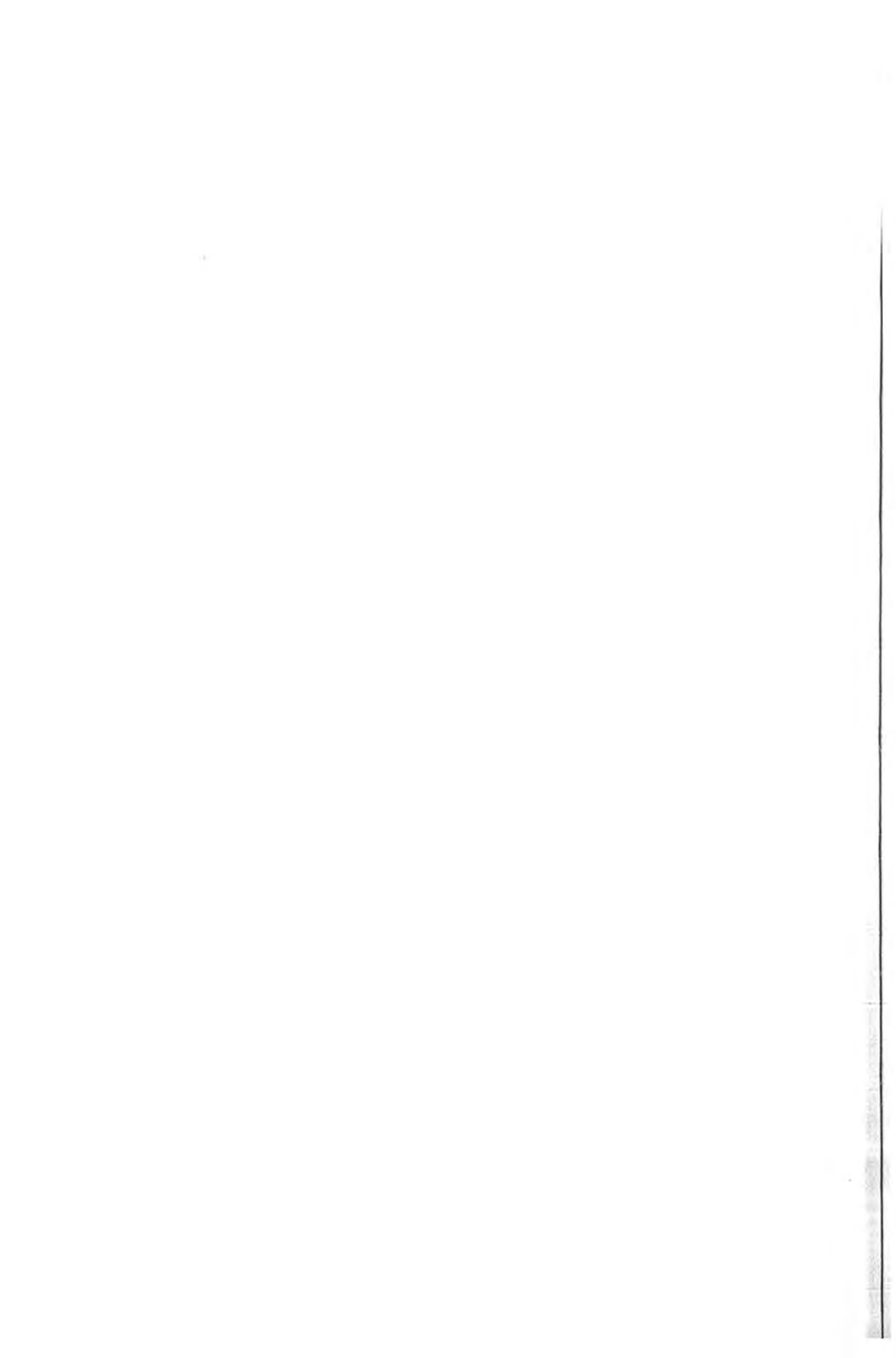
Insight

Si el paciente es capaz de reconocer estos denominadores comunes, está aplicando el *insight*. Es una experiencia de "Ajá", muy parecida a la expresión de toma de conciencia repentina cuando se descubre una respuesta del crucigrama o una pieza del rompecabezas. La respuesta debe tener fuertes componentes afectivos y no sólo existir como un proceso intelectual.

Traselaboración

Cuando el paciente es capaz de aplicar, a las situaciones de su vida, el *insight* que adquirió, se considera que está traselaborando su problema. Traselaborar se puede definir como la aplicación de los *insight* aprendidos en una situación, a una variedad de otras situaciones: un *insight* en relación con una situación infantil y de

nuevo en la situación actual de trabajo. Este proceso puede ocurrir muchas veces. Lo que puede empezar como un proceso principalmente consciente de aplicar los *insight*, cada vez se debe volver un proceso más automático y preconsciente hasta que, de modo ideal, tiene lugar la reestructuración. Este es, básicamente, un proceso de aprendizaje por condicionamiento, es decir, si de nuevo el paciente se encuentra en una situación que lo puede conducir a un *acting out* o a sentir angustia, en lugar de ello aplicará su *insight* adquirido. Para detalles adicionales acerca del proceso de la transelaboración, ver el artículo acerca de asociación libre ¹⁸.



Métodos de intervención en la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU)

7

MÉTODOS DE INTERVENCIÓN

Mientras que estos métodos son útiles en psicoanálisis o cualquier forma de psicoterapia, son especialmente aplicables en relación con el proceso intensivo de la terapia breve.

Interpretación

La interpretación es el método clásico de intervención en la psicoterapia dinámica, pero de ninguna manera es el único, (véase proceso terapéutico).

Catarsis y Catarsis Mediata

La catarsis puede ser una intervención importante, aunque su papel se ha exagerado en terapias de moda tales como la de grito primario. Un error común es creer que la catarsis por sí sola tendrá un efecto terapéutico cuando, por sí misma, es escasamente suficiente.

Catarsis mediata es un término que se utiliza cuando se le expresan al paciente, proposiciones con una carga emocional. Por ejemplo, con un paciente deprimido que tiene un superyó severo y una gran cantidad de agresión, se podría decir: "Sin duda, si el capataz me hubiera hecho eso a mí, lo hubiera pateado". En este caso, se le expresan al paciente, sentimientos que podrían ser demasiado fuertes para su superyó sensible pero, al decirlos el terapeuta toma la responsabilidad del superyó sobre ellos. Esperando transmitir también al paciente que si una autoridad como el terapeuta, se puede permitir tal pensamiento agresivo, quizás éste no sea tan aceptable. La identificación e introyección de la imagen del terapeuta como una parte más benigna del superyó, representa entonces un papel importante en este aspecto del proceso terapéutico.

Otra forma de catarsis indirecta o mediata se debe considerar: "Por supuesto, una persona consciente como usted no se permitiría pensar esto, ni lo haría, pero alguien más podría, sin duda, sentir deseos de matar al desgraciado". A través de esta afirmación el terapeuta le da al paciente un doble mensaje: primero, tranquiliza ya que nunca perdería el control de esa forma y que, de hecho, es una persona con una conciencia estricta; y segundo la idea de que, en este caso, tales sentimientos agresivos no son inapropiados.

Prueba auxiliar de realidad

La prueba auxiliar de realidad es necesaria según en qué proporción se encuentre perturbado un paciente y qué tanta necesidad existe de que el terapeuta represente un papel como auxiliar para someter a prueba a la realidad, para que clarifique las distorsiones que el paciente hace de ésta y funcione como yo auxiliar para él.

Represión del impulso

La represión del impulso se puede utilizar con un paciente quien, en el caso de una mujer, sienta que se tiene que someter a la presión de sus compañeros, por ejemplo, con respecto a la promiscuidad, pero que ha reaccionado o puede, predictiblemente, hacerlo ante ello con angustia. Por ejemplo, en el caso de una adolescente que siente que se tiene que involucrar en una cierta cantidad de promiscuidad para tener una posición social en su escuela, de manera categórica le diré que, simplemente, no lo haga. Después le ayudaré a aceptar la idea de que uno no tiene que ser promiscuo para que los propios compañeros la acepten. A través de este tipo de directividad se espera que, de hecho, le pueda quitar un peso de encima o, al menos, que se logre una pausa en la cual ella se pueda reconstituir. En efecto, mediante inatención selectiva, a veces se pueden desalentar algunas formas de conducta y alentar otras, al sacar a relucir la represión selectiva en el paciente. Se debe tener en mente, sin embargo, que la represión representa un papel normal en el funcionamiento cotidiano y que la represión insuficiente es, por supuesto, casi tanto un problema como lo es la represión excesiva.

Sensibilización a las señales

La sensibilización a las señales tiene que ver con hacer que el paciente se haga consciente de que ciertas conductas de su parte, como un *acting out* o pánico, suceden cuando existe una constelación dinámica específica. Esto puede involucrar nada más sofisticado que señalarle a una paciente que siempre parece encolerizarse con su marido en los dos o tres días previos a su periodo menstrual.

Educación

La educación de la paciente que se mencionó antes puede implicar el familiarizarla con los hechos acerca de la retención de sodio y la irritabilidad y aconsejarle que reduzca su ingestión de sal. El terapeuta puede prescribirle un tranquilizante ligero para que lo tome dos o tres días antes de la menstruación y así ayudarle a evitar conflictos conyugales graves.

Intelectualización

Ya se ha mencionado que la intelectualización representa un papel mucho más importante en la terapia breve e intensiva que en las terapias tradicionales de larga duración. Se le puede utilizar, en ciertos casos, para incrementar la alianza terapéutica. En otros, por ejemplo, con un paciente con pánico extremo, ayuda a asegurarle que el terapeuta comprende su síntoma, al menos intelectualmente: con tal comprensión, se logrará algún control sobre lo que, de otra manera, le parece al paciente como algo que es totalmente desorganizante y egodistónico.

Apoyo

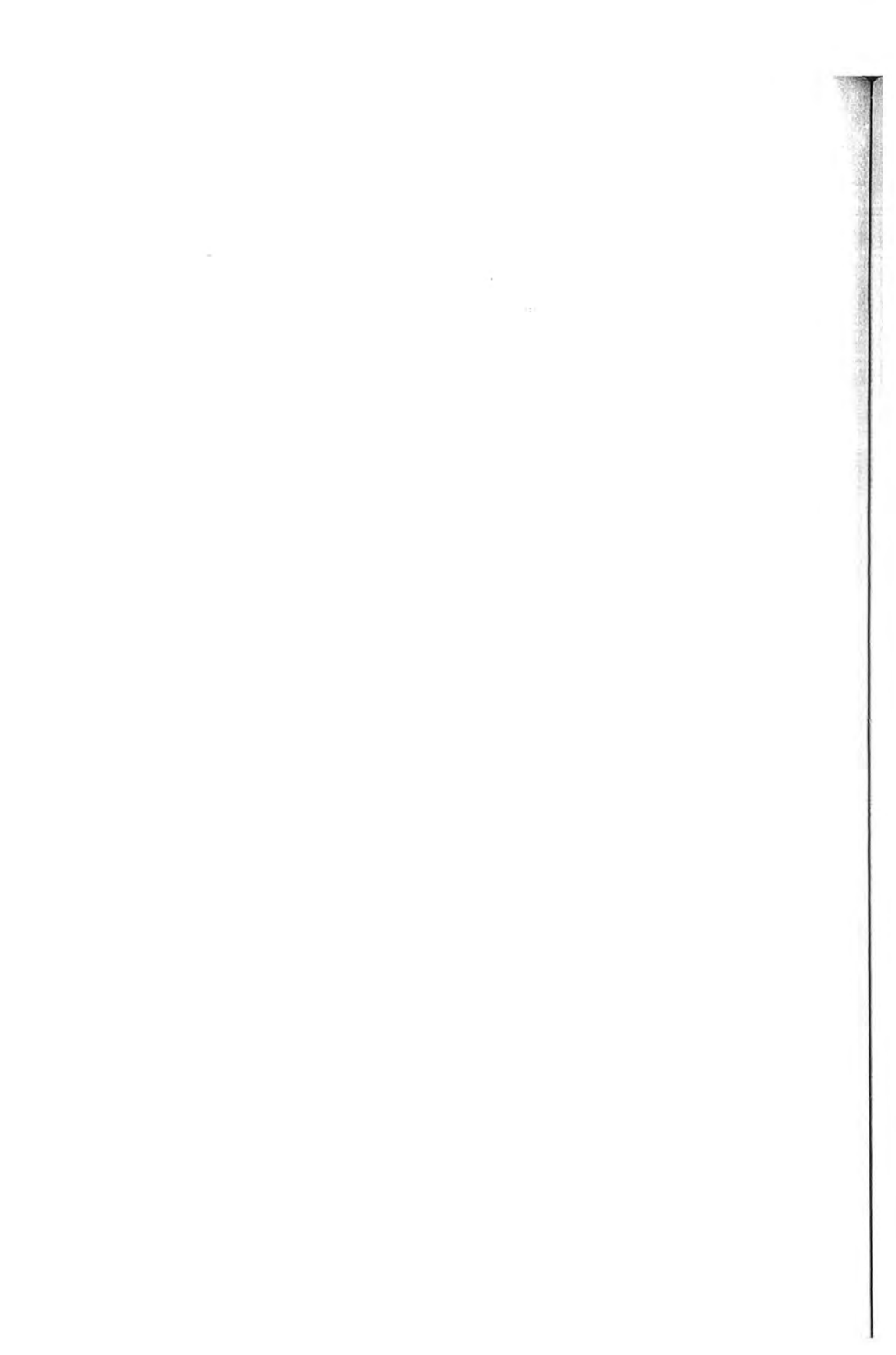
El apoyo, en términos de que el terapeuta acepte los sentimientos que expresa el paciente, ya sean de agresión, sexualidad o avidez, le hace al paciente más fácil soportar la ansiedad. El hacer afirmaciones que lo tranquilicen es importante en ciertos momentos de la terapia, pero nunca puede ser la única medida que se tome si se espera proveer algo más que sólo una ayuda ad hoc.

Sesiones conjuntas y terapia del sistema familiar

Las sesiones conjuntas y la terapia del sistema familiar^{1,80} son técnicas especiales de las que no se puede hablar en detalle aquí, excepto para decir que pueden utilizarse en la terapia breve, intensiva, en una forma muy específica. El terapeuta debe conceptualizar con claridad qué es lo que desea cubrir en una sesión conjunta y después hacer arreglos para lograr las metas circunscritas. El papel del terapeuta es el de un catalizador.

Fármacos psicoactivos

Mi punto de vista de los fármacos psicoactivos como forma de intervención es que le ayudan al terapeuta en la forma que la anestesia auxilia al cirujano: le proveen el campo terapéutico en el cual trabajar. En terapia, con frecuencia son parte de las condiciones facilitadoras que hacen posible controlar suficientemente la ansiedad, los procesos de pensamiento perturbados o la depresión; para hacer posible que el paciente permanezca en la comunidad y continúe la psicoterapia, lo que de otra forma podría ser extremadamente difícil o imposible. La ansiedad de aproximación con frecuencia le impedirá al paciente enfrentar ciertos *insights*. En tales casos, los fármacos ansiolíticos son útiles para disminuir esta ansiedad, al menos lo suficiente para que el paciente desee enfrentarse a sus problemas dentro de la terapia. En paciente con trastornos del pensamiento, las fenotiacinas pueden facilitar en gran medida la interacción a corto plazo o ayudar a controlar los impulsos que, de otra manera, serían demasiado desorganizantes. La proposición principal concerniente a la utilidad de los fármacos en conexión con la psicoterapia, es que se utilizan los suficientes para facilitar la terapia, pero no tanto que interfieran con la motivación para un trabajo terapéutico posterior, o que nuble los procesos cognoscitivos al punto que sea imposible que el paciente participe en el proceso psicoterapéutico.



Parte II

Diez trastornos psiquiátricos más frecuentes como paradigma

Capítulo 8. Terapia breve, intensiva y de urgencia de la depresión	41
Consideraciones	
teóricas	41
Diez factores específicos en la psicoterapia de la depresión	42
Capítulo 9. Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU) del <i>acting out</i>	51
Consideraciones	
teóricas	51
Diez factores específicos en el manejo terapéutico del <i>acting out</i>	53
Capítulo 10. Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU) del suicidio	57
Consideraciones	
teóricas	57
Diez factores específicos en el manejo terapéutico de pacientes suicidas	59
Capítulo 11. Condiciones que facilitan la PBIU ambulatoria con psicóticos	63
Consideraciones	
teóricas	63
Diez condiciones que facilitan la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia con psicóticos	63
Capítulo 12. Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU) de los estados psicóticos agudos	71
Consideraciones	
teóricas	71
Diez factores específicos en el manejo terapéutico de los estados psicóticos agudos	71
Capítulo 13. Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU) de la enfermedad física o cirugía	77

Consideraciones conceptuales	77	Diez factores específicos en el manejo terapéutico de la enfermedad física o cirugía	79
Capítulo 14. Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU) de los sucesos catastróficos en la vida	87		
Consideraciones teóricas	87	Diez factores específicos referentes a sucesos catastróficos en la vida	88
Capítulo 15. Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU) de las fobias e histerias de ansiedad	99		
Consideraciones teóricas	99	Diez factores específicos en el manejo terapéutico de las fobias	100
Capítulo 16. Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU) de la angustia	109		
Consideraciones teóricas	109	Diez factores específicos en el manejo terapéutico de la angustia	110
Capítulo 17. Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU) de los sentimientos de irrealidad del sí mismo y del mundo	117		
Consideraciones teóricas	117	Diez factores referentes a sentimientos de irrealidad del sí mismo y del mundo	117

Terapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU) de la depresión

8

CONSIDERACIONES TEÓRICAS

La depresión se considera el síntoma principal en más de la mitad de las personas que van a clínicas de consulta externa. Ese hecho hace a la depresión numéricamente significativa y muy importante desde un punto de vista humano. También, el término depresión es casi sinónimo de desgracia: con frecuencia existe la posibilidad de un suicidio, en cuyo caso los resultados del tratamiento, literalmente, son asuntos de vida o muerte. La intervención rápida (psicoterapia de urgencia), tiene entonces un papel crucial en el cuidado y tratamiento de los pacientes depresivos.

Depresión es un término amplio, ciertamente abarca diferentes etiologías, lo mismo que gravedades de la condición, dentro de un rango continuo desde ligeras depresiones reactivas hasta aquellas endógenas graves. La depresión puede tener diversas patogénesis, bioquímicas, neurofisiológicas lo mismo que climáticas y psicogénicas, todas las cuales son interdependientes. Este capítulo se ocupa sólo de las depresiones no psicóticas. Sin embargo, quisiera decir que he encontrado, en los más de treinta años de tratamiento con pacientes depresivos, que los mismos factores psicodinámicos se encuentran en la *mayoría*, si no en todas, las depresiones; inclusive las endógenas. Por tanto, la intervención psicoterapéutica sistemática se puede formular de manera bastante general para la mayoría de las depresiones. En muchas circunstancias, la psicoterapia de urgencia puede ser más rápidamente efectiva que los fármacos antidepressivos, aunque se puede combinar, por supuesto, con tratamiento de fármacos y, de hecho, con cualquiera de las otras modalidades. También, se debe hacer notar que la psicoterapia de urgencia de las depresiones puede involucrar exclusivamente una relación terapeuta-paciente o una terapia conjunta familiar.

DIEZ FACTORES ESPECIFICOS EN LA PSICOTERAPIA DE LA DEPRESIÓN

1. Problemas con la regulación de autoestima
2. Superyó severo
3. (Intra) agresión
4. Pérdida
5. Desilusión
6. Engaño
7. Hambre de estímulo (oralidad)
8. Dependencia de nutrimentos narcisistas externos
9. Negación
10. Perturbaciones en las relaciones objetales: la unidad diádica y las condiciones teóricas de los sistemas

En la psicoterapia breve y de urgencia de la depresión, las diez variables que se señalan antes son las que primero deben tomarse en cuenta. La terapia breve de la depresión se distingue, sin embargo, de la terapia de larga duración o del psicoanálisis de la depresión, por el énfasis en el manejo de las primeras nueve variables en lugar de las estructurales, que son las principales en la terapia de largo plazo de Jacobson⁶⁴: es decir, reestructurar las apercepciones del paciente, tanto las autorrepresentaciones como las representaciones de objetos, a través del uso de la relación de transferencia como introyecto interpolado²⁵. Algunos de estos factores estructurales *se pueden* afectar en la terapia breve, pero esperar cualquier cambio profundo sería demasiado ambicioso. Estas variables representan un papel en todas las depresiones y cuando se les toma en cuenta en forma adecuada, conducen a una respuesta terapéutica rápida en la gran mayoría de los pacientes a los que he estado tratando desde que describí los rudimentos de esta técnica en 1952¹⁶.

Aunque estos son los principales factores en *todas* las depresiones, representan un papel de importancia *variable* en *cada* depresión. Por ejemplo, los problemas de ataques a la autoestima pueden, en ocasiones, representar el papel principal en la precipitación de la depresión actual. En otros casos, un sentimiento de desilusión o engaño pueden haber disparado la agresión que, en presencia de un superyó severo, conduce a la intraagresión y no sólo a la depresión sino también al peligro de un suicidio potencial.

En la psicoterapia breve de la depresión es importante localizar la presencia y grado de estos factores en el paciente individual y buscar los denominadores comunes entre la situación precipitante y las circunstancias históricas. Después de escuchar una historia detallada, es necesario formular un plan general de tratamiento en términos de la dinámica y estructura general de la condición y hacer un plan individual para las áreas y métodos de intervención adecuados para el paciente en particular. Como ya se

mencionó antes (véase Capítulo 3), se puede trabajar con un paciente, la pérdida de autoestima y sólo después de eso atender su agresión, intraagresión y superyó severo. Con otro paciente, puede atenderse principalmente a su superyó severo y la intraagresión y después depositar la atención en la oralidad y el sentimiento de engaño y otros factores. Los métodos de intervención puede ser cualquiera de los que se discutieron antes (véase Parte I, Capítulo 7).

Mediante la translaboración vigorosa de los factores relevantes con los métodos de intervención adecuados en la mayoría de los casos, la depresión, en mi experiencia, puede tratarse muy bien a través de la psicoterapia breve, intensiva.

Después de lo cual se encuentran los parámetros de tratamiento que se podría esperar que un psicoterapeuta tuviera presentes con claridad. Esto no es pedirle más a una intervención psicoterapéutica de lo que se le pediría a cualquier intervención médica o quirúrgica. Se podría esperar que si un cirujano se aproxima a una potencial cirugía de la vesícula biliar, tenga una buena idea de las proposiciones generales incluidas en la anatomía, fisiología y patología de la vesícula biliar y sus estructuras circundantes y que tenga una noción acerca de la secuencia de sus intervenciones: modificará la operación sólo como lo demanden las circunstancias individuales.

Problemas de autoestima

Los problemas con la autoestima se deben tratar a través de:

- a) Explorar la historia personal del paciente con respecto a la autoestima o a la falta de ella (introyecciones, traumas, defectos, nivel de aspiración).
- b) Explorar ataques recientes a la autoestima.
- c) Relacionar comunes denominadores entre la historia pasada y los eventos precipitantes recientes con propósitos de interpretación, *insight* y translaboración; discutir problemas estructurales de la autoestima.
- d) Esmerarse en tratar al paciente con dignidad.
- e) Señalar las áreas en la vida del paciente que sean consonantes con una autoestima alta y las razones para ello.
- f) Manejar la agresión contra sí mismo, que parte de sí mismo tiene contra otra, a través de examinar las introyecciones y constituyentes del superyó e interpretarlos; contrastar el origen histórico con la realidad actual y modificarlas a través de la actitud del terapeuta.
- g) Examinar en detalle la naturaleza de los ideales del yo, el nivel de aspiración y la firmeza de las defensas en un intento por reducir la diferencia entre las expectativas irrealizables y la realidad. Aquí, las subdivisiones de la autoestima, que promulgó Bibring³⁸, son útiles para tenerlas como guía para intervenciones terapéuticas específicas.
- h) Hacer cualquier interpretación de la transferencia que aparezca especialmente adecuada para este problema.

Superyó severo

Se debe tratar un superyó severo a través de:

- a) Comprender qué componentes hacen necesario que se desvíe la agresión contra sí mismo. El tratamiento debe incluir la exploración de la formación del superyó, sus elementos constituyentes, sus manifestaciones y la situación contemporánea; encontrar denominadores comunes entre el pasado y el presente mediante la interpretación, *insight* y translaboración.
- b) Utilizar catarsis mediata, como se describe antes (véase Capítulo 7).
- c) Inducir la catarsis a través de alentar al paciente a expresar sus sentimientos y señalarle la negación de éstos.
- d) Examinar cualquier proyección dentro de la situación transferencial.

Intraagresión

El tratamiento de la intraagresión, como variable principal, se debe alcanzar a través de:

- a) El estudio de la historia personal y los sucesos precipitantes contemporáneos para una comprensión de quién puede haber sido, históricamente, el objeto primario de agresión y quién lo es en la actualidad. Se tienen que relacionar los objetos internalizados, contra los cuales se dirigió y dirige la agresión debido a desilusiones y engaños previos, etcétera; con los objetos actuales.
- b) Hacer que el paciente tome conciencia del hecho de que los objetos contemporáneos que causaron su trauma actual, tal como el objeto amoroso o figura paterna, se han distorsionado en forma aperceptiva a través de sus experiencias con el objeto pasado.
- c) Hacer que el paciente tome conciencia de que la agresión también se puede dirigir contra las autorrepresentaciones, es decir, una parte del sí mismo dirige la crítica hacia la otra.
Jacobson⁶⁴ sugiere que es parte del superyó, que se formó en gran medida a causa de la internalización de las figuras paternas, etcétera, la que acarrea culpa y depresión. A diferencia, ella pensaba que una parte del sí mismo que crítica a la otra parte de éste, es el mecanismo básico de la despersonalización.
- d) Manejar el hecho de que la regulación de la autoestima representa un papel importante en la depresión. Es claro que las diferencias entre el ideal del yo: ser grande, ser fuerte, ser limpio; y el sentido del sí mismo con respecto a estas metas, también representa un papel importante en la intraagresión.

Sentimiento de pérdida (de amor, de un objeto amoroso, de parte de uno mismo, de las posesiones, de la autoestima)

Un sentimiento de pérdida se debe tratar a través de:

- a) Examinar la historia personal, en particular, en relación con pérdidas tempranas, sacar a relucir sucesos precipitantes actuales relacionados con una

pérdida y ayudar al paciente a obtener *insight* a través de transelaborar los traumas pasados en relación con los actuales.

- b) Examinar la naturaleza general de las relaciones objetales, las excesivas demandas pasivo-dependientes que facilitan un sentimiento de desilusión.
- c) Prestar atención a la necesidad de amor, en específico, en la situación transferencial.

Sentimientos de desilusión

La depresión, que principalmente se relaciona con desilusión, se debe tratar mediante:

- a) Seguir los conceptos de Jacobson acerca de la desilusión, la historia personal se debe estudiar en especial en cuanto a eventos previos que se relacionen con el sentimiento de desilusión acerca de objetos amorosos. Tal desilusión puede, por supuesto, sobrevenir de forma tan inocente como a través de la pérdida de una figura amada por muerte o la llegada de un hermano o hermana o, en forma más crónica, por la falta de responsabilidad de la madre. Las madres deprimidas con facilidad desilusionan a sus hijos, en virtud de su propia indisponibilidad.
- b) Examinar los sucesos precipitantes que dispararon la depresión en busca de evidencias de desilusión y establecer los comunes denominadores entre las primeras experiencias de desilusión y los sentimientos actuales de la misma naturaleza, con el propósito de interpretación, *insight* y transelaboración. La relación transferencial se debe observar especialmente desde este punto de vista.
- c) Manejar el enojo en contra de los objetos amorosos que causaron desilusión.

Sentimientos de engaño

Un sentimiento de engaño se debe tratar por medio de:

- a) Examinar la historia personal en busca de los primeros episodios de engaño. Este solía ser una parte habitual de la crianza de los niños "porque eran demasiado pequeños para saber o entender la diferencia". A un joven gravemente deprimido lo habían dejado sus padres en Europa a la edad de cinco años con la promesa de que todos se reunirían pronto. De hecho, les tomó dos años a los padres hacer que su hijo se reuniera con ellos. El precipitante inmediato de la depresión que llevó a este paciente a tratamiento fue el hecho de que algunos "amigos" suyos utilizaron la ocasión de una visita con el propósito de arreglar el escenario para luego robarle.
- b) Transelaborar los rasgos paranoides. Personas que tienen el sentimiento de que se les ha engañado, con frecuencia presentan rasgos más o menos paranoides y, en muchas ocasiones, tienen más dificultad para establecer relaciones objetales duraderas que otros pacientes depresivos. Por tanto, la relación transferencial probablemente también será frágil.

Oralidad y hambre de estímulo

El tratamiento de la oralidad y hambre del estímulo como variable principal en la depresión se debe perseguir a través de:

- a) Examinar la historia personal de pacientes en busca de evidencia de la necesidad de suministros orales y otros estímulos y la reacción depresiva cuando no están disponibles. Esto se le puede señalar al paciente. Además se encontrarán fácilmente los denominadores comunes dentro de la relación transferencial.
- b) Adoptar un concepto amplio de las necesidades orales. Por esta razón prefiero utilizar el término "hambre de estímulo". Esto permite incluir el tratamiento no sólo de las necesidades orales clásicas sino también la necesidad de amor en general y la necesidad de estimulación, sonido, luz y contacto humano que se manifiesta en las situaciones hipomaniacas y las depresiones latentes. La depresión es un fenómeno orgánico de muchos subtipos, fenomenológica y etiológicamente. Es probable que cierto sustrato bioquímico, posiblemente de transmisión genética, se encuentre en una interacción de dos sentidos con los factores de la experiencia tanto los factores biológicos como experienciales parecen relacionarse con problemas en la regulación de las entradas y salidas de un amplio espectro de estímulos. La hipoactividad, tanto en forma neurológica como subjetiva, puede conducir al hambre de estímulo y, paradójicamente en apariencia, pero con claros elementos defensivos, tiene por consecuencia la sobreactividad y excesiva necesidad de estímulos del hipomaniaco y el maniaco. Los estados cíclicos constituyen entonces las diferentes formas de manejo del déficit fisiológico y psicológico.
- c) Manejar dentro de este contexto, con la triada oral de Bertram Lewin³⁶, la necesidad de devorar, el deseo de ser devorado y el deseo de dormir.

Narcisismo

Los pacientes depresivos, generalmente, tienen mayor narcisismo secundario que (otros) pacientes neuróticos. Sus relaciones objetales en general son, principalmente, de naturaleza anaclítica. Sus necesidades narcisistas se relacionan en forma cercana con la oralidad y hambre de estímulo que se discuten antes. Se podría, de hecho, hablar de su necesidad de *nutrimientos narcisistas*. Sin embargo, su narcisismo también se relaciona, de manera específica, con sus formas patológicas de regulación de autoestima.

Como principal variable en la depresión, el narcisismo se debería tratar mediante:

- a) Examinar los intentos del paciente por regular la entrada de estímulos de todo tipo. En este caso, una persona depresiva puede compararse con un animal poiquilotermo, a diferencia de los no depresivos, que se pueden comparar con un homotermo. Las personas que consiguen un cálido objeto amoroso internalizado pueden ser notablemente independientes de los suministros exteriores y no se deprimen en forma significativa aun después de experiencias bastante deprimentes. Como la temperatura corporal del homotermo, la temperatura

de su autoestima se encuentra bien protegida. Personas que no fueron tan afortunadas y que se parecen más a un poikilotermo (que popularmente se han denominado en forma incorrecta animales de sangre fría porque si se les expone a una temperatura externa baja, su temperatura corporal desciende). De manera similar, si el depresivo tiene experiencias emocionales frías, su autoestima desciende de manera catastrófica y su necesidad de nutrimentos narcisistas externos incrementa de manera notable.

La personalidad depresiva se deprime fácilmente cuando no hay un suficiente ingreso de estímulo de tales factores como la autoestima, en especial un sentimiento de que se es amado, y otros estímulos. En su intento por regular el hambre de estímulo, con frecuencia, el paciente depresivo tiene que establecer un difícil balance entre la sobreestimulación y la subestimación, entre reaccionar exageradamente y estar tenso o ser hipoactivo y depresivo.

- b) Prestar especial atención a la educación y planificación de la vida del paciente. La persona tiene que aprender a reconocer las señales de desilusión y disminución y protegerse contra la decepción después de experiencias muy gratificantes. Sería un grave error que el individuo entrara a una carrera como la del espectáculo, donde la vida de la persona depende de cambios súbitos en los nutrimentos narcisistas.
- c) Atender a la excesiva necesidad de ser amado y de tener otras gratificaciones narcisistas, debido a la falta de salud en la forma de buenas introyecciones. Es el sentimiento de vacío resultante lo que con frecuencia se percibe como proveniente del exterior y se relaciona con la necesidad de entrada de estímulos, sentimientos de baja autoestima, relaciones objetales deficientes y con tomar al sí mismo como el propio objeto amoroso, que se discutieron anteriormente. Jacobson⁶⁴ presenta esto en detalle.
- d) Tomar en cuenta que es muy probable que el hambre de estímulo tanto como el impedimento con respecto al narcisismo, se relacionen con una perturbación bioquímica.

Negación

El tratamiento de la negación, como el mecanismo de defensa más importante en la depresión, se debe llevar a cabo a través de:

- a) Examinar la historia personal en busca de ocurrencias previas de negación y si fueron seguidas por depresiones o exaltación subsecuente.
- b) Establecer continuidad cuando existe discontinuidad, puede señalar el afecto negado. Esto por sí sólo con frecuencia revertirá rápidamente una depresión. La negación como mecanismo defensivo sobresaliente en los trastornos afectivos (en especial en el estado hipomaniaco), lo discutió de manera muy extensa Bertram Lewin⁷³. Describe que los procesos de pensamiento que se involucran en ello son centrífugos. Este proceso, de hecho, se puede observar de modo muy interesante en los pacientes realmente maniacos, en especial si se intenta que enfrente su afecto negado. En los pacientes depresivos, con frecuencia se niega el evento traumático, llámese desilusión, engaño o evento

encolerizante. Sospecho que esto sucede en el caso de muchas depresiones que los psiquiatras no dinámicos consideran endógenas, simplemente porque el paciente negó el evento precipitante y éste no se puede ver con claridad en la historia personal como la obtiene aquel que no tiene información dinámica. Esto, por supuesto, es diferente en las depresiones claramente reactivas, donde sólo se niega la relación con el objeto internalizado.

- c) Utilizar tanto la catarsis mediata, como se describe con anterioridad, como la catarsis directa. Aunque es tan limitada como lo es el uso de la ventilación²⁴, es muy útil en la recuperación del paciente con depresión después de la interpretación catártica del afecto y eventos negados. Es importante que se ayude al paciente a expresar su ira hacia la persona que precipitó la depresión actual, así como en contra de los introyectos relacionados.

Relaciones objetales

Las perturbaciones en las relaciones objetales, como variable principal en la depresión, se deben tratar por medio de:

- a) Examinar la historia personal en busca de la naturaleza de las relaciones objetales. En los depresivos, las relaciones objetales con frecuencia son de una naturaleza anaclítica, con un apego oral que representa un papel predominante. El narcisismo y la necesidad de suministros narcisistas ya se ha señalado en un sentido amplio, lo mismo que la oralidad. En la historia del paciente depresivo, representa un papel importante la privación. Padres críticos, con frecuencia, son los causantes de un excesivo nivel de aspiración y la correspondiente autoestima baja. Representa un papel notable la necesidad de complacer a otro junto con las casi inherentes condiciones para fracasar. En los pacientes gravemente deprimidos, prevalecen las relaciones simbióticas, con las dificultades concomitantes en los propios límites.

Referirse de manera constante a la relación de transferencia en la terapia breve e intensiva. Desde el principio, se tiene que prevenir al paciente de que podría decepcionarse con facilidad y tratar de interrumpir el tratamiento. Desde la primera sesión en adelante, se tiene que ayudar al paciente a anticipar y transelaborar la separación, desilusión e ira que podrían sobrevenir y que amenazarían el resultado terapéutico.

- c) Es de importancia primordial terminar la psicoterapia breve y de urgencia en un tono transferencial positivo. Es poco probable que en realidad se puedan afectar los problemas estructurales pertinentes a las relaciones objetales para producir un cambio permanente. Pero se pueden y deben manejar los problemas dinámicos para lograr un efecto terapéutico expedito.
- d) Tener presente la unidad diádica y las consideraciones teóricas de los sistemas. Con mucha frecuencia me ha impresionado el hecho de que la persona deprimida alterna su estado de ánimo, de normal a depresivo, como parte de una *interacción con otra persona significativa*. Por ejemplo, una mujer sufría de depresiones frecuentes porque su marido le hacía demandas excesivas, la enfurecía y la denigraba. Sus primeras respuestas, durante varias semanas,

siempre consistían en someterse y se ponía, de hecho, en la posición de una geisha. Después de un tiempo, se deprimía y era incapaz de desempeñar tanto las tareas del hogar como cualesquiera otras que el marido le indicara. En ese momento, su marido era muy solícito. Después de que la ayudé a salir de la depresión, se volvió ligeramente exaltada y un tanto cuanto confiada: comenzó a tener la costumbre de salir a comprar con exageración y a realizar muchas actividades sociales. Después de un tiempo, el marido comenzó a ser severamente crítico con ella. En consecuencia, ella entró en su ciclo de geisha y después se deprimió de nuevo.

En este tipo de depresión raramente basta tratar sólo al paciente identificado. Es importante incluir dentro del tratamiento al otro significativo y esto a veces, aunque no necesariamente, puede sacar la relación terapéutica fuera del rango de la terapia breve. En otros casos de depresión, el paciente identificado es parte de un sistema más complejo con interacciones parecidas, a veces familiar, a veces en relación con el trabajo.

Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU) del acting out

9

CONSIDERACIONES TEÓRICAS

El término *acting out* se utiliza ampliamente, a veces de manera demasiado liberal, pero el fenómeno es de gran importancia clínica.

Al buscar definiciones establecidas del *acting out*, se encuentra que English y English⁵² lo definen, de manera breve, como: *manifestar la conducta propositiva apropiada para una antigua situación, en una nueva que la representa simbólicamente*. Hinsie y Campbell⁶² lo han definido como *la descarga parcial de la tensión instintiva que se logra mediante responder a la situación presente como si fuera la situación que originalmente dio lugar a la demanda instintiva*. A pesar de que ambas definiciones son útiles, ninguna abarca por completo el campo de este fenómeno. La definición más estrecha del *acting out* se reserva para los pacientes en análisis clásico y se refiere a la conducta relacionada con la neurosis de transferencia: en esencia, el paciente hace una afirmación en la forma de una acción inapropiada en lugar de la verbalización adecuada. El uso más libre del término hace una virtual equivalencia de éste con la acción y esto lo hace inútil.*

El rango de fenómenos útiles que se incluyen en el concepto de *acting out* a veces caracteriza actos breves de una naturaleza circunscrita y casi episódica; por ejemplo, a veces se dice que una persona obesa realiza un *acting out* de su sentido de frustración y su necesidad de gratificación, a través de comer en exceso. Por supuesto, la dinámica puede ser mucho más compleja, pero la implicación esencial aquí es que tal persona, al sentirse frustrada, desilusionada y no amada, traduce esos sentimientos, generalmente inconscientes, en el acto de alimentarse ella misma. El acto de comer representa, a un nivel simbólico, la verbalización no afirmada, "Nadie me ama, nadie me alimenta. Por lo tanto, me tengo que alimentar yo sólo", o "Me siento vacío, me siento reducido. Deseo tener el sentimiento de estar lleno y ser sólido".

* Para una discusión detallada sobre este tema, véase: *The Concept of Acting Out: Theoretical Considerations*.

Es obvio que la bebida puede tener el mismo significado no verbalizado. Se podría decir, en tales casos, *el término acting out se utiliza cuando cierta conducta parece hacer una simple afirmación inconsciente*. Es esta cualidad de realizar una afirmación inconsciente la que diferencia al *acting out* de otras conductas neuróticas con actividad fóbica u obsesiva, lo mismo que el hecho de que el *acting out*, en general, es egosintónico, al menos en el momento de la acción. (Sin embargo, comer en exceso, como forma simple de *acting out*, con frecuencia es egodistónico y personas sofisticadas lo pueden percibir como compulsivo).

Otro uso conceptualmente sencillo del término *acting out*, se encuentra con frecuencia en la discusión sobre la conducta psicótica. Un ataque agresivo se puede considerar como el *acting out* de distorsiones delirantes o alucinatorias: la conducta es consistente y proviene de las distorsiones y tiene poco o nada que ver con la realidad. Cuando nos preguntamos, al tratar con psicóticos, “¿Es posible que este paciente tenga un *acting out*?”; estamos tratando de averiguar cuáles son las oportunidades de que él actúe a causa de sus impulsos y percepciones irreales. La pregunta tiene una importancia terapéutica y social enorme y es meta urgente que se comprendan y desarrollen criterios confiables de por qué ciertos individuos son capaces de sustentar sentimientos indefinidamente paranoides y creencias nocivas sin nunca hacer daño, y otros, a veces se sienten presionados e invadidos por impulsos similares que los llevan a la realización de espantosos actos destructivos. Afortunadamente, sólo un pequeño porcentaje de psicóticos traducen sus percepciones distorsionadas en acción.

Otra forma bastante sencilla de *acting out* también es característica de la personalidad histérica. Lo que impresiona de modo más fuerte acerca de tales individuos, son los tremendos cambios en el estado de ánimo, de amor a odio, de depresión a exaltación; con acciones que, en correspondencia, son extremadamente diferentes y aparecen en intervalos bastante cortos de tiempo.

Para propósitos clínicos, la concepción más útil de *acting out* es que probablemente un paciente exprese un pensamiento o sentimiento en acción en lugar de verbalizarlo, en tanto que esto último sería la norma cultural. Esta definición deja la posibilidad de que se determine, en cada caso, por qué se llevó el impulso a la acción: por razones genéticas, transferenciales, neurológicas (como en el TDA) u otras. Si tuviera que elegir la causa más frecuente de *acting out* que lleva a las personas a la psicoterapia de urgencia, posiblemente diría que es por una reacción a la autoestima disminuida en forma aguda, tal como por la pérdida de amor, trabajo, etcétera; que amenaza con dirigir su agresión contra sí mismo u otros.

Las siguientes intervenciones tienen, en forma primordial, este tipo de situación en mente.**

DIEZ FACTORES ESPECÍFICOS EN EL MANEJO TERAPÉUTICO DEL ACTING OUT

1. Convenio para un aplazamiento
2. Hacer egodistónico al acto

** Para aspectos específicos sobre el *acting out* que se refieren a la conducta en la situación terapéutica, véase: *Crises and Special Problems in Psychoanalysis and Psychotherapy*.²⁹

3. Hacer una interpretación "catártica" del impulso subyacente
4. Incrementar la conciencia de las señales y sensibilizar al paciente a las claves
5. Predecir cuándo el paciente efectuara un *acting out*
6. Fortalecer al superyó
7. Alejar al paciente del escenario provocador
8. Conseguir la ayuda de otros
9. Fármacos
10. Hospitalización breve

Convenio para un aplazamiento

Un factor crítico en el manejo terapéutico del *acting out* es establecer un convenio para aplazar la acción. Las personas que realizan un *acting out* buscan, en forma característica, la descarga inmediata del impulso. Mucho de su placer reside en lo inmediato de un *acting out* y, por lo tanto, cualquier demora es probable que mitigue gran parte de la tentación. Por lo general, me topo con este problema cuando trabajo como consultor en una clínica de prevención de suicidio. Alguien puede llamar por la línea de urgencia y decir, "Estoy sentado en la orilla de la ventana y estoy a punto de saltar". La sugerencia al trabajador social sería que dijera, "Mire, no hay nada que pueda hacer si usted desea saltar. Nadie se lo puede impedir. Por otro lado, tampoco nadie le puede impedir que lo haga mañana, así que le sugiero que lo posponga un poco y venga con nosotros para que lo podamos discutir. Después, si usted siente deseos de hacerlo, esa será su decisión". Por tales medios, uno no sólo puede obtener el aplazamiento crucial, sino que también tiene la oportunidad de intervenir. Pero con frecuencia, la demora por sí sola es suficiente para retirar el peligro principal. Parte de la gratificación del *acting out* es el sentimiento de omnipotencia del paciente; si se puede interferir con eso, como al convenir un aplazamiento, se ha logrado conseguir una meta importante.

Hacer egodistónico al acto

El terapeuta también debe tratar de hacer egodistónico al acto. Si el terapeuta comprende los componentes históricos detrás del *acting out*, puede especificarle al paciente los denominadores comunes entre el *acting out* actual y su historia personal previa. Así, se le podría sugerir al paciente que, en esencia, su pasado lo programó por computadora y que en lugar de actuar por su propia voluntad, factores inconscientes lo motivan a hacerlo. Mediante esta técnica, se intenta hacer egodistónico lo que parece egosintónico y eso arruina mucha de la diversión, inclusive el sentimiento de omnipotencia.

Hacer una interpretación "catártica" del impulso subyacente

Otra intervención importante es hacer una interpretación catártica del impulso subyacente. Una interpretación catártica, como se señaló en otra parte¹⁹, es aquella que

interpreta el material inconsciente mucho antes de que se encuentre disponible a un nivel preconscious para el paciente, con la esperanza de atravesar muchas capas y disminuir el empuje del material inconsciente. Se podría, en ese caso, interpretar el significado de cierto tipo de *acting out* al traducirlo en forma libre, por ejemplo, "Usted desea hacer eso porque lo hace sentir grande y se sintió tan pequeño cuando ocurrieron X, Y y Z".

Incrementar la conciencia de las señales y sensibilizar al paciente a las claves

Es importante sensibilizar al paciente a las claves que es probable que lo hagan perder el control. Es útil, por ejemplo, intentar predecir cuándo las personas que por lo general realizan un *acting out* lo harán de nuevo, para que eso se pueda desalentar. Se deben determinar las circunstancias (es decir, el escenario y constelación dinámica) en las cuales el paciente actuará. Un ejemplo trivial pero importante se relaciona con las riñas y violencia habituales que se precipitan a causa de la tensión premenstrual. Debido a que muchas mujeres reaccionan con retención de líquidos e irritabilidad sólo cuando ovulan de un determinado ovario, con frecuencia no están conscientes de la regularidad con la que la tensión premenstrual conduce a la agresión y riñas domésticas. Se les señala a que ello ocurre un mes sí y otro no, antes de la menstruación, y se intenta explicarles el mecanismo de la retención de líquidos y la irritabilidad, metabolismo del potasio y el sodio y otros cambios corporales. Con frecuencia, se sugiere que tan pronto como noten un flujo mínimo, sensibilidad anormal en los senos, retención de líquidos o irritabilidad, se protejan en especial contra los brotes de violencia, posiblemente a través de tomar un fármaco reductor de tensión durante los dos o tres días previos a la menstruación.

Predecir cuando el paciente efectuará un acting out

Una de las formas más efectivas para el manejo del *acting out* es predecirle de manera sistemática e intencional al paciente bajo cuáles circunstancias es posible que realice un *acting out*. Al obtener detalles específicos de los sucesos circundantes al *acting out*, generalmente el terapeuta puede encontrar claves de qué es lo que precipita este proceso y puede predecir que el paciente se comportará otra vez de la misma manera cuando se encuentre en igual situación. Por supuesto, el terapeuta expresa esto *con la esperanza de que su predicción resulte incorrecta*. Esto incrementa la conciencia de las señales de las claves que posiblemente prevengan el *acting out* y esto, en combinación con hacer que la conducta se vuelva egodistónica, evitará la necesidad de un *acting out*.

Fortalecer al superyó

Bajo ciertas circunstancias, puede ser importante fortalecer el superyó. Tal vez sea necesario explicar las consecuencias destructivas de ciertos tipos de *acting out* sobre otras personas y apelar a la conciencia del paciente. Con una paciente suicida, se podría señalar que atentar contra su vida no sólo dañará gravemente a su pequeño hijo, sino que también será devastador para su marido y padres.

Alejar al paciente del escenario provocador

Si alguien se encuentra en una situación vital que posiblemente precipitará el *acting out*, tal como una situación familiar o laboral patogénica que aliente una reacción paranoide, es esencial retirar al paciente de ese escenario insalubre.

Un ejemplo clínico es aquel del paciente varón en la adolescencia temprana, que duerme con su madre. Ello está destinado a conducir a un *acting out* de su parte, sea conducta homosexual, heterosexual o violenta. Será imposible manejar el problema del paciente en tanto continúe durmiendo con su madre. En muchos casos, el paciente vive en una situación que crónicamente provee sobreestimulación. El *acting out* bajo esas circunstancias es un intento de "soltar vapor". El terapeuta actúa como el auxiliar del paciente para someter a prueba la realidad, al señalar lo que dispara el *acting out*, y desempeña un papel muy positivo al cambiar el escenario.

Conseguir la ayuda de otros

Puede ser necesario conseguir la ayuda de otras personas en la vida del paciente para prevenir el *acting out*, aun en situaciones relativamente sencillas. Por ejemplo, el caso de un estudiante universitario con una notable neurosis de éxito que iba a fracasar en graduarse debido a que simplemente estaba aterrorizado de hacer los exámenes. Ninguna interpretación ni tratamiento farmacológico le posibilitaba manejar su ansiedad paralizante, que era una forma de *acting out* de su neurosis de éxito. Por tanto, se incluyó la ayuda de su prometida y se le pidió que lo acompañara al salón de examen. Así lo hizo, pero pronto descubrimos que cuando ella dejaba el cuarto, él también se iba, a veces por otra puerta. Finalmente, se le tuvo que pedir que se sentara junto a él mientras realizaba el examen. Por ese medio él se las arregló para graduarse y sus problemas particulares se manejaron subsecuentemente.

Fármacos

A veces puede ser útil utilizar fármacos en el tratamiento. Los ansiolíticos son, por supuesto, esenciales para disminuir la ansiedad de aproximación, las fenotiacinas son útiles en el tratamiento de trastornos psicóticos del pensamiento y el metilfenidato, los fármacos tricíclicos y otros, con frecuencia tienen un efecto de control sobre personas con TDA. Si la paciente experimenta tensión premenstrual o migrañas con síntomas visuales, mareo, náusea, etcétera; se indica el uso de fármacos como la difenilhidantoina y puede ayudar a evitar un *acting out* explosivo.

Hospitalización breve

Si ninguna otra cosa es probable que sea efectiva, se debe hospitalizar, de manera temporal, al paciente para que libere la fase más crítica de su condición.



Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU) del suicidio

10

CONSIDERACIONES TEÓRICAS

Para comprender y tratar las amenazas suicidas en la psicoterapia breve e intensiva, se deben tener en mente los puntos que se discuten en el tratamiento de la depresión y la terapia del *acting out*. Después de todo, la mayoría de las personas suicidas, aunque no quiere decir que todas, son depresivas y, con frecuencia, el suicidio comparte muchas de las características del *acting out*. Las personas agudamente suicidas, aquellos quienes Shneidman⁵² considera que tienen letalidad y perturbación altas, requieren medidas especiales de tratamiento, como se discutirá después. En el esquema de Shneidman lo que él llama letalidad, la suicidalidad aguda, tiene una duración limitada. A menos de que se pueda “hacer” en ese preciso momento, no es “divertido”. Junto con el *acting out*, el impulso o necesidad urgente de suicidarse, con frecuencia se asocia a la necesidad de su ocurrencia inmediata.

Las personas depresivas no necesariamente son las únicas o aun las más proclives a tener un peligro grave de suicidarse. Con frecuencia, la angustia representa el papel principal. Por ejemplo, la ex Secretario de la Defensa de los Estados Unidos, Forrestal, en una crisis de angustia porque pensaba que los rusos le perseguían, saltó por una ventana para escapar de ellos. Un paciente tenía el temor alucinatorio y delirante de estar atrapado en una red y ser acuchillado mientras se encontraba atrapado de manera indefensa. El suicidio parecía ser una salida razonable a tal tortura. Un joven tenía insistentes síntomas obsesivos y alucinatorios, finalmente, en un desesperado intento por terminarlos, se arrojó por unas escaleras. Otro paciente tenía alucinaciones “imperativas” que lo urgían a saltar por una ventana. Tales voces son casi invariablemente las voces del superyó y las personas que sufren de tales alucinaciones se encuentran en el primer grado en cuanto a riesgo de suicidio.

Los pacientes esquizofrénicos pueden padecer una variedad de angustias, tales como las de naturaleza paranoide y homosexual. O pueden sufrir del terror hacia

su conciencia de desintegración. Los cambios cognoscitivos que acompañan su enfermedad pueden atemorizarlos tanto que intenten suicidarse. Estos tipos de angustia, con frecuencia son más letales que la depresión. En algunos pacientes con graves disociaciones, uno podría observar lo que parece como "depresión", pero se podría llamar, de modo más adecuado, **desesperación**. Un hombre al que se le había diagnosticado esquizofrenia, sufría principalmente de una disfunción cerebral mínima y estaba desesperado por su incapacidad para controlar sus impulsos. Le tomó toda su energía el mantener el control, para que apenas pudiera desempeñar cualquier trabajo. Era un hombre brillante cuyas luchas eran dolorosas de ver. Este hombre representaba un grave riesgo de suicidio.

Un factor adicional, y con frecuencia curioso, que se debe tener en mente cuando se evalúa el riesgo de suicidio, es el **concepto de muerte del individuo**. De manera sorprendente, estos conceptos pueden variar en gran medida. Muchas personas, principalmente aquellos con una gran cantidad de oralidad, parecen tener la idea de que la muerte es una forma de sueño, una especie de reposo refrescante del cual se despertarán con todos sus problemas resueltos. Cuando intentan suicidarse, en la mayoría de los casos estas personas ingerirán toxinas, lo que va de acuerdo con su organización oral. En nuestra cultura, estos agentes con mayor frecuencia serán las pastillas para dormir. Este grupo de riesgo suicida incluirá un gran número de personas depresivas, muy de acuerdo con el concepto de Lewin acerca de la triada oral, es decir el deseo de dormir, devorar y ser devorado.

La disponibilidad de los instrumentos para el suicidio, lo mismo que los factores culturales, representan un papel en el método particular que se elija. Por ejemplo, es más probable que las mujeres elijan la vía oral, mientras que más hombres que mujeres utilizan pistolas y cuchillos. El gas que se utiliza para cocinar o los gases de un automóvil, son métodos que se eligen con frecuencia en esta cultura, dado que parece ser que los métodos indoloros son los preferidos. La mayoría de la gente no gusta del pensamiento de lastimarse de manera cruel, en el sentido de causarse dolor físico, aunque pueda no importarles matarse. Una rara extensión de este deseo de evitar el autodaño mientras que se aniquila uno mismo es la norma del viejo forense que afirma que si la bala pasa a través del saco, probablemente fue un homicidio, no un suicidio. De manera irónica, el no desear hacerle daño a ropa valiosa es, en este sentido, negar la naturaleza mortal que el acto implica. La mayoría de los suicidas primero se quitarían el saco y luego lo doblarían cuidadosamente, o al menos lo pondrían a un lado.

Algunas personas, de hecho, fantasean que sobreviven al suicidio y se paran al lado de su tumba para reírse felizmente de todas esas personas que se lamentan por no haber sido más buenos con el difunto.

En la anamnesis de la sesión inicial, existen dos factores específicos cruciales.

Historia familiar con respecto al suicidio

A veces me ha parecido que puede haber una tendencia familiar a suicidarse, que no necesariamente se relaciona con una depresión muy grave. Debido a que esta tendencia puede casi aparecer como una variable independiente, cualquier paciente con historia familiar de suicidio se debe considerar como en mayor riesgo que lo que la situación clínica inmediata señala.

Otros actos de acting out violento

Este segundo factor en la historia personal también es muy importante. Esto parece presentarse, en especial, en personas con historiales de haber matado mascotas caseras, ya sea cuando niños o como adultos: me parece que el haber sido "capaces" de expresar tales impulsos desenfadados es consistente con un autodaño violento.

DIEZ FACTORES ESPECÍFICOS EN EL MANEJO TERAPÉUTICO DE PACIENTES SUICIDAS

1. Factor o situación precipitante (depresión o angustia)
2. Contenido, precisión y primitivismo del plan y fantasías
3. Intentos previos (o planes) y circunstancias concomitantes
4. Historia familiar de intentos suicidas o depresión
5. Si el paciente es agudamente suicida: abandonar la neutralidad terapéutica, etcétera
6. Trabajar con la visión de túnel
7. Convenir por una demora y utilizar otras variables involucradas en el acting out
8. Trabajar con los factores pertenecientes a la depresión o el pánico
9. Involucrar dentro de la situación a los otros significativos: recursos de la comunidad
10. Fármacos, hospitalización

Factor o situación precipitante

Con mayor frecuencia, el riesgo de suicidio se relaciona con la depresión. Sin embargo, como ya se mencionó con anterioridad, algunos de los intentos de suicidio más violentos también se cometen cuando existe angustia, en especial, angustia psicótica. Todos los factores precipitantes que se discuten bajo depresión (véase Parte II, Capítulo 1), angustia (véase parte II capítulo 9) y acting out (véase parte II capítulo 2) son relevantes para este punto.

Nota: No es fácil diferenciar la psicodinamia del suicidio de aquello que entendemos se involucra en todas las depresiones. La expresión del deseo de morir en la mayoría de los casos es un deseo oral de dormir sin preocupaciones, como lo ha señalado Lewin⁷³. Los deseos orales como éstos han sido muy difundidos y, probablemente, sean los responsables de la frecuencia de pensamientos suicidas en la población

general, en especial entre los adolescentes. Sin embargo, cuando tales deseos orales se ven acompañados de una gran cantidad de hostilidad en personas con poca fuerza yoica y con un superyó severo, el terapeuta tiene mucho por lo cual preocuparse. Se vuelve importante la comprensión de la dinámica específica del impulso suicida. Entre aquellos impulsos que pueden estar implicados se encuentran: el deseo de expiar un delito real o imaginario; un deseo de venganza; el deseo de reunirse con la pareja o amante muerto; el deseo de forzar el amor de las otras personas. Así, las motivaciones que pueden dar por resultado un acto suicida no siempre siguen el mismo patrón, aunque el elemento de la depresión es común en la mayoría.

Contenido, precisión y primitivismo de las fantasías y planes

Si existe cualquier razón para sospechar de nociones o fantasías suicidas, es esencial que el terapeuta insista en que el paciente las exprese, con los detalles tan concretos como sea posible. La afirmación explícita de todas las nociones suicidas puede tener un efecto catártico y facilitar la prueba de realidad, tanto por parte del paciente como del terapeuta. Cualesquiera nociones irreales acerca de la muerte se deben aclarar, por ejemplo, la fantasía de que uno realmente sobrevivirá y despertará de ello como de un sueño.

Ya sea a partir de fantasías conscientes o de cualquier otro material, el terapeuta puede descubrir en contra de quién se intenta inconscientemente la agresión. En términos analíticos, es esencial comprender en contra de cuál introyecto se intenta la agresión; es decir, se debe comprender con cuál *introyecto temprano* se relaciona la *figura contemporánea* que provee desilusión, engaño y otros ataques. En este contexto, los sentimientos transferenciales; es decir, la hostilidad hacia el terapeuta, con frecuencia son responsables de las ideas suicidas y se deben identificar e interpretar.

Entre más primitivas sean las fantasías, es mayor el riesgo de suicidio. Personas que consideran la automutilación, es decir, sacarse los ojos, las vísceras, cortarse el cuello; muestran una alarmante falta de control de impulsos. Como siempre, los factores culturales se tienen que tomar en cuenta pero, en general, el relativo primitivismo de las fantasías se correlaciona con el primitivismo de la estructura de personalidad y la gravedad de los problemas de control de impulsos.

Intentos y planes previos

El criterio más importante para la posibilidad de un suicidio es un serio intento previo. Shneidman y Farberow¹⁰² han destacado que las más exitosas víctimas de suicidio previamente lo han intentado o amenazado con ello. Los intentos serios son aquellos en los que el paciente ha tenido una alta probabilidad de morir y fue descubierto por una coincidencia imprevisible o se las arregló para sobrevivir a una situación verdaderamente mortífera. Estos casos se distinguen de alguien que se toma algunas pastillas o se corta las venas en forma superficial. Tales intentos en general tienen más la naturaleza de una afirmación, sin embargo no se les puede ignorar. En general, como ya se mencionó, *entre más preciso sea el plan de suicidio de alguien*, es decir, al dejar instrucciones detalladas acerca de su última voluntad, al tener un escenario específico en términos de método, tiempo, lugar, etcétera; *mayor será el riesgo*. Shneidman¹⁰⁰, que ha realizado un estudio de las notas de suicidio, señala el carácter ominoso de la precisión. Entre más precisos sean los planes que alguien ha hecho para suicidarse,

causará mayor preocupación. Sin embargo, la ausencia de planes no es razón para ignorar las tendencias suicidas; algunos pacientes que intentan suicidarse sólo como forma de afirmar algo pueden “accidentalmente” sobrepasarse y tener éxito.

Historia familiar de intentos suicidas o depresión

Como se mencionó antes, es ominosa una historia familiar de suicidio o de violentos *acting out*, en especial en la infancia. Personas que mataron mascotas o lastimaron a sus compañeros de juego cuando niños, están en grave riesgo. Esto es claro dinámicamente, dado que la intraagresión y la agresión contra de otros, con frecuencia parecen correlacionarse, el común denominador es un alto nivel de agresión y un deficiente control de impulsos. Un ejemplo que ilustra esto es el de Goebbels, el criminal nazi, que fue personalmente responsable por la tortura y muerte de miles de personas. En la derrota, mató a su esposa e hijos y después se suicidó.

Si el paciente es agudamente suicida, abandonar la neutralidad terapéutica

Si el paciente es extremadamente suicida y tiene lo que Shneidman llamaría “alta letalidad”, se tiene que abandonar la neutralidad terapéutica. Es necesario dar apoyo, tranquilizar al paciente, hacerlo que se dé cuenta de que existen otras opciones disponibles aparte de autodestruirse y asegurarle que uno estará disponible las veinticuatro horas del día. Con el permiso del paciente, si es posible, se les debe informar de la situación a los miembros de la familia. El terapeuta debería familiarizar al paciente con la disponibilidad de líneas telefónicas y servicios de atención en crisis dentro de la comunidad, para el caso en que no pudiera encontrar al terapeuta.

Trabajar con la visión de túnel

Los pacientes suicidas sufren de “visión de túnel” y sólo ven una solución en particular. Por lo tanto, es importante mostrarles que existen otras opciones (ver el estudio de caso que realizó Shneidman con pacientes altamente suicidas, es un excelente ejemplo de la disminución de la letalidad al trabajar con la visión de túnel)¹⁰¹.

Convenir por una demora y utilizar otras variables involucradas en el *acting out*

Véase Capítulo sobre *Acting Out*.

Trabajar con los factores pertenecientes a la depresión o pánico

Véase Capítulos sobre Depresión y Angustia.

Involucrar dentro de la situación a los otros significativos: recursos de la comunidad

Si existe verdadera preocupación acerca de la posibilidad de un suicidio, no se debería dudar en tomar las medidas apropiadas. Es probable que si se intenta tomar toda la responsabilidad, se produzca ansiedad considerable y la comunicación de esa ansiedad

sólo podría servir para alarmar al paciente y ponerlo en mayor riesgo de suicidarse. Si el terapeuta tiene una preocupación lo suficientemente aguda, podría ser útil, con el consentimiento del paciente o, si es necesario, sin él; llamar a un familiar al consultorio y hacer que éste acompañe al paciente a casa. Aun puede ser necesario abandonar, temporalmente, la neutralidad terapéutica y llevar uno mismo al paciente a su casa o al hospital.

Shneidman sugiere que, dado que el suicidio con frecuencia es “una crisis diádica altamente cargada”, el terapeuta debe considerar el trabajo con el otro significativo en la vida del paciente, sea un padre, cónyuge o amante homosexual¹⁰¹. No se sugiere que se vea al otro significativo con la misma frecuencia con la que se ve al paciente, pero se le debe involucrar directamente.

También se debe confiar en los recursos de la comunidad, en especial, líneas telefónicas de atención en crisis y otros centros de urgencia.

Podría ser deseable utilizar los sistemas familiar y social (por ejemplo, amigos y compañeros en el caso de adolescentes o estudiante universitarios), lo mismo que terapia grupal breve, como complemento a la relación diádica.

Fármacos, Hospitalización

Es muy útil que el terapeuta sepa quién es el médico general o internista que atiende con regularidad al paciente y que establezca ciertos vínculos con él; para el caso en que se realice un agudo intento de suicidio. En este caso, el médico estará mucho mejor equipado que el terapeuta para el manejo de una urgencia que amenace la vida del paciente. En general, es muy útil que cualquier persona involucrada en el tratamiento de pacientes que tienen perturbaciones relativamente graves, tenga una relación laboral cercana con un hospital, de modo que se pueda internar por un breve periodo al paciente, si esto es necesario, para protegerlo de un peligro en particular. La translaboración activa se puede llevar a cabo en un escenario protegido. Por supuesto, se podría indicar la farmacoterapia y, en muy casos raros, la terapia electroconvulsiva.

Nota final: Cuando se trabaja con pacientes suicidas, se tiene que recordar que aún existen muchas variables que no se comprenden del todo. Como en cualquier otra condición grave, se tienen que aceptar algunas pérdidas. Un joven, en el umbral de una prometedora carrera en medicina, se mató en un cuarto de hotel por medio de una sobredosis de tranquilizantes. La nota de suicidio que dejó, ¡había sido escrita hacía diez años! Nadie que haya trabajado con él o lo conociera personalmente en el tiempo en que se suicidó, se dio cuenta de ningún cambio en su conducta o se percató de cualesquiera circunstancias que hayan precipitado su trágica muerte en el tiempo en particular en que ésta ocurrió.

Condiciones que facilitan la PBIU ambulatoria con psicóticos

11

CONSIDERACIONES TEÓRICAS

La psicoterapia breve, intensiva y de urgencia de los psicóticos agudamente perturbados, puede ser una de las experiencias terapéuticas más recompensantes. Con frecuencia, es posible efectuar, de manera bastante rápida, una espectacular eliminación de los síntomas y una mejoría general con respecto a las manifestaciones agudas del trastorno. También es cierto que con frecuencia después de que se ha manejado con éxito la fase aguda, permanecen los rasgos caracterológicos que tienen una naturaleza compleja y que, frecuentemente, requieren de tratamiento prolongado y paciente. Sin embargo, la presente discusión sólo se ocupa de las circunstancias necesarias para el tratamiento de la fase aguda del episodio psicótico.

Ciertamente, la primera pregunta que surge en el tratamiento del psicótico ambulatorio con perturbaciones agudas, en el consultorio privado, centro social o clínica debe ser si el paciente es adecuado para este tipo de tratamiento.

Por lo tanto, nos ocuparemos de las condiciones necesarias, las que posibilitan la realización de la psicoterapia ambulatoria, breve y de urgencia con psicóticos agudos. Si no se pueden lograr las condiciones que aquí se presentan, puede no ser recomendable la psicoterapia ambulatoria y se puede indicar un modo alternativo de tratamiento.

DIEZ CONDICIONES QUE FACILITAN LA PSICOTERAPIA BREVE, INTENSIVA Y DE URGENCIA CON PSICÓTICOS

1. Un paciente razonablemente cooperativo, no agresivo: facilitar la comunicación
2. Al menos una relación estable en la vida del paciente

3. Relación estrecha con un hospital cercano
4. De manera óptima, un sistema familiar
5. Disponibilidad de un terapeuta auxiliar
6. Conciencia de los recursos familiares y comunitarios
7. Líneas telefónicas y centros de urgencia
8. Acceso a un sistema de alarma: ¡no sea un héroe!
9. Situación de vivienda adecuada
10. Terapia farmacológica en combinación con psicoterapia

Un paciente razonablemente cooperativo, no agresivo: facilitar la comunicación

Una de las más obvias condiciones facilitadoras es que se debe tener a un *paciente razonablemente cooperativo y no agresivo*. Por razonablemente cooperativo, se entiende que al menos venga a la sesión o esté dispuesto a que lo lleve una tercera persona. Sin embargo, puede ser posible dar inicio a la PBIU con un paciente que no está dispuesto a venir a terapia. A veces es necesario visitar al paciente en su propia casa, al menos para iniciar la terapia. Cuando esto no es posible o viable, un medio efectivo de hacer que un paciente no dispuesto vaya a la consulta, es instruir a un miembro de la familia para que le pida al paciente que lo acompañe a ver al psicoterapeuta porque el familiar lo necesita. En general, es lo suficientemente cierto que el familiar tiene una profunda preocupación e incomodidad y es sincero cuando le dice al paciente que desea cierta ayuda para manejar sus propios problemas. Con frecuencia, el paciente entonces está dispuesto a ir con él como un acompañante mudo. Los intercambios iniciales son todos entre el terapeuta y el familiar del paciente. Debe ser parte de la habilidad del terapeuta el involucrar eventualmente al paciente hasta que, poco a poco, se convierta en el interlocutor principal y, en última instancia, el único.

Otra posibilidad para involucrar al paciente en el tratamiento, si el procedimiento anterior no funciona, es realizar *interpretaciones mediatas*. Si el paciente se rehúsa a venir por sí mismo, o aun en compañía de alguien más, como se describió antes, puede ser posible saber suficiente acerca de la psicodinamia del paciente, a partir de un familiar, para sugerir afirmaciones o interpretaciones que el familiar pueda después regresarle al paciente. Si, después, el familiar regresa con el terapeuta, se le puede utilizar para mediar la terapia en tal forma que se pueda afectar al paciente de una manera lo suficientemente beneficiosa hasta el momento en que esté dispuesto a ir a tratamiento con el familiar como acompañante. Después, el terapeuta puede proceder como se dijo antes.

El hecho de que muchos psicóticos puedan comenzar sin hablar o comunicándose apenas no es una contraindicación, cuando se tienen ciertas preocupaciones y el posible uso concomitante de fármacos. Por supuesto, se incluye en la psicoterapia ambulatoria a pacientes que, con frecuencia, presentan delirios o alucinaciones agudas. La mayoría de las personas no están conscientes del hecho de que las alucinaciones y delirios extensos de muchos pacientes, no necesariamente tienen que interferir con

la conducta social, normal, en apariencia. Muchas veces, hay pacientes que piensan que son Jesucristo o creen que pueden entender lo que dicen las aves, sin embargo pueden continuar desempeñando un trabajo que requiere cierta habilidad y llegar puntualmente a cada una de sus citas. Aunque algunos pacientes pueden no estar lo suficientemente bien para ir por sí mismos en un automóvil o autobús, aún se pueden beneficiar de la psicoterapia ambulatoria, si alguien los lleva al consultorio del terapeuta.

La premisa es que, cuando sea posible, es mejor evitar la hospitalización, si el paciente no es activamente homicida o suicida o está tan perturbado como para hacer un daño sin darse cuenta. El hecho es que se ofrece muy poca psicoterapia competente en cualquier hospital. En las instituciones asociadas con universidades, generalmente, son los residentes los que tratan, de manera directa, al paciente, aunque lo hacen bajo supervisión. A pesar de que puedan ser competentes, el hecho es que aún se encuentran en las primeras fases de su entrenamiento. En instituciones privadas, generalmente no hay suficientes psicoterapeutas disponibles o los que lo están, tienen una capacidad dudosa. El costo de hospitalización con frecuencia se aproxima a los 50,000 dólares anuales. Además, la regresión y ganancia secundaria, producto de que se cuide de uno ("se le proteja") da como resultado otros problemas. Con mucha frecuencia, el reingreso del paciente en la comunidad, si no se maneja de manera extremadamente hábil, da lugar a un nuevo brote.

Una relación estable en la vida del paciente

La casi absoluta necesidad de *una relación estable en la vida del paciente*, es menos obvia y se le toma menos en cuenta: por lo menos debe haber una persona, ya sea un padre, cónyuge, hijo, amigo cercano, del cual depender si las circunstancias así lo requieren. El terapeuta debe poder hablar con alguien que esté dispuesto a vigilar al paciente en casa, debido a preocupaciones acerca de suicidio u otras situaciones potencialmente peligrosas; alguien que pueda tomar el papel auxiliar si el paciente requiriera hospitalización, o que pudiera servir como influencia constructiva en la vida del paciente. Sin, al menos, una sola persona estable, que esté cercana al paciente, se ha encontrado, a través de experiencias amargas, que se puede estar en una situación casi imposible, con mayor responsabilidad de la que se puede manejar de manera razonable y con menor seguridad de la que es esencial para la situación de tratamiento.

Relación estrecha con un hospital cercano

La tercera condición facilitadora para cualquiera que desee tratar a psicóticos agudamente perturbados, es que se tiene que tener una *estrecha relación con un hospital cercano*, inclusive un hospital general, que quiera recibir pacientes psiquiátricos. En esencial en el tratamiento de psicóticos agudos que se esté dispuesto a tomar riesgos razonables. Estos riesgos razonables incluyen la posibilidad de que algunos pacientes se perturben en el curso del tratamiento, ya sea por razones accidentales o por razones intrínsecas al tratamiento. El terapeuta puede participar en la psicoterapia de personas perturbadas en forma aguda sólo si se siente lo suficientemente seguro. Necesita de un arreglo que le permita la casi inmediata hospitalización del paciente, si surge la necesidad. A veces, sólo dos o tres días de hospitalización pueden lograr una diferencia crucial. Este arreglo, ciertamente, ayuda a dar una mayor libertad de tratamiento con menos ansiedad para el paciente y el

terapeuta. El hospital proporciona cierto tipo de protección inmediata para el paciente y le da libertad al terapeuta para realizar intervenciones que podrían, posiblemente, trastornar al paciente.

Aunque la libertad terapéutica a veces tiene que incluir intervenciones que puedan desalentar al paciente, yo no creo en inducir a la regresión en forma intencional: no estoy seguro de que las regresiones y disociaciones inducidas en terapia no puedan poner las bases para realizar otras, de manera más fácil, en otros momentos y, por lo tanto, no se consideran una modalidad terapéutica muy deseable.

Sin embargo, es más importante el valor de pasos activos tales como la interpretación catártica, es decir, interpretar el material inconsciente en la forma que lo hace John Rosen⁹⁰, sin esperar a que se vuelva preconscious, como es más la costumbre en el tratamiento de personas menos perturbadas.

Aparte de la importancia de tener fácil acceso a un hospital, es extremadamente deseable que sea en un ambiente hospitalario en el cual uno pueda continuar viendo y proporcionándole tratamiento al propio paciente cuando se encuentra allí. Este tipo de situación con frecuencia es difícil de obtener debido a que los hospitales que tienen programas de enseñanza, siempre insisten en que sólo sus residentes y personal traten a los pacientes. En vista de este hecho, los hospitales privados, que en otras circunstancias serían menos deseables, pueden ser los preferibles. Mientras que el paciente se encuentra hospitalizado por un trastorno agudo, por alucinaciones y delirios activos, se pueden hacer intervenciones cruciales que acelerarán, en gran medida, el proceso terapéutico. Por supuesto, también es esencial que el paciente no sienta que se le ha abandonado, así que es extremadamente beneficioso que el contacto tenga continuidad. Por tanto, cualquiera que desee involucrarse con frecuencia en el tratamiento de psicóticos con trastornos agudos, tiene que cultivar una relación cercana con un hospital que le permita el internamiento rápido y en donde pueda continuar el cuidado de su propio paciente, tanto en un sentido psicoterapéutico como psicofarmacológico.

Otro aspecto que puede ser aún más difícil que los primeros dos con respecto a la hospitalización, es tener la posibilidad de que se dé de alta al paciente tan pronto como sea posible. Por lo común, los procedimientos administrativos pueden dificultar que se saque rápidamente al paciente del hospital. Aun así, aquellos pacientes que son candidatos a la psicoterapia breve, intensiva, ambulatoria, pueden verse dañados por la hospitalización excesivamente larga que se señaló con anterioridad y que induce pasividad y ganancias secundarias, producto de las condiciones de invernadero que consiste de apoyo y controles externos.

Un sistema familiar

Este punto, en realidad es una elaboración del segundo, es decir, el requisito de que al menos exista una persona que asuma alguna responsabilidad por el paciente y a la cual se pueda dirigir el terapeuta. Si existe un *sistema familiar* completo disponible, este puede representar un papel crucial y beneficioso. La terapia del sistema familiar tiene un lugar definido y reconocido dentro del tratamiento. En especial si la patología intrafamiliar representa un papel notable, es esencial atraer a otros miembros de la familia dentro de la situación terapéutica. Esto se puede lograr en diferentes formas. De hecho, se puede elegir emprender una terapia conjunta con otro miembro de la familia, o una terapia familiar *per se*. Bajo ciertas circunstancias, el terapeuta original

puede desear trabajar él mismo con toda la familia. En otros casos, puede ser más adecuado hacer que otros miembros de la familia, o aun la familia completa, asistan con otro profesional en salud mental. Los dos terapeutas deben tener el privilegio de consultar el uno con el otro, como si trabajaran en equipo, aun que no necesariamente suceda bajo el mismo techo.

Un terapeuta auxiliar

El punto anterior me lleva a una de las técnicas menos conocidas y practicadas que implica la conveniencia de utilizar a un *terapeuta auxiliar*, es decir, tener a dos terapeutas que traten al mismo paciente en forma simultánea. El terapeuta auxiliar se puede incluir sólo durante episodios particularmente tormentosos. Estos podrían deberse a una especialmente aguda psicosis transferencial o, a veces, a un problema contratransferencial particular por parte del terapeuta principal. El papel del terapeuta auxiliar consiste entonces en trabajar específicamente con el fenómeno transferencial psicótico que puede ser muy difícil de manejar para el paciente y quizás para el terapeuta principal. Mientras tanto, el terapeuta principal continúa su trabajo sobre los problemas que producen la aguda psicosis de transferencia.

La psicoterapia diádica, en especial en un consultorio, puede representar un medio muy solitario, plagado de toda clase de emociones, inclusive la ansiedad tanto del paciente como del terapeuta. Por lo tanto, con frecuencia es muy útil tener, como condición de rutina, un terapeuta auxiliar que pueda diluir la transferencia y contratransferencia, si es necesario. Si como rutina se trabaja con psicóticos agudamente trastornados, con frecuencia es útil introducir a un terapeuta auxiliar al principio de la relación y explicar al paciente que este colega estará disponible si el terapeuta principal sufriera un resfriado, saliera de vacaciones o por alguna otra razón. Tal disponibilidad, por supuesto, es particularmente importante con las personas más trastornadas. Este tipo de arreglo se hace con mayor facilidad en una clínica o centro social que en la práctica privada, pero no es imposible en esta última.

Conciencia de los recursos familiares y comunitarios

En especial para los psiquiatras en la práctica privada, es importante estar consciente de todos los posibles *recursos en la vida del paciente (familiares, amigos, etcétera) y en la comunidad*. Es posible que los trabajadores sociales y psicólogos estén más conscientes de estos sistemas sociales de apoyo, tales como instituciones sociales, unidades de rehabilitación, casas de medio camino, centros recreativos y, eventualmente, rehabilitación vocacional. Es importante hacer uso de estos medios durante el tratamiento y hacia el final del mismo, cuando el paciente necesita un ambiente en el cual pueda continuar su mejoría y recuperación.

Líneas telefónicas y centros de urgencia

Una variación del tema del acceso a un terapeuta auxiliar es la necesidad de tener un fácil acceso a *líneas telefónicas y centros de urgencia*. La mayoría de las comunidades, en este momento, tienen disponibles tales servicios, como parte de sus medios comunitarios. Estos servicios de urgencia generalmente están en una lista en la cubierta interior del directorio telefónico y, cuando se les administra en forma adecuada, están disponibles

las 24 horas del día. El contacto telefónico tiene que estar respaldado por un centro psiquiátrico de urgencia, disponible en una clínica o institución social, de ser posible con un equipo móvil que pueda visitar al paciente en su casa y, en una situación extrema, internarlo en un hospital.

No sea un héroe

Considero extremadamente importante tener *fácil acceso a un sistema de alarma*, en caso de que un paciente se trastorne en forma aguda y sea potencialmente peligroso. La capacidad para tratar personas con trastornos agudos depende tanto de la relativa seguridad del escenario dentro del cual tiene lugar la terapia, como de la capacidad del terapeuta para tolerar sentimientos de ansiedad e incomodidad. Bajo cualquier circunstancia, *es esencial no ser inapropiadamente heroico*. El terapeuta nunca debe permitir que existan situaciones que puedan ser inadecuadamente peligrosas para su propia seguridad. Es muy posible que un terapeuta ansioso no funcione de manera efectiva. Un ambiente inseguro también hace que el paciente se sienta incómodo, debido a que bien puede temer su posible pérdida de control de impulsos. En especial, en los grandes y activos centros de tratamiento de urgencias, es mejor tener disponible personal de seguridad. En ambientes en donde es menos probable que se tengan pacientes extremadamente perturbados, es ventajoso tener un consultorio que no se localice en un escenario demasiado aislado. Puede ser útil dejar la puerta entreabierta ligeramente, en tanto se mantenga una privacidad razonable. De nuevo, tal disposición también es de beneficio para el paciente, que se siente menos atemorizado por el terapeuta y por sus propios impulsos, cuando percibe que la situación es relativamente segura.

Situación de vivienda adecuada

Este punto tiene que ver con un problema muy difícil: la *conveniencia de la situación de vivienda del paciente*; es decir, dónde vive el paciente y dónde debería vivir para una mejoría óptima. Con frecuencia el ambiente familiar es extremadamente insalubre y puede ser casi imposible realizar un trabajo terapéutico constructivo en dos o tres horas por semana, si el resto del tiempo existen fuerzas dentro del ambiente familiar que son regresivas y patogénicas. Por tanto, es esencial, y, de hecho es una condición facilitadora de la mayor importancia, que si la situación vital actual es inadecuada, entonces se debe enviar al paciente a otro ambiente. A primera vista, con frecuencia esto parece ser imposible. Sugiero con insistencia en una encuesta cuidadosa de todos los familiares, amigos y recursos en la comunidad del paciente; en un intento por encontrar un lugar en el que viva y duerma, diferente de donde está su familia inmediata, si hasta es sumamente patogénica. Si no se encuentran familiares o amigos apropiados, entonces pueden ser preferibles los hogares sustitutos o aun las casas de medio camino, aun cuando estos servicios con frecuencia son perniciosos en sí mismos.

No se puede dejar de insistir en la importancia de una situación vital adecuada para el paciente, para que el proceso terapéutico no sea más difícil de lo que es por necesidad, o que pueda aun resultar ineficiente. Se ha encontrado que este factor, es decir el ambiente sano, es tan importante, que si los pacientes tienen un familiar adecuado que resida en otro lugar, es favorable que el paciente se mude, viva con esa familia y continúe su tratamiento con otro terapeuta.

Fármacos

Finalmente, la utilización de *fármacos* tiene que mencionarse como una muy importante condición facilitadora para el tratamiento psicoterapéutico con pacientes psicóticos, perturbados de manera aguda. Una analogía del papel de los fármacos en la psicoterapia, es que éstos representan el mismo papel para facilitar la operación psicoterapéutica que la anestesia en la intervención quirúrgica. Esto facilita al médico realizar las intervenciones, con frecuencia dolorosas pero necesarias y aun así, tener un paciente cooperativo. Antes de que estuviera disponible la anestesia general, no sólo era excesivamente traumático sino a veces mortal, el desempeñar una operación en el abdomen sin la musculatura adecuadamente relajada. Una situación similar sucede en algunas intervenciones psicoterapéuticas. Las interpretaciones pueden ser sumamente dolorosas y perturbadoras para el paciente, de hecho, más de lo que puede soportar. Esto podría provocar un episodio de violencia contra sí mismo o contra otros y conducir a un estado psicótico más agudo. En otros casos, sin el beneficio de los fármacos psicotrópicos, en general, el paciente podría mostrarse demasiado ansioso, retraído o deprimido, como para estar dispuesto o ser capaz de comunicarse. Algunos pacientes podrían aterrizar por acercarse al material de un tema en particular que es necesario que se ventile y analice. En tales casos, los fármacos se pueden utilizar para disminuir la "ansiedad de aproximación" o, como en el caso de los antidepresivos, proporcionar al paciente la "energía" para relacionarse.

Se debe tener cuidado de no medicar al paciente hasta el punto en que se interfiera con la mayoría de las funciones yoicas y en cual el fármaco psicotrópico afecte indebidamente la prueba de realidad y el sentido de sí mismo³¹. Es indeseable hacer que un paciente que se siente confuso o "fuera de este mundo", esté tan letárgico que no tenga ninguna motivación para el trabajo psicoterapéutico. Pero, de hecho, es posible elegir en tal forma los fármacos que se utilizan, que algunas funciones del yo se mejoren, con lo que se facilita el proceso terapéutico. La mejoría en el control de impulsos; por ejemplo, de la agresión, se puede lograr con litio o fenotiacinas. Las últimas también pueden mejorar los procesos de pensamiento, con lo que se ayuda al paciente a pensar en forma lógica y a razonar en forma deductiva, habilidades básicas para que comprenda las interpretaciones terapéuticas.

En resumen, antes de iniciar la terapia con psicóticos agudamente perturbados, no sólo es necesario efectuar un diagnóstico en el sentido más estricto del término, sino también es extremadamente importante que se evalúen todos los activos y pasivos en la situación vital del paciente. Se deben evaluar con cuidado todas las dificultades que es probable que surjan y planificar en consonancia con ellas³⁴. Tales evaluaciones y diseño de tratamiento certeros pueden servir para eliminar gran cantidad de problemas desperdicio de recursos y, aun, tragedias.

Sin embargo, si al menos se reúnen las mínimas condiciones facilitadoras que se describen antes, el tratamiento ambulatorio, breve e intensivo de los psicóticos agudamente perturbados, puede ser una experiencia en verdad recompensante tanto para el paciente como para el terapeuta. En la mayoría de los casos, después de que se ha manejado una condición aguda, es deseable realizar una psicoterapia psicoanalítica extensa para poder lidiar con los sutiles problemas estructurales, dinámicos y caracterológicos del paciente.



Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU) de los estados psicóticos agudos

12

CONSIDERACIONES TEÓRICAS

Con frecuencia, los estados psicóticos agudos pueden tratarse con mucho éxito mediante la psicoterapia breve e intensiva, sobre una base ambulatoria, si la naturaleza del trastorno y el escenario social del paciente lo permiten (véase Parte II, Capítulo 11), o bien como pacientes internos. Este es uno de los casos donde la PBIU tiene una función dentro de la psiquiatría comunitaria, al mantener a muchos pacientes fuera del hospital o al prevenir la cronicidad mediante una rápida intervención.

DIEZ FACTORES ESPECÍFICOS EN EL MANEJO TERAPÉUTICO DE LOS ESTADOS PSICÓTICOS AGUDOS

1. Establecer contacto
2. Establecer continuidad
3. Dar seguridad mediante comprensión e interpretación
4. Estructurar la vida del paciente
5. Estar disponible
6. Involucrar a los otros significativos
7. Entablillado
8. El terapeuta como yo auxiliar

9. Fármacos

10. Hospitalización breve

Establecer contacto

Con mucha frecuencia los psicóticos agudamente perturbados se presentan en un estado de angustia y muchos de los puntos de atención que se discuten acerca de estos estados, tienen una aplicación en este caso (véase Parte II, Capítulo 15). El paciente psicótico que presenta angustia, está consciente de que algo está mal dentro de él. Las nuevas experiencias tales como entender a las aves o sentirse totalmente poderoso o poseedor de una increíble cantidad de energía o sentir que uno se ve influenciado por diversas fuerzas, atemorizan al paciente. Se encuentra en un mundo extraño. Ha perdido la continuidad y se esfuerza por recuperarla: por ejemplo, la ideación paranoide es una forma adaptativa/desadaptativa en que el paciente intenta extraer algún sentido de lo que lo aqueja.

Muchos psicóticos agudos hablan de tener una “experiencia de ajá” un enorme sentimiento de revelación, que es otro intento defensivo por darle sentido a lo que les sucede: de pronto pueden sentir que son Dios o que han pasado por algún cambio drástico que explicaría sus fenómenos psicóticos.

Por lo tanto, le corresponde al terapeuta *intentar establecer contacto con el pensamiento psicótico del paciente*, lanzarle un ancla que lo mantenga a flote, hacerlo sentirse más seguro y comprendido. Es útil si el terapeuta puede interpretar aunque sea un poco y hacerle saber al paciente que se encuentra a su lado, que no considera reprensible su conducta. Quizás se tenga que hablar en “esquizofrenés” y entrar en el simbolismo para así establecer cierta empatía. Si se puede lograr esto, se ha logrado mucho.

Un paciente señaló que el radiador cercano a mi silla ocasionalmente se ponía rojo. Pude indicarle que imaginaba esto cada vez que decía algo con enojo o se sentía enojado y que su percepción del radiador era su propia conciencia de ponerse rojo de rabia. Esta interpretación redujo considerablemente el nivel de tensión y facilitó la comunicación entre nosotros.

Un joven que enfatizaba una y otra vez que tenía que estar enyesado durante nueve meses, se sintió bastante aliviado cuando se le dijo: “Sin embargo, yo sé que usted es un tipo muy masculino”. De esa forma respondí al hecho de que el estar enyesado durante nueve meses se refería a su sentimiento de que era una mujer embarazada y así se le dio confianza, en forma indirecta, sobre su masculinidad (Naturalmente, existía otra información que apoyaba la noción de que el paciente se sentía femenino y embarazado).

Establecer continuidad

Establecer continuidad es una parte que se deriva en gran medida del proceso que se discute antes, dado que el paciente sufre de una experiencia de discontinuidad. Es importante asegurarle que sus delirios y alucinaciones pueden tener sentido y que su enfermedad se relaciona con ciertos sucesos de su vida, pasados o presentes; por ejemplo, con un paciente maniaco muy exuberante que comienza a sentirse grande porque se ha sentido tan empujado por la pérdida del trabajo o ha tenido algunas

otras experiencias perturbadoras o que lo disminuyen. Se podría intentar y lograr establecer continuidad no sólo entre la realidad y las alucinaciones y delirios, sino también entre la historia pasada y su sintomatología presente. Se podría señalar al paciente que las voces que escucha, de hecho, son las exhortaciones continuas que acostumbraba escuchar de su madre o padre (casualmente, estas voces se relacionan con regaños maternos).

Es importante que se obtenga del paciente, o de un familiar o amigo de éste, información con respecto a qué ocurrió exactamente antes de que se manifestara la experiencia psicótica. Un paciente que de pronto creyó que era Jesucristo y amaba a todos, tuvo, justo antes, una experiencia encolerizante y su delirio obviamente era un intento por negar su propia ira. Una paciente que creía que todo el mundo la observaba, justo había sido "abandonada" por su hijo ya adulto, se sentía totalmente sola y deseaba que todos mostraran un interés por ella. Un joven estudiante universitario que de pronto comenzó a delirar y creía que era Cristo, empezó a ser incoherente poco después de que encontró a una compañera en su cama. Esta experiencia fue demasiado para su superyó y acentuó su ascetismo en forma psicótica.

Si el terapeuta puede indagar y comprender qué fue exactamente lo que precipitó el brote psicótico, será capaz de ayudar al paciente a manejar sus conflictos y ansiedades.

Dar seguridad mediante comprensión e interpretación

De nuevo, este tercer punto se relaciona de manera cercana con los dos primeros. Las interpretaciones y la evidencia de comprensión acercan mucho para establecer contacto y proveerle al paciente la continuidad que tan ansiosamente añora. Esto le da la seguridad de saber que el terapeuta no tiene miedo de su sintomatología y que lo guiará a través de la "selva" de su psicosis.

Estructurar la vida del paciente

Con mucha frecuencia, una sobrecarga emocional desorganiza la vida del paciente. Algunos, como aquellos que sufren de psicosis por TDA, pueden, de hecho, ser principalmente psicóticos porque tuvieron una sobrecarga y fueron incapaces de estructurar su vida por sí mismos.

Los esquizofrénicos pueden no poseer una función sintética del yo suficientes para "ser coherentes" y los maníacos pueden utilizar la negación y evitación. Por tanto, es importante ayudar al paciente a crear una situación vital que le sea soportable, tanto en términos de tareas logradas como en cuanto a sus condiciones actuales de vida. Puede ser necesario aconsejarle al paciente que cambie de residencia o que encuentre un lugar apropiado para vivir. El paciente psicótico generalmente necesitará un horario rígido de trabajo, como parte de los elementos para proveerle una estructura de la que carece internamente.

Estar disponible

El terapeuta debe estar disponible para el paciente psicótico, dado que éste se encuentra en un estado de angustia y con frecuencia es incapaz de manejar los problemas cotidianos, sintiéndose fácilmente abrumado. El paciente obtiene una gran cantidad de confianza y fuerza al saber que el terapeuta está disponible para él si fuera necesario,

aun por la noche, para una breve conversación telefónica o en el fin de semana, si surgiera alguna urgencia. Es esencial que el paciente tenga cerca a alguien: si no es el terapeuta mismo, entonces las líneas telefónicas y servicios de urgencia pueden proporcionar una función útil a este respecto.

Involucrar a los otros significativos

Este punto se relaciona con el anterior. Involucrar a los otros significativos tendrá la ventaja de proporcionar al paciente una red de apoyo. Como ya se mencionó, los otros significativos pueden utilizarse también durante las crisis suicidas y pueden ayudar a cambiar el ambiente de la situación dentro de la que vive el paciente. Por supuesto, es posible tener que ayudar a los otros significativos a cambiar para que puedan proveer un ambiente diferente y mejor para las interacciones vitales del paciente.

"Entablillado"

Al recomendar un "entablillado" para el manejo terapéutico de los psicóticos agudos, tomo la imagen de lo que un médico haría por un brazo o pierna fracturados o dislocados: aliviar temporalmente, mediante apoyo, la tensión que ello provoca.

Para disminuir la tensión del paciente se puede tener que sugerir que reduzca su carga de trabajo o que elimine o limite cualquier otra cosa que en su vida, le esté haciendo excesivas demandas emocionales, físicas o de otra clase. En el caso de un ama de casa y madre con sobrecarga de trabajo se puede recomendar que emplee a una persona de servicio doméstico para aliviar sus cargas. Se sugiere cualquier cosa que se necesite para proporcionar algún descanso y alivio a la tensión del paciente para que las fuerzas curativas naturales del yo tengan la oportunidad de reconstruirse a sí mismas.

El terapeuta como yo auxiliar

Siempre que el paciente en realidad sea incapaz de resolver las cosas por sí solo, el terapeuta deberá actuar como un yo auxiliar para él, en cuanto a la prueba de realidad, juicio y aun con detalles concretos de su vida. Si éste es incapaz de hacer arreglos para obtener, por sí mismo, una situación laboral o de vivienda adecuadas, entonces el terapeuta debe funcionar como su yo auxiliar durante el tiempo que sea necesario y ayudar a hacer estos arreglos. También los trabajadores sociales pueden ser particularmente útiles a este respecto y asistir al paciente en las disposiciones necesarias para muchos aspectos prácticos, concretos, de su vida cotidiana.

Fármacos

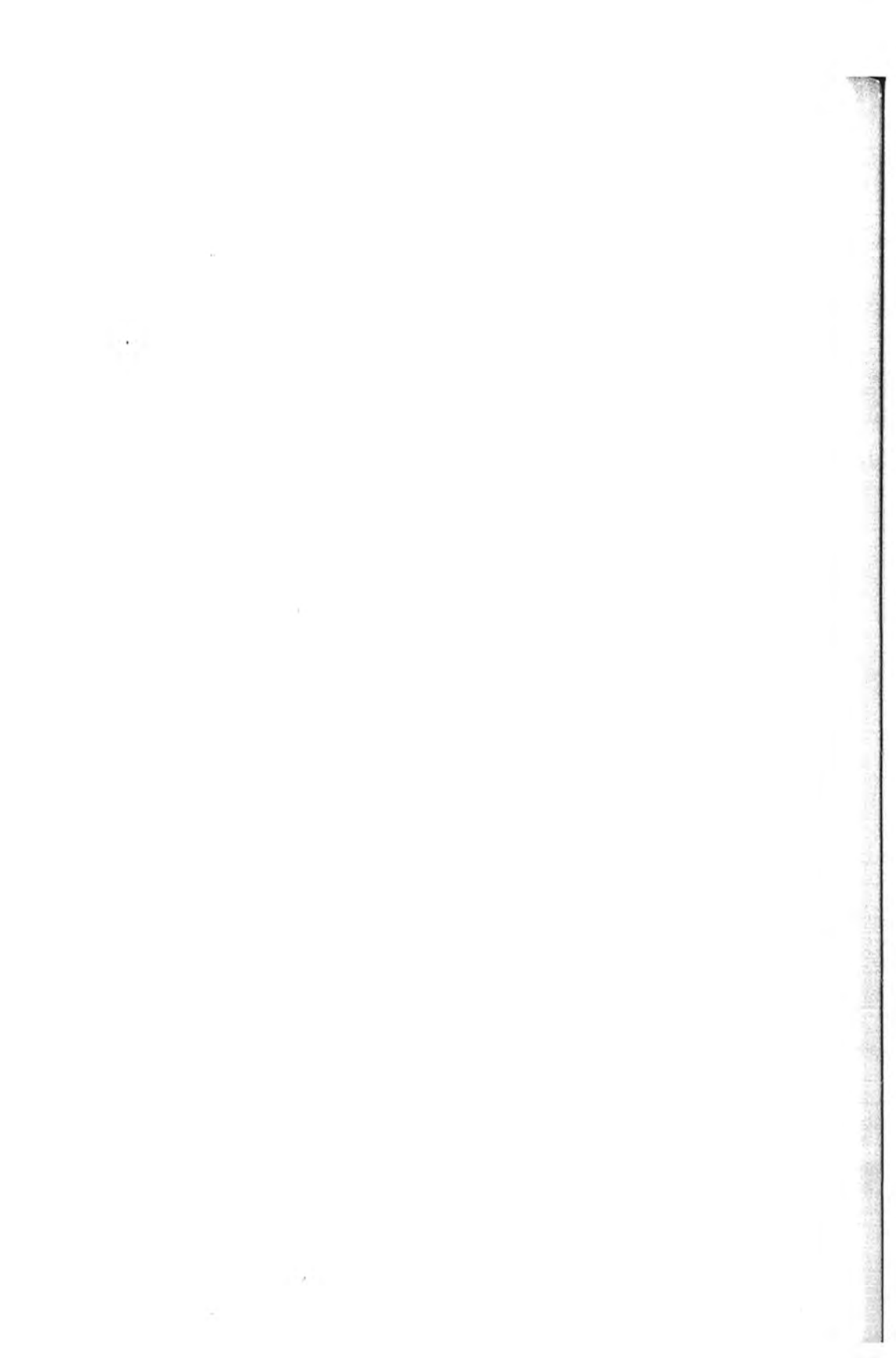
Se pueden utilizar los fármacos como parte de las condiciones facilitadoras para la psicoterapia breve, intensiva, con psicóticos agudos o para posibilitarle al paciente la vida dentro de la comunidad, en lugar de que se le hospitalice mientras recibe cuidado ambulatorio.

Por supuesto, con mucha frecuencia las fenotiacinas, haldoperidol y otros fármacos, no sólo son útiles en el tratamiento de los trastornos indicados, los cuales muchas veces mejoran sólo de manera temporal, sino para crear una atmósfera

dentro de la cual se pueda llevar a cabo una psicoterapia. Con frecuencia, la utilización general de ciertos fármacos se ha malentendido como una dificultad para manejar ciertos síntomas debido, por ejemplo, a que se recomienda, ya sea clorpromacina o litio, por sus propiedades de control de la agresión. En forma dinámica, se pueden utilizar estos fármacos por sus efectos sobre los impulsos, mientras que es más posible que los barbituratos como el alcohol disminuyan las defensas y liberen agresión o hagan posible que el paciente se comunique. Los barbituratos pueden tener un sitio en el tratamiento de catatónicos mudos en forma de entrevista con pentotal o aun en forma oral o intramuscular. Desde que se extendió el uso de los fármacos psicotrópicos, la utilidad de los barbituratos en la mayoría de los casos se ha olvidado.

Hospitalización breve

Como ya se discutió en la sección de **Condiciones facilitadoras** (véase Parte II, Capítulo 11), la psicoterapia ambulatoria enérgica de los psicóticos agudos puede requerir episodios breves de hospitalización. Lo que se dijo en ese capítulo se sostiene aquí.



Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU) de la enfermedad física o cirugía

13

CONSIDERACIONES CONCEPTUALES

La psicoterapia breve e intensiva, muy frecuentemente en la forma de psicoterapia de urgencia, representa un importante papel en toda la psiquiatría de vinculación y, en especial, en casos de enfermedad física o cirugía.

La necesidad de la PBIU puede surgir en varias formas y en varias fases de una enfermedad. La PBIU se puede aplicar a través de la petición de una consulta por parte de un médico o del paciente. Se puede indicar con un paciente que se encuentra en estado de pánico cuando se le informa de la posibilidad de un tumor maligno o cuando se le habla de la necesidad de un procedimiento quirúrgico. La intervención psicoterapéutica breve puede ser necesaria en forma preoperatoria o posoperatoria o en el momento en que la enfermedad física o secuela de la cirugía se han convertido en un trastorno crónico, psiquiátricamente incapacitante.

Ciertos principios básicos se sostienen en estos casos como en otros: es esencial comprender la naturaleza del problema en términos de la historia personal general del paciente. El significado específico de la enfermedad o cirugía para cada paciente individual se debe explorar e iluminar en forma juiciosa.

Es útil tener en mente algunos principios generales: se puede responder al impacto de las experiencias atemorizantes con negación seguida de una depresión, o se puede responder mediante una ansiedad o depresión reactiva inmediata. Por otra parte, se puede no responder a la amenaza con ninguna reacción emocional manifiesta, sino traducirla en forma psicósomática o psiquiátrica crónica, o conducir a una mejoría incompleta o a falta de conformidad con las instrucciones médicas.

Se puede responder ante algunas enfermedades, en especial las crónicas, a través de *antropomorfización*. Durante el curso de la enfermedad, con frecuencia se establece

una relación entre el paciente y su órgano enfermo, similar a la de un padre con su hijo. El órgano afectado puede tomar el papel de un niño enfermo que necesita cuidados. Esto se hace evidente en frases como: "Mi estomago no puede soportar...." o puede tomar las características de un padre tiránico: "Mi hígado no me deja comer eso". Primero se puede antropomorfizar el órgano enfermo y después hablar de él como si tuviera una vida independiente, con preferencias y sensibilidades propias.

La enfermedad produce cambios en la autoimagen, la imagen corporal y la del órgano, y es necesario explorar todos estos cambios. En las enfermedades crónicas, puede tener lugar una completa "organización" de las defensas y se pueden estudiar las acreciones como los anillos en un árbol. En tal caso, se tienen que elegir de manera juiciosa las metas en la psicoterapia breve, intensiva: una migraña crónica puede ser la expresión sintomática del aislamiento de toda una vida, al cual es demasiado difícil enfrentarse en una situación vital irreversible y es mejor que se deje de lado. Medidas generales de apoyo pueden ser la mejor elección en el tratamiento de esa persona.

Se ha desarrollado gran cantidad de literatura acerca del tema del cuidado psicológico de los enfermos terminales y se debería tener en mente cuando se realiza la PBIU con este grupo de pacientes.

En el caso de cirugía inminente, el terapeuta debe explorar los temores generales y específicos del paciente acerca de la cirugía. Los temores a morir durante ésta pueden diferir de los temores generales a morir. Los conceptos de ser abierto se toman tanto de fantasías infantiles como de experiencias vitales reales desafortunadas; por ejemplo, una amigdalectomía particularmente traumática durante la niñez.

La cirugía implica tanto un trauma psicológico como físico. En este tipo de situación crítica, con frecuencia se llama al terapeuta para que actúe como vínculo entre el paciente, su familia, el cirujano y el personal del hospital que participa con ellos. Puede fungir como foco para el desplazamiento de las ansiedades de todos los involucrados y puede ayudar a abrir vías de comunicación que de otra manera permanecerían cerradas. Aunque el terapeuta se debe involucrar con todos los aspectos de la situación de crisis, su énfasis principal estará en el paciente y la familia de éste.

El terapeuta no puede reemplazar al médico principal ante los ojos del paciente. Sin embargo, un conocimiento suficiente acerca de procedimientos quirúrgicos provee una base para la comunicación. Con frecuencia, el paciente es reacio a discutir ciertos aspectos de la cirugía con su médico, inclusive cualquier ambivalencia que pueda tener, debido al hecho de que su vida depende del cirujano. Por lo tanto, el terapeuta puede ayudar a ilustrar al paciente acerca de ciertas áreas que, de otra forma, no estaría dispuesto a discutir.

Los cirujanos pueden parecer demasiado optimistas con respecto a la cirugía propuesta o pueden no decir ciertos aspectos desagradables de la operación, por temor a desalentar o atemorizar al paciente y a su familia. El terapeuta que ve a un paciente preoperatorio dentro del hospital lidia con una situación de crisis aunque el paciente pueda no estar consciente de que ésta existe. El área de la confidencialidad entre terapeuta y paciente se modifica por un acuerdo bajo tales circunstancias para incluir, informar y preparar a todos aquellos que están involucrados. Así, éstos se convierten en participantes afectivos en la experiencia del paciente con la cirugía.

Las expectativas del paciente acerca de la cirugía y de sus efectos secundarios representan claves valiosas para el terapeuta. Este debe desarrollar una fuerte relación preoperatoria con el paciente. Este se encontrará mejor preparado médicamente para

enfrentar la cirugía, si de antemano se le ha preparado psicológicamente. El papel de apoyo y educación del terapeuta se fortalece si le deja su número telefónico al paciente.

La experiencia posoperatoria de despertar en una unidad de cuidados intensivos: con desorientación, fatiga, inmovilizado, rodeado de máquinas, posiblemente con fuertes dolores y completamente dependiente de otros, es atemorizante aun para el paciente al cual se ha preparado. Es importante que se le informe de cómo se sentirá al despertar. El ambiente posoperatorio de la unidad de cuidado intensivo también se debe discutir en detalle. Al ser capaz de orientarse en tiempo y espacio, es menos probable que el paciente reaccione en forma psicótica; "estructuras" tales como un reloj, calendario y ventanas; conducen en sí mismas a una reorientación adecuada. En forma similar, el terapeuta se vuelve el lazo de apoyo entre la experiencia preoperatoria y la posoperatoria.

Si la necesidad de servicio médico continuo produce tensiones entre el paciente y su familia o el personal hospitalario participante, el terapeuta puede fungir como vehículo para la clarificación y resolución de ansiedades o conflictos.

En situaciones donde sucede una psicosis posoperatoria, el terapeuta debe considerar posibles factores físicos contribuyentes, de naturaleza tóxica. La antipatía que siente el personal por el paciente, puede afectarlo y también contribuir a una psicosis posoperatoria.

En el frágil paciente, es importante el apoyo continuo del terapeuta en la fase posoperatoria y debe incluir visitas de seguimiento. Si persiste cualquier conflicto o incomodidad, se puede llamar al cirujano y a la familia para proporcionar mayor apoyo y alentar al paciente.

DIEZ FACTORES ESPECÍFICOS EN EL MANEJO TERAPÉUTICO DE LA ENFERMEDAD FÍSICA O CIRUGÍA

1. Explorar el concepto del paciente acerca de la enfermedad o cirugía inminente
2. Explorar el significado personal y el papel de la enfermedad (ganancias secundarias, etcétera)
3. Educar al paciente
4. Establecer contacto con el médico o cirujano tratante
5. Explorar el significado de la anestesia
6. Conceptos y temores específicos acerca de la muerte
7. Tipos específicos de enfermedad y cirugía
8. Órganos con significado sexual
9. Tumores malignos
10. Cardiopatía

Explorar el concepto del paciente acerca de la enfermedad o cirugía inminente

Debe identificarse el significado específico de la enfermedad o cirugía para el paciente, y lograr un *insight* en forma terapéutica. Así, la identificación que realiza un paciente varón acerca de su enfermedad con la de su madre, puede conducir a expectativas conscientes falsas y a una identificación femenina patógena. Un paciente tuberculoso puede necesitar que se le muestre que su concepto de un orificio sangrante en su pulmón, de hecho revela conceptos infantiles acerca de los genitales femeninos y la castración. Los sueños pueden proporcionar detalles concretos que harán más fácil la interpretación de tales materiales inconscientes. Por supuesto, el estilo lingüístico del terapeuta cuando interpreta el material, necesita ser adecuadamente sencillo.

Con frecuencia, una lesión narcisista representa un papel muy importante. En una mujer esto se puede manifestar en una preocupación por la belleza, y en un hombre, una preocupación por el "machismo". En cada caso, se necesita analizar la enfermedad tanto con respecto al significado real como al simbólico.

Muchas veces, durante el curso de una enfermedad se sobrecatectiza al órgano afectado. Cuando el hígado se enferma, por ejemplo, tenderá a cobrar demasiada importancia en la imagen corporal del paciente, como en el concepto del neoyorkino acerca de los Estados Unidos en el que imagina que la ciudad cubre dos tercios del mapa del país. Se puede demostrar fácilmente esta distorsión conceptual si el terapeuta le pide al paciente que dibuje su cuerpo, incluyendo el órgano o parte afectada⁹¹.

El hacer que el paciente haga dibujos de su afección corporal ayudará a aclarar su concepto de ella: puede hacer un dibujo de la coronaria con un émbolo en la arteria que parece un falo que la ataca. Puede hacer un dibujo de un tumor maligno que parece como una boca abierta con dientes, lo que revela fantasías canibalísticas acerca de éste.

Un paciente, que sentía terrible desagrado ante la idea de tener úlceras gástricas, reaccionó con náusea ante la idea de tener un fluido exudante en su estómago. Encontraba particularmente desagradable la úlcera gástrica debido a que la igualaba con las úlceras en la pierna que había visto en un familiar anciano.

Explorar el significado personal y el papel de la enfermedad (ganancias secundarias, etcétera)

Un fenómeno característico de toda la psicopatología y un aliado común para la enfermedad orgánica es la *ganancia secundaria*. El atraer atención, evitar responsabilidad, controlar y tiranizar a la familia y otros medios similares de capitalizar y explotar la enfermedad, son todos extremadamente familiares y pueden verse de manera muy espectacular en la "neurosis de seguro" o "síndrome de pensión", donde la enfermedad trae consigo ciertas ventajas al paciente y puede operar en forma inconsciente para retrasar la recuperación. Así, una investigación de las ansiedades del paciente debe incluir un examen del significado superficial que la enfermedad posee para él, junto con los factores que se derivan de conceptos previos que se han reprimido profundamente y encuentran una representación contemporánea en la cubierta psíquica.

La pasividad obligatoria, en especial de una naturaleza prolongada, puede plantear una espantosa amenaza para un paciente y, para otro, representar una gratificación infantil de la cual obtiene el mayor provecho.

Operaciones específicas pueden ser particularmente amenazantes para algunas personas por razones idiosincrásicas. Por ejemplo, una paciente se volvió psicótica después de una hemorroidectomía. Esta paciente había podido tener orgasmos sólo a través de la estimulación anal. Consideró la hemorroidectomía como un acto sexual lo mismo que una amenaza terrible hacia su sexualidad. Los delirios y alucinaciones posoperatorias en éste y otros casos similares, en general, involucran al cirujano y, frecuentemente, tienen ingredientes paranoides.

Educar al paciente

La estructura de la noción inconsciente, preconsciente o aun consciente del paciente acerca de su lesión o enfermedad, debe establecerse a través de la historia, con frecuencia mediante la ayuda de técnicas proyectivas como la Prueba del Dibujo de una Persona y la Prueba de Apercepción Temática. Cuando el terapeuta ha identificado estos malentendidos, puede iniciar un periodo de educación. Por ejemplo, una discusión de la anatomía de una coronaria y reparación anastomótica (con una comparación de la curación de la fractura de un hueso del brazo), puede mejorar en gran medida la imagen corporal del paciente.

Un paciente educado, con frecuencia es más cooperativo. No acatar la prescripción de fármacos u otro tratamiento, con frecuencia es el resultado de falta de comprensión por parte del paciente. Si el médico tratante no cumple el papel de "educador", se vuelve tarea del psicoterapeuta instruir al paciente y obtener esta variedad de alianza terapéutica.

Establecer contacto con el médico o cirujano tratante

Es mejor no estar en pugna con el personal del hospital. Por tanto, el terapeuta debe aclarar sus visitas profesionales ante la administración y, como cortesía profesional, con el cirujano e internista asignados al caso. Si los cirujanos se encuentran especialmente preocupados acerca del estado mental del paciente o si han tenido alguna experiencia propia con la psicoterapia, pueden tener un punto de vista relativamente conocedor acerca de las visitas del terapeuta. Sin embargo, los cirujanos a veces son narcisistas y de pensamiento concreto, aún frente a otros médicos.

Si otros médicos perciben al psicoterapeuta como un "auxiliar", su papel se facilitará. Para poder ser más efectivo, con frecuencia el terapeuta tendrá que familiarizarse con las particularidades de estados médicos o quirúrgicos especiales.

Explorar el significado de la anestesia

No se puede pasar por alto la necesidad de explorar los temores específicos del paciente con respecto a la anestesia. Pueden surgir muchos de estos temores y ser extremadamente problemáticos. Así, los pacientes temen a sensaciones de asfixia, ardor en la garganta y que sus pulmones luchen para obtener aire. Algunas personas prefieren una raquía debido a que quieren permanecer despiertos para vigilar las cosas, inclusive al cirujano. Pueden sentirse mejor al estar conscientes, como reflejos de preocupaciones acerca de quizás no despertar de nuevo o, en especial, por fuertes temores a la pasividad. Otras personas no desean saber y prefieren que se les aplique un tranquilizante intravenoso al que le siga la anestesia inhalada.

El terapeuta debe estar familiarizado con los procedimientos preoperatorios, inclusive los de sedación, y con los tipos de anestesia disponibles. Terapeuta y paciente deben requerir al cirujano que se comprometa en cuanto a los procedimientos y anestésicos a utilizar, con lo que permite que terapeuta y paciente anticipen ansiedades particulares. El anestesiólogo debe discutir las opciones de anestesia antes de la cirugía. Por ejemplo, en ocasiones, la preanestesia se administra en forma rectal; algunos pacientes se sienten más incómodos por esto que por la cirugía en sí.

Con los anestésicos modernos, despertar después de la cirugía no necesariamente es displaceroso. Si es posible, es útil tener alguien familiar en el cuarto cuando el paciente despierte. Despertar en una unidad de cuidado intensivo, desorientado, fatigado, inmovilizado, posiblemente con dolor y dependiente de otros, es una experiencia atemorizante, aun cuando el paciente esté preparado para ello. El ambiente posoperatorio de la UCI se debe discutir con detalle. Al ser capaz de orientarse, el paciente está en menor posibilidad de reaccionar con pánico cuando despierte de la anestesia. Cuando el paciente regrese a su habitación, al menos alguien conocido debe estar allí para confortarlo. El terapeuta mismo se puede convertir en el lazo de apoyo entre los estados preoperatorio y posoperatorio.

Nota: Con respecto al temor a la anestesia, he notado que, frecuentemente, una experiencia infantil de amigdalectomía, permanece como un recuerdo muy traumático: el sentimiento de sofocarse bajo la máscara de éter, la sensación de algo quemante y ciertos recuerdos de lucha, constituye un modelo de temor para muchos.

Conceptos y temores específicos acerca de la muerte

Como ya se mencionó, y contrario a lo que se podría esperar, la muerte tiene diferentes significados para las personas. Para muchos, significa soledad: "solo en una fría tumba"; para otros, involucra envidia de los otros que cosecharán placeres después de que el fallecido se vaya. De modo más idiosincrásico, algunos tienen pavor de que los devoren los gusanos; otros, de que quizás los entierren vivos, lo que se acompaña de ansiedades claustrofóbicas. Una mujer se encontraba enormemente preocupada por la idea de que yacería desnuda y expuesta sobre la plancha de la funeraria. Otra paciente temía que sus "cajones" podrían ser encontrados en desorden.

El proceso de morir se puede temer como forma de tortura o, principalmente, por el miedo a la pérdida de control. En cada paciente que se preocupa por este temor particular hacia la muerte y morir, es esencial explorar el significado específico del temor.

En la actualidad, existe una vasta cantidad de literatura disponible acerca de cómo manejar al paciente moribundo y al terapeuta le corresponde familiarizarse con ella.

Tipos específicos de enfermedad y cirugía

Estadísticamente, las operaciones abdominales se consideraban (hasta el advenimiento de la cirugía de corazón abierto) como la mayor amenaza quirúrgica y tenían la mayor incidencia de psicosis posoperatoria. El terapeuta debe explorar las fantasías del paciente acerca de qué procedimientos se realizarán en su abdomen. Las amputaciones se encuentran al principio de la lista de procedimientos que precipitan la psicosis, lo mismo que la diálisis y la diabetes.

Con respecto a la diálisis, el que la propia sangre curse a través de una especie de aparato de lavandería, es comprensiblemente atemorizante. Los estados tóxicos para

los cuales se emplea la diálisis, con frecuencia contribuyen a rasgos típicos de una psicosis orgánica.

La diabetes grave, en especial del tipo juvenil, es uno de los estados que se acompaña de problemas especiales con respecto a la obediencia del paciente. Las complicaciones de decaer en una acidosis o hipoglucemia grave tienen una cualidad amenazante que se necesita translaborar de manera específica con el paciente.

Órganos con significado sexual

La enfermedad o cirugía que involucra los órganos sexuales tiene un significado particular debido al especial papel libidinal, moral y social, que representa la sexualidad. Las enfermedades venéreas, por supuesto, tienen un lugar especial. Mientras que el "complejo de leproso" concerniente a la sífilis ha descendido con el advenimiento de la penicilina, el herpes genital ahora ha obtenido ese estatus. La culpa acerca de la promiscuidad puede representar un papel prominente junto con los conceptos de suciedad. Se puede disparar la ira y aun las reacciones paranoides.

Afecciones del pene y la vagina representan, por supuesto, una gran preocupación. Una ovariectomía puede implicar interpretaciones incorrectas de parte de la paciente, y aun una histerectomía sin una ovariectomía con frecuencia se puede percibir o experimentar como una forma de castración. La manipulación y examinación instrumental, tal como la cateterización, cistoscopia o insuflación tubárica; es posible que acarreen gran cantidad de conceptos irracionales consigo.

Tipos específicos de cirugía de los órganos sexuales estimulan reacciones bastante comunes. Una operación de la próstata generalmente despertará temores de impotencia y reanimará antiguas ansiedades de castración. Las operaciones de los senos, por otra parte, con frecuencia se perciben como amenazas a la femineidad de la paciente. Se necesitan discutir con ella las preocupaciones legítimas acerca de aspectos estéticos, lo mismo que las complicaciones posibles de la operación.

Tumores malignos

La intervención profesional en el caso de un individuo con diagnóstico de malignidad, en general sigue uno o dos procedimientos. El primero le permite al paciente responder y adaptarse a su estado a su propia manera, con ayuda del terapeuta, quien se esfuerza sólo en aumentar la respuesta adaptativa. El segundo procedimiento se aplica a los casos en que el paciente no puede lidiar con la crisis monumental de la enfermedad terminal y presente que tome el mando, aunque siempre debe poder sentir la presencia de apoyo del terapeuta. El terapeuta debe discutir con el paciente los avances médicos sin aumentar en forma inapropiada sus esperanzas de supervivencia. Puede ayudar a educar al paciente acerca de la naturaleza de su enfermedad y anticipar sus preguntas para ayudarlo a aliviar su ansiedad o a discutir las prioridades de tratamiento. En muchos de los mejores hospitales existe una excelente coordinación entre la oncología y los servicios psiquiátricos.

De nuevo, el significado subjetivo específico de la malignidad se debe identificar. Para algunos pacientes con cáncer, los rasgos orales agresivos de su personalidad pueden encontrar una exageración en la enfermedad, de manera que perciben al cáncer como un fenómeno devorador, taladrante y destructivo. Con otros en los que predominan los rasgos sado-masoquistas, el cáncer se puede percibir como un introyecto brutal,

sádico y atacante. En forma similar, se tiene que manejar el significado específico de la muerte. Todo lo que se ha dicho antes acerca de los temores a la muerte y a morir, se tienen que tener presentes en este caso. El problema de la negación no sólo es de especial interés con respecto al paciente y sus familiares, sino también en cuanto el oncólogo, cirujano y el terapeuta mismo.

Los problemas de contratransferencia hacia el paciente moribundo son tremendos y emocionalmente agotadores. Requiere de un cuidadoso autoanálisis en cada caso para funcionar de manera óptima y sólo con el grado irreductible de dolor y ansiedad.

Cardiopatía

El corazón tiene un significado simbólico y emocional especial, aparte del vital, realista.

Los pacientes cardíacos con frecuencia se encuentran atemorizados y deprimidos por su cercanía con la muerte. Se les debe dar una comprensión y pronóstico completos acerca de su estado, con tanto optimismo como sea posible. A los pacientes de coronaria, en especial los jóvenes, que se sienten menos amenazados por la muerte y en consecuencia, menos vulnerables; no se les debe ahogar con muestras de confianza que podrían resultar más perjudiciales que benéficas. Con frecuencia, el joven paciente cardíaco no fácilmente es capaz de asimilar lo que le ha sucedido. En este caso, la intervención puede involucrar interpretaciones de la negación sin atemorizarlo indebidamente.

El terapeuta debe anticipar los sentimientos de depresión del paciente que siguen a la alta del hospital y estar preparado para tomar un papel de apoyo en el tratamiento de seguimiento. El paciente al que se le informa que puede sentirse débil y cansado con facilidad después de un ataque cardíaco, estará en una mejor disposición para lidiar con estos síntomas, si se desarrollan después de su regreso al hogar y familia. El terapeuta debe alentar al paciente a seguir el programa de ejercicios que el médico le prescribió o asegurarse de que esto suceda. Muchos pacientes cardíacos se muestran reacios a hacerse exigencias físicas, pero el terapeuta puede ayudarles a sobreponer sus miedos al señalarles que la actividad adecuada, de hecho, fortalece al corazón. Así, el terapeuta le puede ayudar al paciente a evitar convertirse en un inválido crónico debido al temor excesivo y a la pasividad.

Las enfermedades cardíacas tienen ciertas secuelas únicas: se experimenta, al principio, como una grave amenaza a la vida, asociada como lo está, con la muerte repentina. Interpretaciones erróneas acerca del diagnóstico en sí, por ejemplo, confusión de la enfermedad cardíaca reumática con enfermedad coronaria, pueden dar como resultado temor inapropiado. Con mayor frecuencia, sin embargo, factores intrapsíquicos que tienen sus raíces dinámicas en el temor reprimido a la incapacidad, abandono y castración, que ahora vuelven a despertar, hacen evidente del incapacitante temor ante la muerte.

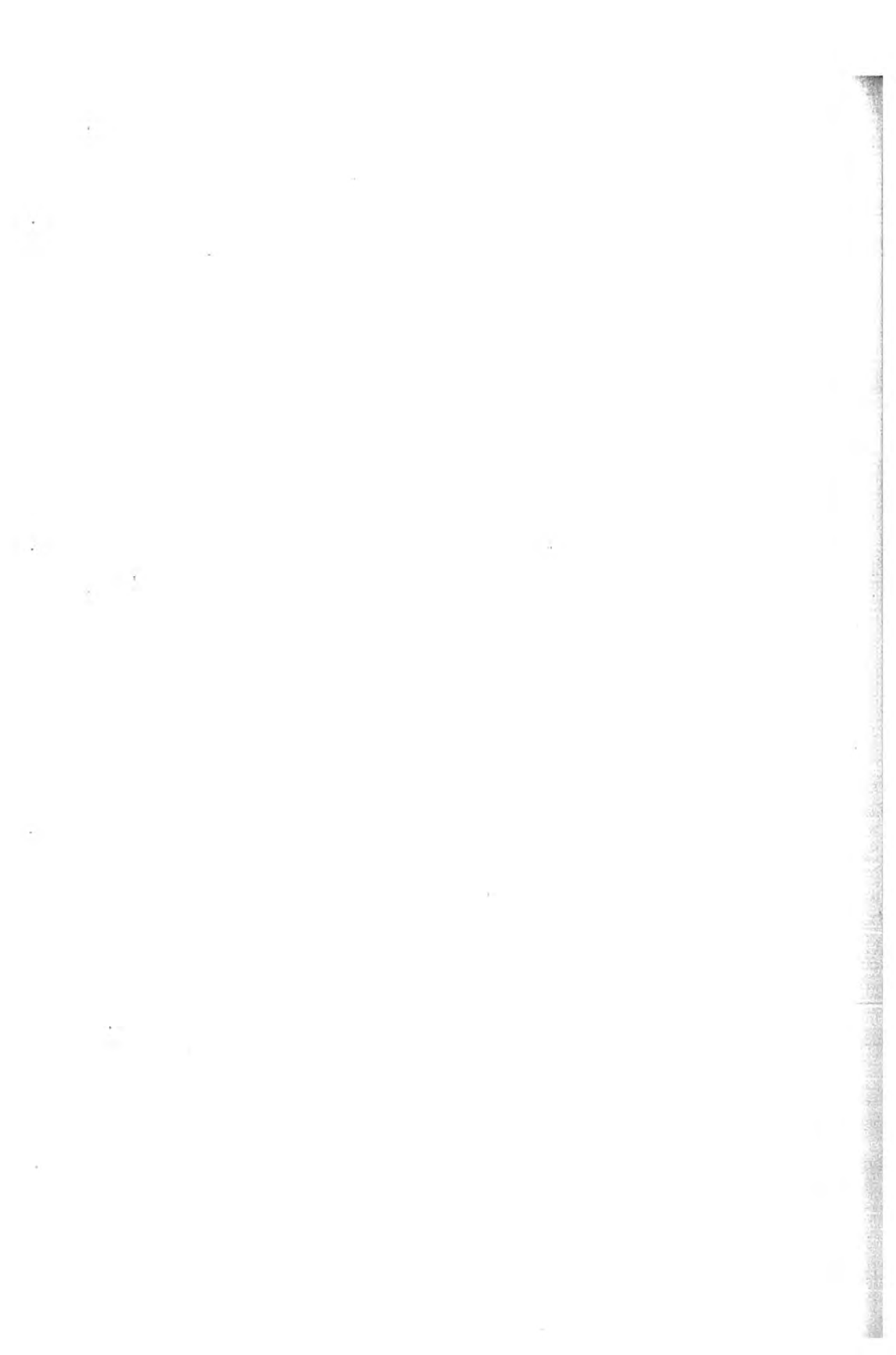
Mientras que, por ejemplo, una persona con amputación no piensa en el trabajo como algo que amenaza su salud, el paciente cardíaco con frecuencia ve al trabajo como un peligro. Su miedo abrumador de que cualquier esfuerzo pueda acortar su vida, representa un problema especial dentro de su psicoterapia y, de manera particular, en su rehabilitación. Por otra parte, un paciente cardíaco con una necesidad defensiva de negar su enfermedad, puede ser autodestructivo, por ejemplo, el paciente que insiste en empujar un piano por todos lados.

Por la misma naturaleza del órgano involucrado, la enfermedad cardíaca representa otro problema único. El corazón es el símbolo de las emociones humanas básicas; amor, afecto y odio, y por tanto tiene una posición de primacía entre todos los órganos corporales. El sistema cardiovascular es un participante especial en los síndromes afectivos; la arritmia, taquicardia y disnea, son equivalentes somáticos de la ansiedad y no se vinculan necesariamente con enfermedad cardíaca. Los estudios psicosomáticos muestran que el sistema cardiovascular puede responder a situaciones de estrés con un incremento en la frecuencia cardíaca, en la presión sistólica y en el gasto cardíaco. Los cambios y perturbaciones fisiológicas en el ritmo autónomo pueden, por su parte, crear temor y encender el circuito psicosomático que pone en aprietos a las habilidades diagnósticas más perceptivas. Con las manifestaciones de ansiedad que estimulan los síntomas cardíacos y los estados crónicos de tensión que afectan las respuestas fisiológicas internas, el problema diagnóstico que se crea de manera comprensible nutre las preocupaciones hipocondríacas del paciente cardíaco.

Otro problema que contribuye a la desproporcionada incapacidad de algunos pacientes cardíacos son los factores iatrogénicos. Es posible que los médicos contribuyan más a la invalidez del paciente cardíaco que en otro tipo de pacientes. Esto probablemente se relaciona con el hecho de que, como grupo, los médicos están en mayor disposición que la población general para desarrollar una cardiopatía y tienden, en conjunto, a ser demasiado aprensivos ante la idea de tener un episodio coronario. Es posible que proyecten a sus pacientes sus propias ansiedades de acuerdo con sus propias necesidades psicológicas y que aconsejen a sus pacientes que sean indebidamente restrictivos.

Bellak y Haselkorn¹³ encontraron que pacientes con una historia premórbida de conducta sobrecompensatoria, competitiva y agresiva (utilizada como negación en contra de la excesiva pasividad subyacente), parecían sentirse más amenazados emocionalmente por una enfermedad coronaria. Para estos pacientes, la enfermedad cardíaca negó la salida para descarga de ansiedad en forma de actividad excesiva. El conflicto psíquico resultante contribuyó en mayor medida al problema psicosomático.

La cirugía de corazón abierto con frecuencia estimula problemas emocionales graves. Debido a que la función cardíaca es mantener la vida, las imágenes de que se detuviera, de que se le extrajera del pecho, de estar unido a un corazón artificial: intensificaban en conjunto la cuestión de vida y muerte para el paciente. Muchos pacientes temen un daño cerebral debido al largo periodo de anestesia que requiere la cirugía de corazón abierto. La incisión a todo lo largo del pecho y la imagen de que las costillas se serruchen, afecta en forma espectacular la imagen corporal. De hecho, no son raros los episodios delirantes después de la cirugía de corazón abierto.



Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU) de los sucesos catastróficos en la vida

14

CONSIDERACIONES TEÓRICAS

El impulso comprensible cuando se trata con alguien que sufre el impacto de una experiencia catastrófica es enfocarse al suceso inmediato. El hecho es, por supuesto, que tal suceso tiene que considerarse también dentro del contexto de la experiencia de vida completa de la persona y explorar su significado específico. El incidente actual se tiene que comprender en términos de sus distorsiones aperceptivas, producto de todos los sucesos anteriores de su vida, ya que cualquier suceso catastrófico tendrá diferentes significados para cada persona.

Como en todas las situaciones agudas, es apropiada una cierta cantidad de tacto. Alguien que acaba de sufrir la pérdida de un familiar cercano o ha estado en un grave accidente, no es alguien a quien se le deban hacer interpretaciones. Ni debe pedírsele que comente algo al respecto. Cierta comprensión, apoyo emocional y la promesa de ayuda futura, es lo adecuado al principio.

Cuando las circunstancias lo permiten, se tiene que intentar ver la reacción catastrófica en relación con la situación vital de la persona y el suceso que la provocó. Por ejemplo, el caso del veterano de Vietnam, que se discute en el apéndice, ciertamente tuvo experiencias espantosas en combate y, en apariencia, tenía toda la razón para tener pesadillas recurrentes a partir del estrés del peligro de ataque en Vietnam. Sin embargo, la forma específica que tomó su temor a ataques de la *guerrilla* tenía como base un temor anterior a su madre, a la que soñó durante su infancia como un *gorila* que lo atacaba. En el caso de este hombre, toda la experiencia catastrófica de Vietnam se debe ver en términos de su lucha contra la pasividad y agresión en los primeros años de su vida.

Aun con las víctimas de los campos de concentración, es claro que, en mayor grado, sus experiencias y estructuras de personalidad anteriores, afectaron el impacto que tuvieron sus espantosas experiencias. En general, aquellos que tuvieron una buena

adaptación previa en sus vidas, se las arreglaron para soportar las bestialidades de los nazis de mejor manera, que aquellos que habían tenido una historia personal traumática.

Al tratar con víctimas de eventos traumáticos únicos, se tienen que tener en mente las diferentes fases de respuesta hacia ellas. Esto lo señalaron Friedman y Linn⁵⁸ en relación con su estudio de los supervivientes del desastre del *Andrea Doria*. Hablan del choque psíquico inicial, de una variedad de respuestas y distorsiones patológicas y de la fase de recuperación. Hilberman hizo observaciones parecidas con respecto a la violación⁶¹.

DIEZ FACTORES ESPECÍFICOS REFERENTES A SUCESOS CATASTRÓFICOS EN LA VIDA

1. **Catarsis**
2. **Significado específico del suceso**
3. **Exploración de la "responsabilidad" y culpa**
4. **Secuelas crónicas**
5. **Respuestas específicas a la pérdida del empleo y al retiro**
6. **Respuestas específicas a la pérdida por muerte: duelo**
7. **Respuestas específicas al asalto y robo**
8. **Respuestas específicas a la violación**
9. **Respuestas específicas a los accidentes**
10. **Respuestas específicas a las amenazas ecológicas**

Catarsis

La catarsis es un concepto interesante. Significa, en forma literal, limpiar o purgar, y se podría suponer que el simbolismo se tomó del tracto digestivo. Freud empleó el tratamiento catártico muy al principio de su carrera, cuando aún utilizaba sugestión e hipnosis y hacía que los pacientes revivieran ciertas situaciones para poder manejarlos emocionalmente. Este tratamiento se basaba en la noción de que los sucesos perturbadores con frecuencia se suprimen o reprimen. De hecho, se ha dicho de manera crítica, que este concepto es su "modelo hidráulico", un modelo basado en la "Zeitgeist" contemporáneo de Helmholtz y Boltzman: se suponía que la energía suprimida que se disipara al hacerla consciente ya no provocaría problemas nunca más. Muchos han criticado el modelo desde una base teórica. De hecho, el psicoanálisis ha llegado a

descansar en el mucho más sofisticado modelo estructural y en la interpretación de las defensas.

El hecho es que, sin embargo, el concepto de catarsis ha permanecido clínicamente útil. Se utilizó ampliamente en la psiquiatría en el frente de batalla durante la Segunda Guerra Mundial y fue el concepto subyacente en el manejo terapéutico de los pilotos derribados. Con la ayuda de pentotal sódico por vía intravenosa, se les daba la oportunidad de translaborar la experiencia traumática y, de ese modo, "purgarla de su sistema". Una variedad de "terapias" actuales, de moda, se basan principalmente en la catarsis. La idea del "grito primario" se basa en "purgar el propio sistema". El hecho lamentable es que la catarsis, por sí sola, en general no es suficiente para producir verdadero cambio. Conduce, cuando mucho, a un alivio temporal que, en general, al poco tiempo se ve seguido por la recurrencia de los síntomas o por nuevos síntomas, a menos de que se utilicen otras intervenciones dinámicas después de la catarsis ²⁴.

Sin embargo, dentro del contexto de una aproximación terapéutica sofisticada, la catarsis puede representar un papel significativo. En el momento en que el paciente se ha recuperado del impacto más inmediato de la experiencia catastrófica, puede valer la pena hacer que reviva el suceso para evitar así la negación o la represión y proporcionarle la oportunidad de expresar sus emociones. Puede haber una gran cantidad de rabia, apropiada o inapropiada, que debería expresarse. Es importante involucrarse en un duelo adecuado. Los sentimientos de culpa se pueden expresar de manera correcta.

Es tarea del terapeuta ayudar al paciente a ventilar sus emociones, involucrarse en la catarsis y, sólo después de ello, realizar otras maniobras terapéuticas. Esto requiere tanto de tacto, como de un sentido apropiado del tiempo, para que la catarsis sea útil de manera óptima.

Significado específico del suceso

Cualquiera sea la crisis que lleva al paciente a terapia, es importante intentar comprender el impacto de la crisis actual en términos de la situación vital del paciente. Una víctima de un accidente puede responder, principalmente, sintiendo una amenaza a su capacidad para mantener el control, mientras que otra persona presentará temores a la mutilación o problemas de narcisismo. La palabra "principalmente" merece atención especial: cada crisis involucra cinco o seis factores básicos cuyo rango por orden de importancia variará de persona a persona, de modo que un factor sobresaliente para una, será de importancia mínima para otra.

El terapeuta debe conocer en términos aproximados los factores que *generalmente* son relevantes para cada crisis: sin proposiciones generales no existe la ciencia. En este sentido, el psicoterapeuta utiliza el conocimiento y normas de su profesión en la misma medida que el cirujano emplea las guías para la secuencia óptima de las intervenciones quirúrgicas: áreas y estructuras anatómicas con las cuales trabajar, consideraciones fisiológicas que tienen que ver con la tensión y factores que complican la situación.

Jacobson y sus colaboradores ⁶⁵ en el *Benjamín Rush Institute* identificaron las aproximaciones *genéricas e individuales* a las crisis como guías para la aplicación de intervenciones. El concepto genérico sostiene que cada tipo de crisis produce su propio patrón único de respuesta. El concepto individual involucra la importancia de los eventos biopsicosociales en la vida del individuo. Al mismo tiempo que se utiliza un marco general de referencia, el terapeuta debe ser flexible al adaptarse e incorporar

conceptualmente las respuestas individuales de cada paciente, que se derivan de su pasado biopsicosocial personal.

Por ejemplo, estar sujeto a una acción de divorcio es probable que involucre sentimientos de rechazo y problemas de separación. Para un esposo, el que su cónyuge lo demande, en lugar de que ambos miembros de la pareja lleguen a un acuerdo de que los abogados negocien las condiciones, le significó que ella no confiaba en que él fuera justo y razonable. Su preocupación principal por los sentimientos de integridad y honradez provocaron una grave crisis, por lo que fue necesario comprender por qué este suceso actual produjo tan profunda preocupación acerca de su integridad. ¿Qué factores en su historia personal produjeron que percibiera la situación de manera en particular? Los sentimientos comunes de rechazo y separación quedaron en segundo lugar a esta cuestión.

Aunque muchos eventos productores de crisis, dinámicamente se encontrarán bajo los mismos términos, situaciones vitales más críticas pueden agruparse bajo tres encabezados: aquellos que involucran violencia y despiertan temores acerca de la propia vida, salud y sentido del sí mismo; pérdida de autoestima y pérdida del amor o de los seres amados.

Un accidente grave, asalto o violación; una enfermedad peligrosa o incidente que amenaza la vida; o el efecto desorganizante de drogas alucinógenas pueden, despertar temores acerca del propio sentido del sí mismo, que con frecuencia se acompaña de sentimientos de despersonalización y temores de desorganización regresiva. Aquellas crisis que provocan la pérdida de la autoestima y la experiencia de rechazo o separación, incluyen la pérdida del trabajo, el divorcio, una relación amorosa desdichada, reveses económicos y el envejecimiento, entre otros.

Los problemas médicos y quirúrgicos con frecuencia tienen elementos en común e involucran temores a la muerte, incapacidad y desfiguración. Ciertas situaciones como el aborto y la decisión acerca de métodos drásticos de sistemas de apoyo, es probable que estimulen conflictos que involucran la conciencia, agresión e identificación.

Con frecuencia, la hospitalización produce una crisis en la autoestima, que han descrito en forma vívida tanto médicos como pacientes⁸⁷. De pronto, la persona es una unidad que se mueve, voltea, inyecta, expone y a veces, se le trata de manera lo suficientemente insensible como para producir ansiedad, enojo o depresión intensos. Estados físicos graves como el cáncer, problemas cardíacos o afecciones neurológicas, con frecuencia evocan distorsiones y ansiedades únicas.

Exploración de la "responsabilidad" y culpa

La experiencia de la culpa inconsciente es un fenómeno muy difundido, cuyas huellas se pueden seguir hasta tiempos remotos. Cuando sucedía un terremoto o una tormenta destructiva, los antiguos y primitivos lo interpretaban, de manera inmediata, como el enojo de los Dioses, un enojo que presumiblemente era el resultado de que se hubiera pecado en alguna forma. Entonces intentaban minorar su culpa al tratar de apaciguar a los Dioses a través de varias clases de sacrificios.

Este primitivo y no específico sentimiento inconsciente de culpa, representa un papel en la vida de casi todos y, en algunas personas, se encuentra en forma excesiva. En general, entre más estricta haya sido la crianza, es más probable que se tenga un sentimiento de ser "malo"; en general, también estarán presentes ciertos sentimientos de culpa relativos a pensamientos sexuales y agresivos y ciertos rasgos masoquistas.

Entonces, con mucha frecuencia, estos rasgos se vincularán con un evento intercalado y la infortunada víctima de alguna catástrofe se complicará la vida y empeorará las cosas para sí mismo al vincular al suceso los sentimientos flotantes de culpa. Sentirá, "si tan sólo no hubiera dado la vuelta a la izquierda en lugar de a la derecha, no hubiera sucedido el accidente de auto", aunque, de manera objetiva, pueda no haber sido de ninguna manera un error de la víctima y las circunstancias estuvieran totalmente fuera de su control. En un caso, un hombre, que había detenido adecuadamente su automóvil en la señal de alto, fue golpeado de costado por un vehículo que se aproximaba. Sin embargo, se torturaba con el sentimiento de que no debería haber salido a esa hora del día a comprar algo que, en retrospectiva, consideraba "frívolo". En especial, se culpaba de cierta lesión que su hijo había sufrido en ese accidente: sentir una variedad de "culpa del superviviente" ocurre con gran frecuencia. En los mismos términos, se puede culpar de una embolia coronaria a la permisividad alimenticia, y de una violación, a estar vestida de manera demasiado seductora.

En cada caso, es importante descubrir cuáles sentimientos inconscientes, si existen, pueden estar involucrados en la respuesta al evento catastrófico para poder eliminarlos tan pronto como sea posible.

Secuelas crónicas

Cualquier evento catastrófico, en especial si no se ha "transelaborado", puede conducir a una serie de perturbaciones crónicas. El estudio pionero acerca de este tema, que involucró a un gran número de personas, fue el de E. Lindemann⁷⁴. Examinó a los supervivientes y familiares de las víctimas del incendio del *Boston Coconut Grove* y encontró que aquellos que habían utilizado la negación como mecanismo de defensa y habían fracasado en transelaborar el evento, era probable que sufrieran de una alta incidencia de perturbaciones psicosomáticas, lo mismo que de síntomas neuróticos, depresión y otros trastornos psiquiátricos, los que con frecuencia reavivaban ansiedades de la infancia. La importancia de la transelaboración también se ha reconocido en relación con la violación (ver después). Un alejamiento social grave, fobias y problemas sexuales, con frecuencia se derivan de la experiencia de violación.

El efecto retardado y continuado de los eventos catastróficos sobre los veteranos de Vietnam, todavía representa un asunto de interés, aun después de que han pasado dos décadas desde que regresó el último soldado. Sus secuelas crónicas representan una gran preocupación para los psiquiatras que tratan a estos veteranos en los hospitales de la Administración de Veteranos y en otros sitios.

Probablemente no existe una víctima de campo de concentración a la cual no se le hayan dejado cicatrices permanentes, en diversos grados, a partir de su experiencia catastrófica: en parte, relacionadas con la naturaleza de su experiencia en particular y con su estructura de personalidad preexistente y otras circunstancias.

Por lo tanto, es importante en el caso de eventos catastróficos, ayudar al paciente a lidiar con la experiencia aguda a través de transelaborarla, mediante catarsis, apoyo y cualquier otra medida terapéutica apropiada, para poder minimizar las secuelas crónicas continuas.

Pérdida del empleo y retiro

Una pérdida es una pérdida, como diría Gertrude Stein. Perder el empleo no es la excepción. Por esta razón, toda la dinámica que se discute bajo la depresión

relacionada con una pérdida (véase página 45) tiene relevancia aquí; inclusive la disminución de autoestima, el sentimiento de haber sido engañado, el aspecto de la decepción y la ira que se engendra junto con estos sentimientos.

Obviamente, la pérdida del empleo involucra mucho más que una amenaza económica. En nuestra cultura, se define en mayor grado a una persona a través del trabajo que desempeña. Un trabajo significa cierto rol, una identidad y un cierto lugar dentro de la jerarquía. Un empleo provee de una estructura definida de manera clara, la cual la mayoría de las personas necesitan. Se necesita de un lugar al cual ir por las mañanas, un lugar que dejar de noche y tareas específicas para realizar. Sin estructura, muchas personas se sienten desesperadamente perdidas. La mayoría de los trabajos, dentro de su contexto, apoyan aspectos significativos de la autoestima. Otros aspectos de la autoestima y el rol reciben mayor apoyo de un trabajo en relación con la familia y amigos del paciente. El padre de familia, que está acostumbrado a llevar el pan a casa, se ve amenazado amplia y gravemente por la pérdida de su empleo.

De hecho, la pérdida del trabajo se ha llegado a reconocer como un asunto o trauma lo suficientemente grave como para que empresas de negocios de gran importancia diseñen un programa de personal, especial para las personas que tienen que despedir. Se le llama de manera eufemística "el programa de colocación al exterior". Al empleado a punto de ser despedido se le da acceso a orientación psicológica y a una ayuda para otros aspectos de su cambio de situación o de reestructuración de su vida. Existe un gran número de grandes empresas que se dedican a proveer precisamente este servicio para mitigar la "colocación al exterior" y ayudar al restablecimiento y reorientación.

En la PBIU de la pérdida de empleo, el terapeuta, como ya se mencionó, debe dirigirse a los problemas de autoestima, cambio de rol, etcétera; de acuerdo al rango de importancia en cada individuo.

Con respecto al problema del retiro: en la actualidad existe una población de más de 25 millones de personas con una edad superior a los 65 años. La *Social Security Act* de 1935 definió esa edad para el retiro debido a que muchas personas en general se sentían viejas en ese momento. Sin embargo, hoy en día no sólo se ha incrementado la expectativa de vida sino que, de manera más importante, un gran porcentaje de personas de más de 65 años se encuentran en perfecta salud física y mental, a diferencia de décadas anteriores, y en realidad no desean o necesitan desperdiciar su tiempo en una invalidez inducida.

El resultado neto de estos y otros factores consiste en que, con frecuencia, el retiro es una forma de trastorno grave y perturbación. De pronto, la persona pierde estatus, la estructura de su vida cotidiana y pierde, al menos, ciertos ingresos. Empresas que se han percatado de ello, en la actualidad ofrecen algunos programas de orientación con respecto al retiro, pero el hecho es que la abrumadora mayoría de las personas aún no le presta suficiente interés hasta que les sucede. Y, con frecuencia, cae sobre ellos con ferocidad catastrófica. Algunos reaccionarán con depresión, otros con padecimientos físicos o psicosomáticos. Algunos se mudarán a casas de retiro, como las del cinturón del sol*. Desafortunadamente, con frecuencia esto significa que pierdan también sus relaciones sociales acostumbradas y sufran sentimientos de desplazamiento.

* **Nota del traductor:** Se denomina cinturón del sol a una zona de Estados Unidos, que incluye la Florida, donde es frecuente que las personas retiradas vayan a vivir sus últimos años.

Por supuesto, los problemas del retiro son, con frecuencia, tanto sociológicos y económicos como psicológicos. Existe una fuerza laboral joven que desea reemplazar a la vieja y ninguna terapia individual manejará de manera efectiva el problema. Se requerirá de tomar acciones sociales para, en realidad, lograr una diferencia.

Mientras tanto, cada persona que se ve afectada por el retiro tiene que lidiar con él en términos de sus circunstancias individuales. De hecho, aquellos que planean, anticipan y hacen arreglos para su retiro, se encuentran mucho mejor preparados y estarán mejor durante éste, que aquellos individuos que simplemente se dirigen a él. En general, se debe ayudar al paciente a estructurar y manejar su nuevo horario. Variará el grado de estructura que cada persona necesita establecer y mantener; el terapeuta debería discutir estas necesidades con el paciente y ayudarlo a establecer el horario y actividades que mejor se ajusten a sus necesidades. A la mayoría de las personas se les condiciona, a través de los años, a igualar el trabajo con la recompensa monetaria. El terapeuta le puede ayudar al paciente retirado a cambiar el énfasis colocado en la recompensa monetaria; en el retiro, el trabajo se puede igualar más ampliamente con el placer. El terapeuta podría sugerir fuentes de actividad, tales como actuar como abuelos sustitutos y otras muchas actividades de voluntariado. Si el paciente lo desea, y se encuentra físicamente capaz de trabajar por un sueldo, se le debe alentar a ello. Sin embargo, el terapeuta debe estar alerta al sentimiento de pérdida de identidad del paciente retirado, como razón principal del paciente para buscar un empleo con remuneración económica, el terapeuta le debe ayudar a establecer un nuevo o diferente aspecto de su identidad, a través de actividades diversas y plancenteras.

Pérdida por muerte: duelo

La muerte de un ser amado es una catástrofe grave en una variedad de formas. Es una pérdida que interrumpe la continuidad de la propia vida, es decir, la base esencial del funcionamiento diario. La persona en duelo se tiene que adaptar a esta pérdida en la continuidad de su relación con el fallecido. Esto significa un recuerdo traumático de la propia vulnerabilidad y mortalidad. Además, con frecuencia rompe la red social, económica y emocional propia. En el caso de la muerte del cónyuge, de pronto cambia la relación del individuo con un gran número de personas con las cuales se relacionaban como pareja.

Todos estos y muchos otros aspectos del duelo implican, de hecho, "translaboración", es decir, una nueva adaptación, acostumbrarse a una situación nueva, encontrar otras maneras de relacionarse. Además, se tiene que llegar a un acuerdo con los propios sentimientos hacia el fallecido. Entre más ambivalentes sean éstos, mas difícil será la lucha dado que los sentimientos agresivos y negativos producen culpa. Es inevitable cierta ira por el abandono por parte de la persona fallecida y porque ésta dejó la carga de los miles de problemas que surgen con su muerte y también esto se tiene que manejar.

En el caso de la pérdida de un hijo, la identificación con él y con las esperanzas y expectativas propias y la pérdida de la tremenda investidura emocional, implican fuertes golpes.

El terapeuta no debe intervenir de manera activa en la elaboración del duelo en tanto el paciente lo esté desempeñando por sí mismo. Entra en la dinámica sólo después de que se ha acabado con parte de la fase aguda y el paciente parece

necesitar ayuda y, en ese caso, sólo a un paso cuidadosamente medurado. Cuando se indica la intervención terapéutica, las áreas que requieren exploración incluyen la reacción a la pérdida del objeto, el significado particular de la relación objetal con quién se ha ido, las reacciones del superyó y, como ya se mencionó, sentimientos de pérdida, desilusión, ira e impotencia.

En el caso de la pérdida de padres ancianos, es posible que haya tenido lugar un proceso al que se le llama "duelo preliminar", que puede disminuir la fase aguda de la reacción. A medida que se observa a las personas que envejecen perder su salud, su competencia, se retira lentamente la investidura emocional y se vive un duelo por la **pérdida parcial**, de las personas competentes y significativas que los padres han sido. Esto es importante que se tenga en mente, para no confundirlo con negación o falta de translaboración.

Si el duelo por un padre se realiza adecuadamente, de hecho una persona puede surgir con mayor individuación. En nuestra cultura, o al menos en nuestra cultura pasada, la pérdida de un padre con frecuencia le posibilita al hijo realizar la maduración final, asumir su propio sitio.

Si no se realiza bien la elaboración del duelo, resulta en una depresión y todos los factores que se discuten bajo el tema (véase página 45) se tiene que tomar en cuenta en este caso.

Respuestas específicas al asalto y robo

Bajo circunstancias similares robaron cinco casas en mi vecindario. Un vecino que, en general, tiene una buena adaptación a la vida, no se sintió amenazado personalmente y manejó de manera apropiada el incidente. Otro vecino hablaba de ello con frecuencia. elaboró una notable fantasía acerca de colocarle una trampa al siguiente intruso. El ladrón caería por una trampa y se clavaría en unos picos. Este vecino es un hombre de negocios asertivo, agresivo y extremadamente efectivo. Este robo, esta violación, la sintió como una amenaza real a su masculinidad. Acostumbrado a protegerse de la pasividad con agresión, elaboró fantasías en las que penetraba a su oponente.

La personalidad individual determinará el grado de impacto y la naturaleza de la respuesta a los eventos traumáticos. Entre mayor sea el temor a la pasividad, más grande será el efecto del asalto, robo y otros delitos violentos del mismo tipo. Es importante notar que algunas personas tienen una patológica falta de conflicto con la pasividad. Un paciente disfrutaba diversos actos de "valor" y había gustado de experiencias de guerra que desafiaban a la muerte. Con frecuencia apagaba el motor mientras volaba en su avión y lo utilizaba como planeador. El mismo paciente no tenía miedo, de manera notable y genuina, de un "gangster" con quién estaba involucrado. Pasivo en muchos aspectos, era bisexual y su falta de "protesta masculina", o espíritu de macho, puede haber sido el responsable del hecho de que la pasividad no le representara casi ninguna amenaza.

Los problemas de autoestima aparecen con mayor frecuencia en hombres involucrados en tales delitos violentos, que en la mujeres. Culturalmente, aún se espera que los hombres sean fuertes, que peleen y se defiendan a sí mismos. Si un hombre fracasa en hacerlo cuando se le ataca, como es posible y con frecuencia, sucede; está propenso a sufrir cierta depreciación en su autoimagen. Muchas veces ser vulnerable es menos amenazante para una mujer en términos de problemas de autoestima.

Finalmente, los "espectadores" de la violencia, con frecuencia se ven afectados de manera emocional y sus problemas se tienen que considerar igualmente graves. La compañera de cuarto de una paciente había sido asesinada en el departamento que compartían: de hecho, la paciente encontró a la chica muerta. La experiencia fue muy desorganizante para ella y el trastorno se difundió a toda su familia todo lo que el terapeuta puede hacer en estos casos trágicos es ayudar al paciente a transelarorar la experiencia en términos de la psicodinamia personal, historia y situación general del mismo.

Como en el caso de ataques sexuales, con frecuencia implica un procedimiento delicado explorar las invitaciones posibles consistentes o inconscientes, a que se cometa un delito en contra de la persona y la propiedad. El terapeuta debe trabajar con el juicio defectuoso y otros factores que involucren motivación inconsciente que contribuyó al delito. En otros casos, el significado específico de cualquier violencia para una persona dada, se tiene que analizar bajo la luz de su historia personal.

Respuestas específicas a la violación

En la actualidad, la violación se considera como un delito criminal, no sólo como un acto de naturaleza sexual. El movimiento de liberación femenina ha sido responsable de esta comprensión más amplia de la violación. Se ha vuelto claro que, en general, la provocación por parte de la mujer no representa un papel, la mayoría de los violadores atacan a la primera mujer que se atraviesa en su camino, en apariencia, independientemente de la edad o el aspecto. Por otra parte, el espíritu prevaleciente de la liberación femenina hace muy difícil discutir el hecho de que, en algunas situaciones sociales donde no simplemente se asalta en un parque oscuro a la víctima de la violación, factores de seducción inconsciente o el juicio deficiente por parte de la mujer, en posible combinación con impulsos inconscientes, puede todavía representar un papel.

Cuando parece ser que la mujer puede haber sido seductora, es muy importante explorar la psicodinamia específica. Como en la mayoría de los más importantes eventos actuales, el impacto de la experiencia se tiene que ver en relación con la personalidad total e historia personal del paciente y se deben establecer y transelarorar los denominadores comunes. Se debe prestar especial atención a los rasgos masoquistas de carácter y a los sentimientos inadecuados de culpa relacionados con un posible goce masoquista de la violencia. En especial, se deben explorar las fantasías de violación que existieran previamente.

En general, la violación inducirá sentimientos de ultraje, impotencia y angustia, en relación directa con la historia individual. Situaciones tempranas de la niñez: seducción, juego sexual forzado, escenas primarias, se despertarán de nuevo con notable intensidad.

The Rape Victim, de Elaine Hilberman⁶¹, explora el contexto sociocultural de la violación y delinea los avances realizados en la ayuda de la víctima de violación. Las reacciones a la violación se agrupan en cuatro fases:

- 1) Una fase anticipatoria o de "amenaza" describe el fino equilibrio entre la necesidad de proteger la propia ilusión de invulnerabilidad y la conciencia de la realidad amenazante, con cierto intento por proteger y prepararse para el peligro.

- 2) La *fase de impacto* involucra una mayor vigilancia como mecanismo de defensa que se sigue de una disminución del estado de alerta, aturdimiento, embotamiento, perturbaciones afectivas y de memoria, y una desorganización general. En las víctimas de violación que se estudiaron, el 25 por ciento aparecía sin perturbación. El 25 por ciento presentaron ansiedad paralizante, histeria y confusión. La mayoría restante simplemente estaba aturdida y azorada.
- 3) En la *fase de retroceso* existe un regreso a la expresión y conciencia emocional. Es la fase en la que el terapeuta puede ser particularmente útil para ayudar al paciente a reconstituirse. Dependiendo de cómo percibe el paciente los eventos, conductas y sentimientos; existirá una notable disminución en la autoestima y autoconfianza, con secuelas psicodinámicas concomitantes, o un incremento adaptativo en estos factores.
- 4) En la *fase postraumática*, el paciente se ha reconstituido al máximo y puede recordar el evento y reparar cualquier daño temporal que se haya hecho.

Secuelas no resueltas, no translaboradas, de la violación, pueden presentarse en forma de síntomas como claustrofobia, aislamiento social, ataques de ansiedad, pesadillas y explosiones de ira que se enfocan vagamente en asuntos relativos a impotencia y ultraje.

Apoyar al paciente en la decisión de informar a su familia, al marido, al amante, amigos o hijos, y en evaluar las implicaciones de no hacerlo, representa una tarea importante para el terapeuta. Por ejemplo, una mujer cuyo marido "macho" era muy posible que la culpaba de la violación y la viera devaluada, se sentía incapaz de hablarle acerca de este acto violento. Entonces presentó un *acting out* violento en su trabajo, donde había ocurrido el evento. Se encontraba dolorosamente conflictuada en una situación difícil, desde un punto de vista realista. Se tiene que tomar en cuenta y dar apoyo a las preocupaciones acerca de difusión en los periódicos, de los chismes en la comunidad, ostracismo social y profesional. Un posible embarazo, enfermedades venéreas, la cuestión de la persecución legal del violador y el peligro de venganza por denunciar el acto, son temores que rutinariamente aparecen y se deben explorar y resolver.

Respuestas específicas a los accidentes

Con frecuencia, los accidentes son formas de *acting out*. Se cree, por ejemplo, que muchos accidentes automovilísticos son suicidios o intentos de lo mismo. El terapeuta debe explorar por completo todos los detalles que rodearon al "accidente", inclusive, en especial, el contenido del pensamiento y las preocupaciones del paciente antes, durante y después del suceso. Las fantasías y sueños también serán útiles al hacer la evaluación.

Se tiene que interpretar fielmente la negación, para poder evitar fenómenos parecidos a la neurosis traumática y los efectos posteriores prolongados. Como en el duelo patológico o la ausencia de duelo, el terapeuta debe ayudar al paciente a realizar la translaboración. Como ya se mencionó, Lindemann⁷⁴ encontró en su clásico estudio del incendio del *Boston Coconut Grove*, que los supervivientes y los familiares

de las víctimas muestran una alta incidencia de trastornos psicossomáticos y de trastornos estrictamente psicológicos y psiquiátricos, si no se logra la translaboración y elaboración del duelo de la experiencia. Las víctimas de delitos y experiencias violentas sufren de manera similar y es crucial una translaboración adecuada y amplia. A veces, un accidente precipitará el resurgimiento de ansiedades infantiles, que resultan en temores de impotencia y pasividad, miedos de castración o temores a un control deficiente de los impulsos. Como es costumbre, la tarea principal del terapeuta consistirá en encontrar los denominadores comunes entre el evento precipitante y las situaciones históricas en la vida del paciente, para poder ayudarlo a comprender y manejar su trauma.

Respuestas específicas a la amenaza de catástrofe ecológica

Uno de los distintivos de nuestra década es la amenaza de catástrofes ecológicas que penden sobre nosotros y que conllevan la amenaza de muerte inmediata o agonía de larga duración. El temor a los accidentes nucleares en las plantas como *Tree-Mile Island* o *Chernobyl*, es una fuente constante de ansiedad. La posibilidad de accidentes nucleares o, aun, de guerra atómica, se ha denominado la epidemia final.

El temor a un holocausto nuclear afecta a una generación completa. Frases como "Que tengas un buen día", "cuidate" o "Vive un día a la vez", son reflejos lingüísticos de tal preocupación.

A veces se han desatado verdaderas angustias, como en los casos de fallas de los controles en los reactores nucleares. Algunas personas han tenido que vivir con otras amenazas en sus vidas, tales como la muy extendida contaminación por dioxina. Pueblos completos han hecho evidente la angustia y se han evacuado para evitar el daño físico. En 1983, en una escuela en Yonkers, Nueva York, se descubrió que trozos de asbesto se desprendían de los techos. El asbesto, en el pasado, se consideraba una valiosa protección contra un incendio, pero en años recientes se ha demostrado que causa enfermedad pulmonar y, a la larga, posiblemente cáncer del pulmón. Padres y alumnos estaban frenéticos y se sostuvieron juntas turbulentas. Estos ejemplos se pueden multiplicar en muchas formas.

Por tanto, es extremadamente probable que un cada vez mayor número de pacientes lleguen a las clínicas y consultorios privados con reacciones de angustia de uno u otro tipo, como respuesta directa a las amenazas ecológicas. Como en todas las situaciones catastróficas, es muy posible que las fantasías de temor superen la estricta realidad. Sería importante no sólo ayudar a tranquilizar al paciente de manera realista, sino también reducir las fantasías irracionales que complican su capacidad para enfrentar la realidad.



Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU) de las fobias e histerias de ansiedad

15

CONSIDERACIONES TEÓRICAS

Las histerias de ansiedad y las fobias se relacionan de manera dinámica y fenomenológica⁵⁴. También, con frecuencia, se interrelacionan y coexisten en la misma persona. Por ejemplo, los síntomas hipocondriacos, como forma de histeria de ansiedad, muchas veces conducen a una evitación fóbica de las condiciones que se ven como las posibles causantes de la enfermedad temida. Por tanto, aquí se discutirán estos dos estados de manera intercambiable.

Con frecuencia, las fobias constituyen problemas de larga duración, pero *a veces se aproximan a condiciones de urgencia*: por ejemplo, el ejecutivo de negocios al que programan para volar a una conferencia en Europa y desarrolla un temor agudo a volar; el aprieto en el que está un vendedor en Manhattan que, de pronto, siente angustia ante la posibilidad de subirse a un elevador; el temor repentino de entrar al tren subterráneo que le hace imposible conservar su trabajo a una secretaria neoyorkina.

En una ocasión traté a un académico que desarrolló una angustia repentina ante la perspectiva de presentar una conferencia frente a un grupo de compañeros y a un estudiante universitario que estaba al borde de un desastre académico debido a su ansiedad aguda ante los exámenes. Otra paciente, ama de casa, se encontraba virtualmente incapacitada debido a una agorafobia que interfería con sus compras; y un hombre de negocios era incapaz de conducir de su casa a su negocio, que se encontraba a 29 kilómetros de distancia, debido a su fobia a conducir un automóvil.

Algunas proposiciones generales se aplican a todas las fobias: el temor tiene que involucrar un impulso temido. Puede ser un impulso agresivo, como en caso del miedo a conducir: todos esos caballos de fuerza pueden salirse de control y matar a alguien. O puede haber una cierta cantidad de miedos sexuales involucrados: el temor a conducir puede implicar la fantasía de sentirse mareado y tener que hacerse a un lado

del camino. Un hombre temía que, cuando esto ocurriera, un patrullero federal tendría que venir en su ayuda a ponerlo en una ambulancia, una expresión de los temores a la pasividad y también a la homosexualidad latente. De manera parecida, una mujer puede temer que una vez que se encuentre en la orilla del camino, estará indefensa y a merced de cualquier agresor, aun alguien que pudiera atacarla sexualmente.

El ama de casa agorafóbica era capaz de caminar por la calle mientras utilizaba tacones bajos y ropa andrajosa, pero no cuando utilizaba tacones altos y estaba bien vestida: en esta última situación, su temor era que pudiera tambalearse sobre sus pies, caer y exhibirse.

El vendedor que temía subir a un elevador experimentaba una especie de claustrofobia que se relacionaba con su temor a que se le arrollara y asfixiara, obviamente sufría de las secuelas de lo que Phillip Wiley denominó "maternidad asfixiante". Otros pueden tener diferentes componentes en sus ansiedades con respecto al elevador o al tren subterráneo y el miedo a volar difícilmente encaja en una fórmula determinada.

DIEZ FACTORES ESPECÍFICOS EN EL MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS FOBIAS

1. Dinámicas específicas de las diferentes fobias
2. Fobias específicas como parte del contexto familiar y cultural
3. Sobredeterminación individual de la patogénesis de las fobias
4. Pedir al paciente que enfrente la situación fóbica y que informe al terapeuta
5. Translaborar con los *insights* que se obtengan en la situación fóbica real
6. Uso de fármacos para alivio sintomático de algunas fobias
7. Símbolo y defensas contrafóbicas
8. Fobias migratorias
9. Panfobias
10. Delirios somáticos

Dinámicas específicas de las diferentes fobias

Entre las fobias específicas, la *agorafobia* posiblemente es la que se encuentra con más frecuencia. Puede adquirir la forma de no poder atravesar las calles, no ser capaz de viajar a ninguna distancia del hogar, no poder salir de la casa en ningún momento sin la compañía de una persona que funcione como símbolo contrafóbico. En los agorafóbicos,

con frecuencia se obtendrá una historia previa de *fobias a la escuela*, que sirve para destacar el hecho de que la separación/individuación y el temor a la pérdida del objeto amoroso, por lo general la madre, representan un notable papel en la constelación de personalidad.

De manera común, se considera que el temor a los impulsos regresivos dificulta dejar a la madre por miedo a que se convierta en la víctima de los propios deseos de muerte, mientras uno no la está viendo. Así, al recabar la historia, es especialmente importante explorar la ambivalencia hacia la figura materna.

Es fascinante que con mucha frecuencia sólo el *alejarse* del hogar, despierta la ansiedad de los pacientes agorafóbicos. En el momento en que van de regreso, se encuentran perfectamente cómodos.

Especialmente en el caso de pacientes mujeres, muchas veces los problemas de *exhibicionismo* representan un papel notable en la agorafobia. Como se indica, con frecuencia un temor primario consiste en pensar que la persona se desmayará en la calle; si se explora un poco más, lo que generalmente se despierta es que teme que su falda se levantará o que un hombre la recogerá de la calle y abusará sexualmente de ella.

Con respecto al temor a la separación, los agorafóbicos, en general pueden manejar la situación cuando una figura contrafóbica los acompaña. En el caso de una anciana que podía salir a la calle e ir al supermercado si empujaba una carreta vacía. Aparentemente, la sola idea de sostenerse en algo (en ese caso, algo que representaba a un niño) le posibilitaba trasladarse.

La pasividad y el temor/deseo de la pasividad representan un papel tanto en hombres como en mujeres. Puede involucrar un número de variaciones al tema de estar indefenso, a lo cual temen tanto como ansían la dependencia.

El *temor a conducir* por lo general involucra todos los componentes de una agorafobia pero además implica, de manera dominante, un temor a la agresión: toda la potencia bajo el control de la persona produce fantasías de atropellar a alguien. El fenómeno sobresaliente puede, en general, ser más un temor a la pérdida de control bajo estas circunstancias.

La *claustrofobia* ocurre con frecuencia y a veces se asocia con agorafobia. En pocas palabras, la idea de Phillip Wiley acerca de la "maternidad asfixiante", transmite la etiología más frecuente de la claustrofobia: un sentimiento de estar demasiado controlado, extremadamente apretado, ser incapaz de respirar; con más frecuencia se relaciona de manera directa con haberse sentido así en los primeros años de vida, en especial con la figura materna.

Las *fobias al elevador* y los *temores a volar*, muchas veces contienen elementos de claustrofobia, es decir, sentirse atrapado e incapaz de salirse; una dinámica similar se vincula con la ansiedad al tren subterráneo. En cuanto a factores específicos, el temor a volar involucra el temor general a estar indefenso, la posibilidad de estrellarse, es decir, caer y por ello ser completamente pasivo. Para algunos, el sentimiento de elevarse por los aires tiene un significado sexual del tipo de la erección y esto causará ansiedad. En las *fobias al elevador*, la mera cercanía de la gente puede producir temores sexuales, además de las ansiedades claustrofóbicas. La estimulación asociada con el sentimiento de elevarse, inconscientemente puede producir temores sexuales, en especial en los adolescentes. De hecho, el temor a subirse a un tren, en la medida en la que aún lo hacen las personas, con mucha frecuencia también se relaciona con estimulación sexual inducida por el movimiento rítmico del tren. Esto también puede ser cierto en cuanto al temor al tren subterráneo, aunque en general, es de los factores claustrofóbicos de los que el paciente se queja más fácilmente.

Fobias específicas como parte del contexto familiar y cultural

Además de la dinámica individual, muchas fobias se adquieren por "contagio". Pueden ser endémicas en las familias y las **fobias específicas** tal vez tendrían que *comprenderse como una parte del contexto familiar*. También puede ser necesario tomar en consideración ciertas condiciones culturales. Por ejemplo, entre ciertos grupos étnicos existe un patrón básico de permanecer cerca del hogar y de la familia nuclear, y a veces es difícil delimitar una línea entre lo que culturalmente es normal para ellos y qué debería considerarse como una fobia patológica, excepto cuando el paciente se queja acerca de un temor a ser egodistónico.

En algunos casos, la conducta fóbica se puede adquirir por identificación con una figura paternal: un hijo puede duplicar el temor de la madre a morir o a la enfermedad, o a dejar el hogar durante largos periodos.

Sobredeterminación individual de la patogénesis de las fobias

A pesar de que existen algunas proposiciones generales que se aplican a la mayoría de las fobias y algunas que son verdaderas para fobias específicas, por supuesto existen *aspectos individuales a cada reacción fóbica*, que son ciertos para cada paciente individual y no para otros.

El estudiar el *brote* de una fobia (o histeria de ansiedad), generalmente revelará de manera muy clara los rasgos individuales. Entre más específicamente se establezca el *brote*, mayor será el *insight* que se obtenga del significado específico. El ejecutivo que, de pronto, desarrolló un temor a volar a Europa, había viajado con frecuencia antes. Pero este viaje involucraba ir a París y él consideraba que ésta era una ciudad de vicio peligrosamente tentadora. Por tanto, su miedo sólo estaba relacionado de manera tangencial con el volar en sí.

Un mecánico automotriz desarrolló el temor a morir de un ataque cardíaco una mañana de sábado a las 10:30 a.m. (algunos podrán considerar su estado como histeria de ansiedad más que como una fobia) y corrió a la clínica de urgencias médicas donde se le examinó y se le encontró en perfecta salud. Requirió de mucho trabajo establecer las circunstancias de su reacción. En el relato mencionó que, justo antes de sus palpitaciones, un carro tanque entregó gasolina en la estación donde trabajaba. Al principio se indagó si su ansiedad estaba, por casualidad, relacionada con el temor a una explosión. Esta hipótesis no se sustentaba. Después resultó que su jefe estaba de vacaciones y al paciente lo habían dejado a cargo de la estación; se investigó si temía algunas recriminaciones cuando su jefe regresara o si, por causalidad, tenía fantasías de reemplazarlo, que lo hicieran sentir culpable y ansioso. Tales hipótesis tampoco encontraron apoyo.

Al ahondar más, finalmente comencé a comprender la dinámica relevante. Salió a relucir que un amigo suyo había llegado y había comenzado a molestarlo. Hacía poco, el paciente había donado sangre para la tía enferma de ese hombre y lo mismo habían hecho otras cuantas personas. Pero, aparentemente, el hospital había rechazado por una razón u otra a este amigo en particular. De pronto, el paciente sintió que se estaba tomando una enorme ventaja de él y este sentimiento se sumó con una reciente situación en la cual sintió que su exesposa, a la cual sostenía económicamente, se aprovechaba de él. En esta ocasión, se revivieron poderosos deseos de ser protegido que provenían de una infancia en la que había padecido privación y sobreindulgencia

por parte de su madre. Entonces, en este caso, la histeria de ansiedad se relacionaba con el deseo de pasividad lo mismo que con un profundo enojo oral. Esta rabia probablemente precipitó las palpitaciones, que él interpretó como una enfermedad del corazón. Como resultado, el paciente también sufrió de una agorafobia, relacionada de manera dinámica, que lo mantenía dependiente.

Una paciente tenía un agudo temor a volar, que había desarrollado justo antes de irse a unas largas vacaciones por Europa. Después de un examen más detallado de la situación al parecer no consistía en un temor a la pasividad ni a una variedad de claustrofobia, sino a una constelación bastante única que la perturbaba. No tenía temor a volar sobre ciertas partes del país en su camino a Europa; la parte del viaje que la horrorizaba era trasladarse de Barcelona a Madrid y luego al Norte de África. Lo que temía en realidad era que si el avión se estrellaba sobre la alta meseta montañosa de España, tendría que enfrentar una dolorosa muerte por inanición o falta de agua. Este miedo absurdo surgió sólo después de una concienzuda investigación. Obviamente tenía la suficiente inteligencia como para darse cuenta de que si, en realidad, el avión se estrellaba, ella moriría en el impacto y, de hecho, nunca tendría que enfrentar sus miedos particulares.

Otro paciente con temor a volar, de manera típica sólo temía a volar sobre el océano. De la misma manera irracional que la paciente anterior, le horrorizaba la idea de que los tiburones lo devoraran, vivo o muerto, y esto era lo que, realmente, lo disuadía de volar.

Aunque los anteriores son ejemplos extremos de la especificidad de los temores irracionales y, con frecuencia, inconscientes; se espera que señalen la necesidad de ir más allá de la exploración de la fórmula general en la reacción fóbica.

Pedir al paciente que enfrente la situación fóbica y que informe al terapeuta

Algunas consideraciones generales: en todos los casos, después de una exploración inicial de la dinámica del problema, *se tiene que pedir al paciente que enfrente la situación fóbica y después relate la incomodidad, lo que provee más material para la comprensión.*

Es muy fácil en toda psicoterapia hacer que el paciente comprenda intelectualmente el problema. También es esencial que el paciente se atreva a acercarse a la situación productora de ansiedad mientras está en tratamiento. Técnicamente, no es fácil saber cuándo es mejor pedirle al paciente que enfrente la situación temida, sea el tren subterráneo o el elevador, lo que es más fácil que un vuelo internacional. Se sugieren las siguientes normas: cuando se hayan revisado de manera superficial los elementos básicos, se debería hacer que el paciente se exponga al mínimo posible: por ejemplo, viajar la distancia de una estación en el tren subterráneo; subir por el elevador uno o dos pisos. Entonces deberá informar cómo se sintió, cualquier emoción asociada con la experiencia, proveerá nuevo material para la translaboración.

Además de la translaboración conceptual, esta situación tiene elementos de sensibilización en términos de teoría del condicionamiento. Poco a poco se debe alentar al paciente y se puede esperar que tema una mayor ansiedad, al mismo tiempo que se puede obtener material que la disminuirá en mayor grado. Esta es una de las muchas áreas donde coinciden el enfoque psicoanalítico y conductual.

Traselaboración con los insight que se obtengan en la situación fóbica real

Es extremadamente importante, y se vincula con la idea del recondicionamiento, la traselaboración de los *insights* logrados en la situación fóbica real. Antes, se discutió la traselaboración como una parte general del proceso terapéutico (véase página 34); la aplicación del *insight* a una variedad de situaciones que incluyen la vida cotidiana, lo mismo que la situación transferencial.

Lo que se dijo allí en general es cierto específicamente para los estados fóbicos. Cada *insight* que se adquiere de manera cognoscitiva, se tiene que aplicar a la situación fóbica. Debe existir un firme intercambio entre el proceso de aprendizaje por *insight* y el proceso de aprendizaje por condicionamiento, para poder obtener resultados terapéuticos óptimos.

Uso de fármacos para el alivio sintomático de algunas fobias

Se ha encontrado que los fármacos, en especial los energizadores y antidepresivos, son útiles para el alivio sintomático de algunas fobias. Éstos pueden ser extremadamente útiles en los casos en los que las fobias interfieren con el funcionamiento cotidiano importante inclusive el desempeñar un trabajo. Es poco probable que los fármacos logren más que proporcionar el alivio de los síntomas, hasta que la psicoterapia tenga efecto. Sin embargo, no deseo subestimar la utilidad de estos medicamentos, en especial cuando es posible que las fobias produzcan un trastorno importante en la vida de una persona. También existen algunos pacientes fóbicos que son casi refractarios a la psicoterapia breve o de larga duración, y en estos casos, a veces el único remedio posible es utilizar fármacos de manera prolongada.

El fármaco que se ha encontrado más útil para las fobias y obsesiones es la clorimipramina (Anafranil), que se utiliza en casi todo el mundo y también en los Estados Unidos.

Cuando, por alguna razón, los fármacos tricíclicos no son eficaces o se contraindicar por alguna otra causa, los ansiolíticos pueden ser útiles en el manejo temporal a lo largo plazo de las fobias.

Los pacientes con agorafobia que no tienen alguien disponible que los acompañe a consulta, pueden, con la ayuda de los fármacos, al menos ser capaces de ir a psicoterapia. Los medicamentos, en este caso fungen como condiciones facilitadoras de la psicoterapia.

Símbolos y defensas contrafóbicas

Un paciente fóbico puede, al principio, requerir que una persona que funciona con protección contrafóbica lo acompañe al consultorio, hasta que los fármacos o interpretación lo hagan innecesario. Es parte de una superstición muy extendida el que una moneda, medalla, pata de conejo o algún otro objeto, puede proteger en contra de todo tipo de cosas, desde accidentes hasta mal de ojo. El símbolo contrafóbico tiene la misma capacidad, sea éste una persona o un objeto.

El despachador de la estación de gasolina, que se mencionó anteriormente, lleva consigo un pequeño libro de naturaleza inspiradora. Cuando se sentía ansioso, buscaba un párrafo particularmente inspirador, lleno de moral u otras exhortaciones. Cuando el libro muy cerca de él, era capaz de conducir y atender a otras actividades diarias.

Fobias "migratorias"

Algunos pacientes fóbicos padecen, al principio, de ataques de ansiedad libre-flotante y, en general después de cierto tiempo, esta ansiedad se "liga" en forma de histeria de ansiedad, a veces, de una fobia. En otras ocasiones, la ansiedad tomará la forma de una depresión. El hecho es que se debe recordar que todos los síntomas son *intentos por manejar la situación*: a veces un síntoma y a veces otro, sirven para manejar la ansiedad básica. En las personas más perturbadas, un sistema paranoide es el mecanismo para manejar situaciones al que han llegado con el tiempo para enfrentar su ansiedad.

Lo mismo es cierto para las fobias. En cierto grado, entre más limitada esté la fobia, se entromete relativamente menos en el estilo de vida de la persona. Entre más generalizada sea la fobia, más limitante será. Algunas personas no se las arreglan para llegar a una óptima configuración de fuerzas de temores y las defensas en contra de éstos y, por tanto, tienen histerias de ansiedad o fobias que cambian de manera frecuente, en la forma de fobias migratorias.

Notables entre éstas son las preocupaciones hipocondríacas. Algunos pacientes son particularmente frustrantes para sus médicos debido a que llegan un día con terribles preocupaciones acerca de un tumor cerebral y dos días después, llegan trastornados acerca de un supuesto ataque cardíaco inminente. En el momento en que se les tranquiliza acerca de estas ansiedades, pueden desarrollar una preocupación por el cáncer rectal o la leucemia. Tiendo a llamar a estos temores, "fobias migratorias". Después de haber analizado largamente a muchos pacientes, he encontrado que estos temores en general se pueden reducir a un subyacente temor a la castración, que inconscientemente se vincula con una parte del cuerpo, tras otra. El hecho es que se tiene que lidiar con la ansiedad básica, que entonces interfiere de manera automática con el patrón constantemente cambiante de preocupaciones desconcertantes acerca de una enfermedad física.

En este contexto, la "ansiedad de castración" no se debe tomar en un sentido demasiado literal. Lo que realmente se relaciona es, en general, alguna ansiedad vaga durante la infancia acerca de ser dañado. No se necesita referir a una pérdida específica del pene, o como se relacionaría de modo más adecuado, a una pérdida de los testículos. También, en las mujeres, puede sólo tener la implicación de recibir algún tipo de daño. Éste, con frecuencia, es el resultado de haber escuchado por casualidad las relaciones sexuales de los padres, la escena primaria, y de algún modo, desarrollar cierta ansiedad vaga de que algo espantoso y doloroso pudiera ocurrir.

Panfobias

Las panfobias pueden parecerse a las fobias migratorias, excepto por el hecho de que el paciente, al mismo tiempo, teme a muchas cosas diferentes. Puede existir el temor a la enfermedad por tocar objetos supuestamente contaminados junto con un temor por ladrillos que caen. Una claustrofobia puede existir junto con una agorafobia, etcétera. El caso prototípico del multimillonario Howard Hughes sirve como ejemplo concreto y popularmente conocido. Se cree que, en un momento dado, insistió en utilizar guantes de algodón, comía la más sencilla de las comidas y se rodeó de miles de protecciones en contra de la enfermedad, los gérmenes u otro tipo de contaminación. En este caso, las obsesiones y fobias fácilmente van de la mano. Se ha sugerido que

tales estados ameritan considerarse como "esquizofrenia", o lo que en alguna ocasión se describió como "esquizofrenia pseudoneurótica". En la actualidad, se dice que estos pacientes padecen de un estado limítrofe. Excepto por algún efecto sobre aspectos aislados del trastorno, la terapia breve y, en tal caso, la terapia de larga duración, tienen muy poca posibilidad de lograr una diferencia y sólo entonces a través del manejo de una dinámica compleja y muy primitiva.

Delirios somáticos

Los delirios somáticos, como las panfobias, también pertenecen a los estados más desconcertantes, extraños y terapéuticamente frustrantes. Es importante no confundirlos con una mera fobia o histeria de ansiedad. Esto sucede con demasiada frecuencia, para desgracia tanto del paciente como del terapeuta.

Una paciente que sufría mucho, se quejaba de un estreñimiento problemático y junto con éste, de calambres abdominales. Tomaba una extraordinaria cantidad de laxantes, pero siempre sentía que no había evacuado lo suficiente. Fue de médico en médico, aparte de numerosas consultas psiquiátricas. El pensamiento de no haber evacuado lo suficiente, la obsesionaba todo el día. Veía a las personas en la televisión y pensaba que eran afortunadas; obviamente lucían felices debido a que justo habían tenido una evacuación satisfactoria. Si conocía personas en la calle, se preocupaba con el mismo pensamiento. La anamnesis y exploración concienzuda aclaró que, al menos de manera inconsciente (y no *tanto*) creía que tenía cierto crecimiento u organismo que habitaba en sus intestinos y que era de eso de lo que se trataba de deshacer. En términos analíticos, este era un símbolo de una fantasía primitiva de preñez, pero de un feto que tenía un carácter devorador agresivo, que ella traducía a veces en una preocupación acerca de un tumor maligno. El tratamiento prolongado no tuvo mucho éxito. Después de que la habían rechazado al menos una docena de cirujanos, finalmente encontró a uno que la operó y le extirpó una gran cantidad de intestino. Unas semanas después de la cirugía, fue él quien me llamó en plena desesperación. La paciente había regresado a su preocupación por sus intestinos y sus evacuaciones.

Otro paciente se torturaba con el temor de sufrir rabia. Constantemente se lavaba las manos e iba de un médico a otro para que lo tranquilizaran de que, de hecho, no la tenía.

Un hombre se encontraba trastornado por la sensación de que su lengua era demasiado grande para su boca y se sentía incomodo con ésta, ya fuera abierta o cerrada.

Otro paciente tenía la preocupación de que sus zapatos estaban demasiado apretados o demasiado flojos. Con el tiempo fue incapaz de desempeñar ningún trabajo. Tan pronto como se ataba las agujetas, sentía inmediatamente que estaban demasiado apretadas, al soltarlas lo preocupaba el sentimiento de que estaban demasiado flojas. Las posibilidades eran, en este caso, que los pies tuvieran un significado fálico, como lo había tenido la lengua del otro paciente, y que estos pacientes estuvieran preocupados con inquietudes de naturaleza superficialmente fálica pero también pregenital.

Como podría suponerse, la psicoterapia no tuvo mucho éxito con ellos, de los que a veces se dice que padecen de un deliro monosintomático. En apariencia, todos estos

pacientes no tienen ninguna otra alucinación o delirio y, aparte del delirio somático particular, su prueba de realidad se encuentra intacta.

Mencionó este estado dentro de este contexto sólo para clarificar que por desgracia, en mi experiencia, la psicoterapia de larga o corta duración, no tiene casi nada que ofrecer a estos pacientes. Sin embargo, existe un informe acerca de un fármaco denominado Pimozida que puede ser efectivo en el tratamiento de estos estados, que, de otra manera, son refractarios. Esto lo sugiere el doctor Alistair Munro,¹⁰⁶ quien lo denomina "Psicosis hipocondriaca monosintomática" (PHM). Mis observaciones coinciden con las suyas en tanto que también habla de *un solo* delirio hipocondriaco. Sugiere una sola dosis matutina de Pimozida, de 2 a 12 miligramos.

Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU) de la angustia

16

CONSIDERACIONES TEÓRICAS

La angustia puede presentarse de varias maneras distintas en los pacientes. Los tres tipos principales son: endógena, exógena y mixta.

Angustia endógena

Este estado se caracteriza por una sensación de temor, que en general implica manifestaciones somáticas tales como: dificultades al respirar, palpitaciones, ruboración. Existe el temor de que algo espantoso sucede, como una muerte inminente, un desastre o "estarse volviendo loco". Es del tipo de la ansiedad libre-flotante, sólo que más grave. En todos los casos, la causa de la angustia o ansiedad es *desconocida* para el paciente. Este estado sucede con frecuencia en la psicosis incipiente; pero también puede ocurrir, con una intensidad extrema, en individuos no psicóticos.

Angustia exógena

Este estado se precipita a causa de un suceso externo, tal como una violación, robo, accidente, etcétera.

Angustia mixta

Este es un término que se utiliza para referirse a las angustias inducidas específicamente por drogas ilegales. En ocasiones también puede ocurrir con el uso de fármacos por prescripción. Es "mixta" porque se sabe, por un lado, que la droga la causó; por otro, que ésta proporcionó la posibilidad para el surgimiento de fantasías que son únicas de la personalidad del paciente. Por ello, estas fantasías o sentimientos son tanto endógenos como exógenos y son los que, a su vez, atemorizan al paciente. En consecuencia, se

tienen que manejar tanto las condiciones tóxicas como psicodinámicas. Por supuesto, también podría tratarse de los trastornos perceptivos posalucinógenos, donde no se ha ingerido ninguna droga de manera reciente, pero algunas condiciones externas precipitan el efecto excitador de la angustia que anteriormente causaba la ingestión de éstas.

Son bien conocidos los efectos potencialmente perturbadores de la marihuana, LSD, acelerador, polvo de angel y cocaína. Aun algunos fármacos que no requieren prescripción médica pueden producir palpitaciones, que algunas personas interpretan como ansiedad. De hecho, aunque de una manera bastante paradójica, algunas personas reaccionarán con ansiedad a cualquier tipo de tranquilizante. En esencia, esto sucede porque sienten aislamiento y pérdida de control.

DIEZ FACTORES ESPECÍFICOS EN EL MANEJO TERAPÉUTICO DE LA ANGUSTIA

1. Establecer la causa inconsciente de la angustia endógena
2. Continuidad entre angustia inmediata, factores precipitantes e historia personal
3. Explicación intelectual como arte del establecimiento de la continuidad
4. Angustia exógena: significado inconsciente del suceso externo
5. Relacionar la angustia exógena con factores endógenos para hacerla egodistónica
6. Angustia endógena como parte de una psicosis incipiente
7. Estar a la completa disposición del paciente
8. Proveer una estructura
9. Interpretar la negación
10. Utilizar catarsis o catarsis mediata

Establecer la causa inconsciente de la angustia endógena

Existe un número de patrones dinámicos que son la causa principal de la angustia endógena.

1. *Temor a perder el control de los impulsos*, ya sea de naturaleza agresiva o sexual.
2. *Reacciones de aniversario*, en la mayoría de los casos se manifiestan como depresión, pero a veces lo hacen como angustias o estados psicóticos. Existe

excelente evidencia estadística de que un número significativo de personas ingresan en hospitales psiquiátricos en una fecha de aniversario.

3. *Ansiedad de separación*, en especial en los individuos que necesitan de relaciones simbióticas.
4. *Drogas y fármacos*, como la marihuana, LSD, anfetaminas, pueden inducir a estados mentales alterados, trastornos preceptivos posalucinógenos y consecuentes estados de angustia. En ocasiones, un fármaco como la fenotiacina, producirá angustia como reacción paradójica. La sensación de pérdida del control que se debe al efecto de la droga, también puede ocurrir, en ocasiones, con los barbituratos de acción rápida.
5. *Reacciones de un superyó severo*, en respuesta a crecientes sentimientos y conductas de tipo agresivo y sexual. Esto puede adquirir diversas formas, tales como temor al embarazo, a contraer enfermedad venérea o ansiedad libre flotante sin contenido manifiesto.
6. *Masoquismo moral*, del cual la neurosis de éxito es un aspecto. Cualquier nuevo logro, inclusive el progreso terapéutico, toma un significado edípico prohibido al cual se responde con angustia. Esto le puede ocurrir a personas que han logrado un gran avance o una notable mejoría en cualquier área de sus vidas. Si esto sucede en respuesta al progreso terapéutico, se denomina "respuesta terapéutica negativa".
7. *Disminución repentina de la autoestima*. A la larga, esto puede conducir a una depresión y, bajo ciertas circunstancias, a un trastorno maniaco. El primer fenómeno en el brote de una psicosis puede ser la angustia. Algunas personas neuróticas, por otra parte, tienen angustias frecuentes que *no* son fenómenos transicionales de un trastorno más grave.
8. *Despersonalización*, en general es una consecuencia de sentimientos inaceptables de agresión de parte de un sector del sí mismo contra otro. Jacobson⁸⁴ señala que si la agresión emana del superyó y se dirige hacia el sí mismo, el paciente sufrirá principalmente de sentimientos de culpa.
9. *Desrealización*, aun en formas leves como el *déjà vu*, puede producir también angustia secundaria por la misma naturaleza de la experiencia subjetiva.
10. *Sucesos traumáticos* graves pueden producir angustia.

Continuidad entre angustia inmediata, factores precipitantes e historia personal

Es esencial demostrarle al paciente de manera clara, una continuidad entre la angustia inmediata, los factores precipitantes y su historia personal. Esto, al menos le da al paciente cierto sentimiento de control sobre lo que parece aterradoramente egodistónico.

En mi práctica personal, el asesinato del Presidente Kennedy produjo reacciones de angustia en tres pacientes, los cuales se encontraban abrumados por una sensación de que iba a ocurrir un desastre inminente. Con uno, existía una identificación con el

asesino; este hombre temía el brote de sus propios impulsos agresivos. Después de un periodo de abstinencia sexual había estado buscando la posibilidad de pasar la noche con una mujer, pero ahora tenía dudas. Con otro paciente, la idea central era: "Si se puede asesinar a un hombre tan poderoso como Kennedy ¿qué pasará con un simple "don nadie" como yo? El tercer paciente experimentó la pérdida del Presidente Kennedy con un recuerdo de la muerte de su madre durante la infancia, que le había dejado con sentimientos de desprotección e impotencia.

Los rasgos de las circunstancias exógenas y la forma y contenido de la angustia tienen que relacionarse en la interpretación, con la dinámica específica y antecedentes genéticos del paciente. Así, se le recordó al paciente que se identificaba con el asesino de Kennedy, que cuando tenía cuatro años había visto cómo su padre golpeaba a su madre durante una pelea.

Explicación intelectual como parte del establecimiento de la continuidad

Una explicación y comprensión puramente intelectuales, en general, no tienen mucho valor en la psicoterapia dinámica. En el caso de la angustia, sin embargo, la discontinuidad de la experiencia es responsable de gran cantidad de la perturbación; así, aun una comprensión intelectual para ayudar al paciente a ver la continuidad, en general, tiene un efecto tranquilizador sobre éste: se siente "menos loco".

Angustia exógena: significado inconsciente del suceso externo

El principal aspecto que se debe tener en mente en una angustia exógena es que es esencial comprender el *significado inconsciente que tiene el suceso externo para ese paciente en particular*. Este punto ya se discutió anteriormente en este libro, con respecto a otros sucesos externos como enfermedad física, robo, etcétera, y es verdadero, en especial dentro del presente contexto.

La angustia exógena, deriva en mayor grado su carga emocional del significado inconsciente que posee para el paciente. Por ejemplo, un hombre joven encontró que habían abierto su automóvil y lo habían destruido; la angustia que experimentó se relacionaba con su identificación con el automóvil. Sentía que podría ser igualmente víctima de este tipo de asalto en cualquier momento.

Convertir la angustia exógena en endógena, hacerla egodistónica.

El terapeuta puede emplear ciertas técnicas para ayudar a que la angustia se haga egodistónica. Puede decir, "sí, es una terrible situación. Pero creo que si le preguntamos a diez personas que han tenido experiencias similares, es posible que reaccionarán de manera bastante diferente que usted". Por estos medios, el terapeuta puede crear una brecha entre la experiencia de angustia estrictamente subjetiva, del paciente, y otras respuestas, e introducir cierta perspectiva. Este distanciamiento también ayuda al proceso de convertir la angustia de una forma exógena a una conciencia de sus aspectos subjetivos. El factor endógeno, el conflicto o impulso inconsciente que causa la angustia o ansiedad irracional, tendrá un efecto desorganizador sobre el funcionamiento mental del paciente, en proporción con la susceptibilidad de la personalidad premórbida del mismo.

En resumen, con una angustia exógena, parte de la principal tarea del terapeuta consiste en hacer que la experiencia se vuelva egodistónica inmediatamente al enfatizar

que otros han tenido experiencias similares con menos ansiedad resultante y explorar la reacción particular del paciente dentro del contexto de la situación específica, inductora de angustia y, dentro del contexto más amplio de la historia personal, los conflictos preexistentes y conjunto idiosincrásico de distorsiones aperceptivas.

El joven que respondió con angustia al daño a su automóvil, tuvo que darse cuenta que lo que lo atemorizaba no era el peligro de vivir en la ciudad de Nueva York, sino sus temores generales a la pasividad y castración

Angustia endógena como parte de una psicosis incipiente

En el caso de la angustia endógena como elemento del principio de una psicosis, la causa inconsciente (que no se percibe de manera clara) de la inquietud del paciente, es su temor al surgimiento del proceso primario y que éste menoscabe, en forma crítica, a su juicio y prueba de realidad. También contribuye a esta angustia la posible pérdida de control de impulsos: "Podría empezar a saltar de un lado a otro y gritarle o golpear a la gente"

La primera maniobra terapéutica será mostrarle continuidad al paciente entre su temor y las circunstancias o experiencias precipitantes. Esto tendrá un efecto calmante y lo ayudará a sentir que, después de todo, no está perdiendo el control".

Estar a la completa disposición del paciente

La primera norma que debe seguir el terapeuta en una situación de angustia, es estar completamente disponible para el paciente. Dado que éste se siente, en todos sentidos, tan impotente e indefenso como un niño, se le debe hacer sentir que el terapeuta está a su alcance.

Si el paciente llama a mitad de la noche en estado de angustia, el terapeuta simplemente debe escucharlo un rato, hasta que logre descubrir la naturaleza de su estado. Debe comprender la exacta naturaleza del ambiente físico que circunda al paciente y la disponibilidad de otras personas: ¿Se encuentra en un sitio extraño? ¿Un lugar público? ¿Se encuentra en casa, dentro de su cama, con las luces encendidas? ¿Alguien está con él o cerca? ¿Hay un amigo al que se le puede llamar? etcétera. Después de que se definen estos aspectos esenciales, el terapeuta puede realizar alguna intervención. Al hablar por teléfono con el paciente, puede ofrecerle apoyo y, en ocasiones, *insight*.

Estar solo incrementará la angustia del paciente; el terapeuta debe instarlo a que se quede con otra persona durante un tiempo. Se le debe pedir que llame de nuevo después de que haya llamado a otro miembro de la casa o haya llegado a la casa de un amigo o familiar. Esta muestra de interés y preocupación por parte del terapeuta, ayudará en gran medida al paciente. La intervención debe tener un seguimiento mediante una cita para ver al paciente en una fecha lo más próxima posible.

Proveer una estructura

En una situación de angustia, es útil casi cualquier estructura que el terapeuta pueda proveer. Los primeros bombardeos en Londres durante la Segunda Guerra Mundial, causaron estragos emocionales. Después de que se establecieron normas definidas de conducta durante los bombardeos, las angustias civiles casi desaparecieron. Más que eso, si los adultos presentaban angustia durante el "blitz", los niños también lo hacían.

Pero si los padres permanecían calmados en el transcurso del "blitz"* , con un procedimiento definido que seguir, los niños también lo estaban.

De manera similar, se puede ayudar a un paciente a incrementar su toma de conciencia de las señales. Ser capaz de encontrar los indicios de que comienza a experimentar ansiedad lo ayudarán a anticipar y evitar una angustia total.

Cuando un paciente llega a la primera sesión en un estado de angustia, el terapeuta debe, como en toda situación de crisis, lidiar con las preocupaciones más inmediatas. Debe llegar a conocer al paciente, obtener una base de datos que incluya el síntoma principal, cualquier síntoma relacionado, la historia personal y los factores precipitantes que se relacionan con su angustia actual, lo mismo que la razón para que el paciente decidiera buscar ayuda ahora. Se debe reseñar al paciente la naturaleza de la angustia, mediante establecer continuidad entre los temores presentes del paciente y sus experiencias pasadas; hacer que el paciente tenga un sentimiento de control sobre la angustia a través de asegurarle que *se puede manejar, que tiene conexiones causales* y que no es necesario experimentarlo como una fuerza extraña, como algo fuera de su poder de comprensión y translaboración.

Interpretar la negación

El terapeuta debe estar alerta por si se presenta negación y represión, e interferir de manera activa con ellas cuando sean excesivas, mediante señalarle al paciente que sus estados de angustia siempre surgen cuando se niega o reprime un estímulo o excitación.

Utilizar catarsis y catarsis mediata

Se debe alentar la expresión catártica de los afectos e ideación asociada con la angustia. El procedimiento establece al terapeuta como una persona que se interesa y es útil, permite evaluar el contenido dinámico y la forma del temor y, al mismo tiempo, provee la descarga de suficiente tensión para que el paciente sea receptivo a una posterior intervención terapéutica.

Si no es aconsejable una invitación directa a la catarsis debido a la naturaleza frágil del yo del paciente, puede ser recomendable *la catarsis mediata*, como ya se discutió (véase Capítulo 7).

Nota: La manía actual de considerar los estados de ansiedad como resultado de síntomas físicos, es tan contraproducente que amerita una nota extra en este lugar. El tema de la "válvula mitral prolapsada" como causa de los ataques de ansiedad, servirá como el mejor ejemplo. No existe duda de que cualquier estado que causa palpitaciones puede conducir a la experiencia de ansiedad. De manera común, los analistas saben que la excitación sexual inconsciente puede conducir a palpitaciones e hiperventilación y se puede experimentar como ansiedad libre-flotante.

Históricamente, han existido dos teorías generales básicas de la ansiedad: la más conocida fue la teoría de Cannon acerca de la producción de adrenalina cuando se

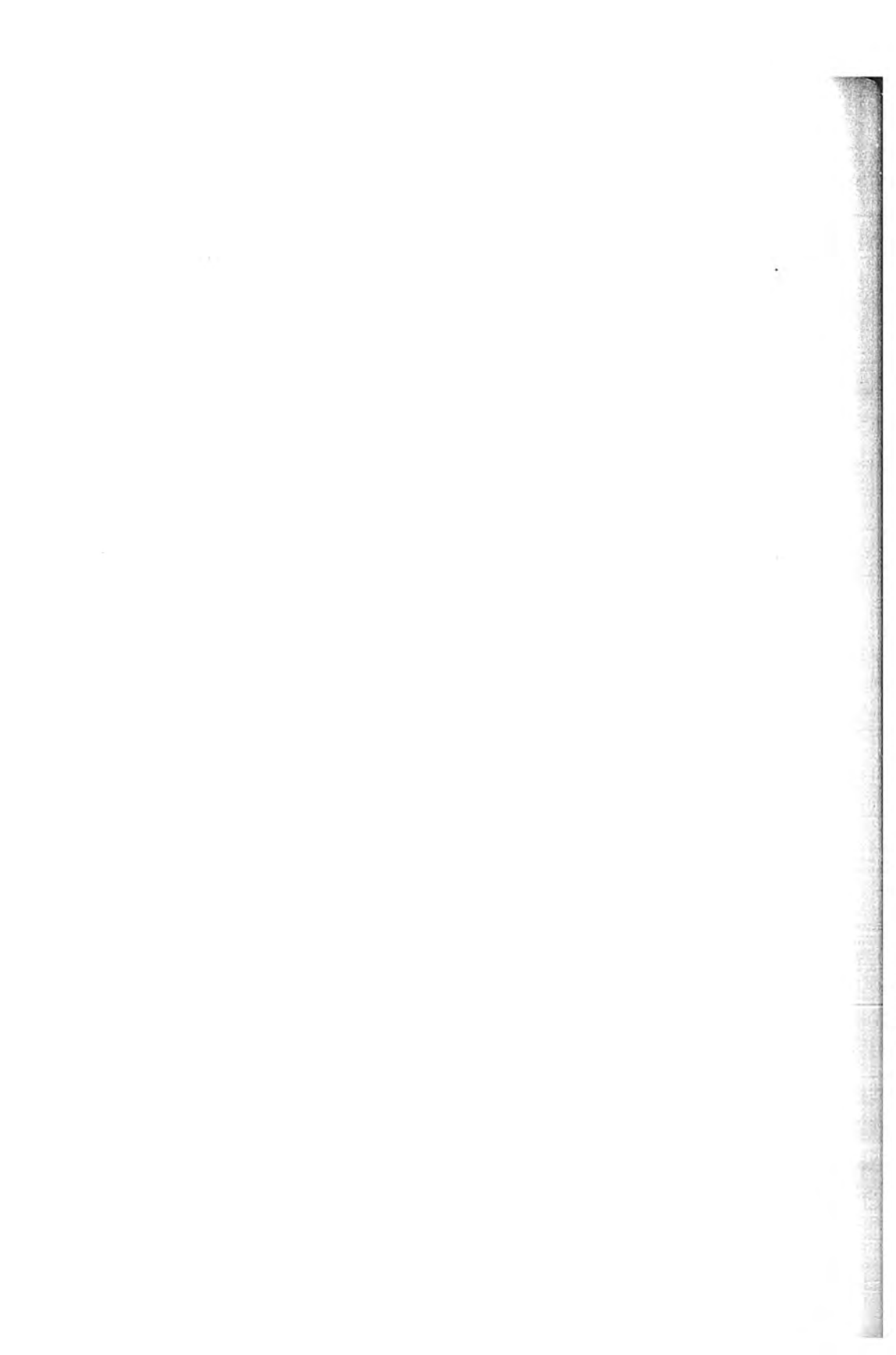
* N. de T. Se denominaba "blitz" durante la Segunda Guerra Mundial, a los bombardeos repentinos que acostumbraba realizar la fuerza aérea del Tercer Reich.

enfrenta una situación peligrosa⁴³. Se vertía la adrenalina como parte del reflejo de "agresión o huida", que conduce a un mayor potencial de coagulación lo mismo que a cambios circulatorios, etcétera. La principal teoría rival era la James-Lange⁷², quien sostenía que la experiencia subjetiva de ansiedad era el resultado secundario de cambios fisiológicos tales como palpitaciones, tensión muscular, etcétera. Es dentro de esta segunda aproximación, la teoría James-Lange, que descansa, a sabiendas o no, el énfasis actual en los aspectos físicos de la ansiedad.

Mi propia experiencia con la excitación de la ansiedad proviene de hace mucho tiempo, desde la época de los experimentos de Marañón con la inyección de adrenalina. En algunas personas, la inyección de adrenalina producirá ansiedad, en otras no⁷⁸. Me satisface que *ocurra la experiencia subjetiva de ansiedad*, aun después de la inyección de adrenalina, *sólo si* alguien tiene otro estímulo ansiógeno, inclusive ideación inconsciente, y después traduce la experiencia de palpitaciones dentro de la *gestalt* de "ansiedad". Las personas sin previa experiencia congnotiva de la ansiedad, experimentan la mezcla de novocaína-adrenalina del dentista en forma de palpitaciones incómodas, pero no la describen como ansiedad.

De esa manera el tratamiento de la ansiedad con propanolol y otros fármacos sólo puede afectar parte de lo que es la experiencia general de ansiedad, es decir, los síntomas fisiológicos, pero aún se necesita el tratamiento psicodinámico para manejar el problema completo y no sólo los estímulos somáticos.

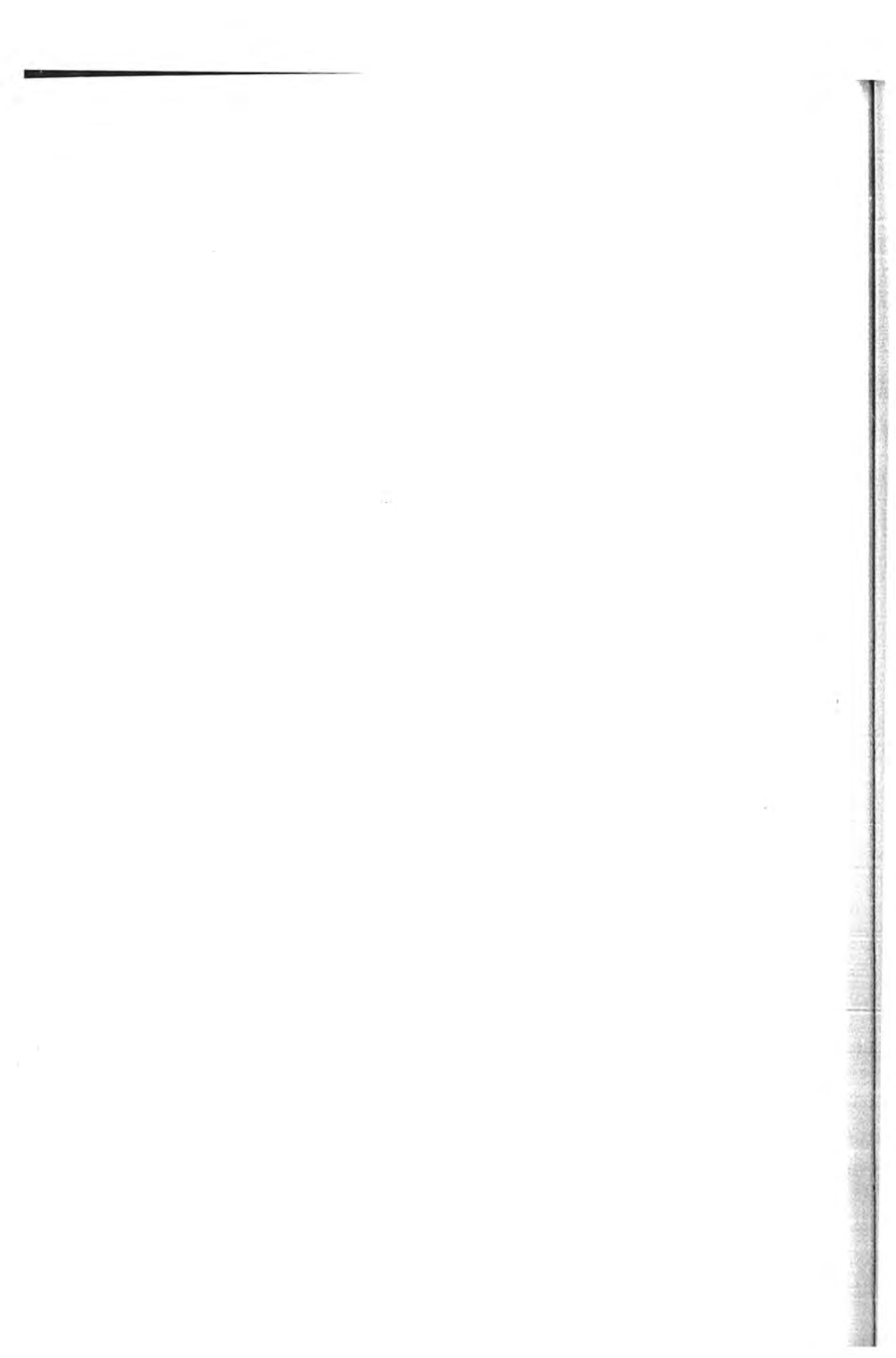
Para una sofisticada discusión de la interacción entre los aspectos cognoscitivos y biológicos de la ansiedad véase: Kandel, Eric, R. From metapsychology to molecular biology: Exploration into the nature of anxiety. *Amer. J. of Psychiatry*. 149: 1277-1293, 1983.



Parte III

T.A.T., C.A.T. y S.A.T.

Aplicación especial de las técnicas aperceptivas en la terapia breve en general, y específicamente en la de niños y ancianos T.A.T., C.A.T. y S.A.T.	127
Uso específico de las pruebas de apercepción en la terapia breve	130



Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU) de los sentimientos de irrealidad del sí mismo y del mundo

17

CONSIDERACIONES TEÓRICAS

El individuo, en un estado de despersonalización, siente que está cambiado, en contraste con su anterior estado de ser. Se siente como si fuera un observador; en efecto, un espectador de sí mismo. Siente una pérdida o disociación de su propia identidad. Con frecuencia, el paciente siente que ya no posee un ser propio al cual pueda referir fuerzas y conductas directivas. Puede sentir que partes de su cuerpo o mente ahora son extrañas y ajenas y no le pertenecen. En estados extremos sentirá que no posee un cuerpo o que no está vivo. Estos sentimientos pueden propagarse al ambiente, que parecerá igualmente extraño y ajeno para el paciente aparentando haber perdido sus rasgos de realidad. Puede creer que no existe un mundo; experimenta desrealización¹⁹.

DIEZ FACTORES REFERENTES A SENTIMIENTOS DE IRREALIDAD DEL SÍ MISMO Y DEL MUNDO

1. Coexistencia de sentimientos de irrealidad del sí mismo y del mundo
2. Un continuo de patología

3. Estados de elevación y cambio de la conciencia del sí mismo y del cuerpo
4. Aspectos agresivos, sexuales, exhibicionistas y de separación
5. Perturbaciones del sentido del sí mismo como perturbaciones intrasistémicas del Yo
6. Enajenación relacionada con factores físicos
7. Estados de irrealidad inducidos por fármacos y drogas (por prescripción e ilegales)
8. Fenómenos *déjà vu* y *déjà reconnu*
9. Consideraciones terapéuticas generales
10. Tratamiento con fármacos

Coexistencia de sentimientos de irrealidad del sí mismo y del mundo

Considero que es imperativo que se conciba la despersonalización (y desrealización) como una variación más o menos extrema de los cambios en la autopercepción, y a los sentimientos de irrealidad como variantes similares de la percepción del mundo que ocurre de manera constante en la vida normal. Estos cambios con frecuencia pueden ocurrir a un nivel preconscious, con un grado de conciencia dependiente de las circunstancias y variaciones individuales en la capacidad de introspección. Los cambios en la autopercepción probablemente siempre se asocian con cambios en la percepción del ambiente. Al considerar a la despersonalización y a los sentimientos de irrealidad como un aspecto especial del problema general de la percepción, se amplía la comprensión del fenómeno, para observar su relación dinámica y genética con otras variantes de la percepción y verlo como parte de una teoría general de personalidad más que como una forma de psicopatología en sí.

La vida cotidiana impone a todo individuo una multitud de roles diferentes, con los cambios concomitantes del sí mismo propio en relación con el ambiente, y en coincidencia con cambios en la autoconciencia, autoconcepto y autosensación. Estos roles cambiantes involucran los de los compañeros subordinados y superiores; figuras públicas y padres, comprador y vendedor, y muchos otros; de hecho, nuestros roles cambian en formas sutiles en relación con cada persona que tenemos que ver y en todos los ambientes en los que nos movemos. Además, existen, por supuesto, los cambios más espectaculares de rol entre la salud y la enfermedad, de civil a soldado, de hombre libre a prisionero, de joven a viejo.

Aun leves sentimientos de inhibición con sus autopercepciones alteradas pueden acompañarse por una distorsión perceptual del individuo acerca del mundo que lo rodea y de las reacciones u observaciones. En estos casos, la despersonalización, los sentimientos de irrealidad y la proyección, se vinculan de manera intrincada en la forma de una distorsión perceptual general del sí mismo y del ambiente.

Un continuo de patología

Un ejemplo común de despersonalización leve, en el cual el cambio simultáneo de rol, lo mismo que el de percepción del sí mismo y del ambiente, se hacen evidentes con

claridad, en el pánico escénico. La persona afectada no sólo se siente como si alguien más estuviera hablando o actuando y que la voz no suena como la suya propia, sino que también los minutos parecen horas y unos cuantos pasos parecen kilómetros. Se altera la percepción del sí mismo igual que la del tiempo y espacio.

Se obtienen muchas ganancias definitivas al considerar la despersonalización como una variante en un continuo de autoconsciencia. La primera es que esto evita la tendencia a identificar la despersonalización sólo con trastornos psiquiátricos específicos. Uno puede decir que sentimientos más o menos graves de despersonalización pueden suceder bajo ciertas circunstancias y se pueden relacionar con grados de patología que varían en gravedad. Esta formulación permite que se establezca un punto importante: la historia de experiencias del paciente con los sentimientos de despersonalización, por sí misma, no tiene un valor diagnóstico específico. La gravedad de la despersonalización probablemente se relaciona, de manera proporcional, con el grado en el cual el paciente hace evidentes también perturbaciones provocadas por problemas orales y con el grado en el cual sufre de perturbaciones de los límites del yo. Éstas, a su vez, se relacionan de manera más o menos directa con la gravedad de la neurosis o psicosis.

Una segunda ventaja que se obtiene de considerar la despersonalización como un fenómeno perceptual general es que elimina la tendencia a definirla, de manera demasiado estrecha, como un proceso psíquico específico o aun, simplemente, como una defensa.

Una tercera ventaja es que posibilita considerar las muchas vías que conducen a este fenómeno. Los sentimientos de despersonalización pueden ser el producto de una amplia variedad de drogas, en particular las psicomiméticas (tales como la dietilamida del ácido *d*-lisérgico [LSD] y otros). Como ya se mencionó, estos sentimientos se pueden producir a través de mecanismos fisiológicos. En una persona muy ansiosa con músculos rígidos en el cuello, puede estar bastante perturbada la propiocepción a partir de la rigidez de la nuca, con el consecuente mareo y desorientación, como para darse cuenta del sentimiento de alineación. Un paciente que hiperventila puede tener una sensación de aturdimiento con parestesia y otras peculiaridades sensoriales que provienen de la alcalosis. Puede haber suficiente espasticidad muscular para realizar un cambio en la propiocepción. Estos cambios pueden conducir a que se transforme la autopercepción y a sentimientos de despersonalización. Los sentimientos de despersonalización que se asocian con mareo pueden ser el producto de falta de enfoque en los ojos. Los pacientes histéricos con frecuencia ven los objetos cercanos como si estuvieran muy lejos. La diplopía y la visión borrosa resultantes pueden causar un sentimiento de irrealidad.

Terapéuticamente, estos sentimientos de despersonalización con frecuencia se manejan, de modo más efectivo, a través de medios directos. Por ejemplo, mediante interferir con la hiperventilación de la alcalosis a través del uso de relajantes musculares, tranquilizantes u otros fármacos, se pueden alterar las distorsiones sensoriales, con lo cual se alivian las distorsiones en las sensaciones de autoconsciencia.

Las perturbaciones en el sentido del sí mismo también se relacionan de manera directa con problemas en las relaciones objetales: entre más primitiva sea la relación objetal, más grave será la perturbación del sentido de realidad del sí mismo. En personas gravemente narcisistas, la delimitación puede desaparecer casi por completo y la persona confundirá lo que le pasa a alguien más, con lo que la pasa a sí misma: se puede volver la otra persona, por ejemplo, una persona en una película.

En las relaciones objetales principalmente simbióticas, una separación se puede experimentar con extrema ansiedad, como una pérdida parcial del sí mismo. En las relaciones principalmente anaclíticas, el sentimiento de irrealidad se interrelaciona con mayor frecuencia con síntomas de agorafobia. En las relaciones principalmente ambivalentes, también la agorafobia es el síntoma que se presenta con mayor frecuencia, como si el paciente dijera "tengo que poder verte o ¿cómo sabré que mis sentimientos hostiles no te han matado?"

Entonces, los más graves sentimientos de despersonalización se encuentran, en primer término, en las relaciones narcisistas y simbióticas. El alivio de la sintomatología aguda es posible en la PPBIU, pero los cambios más profundos requerirán de terapia de larga duración.

Estados de elevación y cambio en la conciencia del sí mismo y del cuerpo

Los fenómenos disociativos pueden aparecer en una variedad de formas, que cubren un amplio rango de experiencia y conducta. Las formas más leves y más comunes con frecuencia involucran una combinación de despersonalización y desrealización; por ejemplo, el sentimiento de "estar tronando" no estar "en ambiente", "estar afuera viendo hacia adentro", sentir que "mi cabeza está llena de algodón" o "encerrado en una pared de cristal". Algunas personas (en general histéricas) con sentimientos de desrealización relativamente leves, de hecho inducen la experiencia, sin saber que lo hacen; por ejemplo, si una persona ve a un objeto de cerca mientras que enfoca al horizonte, las pupilas se dilatan y la imagen cercana aparece borrosa, poco clara, fuera de foco. A su vez, lo borroso de la imagen en la retina induce cierto sentimiento de irrealidad, de no estar relacionado o estar alejado del ambiente. Explicarle el proceso al paciente y demostrarle que los síntomas se pueden producir a voluntad tendrá, cuando menos, un efecto tranquilizador. El manejo de la dinámica de la negación es una medida mucho más eficaz.

Otros pacientes describen fenómenos más perturbadores, tales como una percepción de que todo se aleja. Los objetos parecen verse a través del lado incorrecto de un telescopio. El paciente se siente muy extraño y que el mundo a su alrededor es irreal. Puede tener sueños muy perturbadores en los cuales las figuras y objetos parecen muy pequeños. Estos fenómenos se pueden interpretar como una carencia de relaciones objetales.

Los sentimientos de desrealización con frecuencia ocurren cuando las personas se encuentran en ciudades grandes o desconocidas. Por esta razón, muchas personas temen a Nueva York. Caminar por Wall Street, por ejemplo, con sus edificios tan altos y sus calles estrechas, lo hacen sentir a uno como una figura en una pintura de Steig. Los estudiantes universitarios con frecuencia experimentan estos sentimientos cuando se van de su casa por primera vez y de manera repentina se alejan de un pueblo pequeño o ambiente rural familiar y de una vida más estructurada. Aunque pueden presentar ansiedad, de hecho, en una observación más cercana, se puede ver que experimentan sentimientos de desrealización o despersonalización. Es cierto que la ansiedad en sí puede dar lugar a fenómenos fisiológicos que a su vez producen una experiencia disociativa. En el primer caso es útil interpretar el sentimiento de pequeñez, y en el segundo, explicar el proceso fisiológico.

Un fenómeno clásico de despersonalización es aquel en el que no se sienten el propio cuerpo o partes del mismo. Con más frecuencia se involucra la boca y después la mano. La boca es obviamente el órgano que se asocia de modo más cercano con las necesidades orales pasivas, lo mismo que con la agresión oral, el deseo de devorar o ser devorado. Así, la falta de sensación en los labios y boca es una defensa o separación de los deseos pasivo-dependientes o la agresión oral. Dado que la mano es el órgano ejecutivo de la agresión despersonalizarla o no sentirla también, es una manera de defenderse uno mismo contra sentimientos de agresión, mediante escindir una parte del sí mismo.

Terapéuticamente, la interpretación de los factores inconscientes involucrados es el método a elegir.

Aspectos agresivos, sexuales, exhibicionistas y de separación

Los fenómenos de despersonalización con más frecuencia aparecen con el surgimiento de los impulsos agresivos, problemas de separación y, de manera menos específica, en situaciones de hambre o privación de estímulos.

En los momentos en que surgen impulsos agresivos poderosos que no se aprueban y que entonces se dirigen en contra del sí mismo, éstos crearán una situación en la cual una parte del sí mismo ve a otra parte con una connotación desaprobatoria, agresiva. La parte observadora se vuelve bastante crítica de la parte enajenada. En cierto grado, esta es la señal de cierto estado alarmante, muy similar a la teoría de la señal de ansiedad, de Freud. Aquí, el sentimiento de despersonalización funciona como una señal de que algo está mal, de que existe un fuerte conflicto entre algunos impulsos y el superyó. Esta observación de parte del sí mismo como inaceptable, se puede considerar desde la perspectiva del concepto del núcleo del yo, de Glover⁵⁹: las diferentes partes del yo que se funden cuando el desarrollo de la personalidad procede de manera adecuada. Cuando no todo va bien, no se funden o no lo hacen de manera suficiente, por lo que bajo situaciones de tensión, el núcleo del yo se difunde o disocia. *Sybil*, un caso de personalidad múltiple, es un ejemplo extremo de esta situación.

En la personalidad múltiple, los estados separados del yo se expresan como si fueran personalidades completas y diferentes. Bajo ciertas circunstancias, si estos estados escindidos del yo (aparte del que actualmente se manifiesta) se recuerdan en vez de reprimirse, un estado del yo puede criticar a las otras partes y en consecuencia, el individuo tendrá sentimientos de enajenación de sí mismo. La escisión de una parte del sí mismo con respecto a otra y la subsecuente desaprobación de una de las partes a la otra, puede conducir al *acting out*. Aunque tales escisiones extremas se ven raramente, de hecho existen y en algunos individuos puede conducir a amnesias importantes o a una especie de personalidad múltiple. También puede constituir un puente para el *acting out*, donde algunos estados inconscientes del yo surgen y toman el dominio en una forma programada. Estos fenómenos generalmente se deben a sentimientos de agresión. Si la persona está enojada con quienes la rodean, estos sentimientos de despersonalización son una manera de alejarse de la situación productora de enojo.

En términos terapéuticos, la catarsis mediata (véase Parte I, Capítulo 7) y la interpretación, son los medios más efectivos de tratamiento de los problemas que se discuten antes.

Perturbaciones similares suceden cuando aparecen problemas de separación, debido a que, en realidad, el terapeuta no está disponible a causa de enfermedad o vacaciones, o a que el paciente se va o que este último ha tenido una separación significativa de alguien que le es importante en este mundo; o bien porque está translaborando problemas tempranos de separación. En un caso de este tipo, un paciente de pronto desarrolló sentimientos peribucales de despersonalización. Experimentaba una falta de sensación en los labios y la boca muy alarmante que se asociaba con que el terapeuta se fuera de vacaciones y con la amenaza de separación. Había experimentado sentimientos parecidos cuando se fue de su casa para ir a la universidad; lo mismo que cuando, de niño, iba diariamente a la escuela. Estos sentimientos se relacionaban con la separación de su madre, quien lo había amamantado hasta que tenía cinco años.

Cuando sufren de sentimientos de despersonalización, con frecuencia los pacientes realizan intentos urgentes por recuperar cierto sentido de identidad y manejar la experiencia perturbadora. Aunque los psicóticos sufren de despersonalización en un grado mucho mayor que pacientes menos perturbados, los no psicóticos también pueden exhibir estos síntomas y se esfuerzan para lidiar con ellos de varias maneras. Por ejemplo, una persona se puede ver obsesivamente en el espejo. Cuando se encuentra muy trastornado se preguntará si es su cara la que ve, hará muecas y se tocará el rostro.

Un paciente, de ninguna manera psicótico, manejaba su sentimiento de despersonalización, de "no ser real", mediante romper el vidrio de la ventana con su mano descubierta. El sentimiento de ser irreal se disipó a causa del dolor que experimentó al romper la ventana. Clarence Schulz⁹⁹ del *Sheppard Pratt Hospital* notó que las personas que tienen dificultades con la despersonalización, con frecuencia se tocan y abofetean para incrementar la propiocepción. Pararse en una ducha es otra forma de lidiar con la irrealidad y los deficientes límites del cuerpo. Algunas personas muy trastornadas pasarán tres o cuatro horas bajo la ducha, tranquilizándose a sí mismos con el contacto corporal con el agua y la sensación de tibieza que los rodea. Éstas y otras manifestaciones parecidas pueden, por supuesto, suceder en la regresión psicótica. La PBIU puede manejar la despersonalización como exacerbaciones agudas de un proceso crónico, pero no al proceso en sí.

En contraste, muchas personas con frecuencia encuentran *placenteras* algunas experiencias de despersonalización, que inducen por medios diferentes. Los estados inducidos por drogas son ejemplos obvios, pero también se puede ver la despersonalización en niños que, por ejemplo, disfrutaban el sentimiento de estar mareados cuando se les lanza por los aires o se suben en la "montaña rusa". Experiencias religiosas y estéticas intensas pueden también inducir estos sentimientos. La "libidinización de la ansiedad" sucede cuando al ponerse en peligro, como al colgarse de un camión en movimiento o subir a una montaña, se convierte en una forma placentera de jugar con la ansiedad. En tanto el individuo sienta que puede manejar la ansiedad a través de la destreza, la capacidad para tolerar la ansiedad es una experiencia placentera.

Un proceso similar tiene lugar cuando se ve una obra de teatro o se lee una obra de ficción. La *suspensión voluntaria de la incredulidad* entra en juego, pero al mismo tiempo el individuo sabe que simplemente es una actuación o se está narrando un drama. Los sentimientos de irrealidad siguen siendo placenteros en tanto se mantenga el control sobre ellos. Muchas personas que, propositivamente, inducen sentimientos

de irrealidad mediante ingerir ciertas drogas, al ver una película de terror, etcétera, lo pueden hacer en compañía y obtienen resultados placenteros. Pero el hacerlo a solas es probable que produzca disforia y, quizás angustia. De hecho, cualquiera de estos estados autoinducidos puede salirse de control y crear ansiedad o angustia.

Perturbaciones del sentido del sí mismo como perturbaciones intrasistémicas del Yo

Cuando se incrementa en gran medida la función autoobservadora del Yo, con frecuencia se produce un sentimiento de despersonalización. Parece como robarle a una persona el necesario sentimiento de "automaticidad" de la conducta. El paciente se puede quejar de que escucha todo dentro de su cabeza antes de enunciarlo. Se siente artificial, lejano y desprovisto de emociones apropiadas.

En este estado, una parte del sí mismo observa a la otra, a veces como defensa en contra de la agresión. Entonces, en un sentido clínico, los pacientes se quejan de sentirse conhibidos, faltos de espontaneidad y con una incapacidad para "estar en ambiente". Sienten que están fuera viendo al interior, viéndose a sí mismos como actores en una obra.

Terapéuticamente, la principal tarea consiste en ayudar al paciente a "estar en contacto" con estos sentimientos de separación y así hacerlos aceptables.

Alineación relacionada con factores físicos

Algunas personas reaccionan a la marihuana y a otras drogas ilegales, etcétera, con angustia debido a que éstas inducen sentimientos de alineación. También esto puede provenir de simples procesos fisiológicos, como ya se discutió antes.

Terapéuticamente, es necesario utilizar fármacos, el "convencimiento", la educación y el manejo de los factores inconscientes subyacentes.

Estados de irrealidad inducidos por fármacos y drogas (por prescripción e ilegales)

Muchas personas tienen experiencias disociativas asociadas con el uso de una variedad de drogas. Éstas producen distorsiones del ambiente que conducen a sentimientos de desrealización y perturbaciones en los límites del propio cuerpo, lo que a su vez da por resultado las experiencias de despersonalización. Estos efectos secundarios de drogas como la marihuana y los alucinógenos (LSD, o mezcalina, por ejemplo), no se limitan necesariamente al tiempo que la droga está farmacológicamente activa. Pueden ocurrir trastornos perceptivos posalucinógenos que causen un regreso a estas experiencias perturbadoras, cuando el paciente se encuentra en tensión por ciertas circunstancias, a veces inclusive en periodos en los que se ha producido ansiedad dentro de la misma psicoterapia.

Es menos reconocido que algunos esquizofrénicos, en especial los que están conscientes de su enfermedad, responden a las fenotiacinas con un perturbador sentimiento de estar "fuera de onda".

Muchos fármacos por prescripción producen un cambio en la retroalimentación propioceptiva. Aun el diazepam (Valium), debido a su efecto de relajación muscular, puede efectuar cambios propioceptivos que conducen, de manera secundaria, a perturbaciones en el sentido del sí mismo.

Los antidepresivos o energizadores, pueden producir palpitaciones y, posiblemente a causa de la hiperventilación, una sensación de aturdimiento o de que la cabeza está envuelta entre algodones, básicamente, un sentimiento de despersonalización.

En estos casos, es indicado prescribir el fármaco en cuestión, educar y, en el caso de drogas ilegales, instituir complejos programas de tratamiento.

Fenómenos *déjà vu* y *déjà reconnu*

Los fenómenos *déjà vu* (la sensación de haber visto algo antes) y *déjà reconnu* (la sensación de haber experimentado algo con anterioridad), parecen ocupar un lugar especial en algún punto entre la despersonalización y la proyección. La experiencia tiene una cualidad general de extrañeza; parece sobrenatural, puede despertar ansiedad y con frecuencia hace que la persona se sienta extraña hasta el punto de la despersonalización. En este caso, la percepción externa se puede ver afectada por fantasías pasadas o por congruencias con experiencias anteriores. Conviene interpretar la conexión entre la dinámica contemporánea y la genética. Los fenómenos *déjà vu* se prestan como ilustración de qué tanto las personas pueden tener sentimientos parecidos de irrealidad bajo ciertas circunstancias, cuando, por ejemplo, la moderna transportación rápida posibilita, en un corto periodo de tiempo, que una persona se traslade de una cultura o ambiente a otro extraño y ajeno.

Consideraciones terapéuticas generales

En general, es útil darle al paciente cierta conciencia intelectual del proceso de despersonalización, tranquilizarlo de que no es un fenómeno único, individual, pero que es algo que el terapeuta comprende bien, que ha visto en muchos otros casos y que se puede observar bajo ciertas circunstancias normales: después de despertar de un profundo sueño o anestesia, por hiperventilación, por tensión muscular y distorsiones perceptuales. Se le puede mostrar al paciente el efecto de varios fenómenos fisiológicos.

Se le puede demostrar que hiperventilar producirá un alcalosis, un cambio en el pH sanguíneo, que puede producir un amplio rango de fenómenos, desde cosquilleo en varias partes del cuerpo hasta espasticidad de una variedad de músculos, dolores de cabeza y tensión en los músculos del cuello.

Si la hiperventilación representa un papel frecuente que produce la despersonalización, se le puede enseñar al paciente una técnica específica de respiración: exhalar a través de una pajilla o alguna otra abertura pequeña, con cierta resistencia a la exhalación (después de inhalar libremente), mientras que se permite la exhalación libre en los últimos momentos de la misma. Esto estimulará el reflejo Hering-Breuer en los pulmones y conducirá de nuevo a un tipo de respiración controlada automáticamente, que interferirá con el brote de la alcalosis y la despersonalización asociada. Los estados agudos de despersonalización inducidos por hiperventilación y alcalosis se pueden revertir mediante la bien conocida técnica de respirar dentro de una bolsa de papel o, sencillamente, sostener la respiración, con lo que se acumula una mayor cantidad de dióxido de carbono en el torrente sanguíneo y se revierte la alcalosis y, con ella, los vagos sentimientos asociados con la despersonalización.

Tratamiento con fármacos

Cuando la despersonalización principalmente ha sido inducida por una experiencia excitadora de ansiedad, con frecuencia se pueden aliviar los síntomas inmediatos a través de fármacos tales como el meprobamato (Miltown, Equanil) y el diazepam (Librium), etcétera.

La tarea terapéutica, aun con la ayuda de fármacos, es difícil si los sentimientos de despersonalización se relacionan con una necesidad de relaciones simbióticas. En tales casos, probablemente sea necesaria la translaboración prolongada de los problemas dinámicos.

Los fármacos antidepresivos pueden ser útiles en la medida en que estos problemas se encuentren cercanos, dinámicamente, a los de la depresión.

Aplicación especial de las técnicas aperceptivas en la terapia breve en general, y específicamente en la de niños y ancianos: T.A.T., C.A.T. y S.A.T.

La mayoría de los instrumentos para la evaluación de la personalidad tales como el Rorschach, la Escala de Inteligencia para Adultos de Weschler, necesitan las habilidades especiales de psicólogos calificados. Las técnicas aperceptivas tales como la Prueba de Apercepción Temática (T.A.T.)*, la Prueba de Apercepción para niños (C.A.T.) y la Técnica de Apercepción para Ancianos (S.A.T.), las puede utilizar con ventaja cualquier profesional de la salud mental, como vehículo para la psicoterapia.

Los aspectos básicos de estas técnicas son que al paciente se le muestra una imagen y se le pide que cuente una historia acerca de ella. Aun si solamente la describen, es posible que vean cosas que son características de ellos mismos, a pesar de que, con frecuencia, insisten en que sólo describen lo que se ve en la imagen.

Aún esta primera parte del proceso puede ser útil inmediatamente en la clínica. Si se le muestra a una persona cuántas veces su historia se refiere a desilusión o engaño, puede ser suficiente para hacer más conciente al paciente de la subjetividad de su forma de ver las cosas y para establecer la alianza terapéutica de la que se habló antes.

Si el paciente no ve fácilmente su subjetividad y los comunes denominadores dentro de sus historias en cinco o seis láminas, uno podría decirle lo que otros han dicho acerca de dichas láminas y así incrementar su autoconciencia.

La Prueba de Apercepción Temática (Murray, 1943; Bellak, 1954) está en segundo lugar con respecto a la Prueba Rorschach, en cuanto a su utilización clínica. La primera

* Harvard University Press, quiénes la publicaron, no permiten la reproducción de las láminas.

lámina muestra a un niño que está sentado detrás de un violín sobre una mesa. La segunda, muestra una escena de granja y la tercera muestra a una joven mujer parada con la cabeza baja y que cubre su cara con su mano derecha, mientras su brazo izquierdo se tensa contra una puerta*.

Las pocas y escuetas historias que se muestran a continuación, ilustrarán la sencilla utilización que puede darse a estas láminas. La elección del paciente se hizo con el deseo no de deslumbrar, sino de presentar datos clínicos con un máximo de utilidad, la mayoría de las respuestas, en todo caso, son más impresionantes.

Estas historias las dijo, con respecto a las primeras tres láminas del T.A.T. una joven de veinte años que llegó a terapia debido a que se encontraba notablemente deprimida después de que un novio la dejó:

- No. 1:** Dice él que no quiere hacer lo que se supone debe hacer. La madre le dijo que practicara. No tuvo el valor de decirle que no le interesa.
- No. 2:** Una chica que regresa de la escuela a su casa, podría estar interesada en este caballero, ella no tiene autoestima. La mujer (una vieja que mira desde el fondo), ni siquiera la toma en cuenta (la joven en el primer plano izquierdo de la lámina). Está acostumbrada a que no la tomen en cuenta.
- No. 3GF:** Esta mujer ha sido herida. Se siente sola; sin esperanza. No sabe a dónde ir, está triste.

Las historias son apenas un poco más de los que nos dicen los datos clínicos, y aún dan una plataforma para la exploración e inferencia posterior.

Tómese la historia No. 1: ella (sin duda en referencia con la paciente misma) está en conflicto con la autoridad materna. Le asusta expresar sus reservas.

Ahora sabemos que, con frecuencia, la depresión involucra intraagresión cuando se inhibe la agresión al exterior. ¿Podría estar, de modo parecido, enojada con su novio y ser incapaz de expresárselo? No se sabe, pero sería útil mantenerlo en mente cuando se explore este aspecto; por ejemplo, al recabar historias posteriormente.

En la historia No. 2: el héroe principal, nuestra paciente, se interesa por un joven. A pesar de ello no tiene suficiente autoestima para hacer algo al respecto. Ni siquiera se le toma en cuenta. Esta acostumbrada a que no se le tome en cuenta.

La paciente dice de modo voluntario que tiene baja autoestima: ¿qué quiere decir con eso? Deseamos ejemplos concretos, es probable que la historia de su baja autoestima se relacione con su depresión actual; es decir, ¿quién la ha acostumbrado a que no se le tome en cuenta?

Utilizar el término "caballero" es bastante poco común dentro de este contexto, el joven está realizando alguna tarea muy terrenal. ¿La paciente está acostumbrada a ser muy atenta?

Al continuar tomando la historia, la número tres es muy autobiográfica. Sólo deja la pregunta de qué es lo que quiere decir con "no sabe a dónde ir". Sale a relucir que esta joven aún vive con sus padres, quiénes son alcohólicos graves, así como muy religiosos y puritanos en general. Siempre han sido críticos con la paciente, lo que la

* Harvard University Press, quénes la publicaron, no permiten la reproducción de las láminas.

hace una persona especialmente necesitada de aprecio. El abandono del novio la ha hecho sentir de la misma manera que lo hicieron sus padres. De hecho, el primer trabajo terapéutico será dar apoyo, darle una oportunidad de ventilar su enojo o expresarlo mediante la catarsis (véase Capítulo 2).

Esta técnica ayuda a enfocar los aspectos esenciales y, por supuesto, es especialmente útil para alguien que tuviera dificultad para verbalizar de modo espontáneo.

El C.A.T. en su forma básica consiste de diez láminas de animales en varias situaciones sociales (ver las figuras que reproducen las diez). También se publica con humanos en ambiente idénticos (C.A.T.-H.) y también diez figuras para recortar (C.A.T.-S. como "suplemento") que se puede utilizar como técnica lúdica no tan verbal o en situaciones específicas con niños (ver láminas), como al enfrentar una cirugía, etcétera.

Algunas de las escenas que se representan en el C.A.T. pueden prestarse en especial para indicaciones de abuso infantil, es decir la número diez, que a veces se ve como un niño al que se le golpea. C.A.T.-S. puede conducir a historias de jugar al doctor. Otras se presentan para problemas en la escuela, rivalidad entre hermanos, etcétera.

Las láminas del C.A.T. se han pensado para niños entre las edades de tres a diez años. La comprensión de las historias en el C.A.T. sigue líneas similares, con excepción de ciertas ocasiones, en especial con niños pequeños. Toma información de los padres para redondear el cuadro.

En el siguiente ejemplo, se llevó a un niño de cuatro años a la clínica porque tenía una ligera regresión, no quería que se le vistiera o se le quitara la ropa después de que se le había puesto. En ocasiones orinaba la cama. Las siguientes tres historias aclaran de manera suficiente la dinámica:

La historia No. 2 muestra a un oso que jala una cuerda de un lado, mientras que otro oso y una cría jalan del otro lado.

Con frecuencia esto le da ideas al niño de cuánta agresión siente, con cuál de los padres se identifica en primer término, cómo percibe al progenitor; es decir, fuerte, débil, etcétera.

La historia No. 3 muestra a un león con una pipa y un bastón, sentado en una silla; en la esquina inferior izquierda un ratoncito aparece en un agujero.

Con frecuencia se ve al león como una figura paterna. Puede verse como benigno o peligroso. En ocasiones el niño (ratón) le tiene miedo, pero se las arregla para escapar de él o ganarle.

La historia No. 9 presenta un cuarto oscuro que se ve a través de una puerta abierta, desde un cuarto iluminado. En el cuarto oscuro está la cama de un niño en la cual un conejo está sentado y ve a través de la puerta.

Aquí se expresan las ideas del niño acerca de la vida sexual de sus padres.

Las historias despiertan la sospecha de "poner otro conejito arriba y este oso que se volvió tan grande" se refiere a la anatomía y en especial a la madre que se pone grande; es decir, se embaraza.

En este caso, el C.A.T. ayudó a guiar la historia: de hecho resultó que la madre había dado a luz hacia dos meses y que la conducta regresiva del niño comenzó poco después. Un poco de terapia simple de juego para dar un trabajo de elaboración a su enojo, fue bastante exitosa en el manejo de su problema.

El S.A.T. (Técnica Aperceptiva para Ancianos) refleja algunos de los muchos problemas que se representan (ver fotografías), comúnmente pueden ser demasiado

para un paciente como para ser capaz de verbalizarlos; por ejemplo, el miedo a la pérdida de control que se muestra en la lámina No. 8, o el competir por el afecto de un nieto, como se muestra en la No. 3. En el caso de gente mayor, con frecuencia el S.A.T. revela, aparte del placer de todo abuelo, la competitividad por la atención de los nietos.

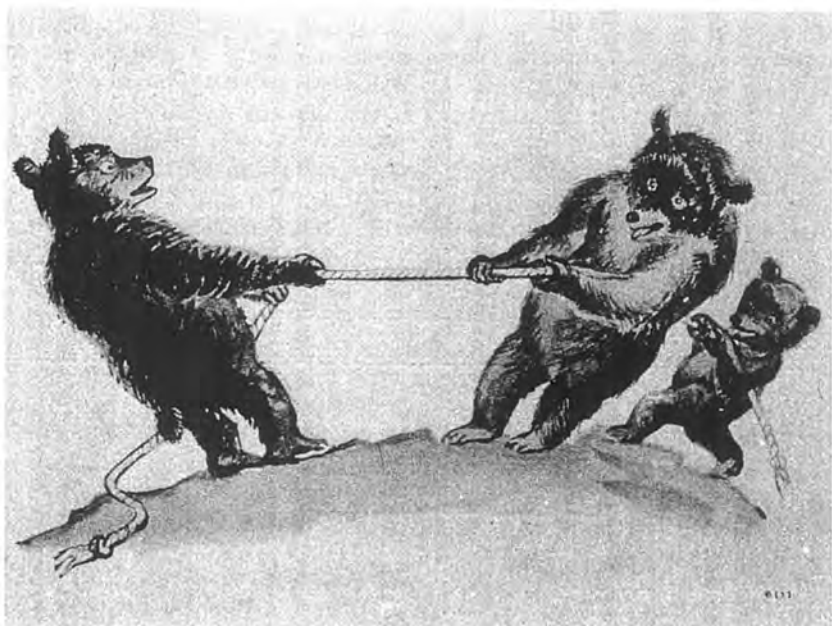
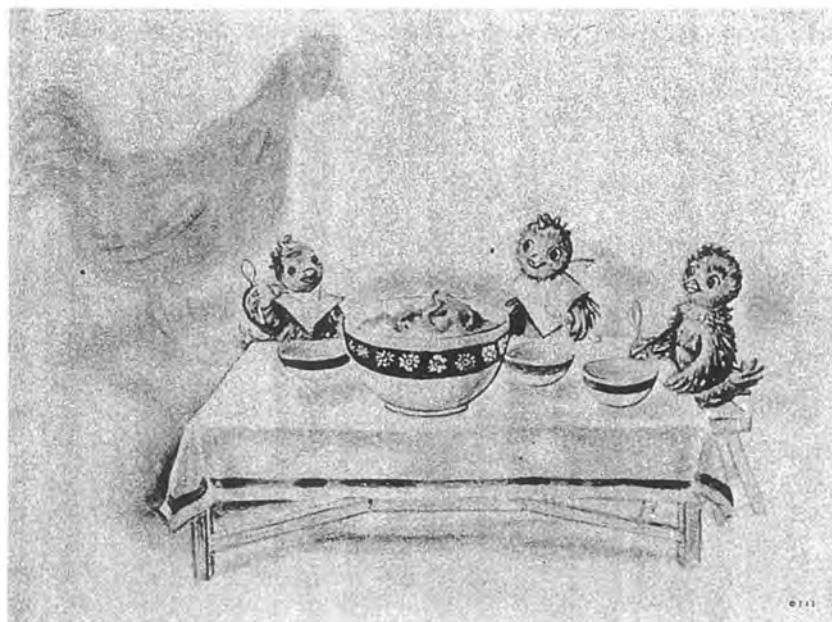
Existen también escenas tales como la No. 5 que se prestan a la expresión de sentimientos sociales al mostrar ocho figuras, agrupadas o individualmente, en un ambiente que podría ser una cómoda casa para ancianos o una casa privada. La lámina No. 6 muestra a una anciana que mira fijamente al teléfono, lo cual tiene que ver con reacciones a la soledad, abandono y zozobra, así como con temas de ansiedad.

USO ESPECÍFICO DE LAS PRUEBAS DE APERCEPCIÓN EN LA TERAPIA BREVE

En ninguna circunstancia es necesario aplicar todas las láminas. Tanto en el C.A.T., como en el S.A.T. sería una tarea demasiado pesada en términos del periodo de atención o energía.

En cualquier caso, uno podría obtener una guía hacia qué es lo que aflige al paciente, a partir de su queja principal o del relato de los parientes. La lámina No. 2 en el T.A.T. se presenta particularmente bien para sacar a la luz las relaciones familiares. Las láminas del C.A.T. pueden fácilmente iluminar los problemas de un niño con terrores nocturnos, etcétera. El S.A.T. con frecuencia invita a la discusión de problemas muy concretos, tales como tener que mudarse (lámina No. 7), o pensamiento suicida (tomar algo del botiquín, en la lámina No. 14), de sociabilidad y soledad (No. 5), etcétera.

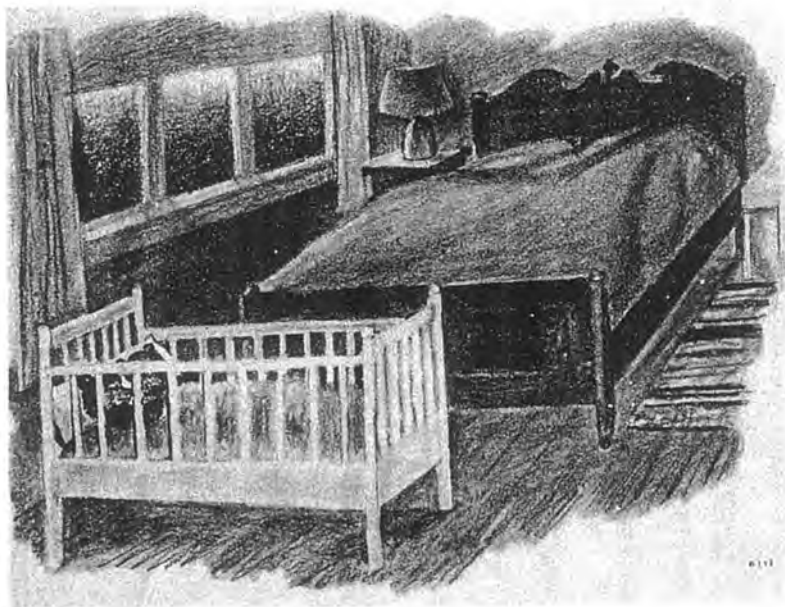
Entonces, el conocer algo de estos problemas debería permitirle al clínico el planear la estrategia y las tácticas para la psicoterapia breve, intensiva.



PRUEBA DE APERCEPCIÓN INFANTIL (C.A.T.)
© C.P.S., INC. BOX 83
LARCHMONT, NY 10538



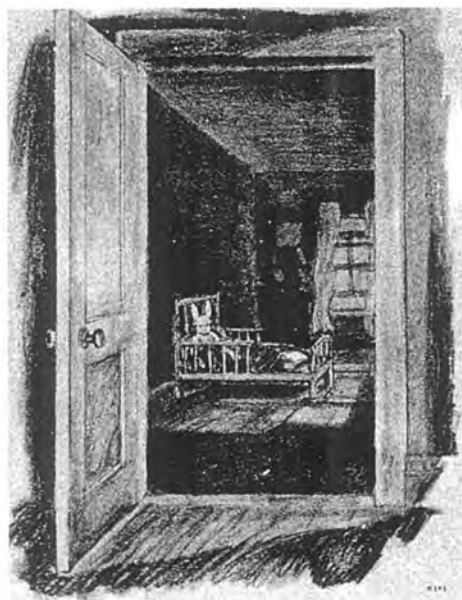
PRUEBA DE APERCEPCIÓN INFANTIL (C.A.T.)
© C.P.S., INC. BOX 83
LARCHMONT, NY 10538



PRUEBA DE APERCEPCIÓN INFANTIL (C.A.T.)
© C.P.S., INC. BOX 83
LARCHMONT, NY 10538



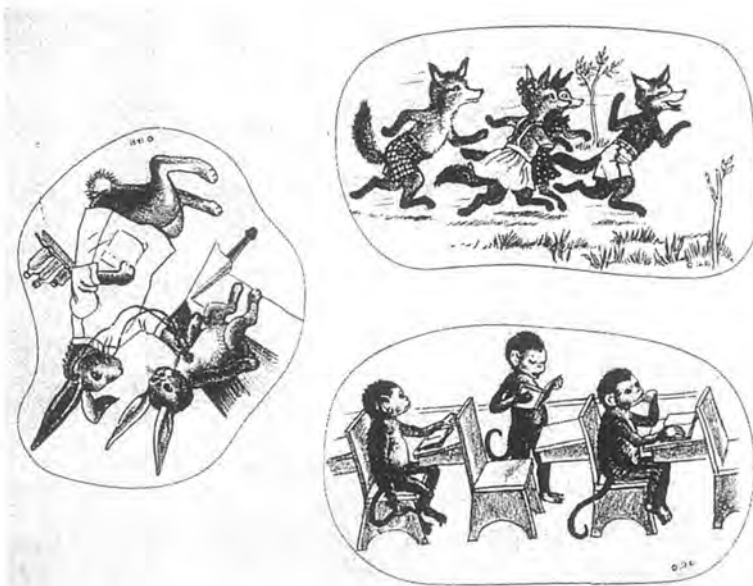
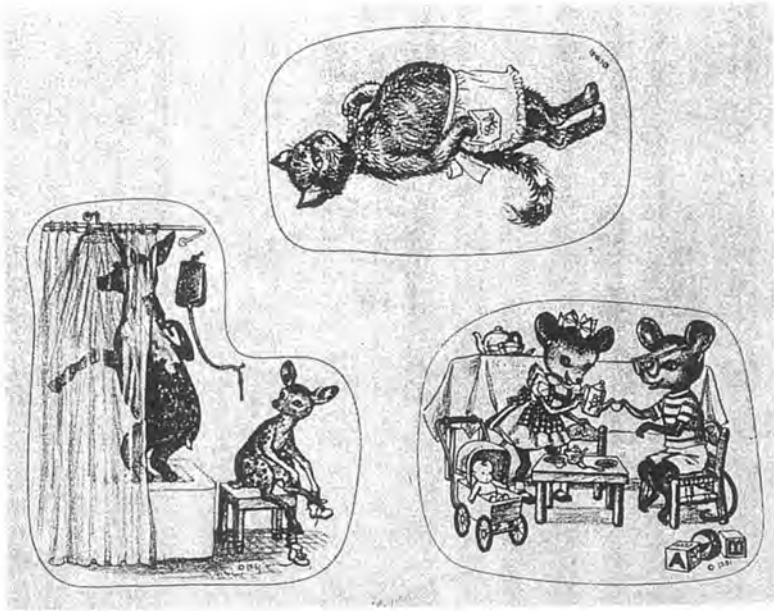
PRUEBA DE APERCEPCIÓN INFANTIL (C.A.T.)
© C.P.S., INC. BOX 83
LARCHMONT, NY 10538

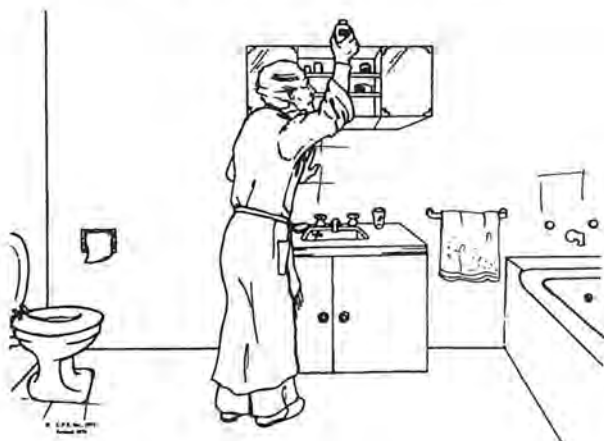


PRUEBA DE APERCEPCIÓN INFANTIL (C.A.T.)
© C.P.S., INC. BOX 83
LARCHMONT, NY 10538



PRUEBA DE APERCEPCIÓN INFANTIL-FIGURA HUMANA (C.A.T.) © C.P.S., INC. BOX 83 LARCHMONT, NY 10538









Parte IV

PBIU con niños

Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU) con niños	141
Consideraciones teóricas	141
Diez factores específicos en la psicoterapia breve y de urgencia con niños	142
Aproximación de diez pasos a la psicoterapia breve y de urgencia con niños	147



Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU) con niños

David M. Abrams, Ph. D.*

CONSIDERACIONES TEÓRICAS

El enfoque general dentro de la psicoterapia breve y de urgencia con niños es muy parecido a lo que se ha delineado para el tratamiento con adultos. Así como con los adultos, es esencial comenzar por recabar una historia clínica completa, seleccionar problemas específicos para el tratamiento y decidir un plan de acción claro. Además, los diferentes enfoques de tratamiento que se describen para los diferentes estados específicos con adultos, son también útiles en el tratamiento de niños bajo las mismas condiciones.

La diferencia principal entre el tratamiento de adultos y niños es que el niño aún vive en casa con sus padres. Así que los padres también deben convertirse en una parte central del proceso de tratamiento. Se deben planear cinco o seis sesiones con el paciente principal (el niño) y agregar cuatro o cinco sesiones con los padres y el sistema más amplio. Conceptuar el tratamiento individual del niño como parte de una familia y de una intervención psiquiátrica comunitaria, lo hará más eficiente en menos tiempo, lo que es importante cuando se limitan el número de sesiones y se necesita que la intervención se mueva de manera rápida.

Más que esto, el sistema de apoyo alrededor del niño necesita ser parte del diagnóstico, planificación y proceso de tratamiento, en particular si muestra dificultades graves en la escuela. Contactar al maestro, director, psiquiatra escolar, psicólogo, trabajador social y especialistas de aprendizaje; puede iluminar en mucho la comprensión del funcionamiento académico del niño y las relaciones con sus compañeros. Es especialmente importante convocar al sistema de apoyo que tiene el niño dentro de la familia y la escuela en situaciones de urgencia como: fobia a la escuela, riesgo de

* Jefe de Psicología, *Center for Preventive Psychiatry*, White Plains Nueva York; docente y supervisor, *Postgraduate Center for Mental Health Child and Adolescent Analytic Training Program*.

suicidio, muerte de uno de los padres, *acting-out* antisocial o sucesos catastróficos que es cuando deben ponerse en movimiento tantas fuentes disponibles como sea posible.

Una bella chica de dieciséis años intentó colgarse, con su cinturón, en el baño de un cine, en el cual, hacía un momento, se había retratado de manera muy romántica un suicidio. Hacia poco había roto las relaciones con su novio y había ido al cine con algunas amigas para intentar olvidar sus repentinos y perturbadores sentimientos de rechazo, humillación y rabia. Sus amigos llegaron a rescatarla justo a tiempo, su familia y vecinos se reunieron a su alrededor, hablaron de los problemas que tenía y le dieron un renovado nivel de afecto amoroso, y sus maestros y consejeros en la escuela se convirtieron en una muy inmediata red respondiente y bien coordinada de involucramiento activo y comunicación constante en cualquier ocasión en que ella pareciera triste, inapropiadamente aturdida, apartada o lejana. Se instituyó la psicoterapia dentro de las líneas que se describen aquí y a los dos meses y medio había recuperado mucho de su anterior bastante buen nivel de funcionamiento.

De este modo, las familias y comunidades se unen en una mayor cercanía durante una crisis. Por lo tanto, un resultado valioso de esta aproximación al tratamiento, es que el niño y el ambiente circundante se involucran más entre sí con el resultado de que el niño se vuelve una parte más integral de su propia familia y comunidad. En consecuencia, la psicoterapia breve y de urgencia con niños se vuelve una forma de psiquiatría comunitaria en el mejor de los sentidos. Gilbert y Ann Kliman establecieron claramente estos principios y son pioneros de muchas formas exitosas en que los centros comunitarios de salud mental pueden movilizar intervenciones de urgencia en situaciones de crisis con personas de todas las edades, así como trabajo preventivo con niños tan pequeños como sea posible ^{21, 69, 70}.

DIEZ FACTORES ESPECÍFICOS EN LA PSICOTERAPIA BREVE Y DE URGENCIA CON NIÑOS

Recabar una historia amplia del niño y de las fortalezas y dificultades familiares

Es importante comenzar por recabar una historia de manera exhaustiva, primero con los padres y luego con el niño a solas. Se explora la historia de cada síntoma y el rol del niño y se investigan las áreas problemáticas dentro de la familia. También se investigan los antecedentes familiares de cada uno de los padres. Cuando se han tomado todos los antecedentes de los miembros de la familia, el terapeuta los esboza en un trozo de papel en la figura de un árbol familiar, que en terapia familiar se denomina "genograma".

La Figura 1 muestra un ejemplo de un genograma de Tom, un niño de seis años de edad. El genograma muestra de modo muy claro como él es el niño de enmedio, así como sus padres también lo han sido en sus familias de origen. Ambos padres se identificaron mucho con la posición de Tom dentro de la familia, ya que éste nunca sentía tener los privilegios y posesiones que su hermana mayor tenía ni la atención que su hermana menor parecía siempre haber podido obtener. Entonces, la enuresis de

cada noche se convirtió en la manera en que le robaba escena a ambas hermanas y obtenía que la familia estuviera constantemente involucrada con él, noche tras noche.

Los asuntos clave a enfatizar al esbozar este genograma familiar, son las personalidades de los diferentes miembros de la familia, sus principales áreas problema y sus fortalezas específicas tanto en logros como en su manera particular de manejar las áreas problemáticas. Es importante obtener una imagen de las diferentes estrategias de manejo de situaciones de la familia, que posteriormente se le presentarán al niño como un repertorio más amplio para intentar relacionarlos con los aspectos actuales del tratamiento.

En este proceso, el niño puede descubrir que un tío en particular puede tener un método para enfrentarse a las situaciones tensionantes, que el niño puede encontrar muy compatible con su propia personalidad. Dado que el estilo de adaptación de cada miembro de la familia es parte de la estructura psíquica propia del niño, el estar consciente de las fortalezas existentes dentro de la familia, le facilita al niño el proceso de identificación con los modelos positivos de rol en su entorno. Con el niño solo, el terapeuta saca a relucir el árbol familiar y le pide que comente acerca de las diferentes personalidades, problemas y fortalezas individuales de los diferentes miembros de la familia, inclusive el niño.

Calificar la gravedad de cada área problemática y clasificar en un rango por orden de importancia

En la primera sesión con los padres y el niño, haga una lista de las áreas problemáticas del niño y de la familia en una hoja de papel. Califique la gravedad de cada área problemática en una escala del uno al diez y después clasifique por rangos todas las áreas problemáticas en orden de importancia. Los padres pueden calificar y dar una clasificación de rango de modo diferente que el niño, lo cual es útil que se les presente en dos pedazos de papel diferentes que la familia pueda llevar a casa. Esto con frecuencia saca a relucir un debate animado entre los miembros de la familia, lo cual, en su momento, estimula al niño y a la familia a trabajar en conjunto sobre aquello que sienten como las prioridades familiares actuales. Véase Figura 2 como un ejemplo en que este modo de visualizar síntomas cambia en la aproximación más directa del tratamiento breve y de urgencia.

Seleccionar uno o dos problemas para tratamiento

Intente reducir la variedad de problemas del niño y la familia, a uno o dos, para el contrato de la psicoterapia breve y de urgencia. Los padres generalmente quieren elegir el síntoma por el cual se refirió al niño, tal como el fracaso escolar, rehusarse a ir a la escuela, enuresis o el hacer espantosos berrinches. ¡Muchos niños dirán que no quieren trabajar absolutamente con ninguno de los problemas!

Un principio útil de la terapia conductual consiste en comenzar el tratamiento con uno de los problemas del final de la lista, tanto en nivel de gravedad como en orden de importancia para la familia. La idea es que uno comienza el proceso de intervención con un área problemática que el niño muestra parte del tiempo, pero no todo el tiempo. Por lo tanto, un tratamiento que se enfoca para comenzar en un problema más fácil, tendrá una mayor oportunidad de éxito para todos los involucrados. Por ejemplo, un niño fóbico con respecto a la escuela puede comenzar el tratamiento haciendo su cama por las mañanas o no pelear con un hermano en la cena. La siguiente semana del tratamiento se podría

elegir enfocar el problema por el cual se le refirió. Después de ese punto, el centro de atención del tratamiento permanecería en estas dos áreas problemáticas.

En nuestro ejemplo de Tom, quién se orinaba en la cama, se puede ver en la Figura 2 que la enuresis se calificó con 10, como la más grave, mientras que el decirles malas palabras a sus padres y rehusarse a hacer su cama, se calificó como la menos grave. Por lo tanto se comenzó eligiendo el problema de hacer la cama por las mañanas, dado que se las arreglaba para hacerlo en la mitad del tiempo. Al final de la primera semana de tratamiento se agregó el centrarse sobre el problema de enuresis. Como se puede observar en esta gráfica, todos los síntomas intermedios entre estas dos áreas problemáticas disminuyeron en forma gradual en cuanto a su gravedad, en tanto el tratamiento avanzaba. Para el final del tratamiento, después de diez sesiones, Tom se orinaba en la cama sólo una o dos veces por semana y parecía ir por buen camino para resolver esta manera de sobreinvolucramiento con sus padres, cada vez más por sí mismo.

Intente nuevas intervenciones al menos una vez por semana o una vez cada dos semanas

Con frecuencia padres e hijos son extremadamente resistentes al cambio, tanto individual como en términos de la manera en que sus familias funcionan. Por tanto, generalmente comenzarán con un pequeño esfuerzo por cambiar en terapia, debido a que han decidido trabajar y desean una resolución exitosa de los conflictos dentro de cierto nivel. Pero poco después de esta pizca de esperanza, organizarán su resistencia al proceso de tratamiento. Esto es algo muy difícil de manejar, dado que en el trabajo con niños el terapeuta no sólo tiene las resistencias del niño sino también las de los padres, que con frecuencia se sienten como la fuerza de todo un ejército bien organizado en contra de los esfuerzos del terapeuta.

Se ha encontrado que se pueden emplear tres métodos para ayudar al terapeuta a superar la resistencia terapéutica:

- a) Primero que nada, se involucra activamente a los padres como parte del proceso de tratamiento, en lugar de que el terapeuta trabaje sólo con el niño. Así los padres sienten que ellos mismos están ayudando al niño, lo cual era lo que querían hacer en primer término.
- b) Las diversas maneras del niño y la familia para manejar los conflictos se exploraron al comienzo del tratamiento. Por lo tanto, cuando estas maniobras defensivas salgan en forma de resistencia al tratamiento, el terapeuta las interpreta, lo que ayuda a la familia a reorientar esta energía defensiva hacia la dirección del enfrentamiento constructivo de situaciones y el cambio.
- c) El terapeuta y la familia intentan abordar una diferente intervención de tratamiento cada semana o cada dos semanas. Esto amplía su repertorio de mecanismos adaptativos de enfrentamiento de situaciones y los ayuda a salir del surco de las rutinas rígidas.

Ayudar al niño a proporcionar una imagen simbólica de las áreas problemáticas en forma de fantasía

Esto es lo mismo que obtener un sueño de un adulto o pedirle una historia de las láminas de la Prueba de Apercepción Temática (T.A.T.), como se describió en capítu-

los anteriores. Con frecuencia, una forma de fantasía provee un *insight* más profundo dentro de los sentimientos internos y frecuentemente le da al terapeuta y al paciente metáforas útiles con las cuales caracterizar los asuntos centrales. Un individuo pasivo que sueña con un volcán que hace erupción, puede proveer una buena imagen de un deseo interno de dejar salir el fuerte enojo así como su temor a que si lo deja salir, esto tenga efectos destructivos. A medida que se desarrolla el aprendizaje del manejo del enojo durante el tratamiento, el terapeuta y el paciente se pueden referir a esta imagen del volcán en erupción.

Se puede ayudar a los niños a expresar sus sentimientos a través de la fantasía, haciéndolos jugar con animales de juguete o con una casa de muñecas con figuras de familia, mientras que el terapeuta escribe la historia de su juego. Se pueden utilizar marionetas u otras figuras de juguete para el juego dramático; se puede emplear cinta de audio o de video para fingir un programa de radio o televisión que el niño crea; el niño puede decir libremente una historia o poema que él mismo haga; puede dibujar una serie de imágenes y después hacer una historia acerca de la secuencia de los dibujos; o puede hacer historias acerca de las láminas de la Prueba de Apercepción Temática para Niños (C.A.T.), que inventaron Leopold y Sonya Bellak. Se pueden pedir estas láminas del C.A.T., como se muestran en la Parte III, a C.P.S. Inc.

Las historias que hizo Tom, quien se orinaba en la cama, acerca de las láminas del C.A.T., estaban llenas de casas que se incendiaban, personas que se empapaban bajo la lluvia y animales que cafan en charcos de lodo e insultaban a otros animales. Su enojo hacia sus padres por dar mayor atención y estatus familiar a sus dos hermanas, se expresaba bien en el simbolismo de las casas incendiadas, gente empapada y el regresivo caerse e insultar. Cuando después se le preguntó a Tom qué era lo que estos temas repetidos en sus historias le recordaban, se dio cuenta que le recordaban cómo deseaba molestar y humillar a sus hermanas y padres, de la misma manera en que lo podían hacer los animales en sus métodos de venganza. Esto posibilitó la discusión de algunos de los principales sentimientos motivadores detrás de su problema de enuresis.

Mobilizar el sistema más amplio de apoyo del niño

Con frecuencia, es de gran ayuda para el niño en situaciones de urgencia, el movilizar los recursos de la familia y comunidad en torno suyo. Se puede ayudar a un niño que tiene miedo de ir a la escuela, a través de que un niño vecino que va en su misma clase y que es un amigo sensible y cercano, lo acompañe. A un niño, como la chica adolescente con conflictos suicidas, lo pueden ayudar amigos, maestros, consejeros escolares, parientes y otros miembros de la familia; quienes periódicamente llaman al niño, ayudan a sacar los sentimientos profundos y ofrecen su preocupación y apoyo.

El terapeuta puede ayudar a un niño que muestra problemas en la escuela mediante organizar una reunión de grupo de apoyo en ésta con los maestros, especialistas del lenguaje, consejeros, padres y, con frecuencia el niño, para discutir las fortalezas y dificultades y para obtener por resultado una intervención que funcione bien. Esto le provee al terapeuta y a la familia un *insight* adicional acerca del niño, y en general ayuda a éste a sentir que la comunidad de apoyo a su alrededor es mucho más amplia y fuerte de lo que él hubiera pensado en un principio. Esta movilización del sistema también tiene un resultado duradero para que el niño se vuelva capaz de buscar apoyo en los otros, mucho después de que concluya la psicoterapia breve y de urgencia.

En el caso de un niño de primer año, que constantemente huía del salón de clase, pateaba a otros niños e insultaba a la maestra; se organizaron tres reuniones con el sistema completo de apoyo de padres, abuelos y personal escolar durante el proceso de tratamiento, con el propósito de que todos pudieran sacar en conclusión al menos una intervención en la que todos estuvieran de acuerdo, para intentarla durante la semana siguiente. Uno de los principales problemas en el caso era que nadie en la familia ni en el sistema más amplio, pudo nunca ponerse de acuerdo en nada y el niño con sus síntomas se las arregló para destacar esto muy claramente. Las reuniones del sistema fueron tan exitosas que la maestra exclamó al final, que habría deseado tener esa red de apoyo cuando era niña.

Revisión periódica de los asuntos y progreso con los padres y el niño

En muchas formas de tratamiento infantil, tales como el psicoanálisis con niños, el terapeuta le permite al niño conducir la manera en que se sacan a relucir los asuntos y no hace referencia a los problemas por los cuales el terapeuta se ha enterado a través de padres o maestros. Sin embargo, en el enfoque que se describe, se ha encontrado que es útil para el terapeuta mencionar la lista de áreas problemáticas originales, para revisarla con el niño a solas y con los padres y el niño, durante sus sesiones. Esto ayuda a establecer una conexión entre las sesiones pasadas y presentes y a mantener un enfoque claro en el principal propósito del tratamiento.

El terapeuta puede mencionar la lista original de problemas con las tasas originales de gravedad, para que el niño y los padres decidan si el nivel de gravedad de cualquier problema ha descendido o no. El terapeuta puede representar las tasas originales de gravedad en un gráfico que ayude al niño y a la familia a visualizar las áreas de progreso y las áreas que necesitan más trabajo, como lo ilustra la Figura 2.

Enmarcar los problemas del niño en términos del conflicto

Con frecuencia el niño tiende a no sentir conflictos internos relacionados con sus áreas problemáticas. Los padres o la escuela pueden ser los que registren una sensación de malestar por la conducta del niño. Por tanto, el niño necesita encontrar una manera de expresar el área de dificultad en términos del conflicto, de modo que este conflicto externo del niño con el ambiente a su alrededor se puede convertir en un conflicto interno entre dos diferentes sentimientos dentro de él mismo. Por ejemplo, a un niño que trastorna la clase a través de hacer constantes payasadas, se le puede ayudar a ver que se siente torpe e inferior debido a sus bajas calificaciones, así que exagera estos sentimientos de torpeza mediante pretender que es un payaso. Existe un conflicto interno entre sentirse académicamente inferior y torpe y desear que otros lo vean como un payaso listo y divertido que sólo finge que es torpe, en lugar de sentirse en realidad de esa forma dentro de sí. Intenta ganar más control sobre su indefensa ansiedad interna a través de cambiar lo pasivo por lo activo mediante la postura de payaso.

Identificar el repertorio de mecanismos de defensa y de enfrentamiento de situaciones y sugerir mecanismos alternativos para manejar las situaciones

El repertorio de mecanismos de defensa y la manera en que el niño se enfrenta a las situaciones puede ser bastante limitado, rígido y no exitoso al principio del tratamiento, como en el ejemplo anterior en que el niño conscientemente, hace de payaso para

encubrir sentimientos subyacentes de inferioridad. El terapeuta necesita identificar los mecanismos de defensa y manejo de situaciones más comunes del niño, mostrarle a éste cómo los utiliza y sugerirle las razones por las que se pueden emplear estos mecanismos. El niño necesita que se le ayude a ver que las maniobras defensivas son desadaptativas y dan por resultado muchas de sus áreas problemáticas.

Entonces el terapeuta sugiere algunos mecanismos alternativos para enfrentarse a las situaciones. Por ejemplo, se puede ayudar a un niño que utiliza la evitación defensiva cuando se rehúsa a que se le apliquen vacunas para contra la alergia, a través de fingir que se le aplica la vacuna al terapeuta durante un juego o mediante leer un libro sobre las razones médicas para las inyecciones, y se le podría ayudar a expresar sus fantasías y sentimientos acerca de lo que le recuerdan las inyecciones o qué pueden representar éstas a nivel simbólico (quizás representan un castigo por una transgresión imaginaria). Es muy útil recurrir a lo que se supo previamente acerca de la variedad de mecanismos para enfrentarse a situaciones de los padres y otros miembros de la familia, en el momento de recibir al niño. Entonces, se puede alentar al niño a identificarse con algunos de estos miembros de la familia mediante intentar uno o dos de sus métodos exitosos de resolución de conflictos. El terapeuta le podría sugerir al niño que intente una aproximación alternativa para enfrentarse a situaciones en la siguiente semana.

Al prepararse para la terminación, predecir cómo se podrían manejar los problemas futuros dada la experiencia actual del tratamiento

Al prepararse para terminar el tratamiento, se trae a colación y se reexamina el material visual de la lista de problemas, tasas de gravedad, el rango por orden de importancia y la gráfica de progreso. Esto facilita el tener una buena imagen del progreso y el reconocimiento de que se ha logrado una buena muestra de trabajo y que ahora puede llegar a su fin. También es útil predecir cómo se podrían manejar los problemas que pudieran surgir en el futuro, dada la experiencia del tratamiento. Por ejemplo, en el caso de un niño suicida que aprendió a utilizar el sistema de apoyo comunitario, se tiene la esperanza de que buscará a esas figuras de apoyo en cualquier área de dificultad en el futuro.

Se espera que de esta experiencia de tratamiento el niño y la familia puedan recurrir a algunos de los aspectos que se emplearon, tales como expresar las dificultades futuras en un medio de imaginación creativa, discutir los problemas de manera directa con otros, que enmarquen el problema en términos del conflicto, se sirvan y se identifiquen con mecanismos exitosos para enfrentar las situaciones en la familia e intenten extraer una variedad flexible de aproximaciones diferentes al buscar una solución.

APROXIMACIÓN DE DIEZ PASOS A LA PSICOTERAPIA BREVE Y DE URGENCIA CON NIÑOS

Los factores específicos que se mencionan anteriormente se pueden organizar, como sigue, en una secuencia de diez sesiones:

- 1) En una sesión con los padres, obtener una historia completa de las fortalezas y dificultades del niño y la familia.

- 2) En una sesión con el niño, obtener una historia de las fortalezas y dificultades del niño y la familia.
- 3) Reúnase con el niño y los padres juntos, califique la gravedad de cada área problemática y coloque en un rango por orden de importancia. Tómese la decisión sobre uno o dos problemas para tratamiento y planee intentar al menos una intervención para la siguiente semana.
- 4) En una sesión con el niño, ayúdelo a dar una imagen simbólica de las áreas problemáticas en algún medio de fantasía como el juego simbólico, juego dramático, crear un cuento o poema, o contar una historia acerca de las láminas del C.A.T.
- 5) Fijar sesiones de planeación del sistema con el niño, padres, maestro, director, especialista de aprendizaje u otra persona clave, para tomar decisiones acerca de las fortalezas y dificultades del niño, problemas a enfocar y un plan de acción específico. Intentar al menos una intervención para la siguiente semana.
- 6) Seguimiento con los padres acerca del progreso y su punto de vista de la reunión del sistema.
- 7) Examinar el progreso junto con el niño e intentar enmarcar sus problemas en términos del conflicto, en palabras parecidas a las de éste.
- 8) Con los padres y el niño, examinar el progreso, sacar a relucir la terminación e intentar nuevas intervenciones para la siguiente semana.
- 9) Con el niño, explorar métodos de definición y enfrentamiento de los conflictos. Sugerir métodos alternativos para enfrentarse a situaciones. Intentar conectarlos con las fortalezas conocidas en la familia.
- 10) Seguimiento con los padres y el niño juntos, examinar el progreso y dejar la puerta abierta a que la familia y el niño trabajen por sí mismos. Predecir cómo se podrían manejar los problemas futuros con base en la experiencia actual del tratamiento.

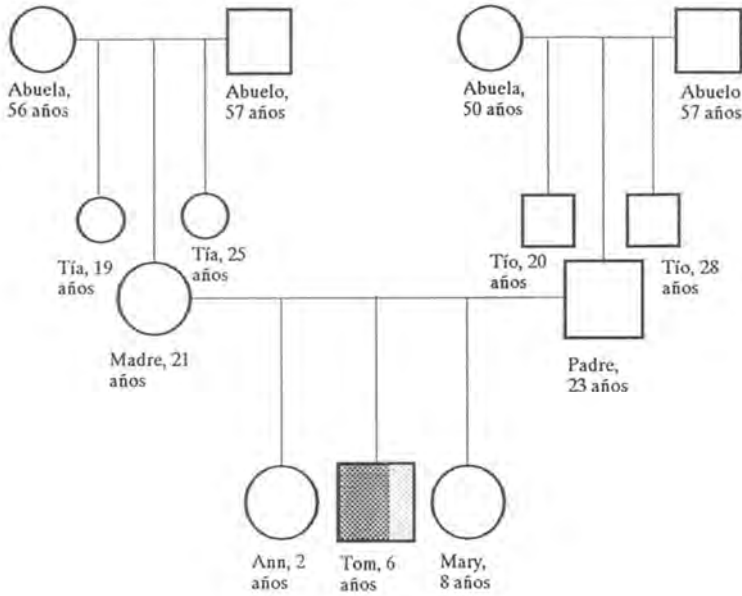


Figura 1: Genograma de Tom, edad seis años, presenta enuresis y es el niño de enmedio; con padres que también lo son en sus propias familias.

Orden de Importancia	Primera semana	Segunda semana	Tercera semana	Cuarta semana	Quinta semana	Sexta semana
Se orina en la cama por las noches	10	10	10	10	10	9
Pelea con sus hermanos	10	10	10	9	9	8
Arroja la comida en la mesa	9	9	8	8	7	6
Insulta a los padres	8	8	8	7	6	6
No hace la cama	8	8	7	7	6	6

Figura 2: Orden por rango y calificaciones de las áreas problemáticas a enfocar en el tratamiento.



Parte V

Terapia cognoscitiva breve

Capítulo 18. Terapia cognoscitiva breve	151
Introducción	151
Principios generales de la terapia cognoscitiva	152
Lineamientos básicos de la terapia cognoscitiva	155
Capítulo 19. Sesión inicial	161
Capítulo 20. Estructura de las sesiones terapéuticas	165
Técnicas de terapia cognoscitiva I: Técnicas cognoscitivas	167
Técnicas de terapia cognoscitiva II: Técnicas conductuales	170
Capítulo 21. Aplicación a estados específicos	175
Depresión	175
Factores en la terapia cognoscitiva de la depresión	176
Suicidio	178
Factores en la terapia cognoscitiva del paciente suicida	179
Trastorno por ansiedad	182
Factores en la terapia cognoscitiva del trastorno por ansiedad	183
Trastorno por ansiedad generalizada	185
Factores en la terapia cognoscitiva del trastorno por ansiedad generalizada	186
Fobias	189
Factores en la terapia cognoscitiva de las fobias	189
Trastorno obsesivo-compulsivo	191
Factores en la terapia cognoscitiva del trastorno obsesivo-compulsivo	192
Bulimia nerviosa	195



Terapia cognoscitiva breve

Ruby Ackermann-Engel, M.A.*

18

INTRODUCCIÓN

La terapia cognoscitiva es una aproximación activa, enfocada, directiva y de corta duración, que se utiliza para tratar una diversidad de trastornos psiquiátricos. Se basa en el modelo cognoscitivo de la psicopatología que afirma que cogniciones imperfectas subyacen a las conductas y afectos desadaptativos. De acuerdo con el modelo cognoscitivo, existen características cognoscitivas aberrantes específicas en cada una de las neurosis^{4, 6, 11}. Así, la meta de la terapia cognoscitiva es corregir el procesamiento defectuoso de la información y ayudar a los pacientes a modificar las suposiciones que mantienen las conductas y emociones desadaptadas.

Mientras que la frecuencia y duración de la terapia cognoscitiva se tiene que adaptar a las necesidades del paciente, el curso típico de la terapia cognoscitiva para la mayoría de los trastornos emocionales (por ejemplo, depresión y ansiedad) toma entre cinco y veinte sesiones terapéuticas de cincuenta minutos. Debido a su naturaleza breve, la terapia cognoscitiva es particularmente adecuada para ayudar a pacientes que necesitan de psicoterapia breve e intensiva por una diversidad de razones (es decir, el costo, restricciones en la póliza de seguros, vivir en un área relativamente aislada con acceso limitado a los servicios de tratamiento, etcétera) y que no podrían recibir el tratamiento de otra manera. Una gran cantidad de estudios han encontrado que la terapia cognoscitiva es efectiva en el tratamiento de trastornos emocionales tales como la depresión¹⁰⁵, ansiedad⁴⁵, trastornos de alimentación¹⁰⁹ y obsesiones y compulsiones⁷⁹, y muchos estudios preliminares han encontrado resultados positivos al utilizar, especialmente, formas breves e intensivas de terapia cognoscitiva^{2, 3, 98, 107}.

En este capítulo, se presentarán los principios básicos subyacentes a la terapia cognoscitiva; después se hará un perfil de la estructura del curso de la terapia junto

* Ruby Ackermann-Engel, M.A., actualmente estudia su doctorado en psicología clínica en la Universidad de Pennsylvania, donde también da clases.

con métodos específicos de intervención, cognoscitivos y conductuales. Finalmente, se discutirá la aplicación de estos métodos a trastornos específicos.

PRINCIPIOS GENERALES DE LA TERAPIA COGNOSCITIVA**

La terapia cognoscitiva se basa en el modelo cognoscitivo de los trastornos emocionales

El modelo cognoscitivo de la psicopatología es el del procesamiento de información. Afirma que la manera en que las personas estructuran sus experiencias (es decir, cómo perciben, interpretan y asignan significados a los sucesos), juega un papel importante en la determinación de sus respuestas emocionales y conductuales a esos sucesos. Es decir, lo que la gente piensa, afecta cómo se siente. Por ejemplo, cuando las personas interpretan sus problemas como desesperados, tendrán como resultado sentimientos de tristeza y decepción. Cuando interpretan una situación como peligrosa, sentirán ansiedad y desearán escapar. Esto es verdadero tanto para las respuestas emocionales normales como psicopatológicas.

De acuerdo con el modelo cognoscitivo, creencias fundamentales o básicas, actitudes y suposiciones acerca de sí mismo, y del mundo, guían la percepción, interpretación y memoria de la persona acerca de los sucesos que experimenta. Estas creencias se derivan de las experiencias pasadas y pueden, o no, estar sujetas a una inspección consciente por parte del individuo. Sin embargo, algunas de estas creencias básicas tienden a ser absolutas y rígidas, resistentes al cambio, se asocian con emociones extremas cuando se las viola y pueden interferir la obtención de metas. Dos suposiciones o creencias disfuncionales son, por ejemplo: "Debo tener éxito para ser feliz"; "A menos de que haga todo a la perfección, son un fracaso".

Se dice que las creencias relacionadas se asocian dentro de la memoria y forman estructuras cognoscitivas mayores que se denominan esquemas. Un vez que se forman y activan, los esquemas facilitan el procesamiento de información consistente con el contenido del esquema y obstaculizan el procesamiento de la información inconsistente con el contenido del esquema. Así, se introduce un sesgo sistemático dentro del procesamiento de información que resultará en formas exageradas y persistentes de reacciones emocionales normales. La naturaleza específica de este sesgo determina qué tipo de síntomas o síndrome psicopatológico exhibirá un paciente dado. Una persona cuyo pensamiento se centra de modo selectivo en temas de pérdida o privación, es probable que se deprima. De manera similar, es posible que una persona cuyo pensamiento se preocupa principalmente por temas de amenazas o peligro, se sienta ansiosa y tensa. Cada trastorno se caracteriza por un "perfil cognoscitivo" específico.

** Extraído de *Anxiety Disorders and Phobias* de Aaron T. Beck y Gary Emery con Ruth Greenberg. Copyright, 1985 de Aaron T. Beck y Gary Emery. Reproducido con permiso de Basic Books, división de HarperCollins Publishers Inc.

Cuando se activan los esquemas (por ejemplo, por sucesos críticos que se relacionan con el contenido específico de las creencias disfuncionales de un individuo, producen un repunte de "pensamientos automáticos". Los pensamientos automáticos son pensamientos e imágenes que suceden de manera espontánea y le parecen válidos y razonables al paciente. Son específicos, discretos e idiosincrásicos, y pueden consistir en interpretaciones de experiencias actuales, predicciones acerca del futuro o recuerdos de sucesos pasados. Los pensamientos automáticos reflejan las creencias básicas del individuo y se asocian con el efecto ⁷¹.

La terapia cognoscitiva es breve y de tiempo limitado

La naturaleza del tiempo limitado de la terapia cognoscitiva ayuda a desalentar la dependencia del paciente ^{6, 44}.

Una relación terapéutica estable es condición necesaria para una terapia cognoscitiva efectiva

Como en otros tipos de psicoterapia, para un máximo de eficiencia, el terapeuta cognoscitivo debe ser cálido, genuino, abierto, sincero y acertadamente empático (es decir, capaz de ver y experimentar la vida en la manera en que el paciente lo hace). En el grado en que el terapeuta sea capaz de hacer esto, facilitará el desarrollo, de una relación de confianza y él y proveerá de un medio terapéutico que conduzca a la aplicación efectiva de las técnicas cognoscitivas de cambio.

La terapia es un esfuerzo de colaboración entre el terapeuta y el paciente

La terapia cognoscitiva es una empresa de colaboración; terapeuta y paciente trabajan juntos como investigadores cuya meta común es identificar y modificar las distorsiones, creencias y suposiciones cognoscitivas que representan un problema para el paciente. Terapeuta y paciente deciden juntos cuáles deberían ser los problemas objetivo de la terapia y trabajan juntos para resolverlos. Se le explican todos los procedimientos al paciente de manera clara y abierta.

La terapia cognoscitiva utiliza principalmente el método socrático

En lugar de dar un sermón y "tratar de convencer con palabras al paciente" de que sus creencias son disfuncionales, el terapeuta cognoscitivista, a través del uso de una estrategia que se denomina "descubrimiento guiado" hace una serie de preguntas para ayudar a los pacientes a identificar pensamientos que se asocian con sentimientos y les ayuda a cuestionar y evaluar sus propios pensamientos. Las preguntas ayudan a los pacientes a examinar de manera objetiva y no defensiva sus suposiciones. Así, a través de la terapia, el terapeuta diseña experiencias y saca a relucir preguntas que alientan a los pacientes a reevaluar sus percepciones erróneas y fomenta el desarrollo de nuevas habilidades y un estilo cognoscitivo más realista.

Además de ayudar al paciente a modificar sus creencias disfuncionales, utilizar el método socrático también sirve como un modelo en futuras estrategias para enfrentar situaciones, que el paciente puede utilizar. El paciente aprende a hacerse a sí mismo las mismas preguntas que el terapeuta le hizo, por ejemplo, "¿Cuál es la evidencia para creer esto?" "¿Cuál es la peor cosa que podría pasar en esta situación?"

La terapia cognoscitiva es estructurada y directiva

Al comienzo de cada sesión, paciente y terapeuta desarrollan una agenda específica para ésta. La agenda incluye una revisión de la sesión previa, revisión de la tarea que se asignó (ver abajo) y uno o dos temas importantes para discutir. Las sesiones terminan con una petición al paciente para que proporcione una retroalimentación acerca de las sugerencias y conducta del terapeuta durante ésta, un resumen de los puntos más importantes de la sesión y, en conjunto, se determina la tarea para la siguiente ocasión (véase **Estructura de las sesiones terapéuticas**, para mayor discusión).

La terapia cognoscitiva se orienta a los problemas

Esto es especialmente cierto al comienzo de la terapia. El paciente identifica problemas actuales que se deben atender y, junto con la ayuda del terapeuta, identifica y corrige los pensamientos y conductas desadaptadas que mantienen esos problemas. Se espera que el paciente desarrolle habilidades independientes de autoayuda, dado que el terapeuta sólo estará disponible durante un tiempo limitado. Más tarde, en el curso de la terapia, el centro de atención se puede cambiar para reestructurar material anterior o planificar para el futuro al anticipar y formular soluciones para obstáculos potenciales futuros.

La terapia cognoscitiva se basa en un modelo educativo

A través de utilizar una orientación enfocada a los problemas y ayudar al paciente a manejar situaciones y problemas específicos a medida que surgen, la terapia cognoscitiva enseña al paciente habilidades generales para enfrentar situaciones que después puede aplicar por sí mismo. En efecto, se enseña al paciente a convertirse en su propio terapeuta.

La teoría y técnicas de la terapia cognoscitiva descansan en el método inductivo

Se les enseña a los pacientes a tratar sus creencias como hipótesis que se pueden evaluar en cuanto a su veracidad y adaptatividad, a considerar toda la información disponible y a revirla con base en los datos recolectados. Se les enseña cómo realizar experimentos para probar sus hipótesis. Por ejemplo, Beck⁵ describe a un paciente que creía que produciría una respuesta negativa en el cajero, si contara cuidadosamente su dinero. Así, terapeuta y paciente formularon la hipótesis: "Cuando cuente mi dinero, el cajero me mirará de manera peculiar". Sin embargo, después de probar su hipótesis y contar su dinero en muchas ocasiones entre sesiones terapéuticas, el paciente encontró que el 95% del tiempo no ocurrió el resultado negativo que había predicho.

También se entrena a los terapeutas a someter a prueba y a revisar sus concepciones sobre el caso, con base en la retroalimentación por parte del paciente y los datos subsecuentes que surgen a medida que la terapia progresa. Así, el método inductivo es una parte integral de la terapia cognoscitiva.

Llevar tarea a casa es un aspecto central de la terapia cognoscitiva

Asignar tareas al paciente le proporciona la oportunidad de descubrir algo nuevo acerca de asuntos que enfrenta actualmente. Se le debe explicar la meta y razón fundamental para todas las tareas. Además, los pacientes se deben involucrar de

manera activa en el diseño de sus tareas. En éstas se les pide a los pacientes que atiendan a sus pensamientos automáticos. En el proceso, también aprenden cómo aplicar los procedimientos que han visto en terapia a situaciones tensionantes en sus vidas cotidianas. Debido a que la terapia cognoscitiva tiene un tiempo limitado, es especialmente importante involucrar al paciente en la actividad terapéutica entre sesiones.

Una nota final acerca de los principios generales de la terapia cognoscitiva: es importante tener en mente que en la terapia cognoscitiva el trabajo del terapeuta no consiste en persuadir o alentar al paciente a adoptar un nuevo conjunto de creencias. Tampoco el trabajo del terapeuta consiste en despertar "pensamientos positivos" en el paciente. Como afirman Beck y Weishaar¹³, "La terapia cognoscitiva no substituye las creencias negativas por aquellas positivas. Se basa en la realidad, no en sueños... [la terapia cognoscitiva] no sostiene que los problemas de las personas sean imaginarios.... Además de los problemas reales, sin embargo, tienen puntos de vista prejuiciados acerca de ellos mismos, sus situaciones y sus recursos, que limitan su rango de respuestas y les impiden generar soluciones". Así, la meta de la terapia cognoscitiva es "enseñar a los pacientes: 1) a vigilar sus pensamientos negativos, automáticos (cogniciones); 2) a reconocer las conexiones entre cognición, afecto y conducta; 3) a examinar la evidencia en favor y en contra de los pensamientos automáticos distorsionados; 4) a sustituir las cogniciones prejuiciadas por más interpretaciones orientadas hacia la realidad; 5) a aprender a indentificar y alterar las creencias que los predisponen a distorsionar sus experiencias"¹³.

LINEAMIENTOS BÁSICOS DE LA TERAPIA COGNOSCITIVA

FASE INICIAL

1. Familiarizar al paciente con el modelo cognoscitivo
2. En la fase inicial del tratamiento, el terapeuta tiene un rol más activo que el paciente
3. Generar una lista de problemas
4. Desarrollar y someter a prueba la conceptualización del caso
5. Desarrollar un plan de tratamiento
6. Enseñar al paciente a identificar pensamientos automáticos
7. Producir reacciones en el paciente hacia las diversas técnicas y hacia el terapeuta

FASE MEDIA

8. Utilizar pensamientos automáticos para ayudar a identificar las creencias básicas del paciente (suposiciones subyacentes)

9. Ayudar al paciente a dominar habilidades cognoscitivas para enfrentarse a situaciones
10. Explorar el desarrollo de las suposiciones subyacentes

FASE FINAL

11. Dar al paciente mayor responsabilidad del tratamiento
12. Examinar las creencias y sentimientos del paciente acerca de dejar el tratamiento
13. Revisar metas obtenidas
14. Preparar la terminación y enfocarse en cómo prevenir recaídas
15. Hacer arreglos para sesiones "de refuerzo" o llamada(s) telefónica(s) de seguimiento

FASE INICIAL

Familiarizar al paciente con el modelo cognoscitivo

El terapeuta debe describirle al paciente la naturaleza y razón fundamental de la terapia cognoscitiva. Se deben definir conceptos básicos como "pensamientos automáticos" y "creencias disfuncionales" y se debe describir la naturaleza colaboradora de la relación terapéutica. Se deben explicar y discutir con el paciente las metas de la terapia cognoscitiva (es decir, el rápido alivio de los síntomas y la prevención de recaídas), junto con las medidas para obtener estas metas (es decir, enseñar al paciente a identificar y alterar los patrones defectuosos de pensamiento que conducen a una conducta desadaptada). Con frecuencia es útil dar al paciente lecturas externas acerca de la terapia cognoscitiva, además de discutir las durante la sesión terapéutica.

El hacer racional, lógico y creíble, para el paciente, cada paso dentro de la terapia cognoscitiva, logra bastantes cosas. Primero, provee al paciente de una explicación acerca de su angustia. Segundo, ayuda a fomentar el desarrollo de un sentido de confianza en el proceso terapéutico e incrementa la motivación del paciente para involucrarse de manera activa en su tratamiento y a participar en una relación de colaboración con el terapeuta. También ayuda a prevenir una terminación prematura de la terapia.

En la fase inicial del tratamiento, el terapeuta tiene un rol más activo que el paciente

Una razón para esto es que en la primera parte del tratamiento, el paciente no ha dominado aún los conceptos y técnicas de la terapia cognoscitiva. También, en la fase inicial del tratamiento, el terapeuta tiene varias tareas que realizar. Además de familiarizar al paciente con la terapia cognoscitiva y hacer una evaluación amplia de éste

(para discusión en detalle véase Sesión Inicial, más adelante), en las primeras sesiones el terapeuta debería desarrollar y someter a prueba una formulación tentativa del caso, elaborar un plan de tratamiento y producir, al menos, un poco de alivio a los síntomas¹³.

Generar una lista de problemas

La lista de problemas deberá ser una lista exhaustiva y detallada de las dificultades del paciente. Con frecuencia, los pacientes se presentan con quejas generales y vagas (por ejemplo, "el problema es que me siento mal"). El terapeuta deberá ayudar al paciente a traducirlas en metas concretas y alcanzables. Así, terapeuta y paciente deben definir y dar prioridad a una lista de problemas en los que se enfocará la terapia.

Desarrollar y someter a prueba la conceptualización del caso

Al examinar la lista de problemas del paciente, un terapeuta puede darse cuenta de que surgen temas centrales o denominadores comunes entre las reacciones desadaptadas del paciente. Una conceptualización del caso, es decir, una hipótesis que desarrolla el terapeuta acerca del factor psicológico central o mecanismo subyacente a los problemas del paciente, le ayudará al terapeuta a comprender la relación entre los diversos problemas en la lista realizada por el paciente⁸⁵. Una conceptualización acertada del caso puede ayudar al terapeuta a predecir qué tensiones en particular tienen una mayor probabilidad de activar la vulnerabilidad particular del paciente, y le pueden sugerir los posibles factores del desarrollo que pueden ser significativos en la historia del paciente y en el funcionamiento psicológico presente.

Persons⁸⁵ sugiere muchas maneras en que un terapeuta puede poner a prueba si su conceptualización del caso es correcta. Primero, el terapeuta debe ser capaz de ver una conexión plausible entre el mecanismo propuesto y todos los problemas en la lista del paciente. Esto deberá ser especialmente cierto con respecto a las circunstancias o al suceso que precipitó el episodio actual. También, el terapeuta deberá ser capaz de hacer predicciones certeras acerca de la historia del paciente y la conducta futura con base en el mecanismo hipotetizado. Además, la reacción del paciente ante las hipótesis del terapeuta es un indicador útil de la validez de la formulación del caso, es decir, esto "suena a verdad?" Finalmente, la eficacia de cualesquiera procedimientos de tratamiento, diseñados con base en la conceptualización del caso, pueden proveer información útil concerniente a la certeza de ésta; el estancamiento en el tratamiento o fracaso en el mismo, sugieren la posibilidad de una conceptualización errónea del caso. Si se encuentra evidencia contradictoria, entonces se debe reevaluar la formulación original y, subsecuentemente, revisar o rechazar y reexaminar hasta que se logre una conceptualización certera.

Desarrollar un plan de tratamiento

El plan de tratamiento se debe desarrollar con base en la conceptualización del caso. ¿Sería más beneficiosa para el paciente la terapia de pareja o de grupo, que la terapia cognoscitiva individual? ¿Qué tipo de intervención (por ejemplo, ¿cognoscitiva o conductual?) sería más eficiente y eficaz para lograr resultados terapéuticos? Una conceptualización certera del caso puede sugerir intervenciones que verdaderamente tienen una mayor posibilidad de proporcionar resultados positivos y ayuda a enfocar las acciones del terapeuta sobre las dificultades centrales del paciente. A través de trabajar con las

dificultades centrales, en lugar de con cada uno de los problemas/síntomas individuales, el terapeuta espera resolver muchos problemas en forma simultánea.

Enseñar al paciente a identificar pensamientos automáticos

Las técnicas que se utilizan para ayudar al paciente a identificar los pensamientos automáticos se discuten en detalle en las dos secciones sobre **Técnicas de la Terapia Cognoscitiva**.

Producir reacciones en el paciente hacia las diversas técnicas y hacia el terapeuta

Esto se debe hacer a lo largo de la terapia, no sólo en la fase inicial. El terapeuta lo puede hacer de manera directa. Por ejemplo, ¿Qué técnicas encuentra útiles el paciente? ¿Cuáles producen ansiedad o inclusive son antiterapéuticas? Esto posibilita determinar que tan correcta o exitosamente se están aplicando las técnicas. También puede proporcionar información concerniente a cómo se pueden emplear mejor las técnicas en la vida del paciente, y entre sesiones¹³.

El terapeuta también debe explorar acerca de las reacciones del paciente hacia cada sesión y hacia el terapeuta mismo. ¿El terapeuta habló demasiado? ¿muy poco? ¿Algo molestó u ofendió al paciente? El provocar esta retroalimentación facilita el desarrollo y mantenimiento de una buena relación terapéutica.

Otra manera de producir la retroalimentación, es que el terapeuta haga un resumen de cuáles parecen ser los problemas más importantes que molestan al paciente. Esto le proporciona al paciente una oportunidad para enmendar o agregar algo más a la "cápsula de resumen". Con frecuencia, esto también es útil para preguntarle al paciente qué es lo que ha dilucidado del resumen el terapeuta.

FASE MEDIA

Utilizar los pensamientos automáticos para ayudar a identificar las creencias básicas del paciente (suposiciones subyacentes)

Los temas comunes o consistentes que surgen de los pensamientos automáticos del paciente, en diferentes situaciones, reflejan las suposiciones subyacentes o creencias básicas del mismo. No identificar las suposiciones subyacentes hace que sucesos aparentemente incipientes, sean comprensibles y lógicos para el paciente.

Ayudar al paciente a dominar habilidades cognoscitivas para enfrentar situaciones

Una vez que el paciente ha aprendido a producir pensamientos automáticos, el terapeuta le puede mostrar cómo evaluarlos de manera racional, lo mismo que a cualquier suposición subyacente que se haya identificado (véase secciones sobre **Técnicas de Terapia Cognoscitiva** para una descripción detallada de las maneras de someter a prueba y evaluar las creencias y pensamientos automáticos). Después, en el

curso de la terapia, el foco se cambia hacia problemas más complejos que involucran más de un pensamiento o creencia desadaptativa. Así, en oposición con la primera fase de la terapia en la cual el foco del tratamiento residía en los síntomas del paciente, en la fase media, el foco se encuentra en los patrones de pensamiento del paciente y en modificar las suposiciones desadaptativas.

Explorar el desarrollo de las suposiciones subyacentes

Después de que se han identificado las suposiciones subyacentes, se puede explorar una posible base etiológica para éstas. Una manera de hacerlo es pedirle al paciente que haga memoria acerca de los primeros recuerdos en los cuales experimentó las mismas emociones⁸⁶. Mostrar al paciente cómo el ambiente pudo haber fomentado el desarrollo de creencias particulares y reacciones emocionales relacionadas y cómo pudo haberle sucedido esto mismo a cualquiera que hubiera estado sujeto a circunstancias similares, con frecuencia funciona como una manera de tranquilizar al paciente y "normalizar" sus síntomas y experiencias⁸⁶.

FASE FINAL

Dar al paciente mayor responsabilidad del tratamiento

En la última fase del tratamiento, se le pide al paciente que asuma mayor responsabilidad para identificar los problemas y generar soluciones. El paciente también tiene mayor responsabilidad en el diseño de cualquier asignación de tareas. En esencia, a medida que se aproxima el fin de la terapia y el paciente se encuentra en mayor disposición para utilizar las habilidades particulares que se le enseñaron en la terapia cognoscitiva, el terapeuta actúa más como consultor o asesor y menos como maestro. A medida que el paciente se vuelve más autosuficiente, se puede disminuir la frecuencia de las sesiones¹³.

Examinar las creencias y sentimientos del paciente acerca de dejar el tratamiento

El paciente puede estar preocupado acerca de una recaída o de su funcionamiento sin el terapeuta. Si esto sucede, podría ser útil recordarle al paciente que, en última instancia, él se debe convertir en el terapeuta y que ha estado avanzando hacia ello al aplicar con éxito las habilidades cognoscitivas con una intervención mínima por parte del terapeuta.

Revisar metas obtenidas

La lista de problemas que se generó durante la primera fase del tratamiento pueden servir como punto útil de referencia para evaluar el grado del progreso que logró el paciente. También, el cambio en los puntajes del paciente en inventarios estandarizados tales como el *Beck Depression Inventory* (BDI)¹², además de los cambios observados en conducta y pensamiento, evidentes en el resultado de la asignación de tareas, descenso en cogniciones y conductas desadaptativas y un incremento en la habilidad de resolución de problemas, proporcionan un medio para evaluar el progreso del paciente.

Preparar la terminación y enfocar en cómo prevenir recaídas

Se debe hablar la posibilidad de que haya recaídas, además de cualesquiera distorsiones congoscitivas que el paciente pueda tener acerca de qué querría decir un retroceso. Se le debe recordar al paciente que los retrocesos son normales. Terapeuta y paciente también deben discutir los retrocesos específicos que sucedieron durante el tratamiento y cómo se manejaron antes¹³. Además, para preparar a un paciente en dificultades futuras, se le puede pedir que anticipe problemas futuros que puedan precipitar la reaparición de los síntomas y cómo podría reaccionar. Para reforzar las habilidades aprendidas e incrementar la posibilidad de que el paciente las utilice, si esas circunstancias particulares surgieran, el paciente puede hacer un *role-play* de cómo respondería⁸⁶. Un método alternativo sería hacer que el paciente ensayara sus respuestas¹³. Se le debe alentar a que intente primero estas estrategias de autoadministración antes de regresar a tratamiento⁸⁶.

De manera alternativa, paciente y terapeuta juntos pueden revisar, y resumir por escrito, técnicas particulares que el paciente haya encontrado especialmente útiles al combatir problemas o síntomas específicos (por ejemplo, se pueden controlar las meditaciones depresivas a través de planear actividades de destreza o entretenimiento dentro del horario diario. Así, si el paciente comenzará a experimentar los síntomas una vez más, el resumen le podría servir como guía de estrategias de autoadministración, que puede llevar a cabo para aliviar su angustia.

Hacer arreglos para sesiones "de refuerzo" o llamada(s) telefónica(s) de seguimiento

Esto se debería hacer mientras el paciente se encuentre en tratamiento. El paciente podría regresar uno o dos meses después de la terminación, independientemente de si se encuentra libre de síntomas o no⁸⁶. El propósito de estas sesiones es dar solidez a cualquier progreso que haya logrado el paciente y proveerlo con cualquier asistencia que pueda necesitar para aplicar las habilidades de reciente adquisición.

Sesión inicial

19

Establecer una relación con el paciente

El terapeuta puede comenzar por preguntarle al paciente acerca de sus pensamientos y sentimientos relacionados con entrar a terapia. También se deben discutir las expectativas del paciente acerca de la terapia. Considerar las creencias y sentimientos del paciente acerca de la terapia sirve a un doble propósito. Primero, puede ayudar al paciente a sentirse cómodo. Segundo, le puede dar al terapeuta la oportunidad para ilustrar la relación entre pensamientos y emociones, y corregir cualquier malentendido que el paciente pueda tener acerca de la terapia en general, y de la terapia cognoscitiva en particular.

Hacer una evaluación completa del paciente

Generalmente, esto requiere una hora u hora y media de duración para la entrevista clínica y se deben considerar los problemas que presenta el paciente, la historia de los problemas, circunstancias que rodearon al brote (o exacerbación actual) de los mismos, de qué manera ha intentado el paciente enfrentar dichos problemas, y la situación externa y contexto interpersonal del paciente. Es vital la evaluación de la desesperanza y suicidalidad de parte del paciente (tanto actual como pasada). Además, en la sesión inicial el terapeuta debe evaluar el repertorio de habilidades para enfrentar situaciones del paciente, tolerancia al estrés, capacidad de introspección, motivación para el tratamiento, etcétera; es decir, los activos del paciente para la terapia, se debe explorar cualquier posible involucración de factores orgánicos que se sugieran en la historia del paciente¹³. Pruebas de lápiz y papel (por ejemplo, la BDI) también pueden producir antecedentes relevantes, información familiar, la concerniente al autoconcepto del paciente y actitud hacia los otros, y la relativa a la gravedad de la sintomatología del paciente.

Identificar síntomas clave

Se debe elaborar una lista preliminar de problemas (véase la sección de **Fase Inicial de la Terapia**). Además, se debe conducir un análisis funcional y cognoscitivo de los problemas¹³. Es decir, ¿cuáles son los síntomas cognoscitivos, afectivos, psicológicos y conductuales específicos que experimenta el paciente? ¿En qué situaciones suceden más los problemas y cuándo son más graves? ¿Existen situaciones en las cuales el paciente se encuentra libre de síntomas? ¿Qué pensamientos e imágenes tiene el paciente cuando experimenta el afecto (especialmente uno fuerte)?

Producir al menos algún alivio de los síntomas

Esta es una meta importante de la primera sesión. Puede ser tan sencillo como educar al paciente acerca del trastorno y ayudarlo a verlo con mayor objetividad (por ejemplo, al decirle al paciente que su disnea y palpitaciones se deben a la ansiedad, no a una enfermedad cardiovascular), o puede involucrar el demostrarle al paciente algunas estrategias congoscitivas o conductuales para lidiar con sus problemas (o alguna parte de éstos). Por ejemplo, si un paciente depresivo se encuentra pasivo y con actividad motora disminuida, tareas conductuales, como el asignarle tareas por grados, puede utilizarse para sacar al paciente de la cama, fuera de casa, etcétera (véase sección en **Técnicas de Terapia Congoscitiva** para una descripción en detalle de éstas y otras intervenciones). El alivio inicial de síntomas puede hacer que el paciente se sienta motivado a hacer posteriores cambios y produce esperanza.

Comenzar a familiarizar al paciente con el modelo congoscitivo

Una forma de comenzar a familiarizar al paciente es ilustrar la relación entre pensamiento, conducta y afecto mediante examinar muchas de sus experiencias emocionales recientes. Esto puede ayudar a establecer al paciente la importancia inmediata del modelo congoscitivo. Otra manera podría ser que el terapeuta le describiera al paciente lo que se ve a continuación: pida al paciente que imagine que está en su casa una noche y escucha que la ventana se mueve con estrépito. ¿Cómo se sentiría y actuaría el paciente si piensa que lo que causa el ruido es un ladrón? Después pídale que imagine que escucha el mismo sonido, pero piensa que sólo es el viento. ¿Ahora cómo se sentiría y actuaría? ¿Cómo podría determinar cuál pensamiento es el correcto? Así, en este escenario, se le pide al paciente que distinga entre pensamientos y sentimientos, que note el efecto de éstos sobre las conductas, y que distinga entre un pensamiento y un hecho.

Otro aspecto con el que hay que familiarizarse, involucra que el terapeuta discuta con el paciente el modelo congoscitivo de su trastorno particular o tipo de problema. También debe describirse durante la primera sesión la naturaleza de tiempo limitado de la terapia congoscitiva. El terapeuta debe explicar que la meta del tratamiento es, de hecho, enseñar al paciente a que se convierta en su propio terapeuta. Así, el preparar al paciente para la terminación, comienza en la primera sesión. El terapeuta debe recordarle constantemente al paciente que la terapia no continuará en forma indefinida; esto le sirve para motivar al paciente a aprender las habilidades específicas que promueven el alivio de síntomas y ayudan a prevenir futuras recaídas. Sin embargo, aunque el número aproximado de sesiones que se requieren puede estimarse después de discutir la lista de problemas del paciente, este número no es absoluto, en lugar de esto se debe considerar un itinerario *posible* para la terminación, que posteriormente se considere poco razonable. Tanto el paciente como el terapeuta deben ser flexibles.

Establecer una tarea a realizarse para la segunda sesión

Terapeuta y paciente deben diseñar, de manera conjunta, la tarea que se asigne y el terapeuta se debe asegurar de que el paciente tiene una clara comprensión de la meta y razón fundamental para la tarea. Se debe alentar al paciente a expresar sus pensamientos y sentimientos acerca de la tarea y el terapeuta debe estar alerta de cualquier

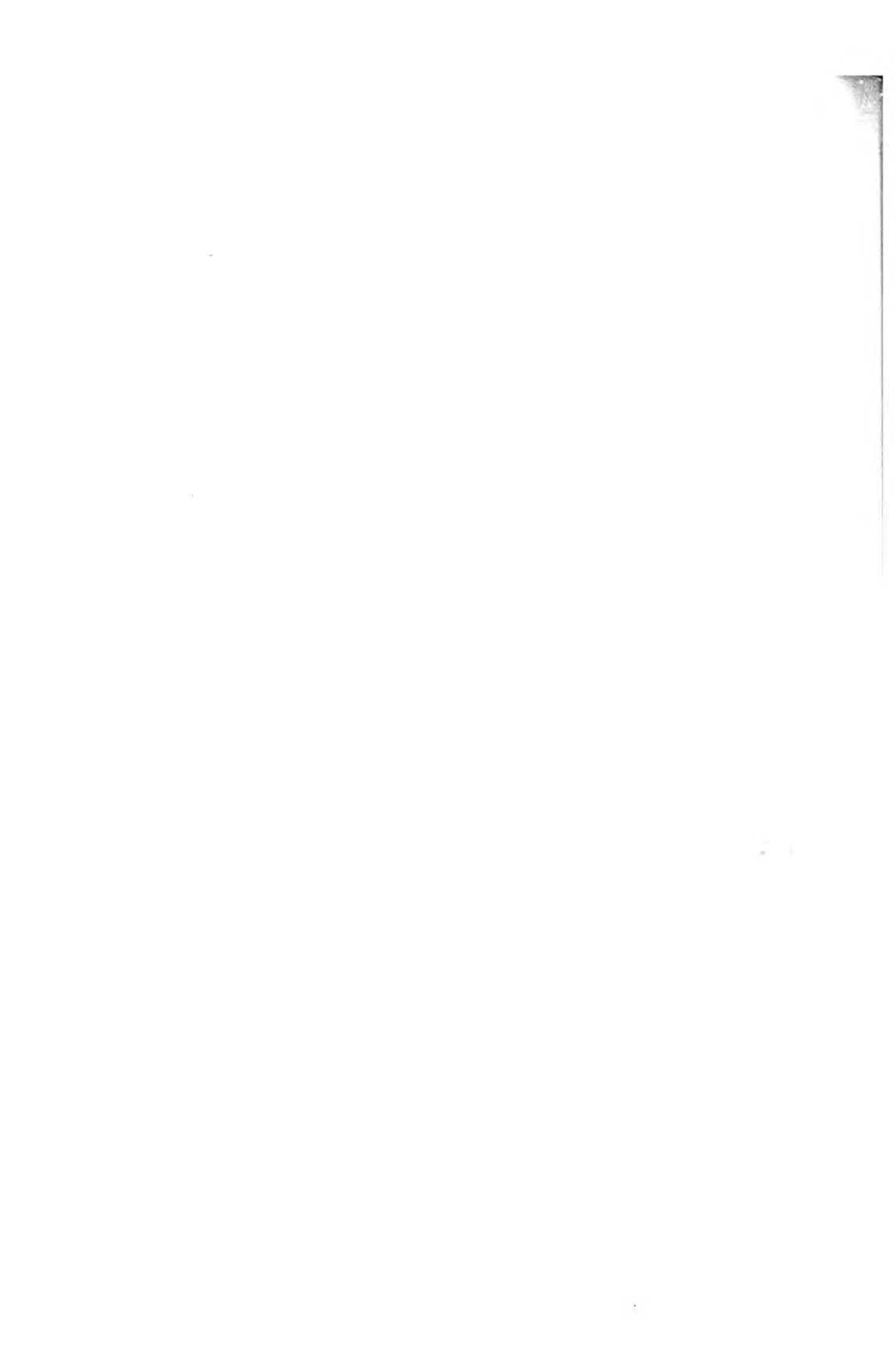
distorsión cognoscitiva que exista acerca del deber asignado (por ejemplo, "Debe hacerse a la perfección"). Si no se hacen correcciones, tales distorsiones pueden producir que toda la experiencia sea contraproducente.

En la primera sesión, generalmente el deber que se asigna se prepara para ilustrar la relación entre cognición, afecto y conducta. Se puede pedir a algunos pacientes que vigilen y registren cualquier pensamiento automático en una situación con carga emocional. A otros se les puede pedir que se involucren en conductas específicas; por ejemplo, a una paciente agorafóbica se le puede pedir que imagine que va manejando hacia un centro comercial.

La asignación de la tarea se debe diseñar para que, aun si el paciente no es capaz de completarla, se derive algún beneficio. Por ejemplo, si la paciente agorafóbica que se menciona antes se viera agobiada por la ansiedad al intentar su tarea imaginaria, aun eso sería una valiosa experiencia de aprendizaje; terapeuta y paciente pueden explorar cuáles cogniciones o imágenes específicas provocaron particular ansiedad y utilizar esta información para comprender mejor la naturaleza del problema.

Producir retroalimentación por parte del paciente

Véase descripción en la sección de la Fase Inicial de la Terapia Cognoscitiva.



Estructura de las sesiones terapéuticas

20

Las sesiones terapéuticas, excepto la primera, deben comenzar con un relato sobre el estado de ánimo actual del paciente, independientemente de las reacciones que haya podido tener en la sesión terapéutica anterior, ponerse al día acerca de las experiencias que haya tenido el paciente desde la última sesión y determinar la agenda para la sesión terapéutica actual¹¹. La agenda debe ser específica y concreta (por ejemplo, "Pensamientos automáticos que se experimentaron en la fiesta de Pepe y cómo [el paciente] respondió ante ellos") y debe incluir detalles que se dejaron pendientes en la última sesión, además de revisar las tareas que se le asignaron al paciente. El establecer una agenda al principio de cada sesión de terapia, ayuda a asegurar que el tiempo disponible para ésta se utiliza del modo más provechoso¹¹. También, determinar una agenda provee de una estructura para las sesiones, lo que a veces, en sí mismo, puede ser terapéutico (por ejemplo, cuando se trabaja con pacientes deprimidos). Además, la actividad de programar la agenda involucra de manera activa al paciente para determinar el rumbo de cada una de las sesiones, por tanto, aumenta la naturaleza colaboradora de la relación terapéutica.

Después, el terapeuta debe producir la retroalimentación con respecto a las tareas que se le asignaron al paciente. ¿Se llevaron a cabo con éxito? ¿Cuáles obstáculos, si los hubo, (por ejemplo, pensamientos automáticos) se encontraron? ¿Qué aprendió el paciente a partir de las tareas?

Después, se debe atender a los asuntos específicos que se enlistaron en la agenda. El terapeuta debe proponer diversas estrategias de aproximación para cada problema y dejar que el paciente tome la última decisión de cuál estrategia utilizar (por ejemplo, ¿se debería utilizar *role-playing*? ¿o un experimento conductual?)

Después de que se han atendido los temas de la agenda, en colaboración, se debe decidir acerca de la tarea o tareas que el paciente llevará a cabo, y se deben anticipar y atender las dificultades potenciales (cognoscitivas o ambientales). También Beck y colaboradores¹¹ recomiendan el uso de cápsulas de resumen muchas veces a lo largo de la sesión. Sugieren que el terapeuta resuma los temas más importantes que deben cubrirse en la sesión, después de que se ha determinado la agenda. También recomiendan un intermedio durante la sesión, para que el terapeuta reseñe los puntos más importantes que se han cubierto hasta entonces. Además, aconsejan que, ya sea el terapeuta o el paciente (después en el curso de la terapia), resuman la sesión hacia el final de la misma.

Finalmente, como ya se mencionó, al término de cada sesión el terapeuta debe pedirle retroalimentación al paciente.

TÉCNICAS DE TERAPIA COGNOSCITIVA I: TÉCNICAS COGNOSCITIVAS

IDENTIFICAR Y VIGILAR LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

1. Interrogatorio directo
2. Imaginación
3. *Role-playing*
4. Cambios de estado de ánimo durante la sesión terapéutica
5. Registro del Pensamiento Disfuncional

IDENTIFICAR SUPOSICIONES SUBYACENTES

6. Determinar el significado de una situación, la técnica de “flecha descendente”
7. Buscar los temas

SOMETER A PRUEBA Y DESAFIAR LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

8. Ayudar al paciente a evaluar de manera racional las creencias, las tres preguntas:
 - a. ¿Cuál es la evidencia?
 - b. ¿Existen explicaciones alternativas?
 - c. ¿Qué pasa si resulta cierto? ¿Cuáles son las verdaderas implicaciones?
9. Enseñarle al paciente a nombrar la distorsión
10. Registro del Pensamiento Disfuncional (continuación)
11. Ventajas vs. desventajas
12. Preguntarle acerca de otra persona
13. Redefinir (o hacer concreto lo abstracto)
14. Exageración y sentido del humor
15. Imaginación

TÉCNICAS DE TERAPIA COGNOSCITIVA I: TECNICAS CONGNOSCITIVAS

En las siguientes dos secciones se mencionan y describen técnicas específicas que se emplean en terapia cognoscitiva. Esto no representa una lista exhaustiva; sólo se discuten aquí las técnicas que más se utilizan. Lectores interesados pueden remitirse a Beck y colaboradores¹¹ y Beck, Emery y Greenberg⁶, para un resumen más completo de las técnicas que se utilizan en la terapia cognoscitiva.

Por supuesto, todas las técnicas se deben adaptar al paciente y a la situación individual. La elección para utilizar una técnica específica se debe basar en la concepción del paciente y las metas particulares para esa sesión. Por ejemplo, el insomnio hipotetizado como temor a la pérdida de control, probablemente respondería mejor al entrenamiento de inundación que al de relajación⁸⁵. Además, primero se le deben presentar al paciente las estrategias junto con la razón fundamental para su uso.

IDENTIFICAR Y VIGILAR LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

El primer paso para ayudar al paciente a modificar su pensamiento disfuncional incluye enseñarle a identificar y vigilar sus pensamientos automáticos. Se utilizan varias técnicas cognoscitivas para despertar los pensamientos automáticos del paciente.

Interrogatorio directo

La técnica más directa es simplemente preguntarle al paciente: ¿Qué pensamientos ocurren cuando se encuentra dentro de una situación problemática o en la situación que evocó una reacción emocional? Si el paciente no puede recordar pensamientos específicos, entonces el terapeuta puede enfocar la atención sobre cómo se sentía el paciente, como medio para indagar los pensamientos de éste.

Imaginación

El terapeuta también puede utilizar la imaginación para intentar tener acceso a los pensamientos automáticos. Por ejemplo, el terapeuta puede preguntar acerca de cualesquiera imágenes que el paciente haya experimentado dentro de la situación de interés, o le pueda pedir al paciente que imagine vividamente estar dentro de una situación o que reviva un suceso reciente que provocó una reacción emocional.

Role-playing

Otra técnica que se puede utilizar para despertar pensamientos automáticos es hacer que paciente y terapeuta hagan un *role-play* de una situación con carga emocional.

Cambios de estado de ánimo durante las sesiones terapéuticas

Los cambios de estado de ánimo dentro de una sesión de terapéutica ofrecen una oportunidad para identificar las cogniciones problema. Al notar cualquier cambio abrupto

en el estado de ánimo o conducta del paciente, el terapeuta debe detener la sesión y pedirle que relate las cogniciones experimentadas antes o junto con el cambio en el afecto ^{44, 86}.

Registro del pensamiento disfuncional

Una vez que el paciente es capaz de identificar los pensamientos automáticos, se le pide que les preste atención y que los registre junto con las emociones asociadas en el Registro de Pensamiento Disfuncional (RPD) ¹¹ ya sea en el momento que se dé un suceso con carga emocional, o de manera retrospectiva, en la sesión de terapia. El RPD es una forma en la cual existen varias columnas para que el paciente registre: a) la situación que precipitó un periodo de angustia o afecto negativo; b) la intensidad del afecto negativo que se sintió (en una escala de 0 a 100); y c) los pensamientos automáticos que experimentó y el grado de creencia del paciente en ellos (calificados en una escala de 0 a 100). Esto le enseña al paciente cómo revisar su afecto, identificar los pensamientos automáticos y ver la relación de estos últimos con las emociones. El RPD también tiene otros usos que se describen más adelante.

IDENTIFICAR LAS SUPOSICIONES SUBYACENTES

Determinar el significado de una situación: la técnica de la "flecha descendente"

Además de enseñarle al paciente cómo identificar pensamientos automáticos, el terapeuta le ayuda a descubrir las creencias subyacentes a éstos. Terapeuta y paciente, juntos, exploran el significado de los pensamientos automáticos del paciente, mediante utilizar la técnica de "flecha descendente" ^{41, 5}. En esta técnica, el terapeuta utiliza los pensamientos automáticos del paciente acerca de una situación en particular, como punto inicial y pregunta acerca de cada uno, "¿Qué pasaría si eso fuera cierto?" o "¿Qué significado tendría que eso fuera cierto?" o "Si eso fuera cierto ¿Por qué lo inquietaría?" Por ejemplo, un paciente varón puede tener el pensamiento automático acerca de una cita en la que la mujer estuviera particularmente silenciosa, "Ella no me habló, no goza de mi compañía". La flecha descendente con el tiempo revelaría que lo que esto significa para el paciente es que, por lo tanto, a él nadie lo quiere. La idea es que al hacer estas preguntas, de manera repetida, a la larga revelará la creencia irracional subyacente a los pensamientos automáticos.

Buscar los temas

Otra manera de descubrir las suposiciones subyacentes es que terapeuta y paciente presten atención a cualesquiera tema comunes que sucedan, ya sea dentro o entre sesiones terapéuticas, porque es probable que estos temas se relacionen con la creencia o conjunto de creencias irracionales, principales, del paciente ⁸⁵.

SOMETER A PRUEBA Y DESAFIAR LOS PENSAMIENTOS Y SUPOSICIONES AUTOMÁTICAS

Enseñarle al paciente a evaluar de manera racional las creencias: las tres preguntas

Algunas técnicas cognoscitivas se dirigen a modificar el pensamiento disfuncional del paciente, una vez que se han identificado los pensamientos automáticos y las suposiciones desadaptativas. Una manera es hacer que el paciente evalúe la validez, racionalidad y adaptatividad de sus creencias. Por lo general, los terapeutas cognoscitivistas emplean tres preguntas básicas para ayudar al paciente a evaluar de manera racional sus creencias: 1) ¿Cuál es la evidencia en favor y en contra de la creencia? 2) ¿Cuáles son cualesquiera explicaciones alternativas para el suceso u otras maneras de verlas? 3) Aun si la creencia es verdadera, ¿cuáles son las implicaciones reales para mí? ^{5, 86}.

Enseñar al paciente a nombrar la distorsión

Otra técnica cognoscitiva que se utiliza para modificar las cogniciones desadaptativas de un paciente, es enseñarle a identificar sus distorsiones cognoscitivas ^{50, 85}. Así, el terapeuta debe definirle al paciente los tipos de distorsiones o asignarle lecturas relevantes como tarea (por ejemplo, el Capítulo 3 de *"Feeling Good"* de David Burns⁴¹), para familiarizarlo con las categorías de los errores cognoscitivos comunes. Identificar que ha sucedido un error cognoscitivo, es el primer paso para corregirlo. Además, el terapeuta puede pedirle entonces al paciente que genere una respuesta racional con base en su conocimiento acerca del tipo de error de pensamiento que se hizo.

Registro del Pensamiento Disfuncional (continuación)

El RPD también se puede utilizar para desafiar el pensamiento irracional. Además de registrar las situaciones específicas evocadoras de emoción y los pensamientos automáticos asociados, se le pide al paciente que genere una respuesta racional a cada uno de los pensamientos automáticos. Por ejemplo, se le podría pedir al paciente varón, que se mencionó antes y que tuvo una cita con una mujer silenciosa, que proponga otras razones para la conducta reservada de la mujer durante la cita (por ejemplo, estaba cansada porque tuvo un día difícil, es tímida, etcétera). El terapeuta también le podría pedir que buscara evidencia de que, de hecho, le agradó a ella (por ejemplo, ella estuvo de acuerdo en volver a salir con él). Después de que se generan y registran las respuestas racionales, se le pide al paciente que recalifique la intensidad de sus emociones negativas y el grado de creencia en su pensamiento automático negativo.

Ventajas vs. desventajas

Pedirle a los pacientes que examinen las ventajas y desventajas de aferrarse a una creencia en particular, con frecuencia es útil para lograr que se den cuenta de que, aun si ésta pudiera ser certera o funcional dentro de ciertas situaciones, eso no siempre ocurre.

Preguntar acerca de otra persona

Preguntarle al paciente acerca de otra persona, es una técnica útil cuando éste tiende a condenarse en forma áspera por causa de un fracaso. Con frecuencia, el mismo

paciente es extremadamente tolerante con respecto al mismo "fracaso" en otra persona. Así, al hacerle preguntas al paciente acerca de otra persona con el mismo defecto, el terapeuta puede señalarle el estándar doble que sostiene⁸⁵.

Redefinir (o hacer concreto lo abstracto)

"Redefinir" un problema implica hacer que el paciente sea más específico al definir un problema y enunciarlo en términos de su propia conducta. Generalmente, esto ayuda a revelar las distorsiones cognoscitivas. Por ejemplo, se le pide a un paciente que evita entrar en una situación, debido al miedo a "hacerse pedazos", que especifique que "hacerse pedazos" se refiere a sentir ansiedad crónica; un estado que él admite que, aunque es displaceroso, de hecho es soportable^{85, 13}.

Exageración y sentido del humor

La exageración y sentido del humor, cuando se usan de manera sensata, pueden también ayudar a ilustrar la naturaleza ilógica e irracional de la creencia del paciente.

Imaginación

Una manera de utilizar la imaginación para someter a prueba y desafiar las suposiciones y pensamientos automáticos, es pedirle al paciente que visualice una escena particularmente angustiante y le dé un final positivo. Esto es útil, en particular, para los pacientes ansiosos que con frecuencia experimentan imágenes angustiantes. Por ejemplo, Clark y Beck⁴⁴ describen a una mujer de 24 años de edad, que de manera repetida veía una imagen de sí misma en la que un familiar abusaba sexualmente de ella a la edad de cinco años. Aunque las técnicas verbales fueron exitosas, sólo marginalmente, para decrementar la angustia que ella sentía cuando experimentaba la imagen, el visualizarse a sí misma en la situación, creciendo a su tamaño actual e imponiéndose en contra del familiar, le dio un alivio significativo.

TÉCNICAS DE TERAPIA COGNOSCITIVA II: TÉCNICAS CONDUCTUALES

Aunque no es directamente manifiesto en su nombre, la terapia cognoscitiva también involucra el uso frecuente de estrategias conductuales tanto como de técnicas cognoscitivas. Muchas de estas técnicas conductuales son parecidas, o aun idénticas, a las que utilizan los terapeutas conductuales; sin embargo, los terapeutas las utilizan para propósitos diferentes. Mientras que la meta del terapeuta conductual es alterar la conducta observable del paciente, el terapeuta cognoscitivo utiliza el cambio en la conducta para lograr cambio *cognoscitivo*; es decir, el terapeuta cognoscitivo utiliza las técnicas para identificar y modificar las suposiciones y pensamientos automáticos del paciente.

Programación de actividad

Una técnica conductual que utilizan con frecuencia los terapeutas cognoscitivos, en especial con pacientes depresivos, se llama programación de actividad. Primero, se le

pide a los pacientes que lleven un registro hora por hora de sus actividades y que las califiquen de acuerdo al grado de placer, ansiedad y destreza que se experimentó durante cada una de ellas (en una escala de diez puntos). Entonces, se le pide al paciente que se involucre en actividades específicas y que vigile cualesquiera pensamientos o sentimientos que ocurran mientras lo hace.

La programación de actividades se hace junto con el paciente y logra varias metas. Primero, al obtener que el paciente se involucre en actividades que evitaba antes, se interrumpen las meditaciones y preocupaciones negativas, y se pueden (re)introducir las fuentes de placer, autovalía y sentido de control sobre el ambiente. Además, participar en actividades programadas puede combatir los puntos de vista distorsionados del paciente acerca de sí mismo como "incompetente", "incapaz" o "defectuoso", facilitando con ello el cambio cognoscitivo. También, las tasas de destreza y placer del paciente se pueden utilizar para desafiar las cogniciones distorsionadas como: "Ya no disfruto de nada", "no puedo lograr nada" o "nada de lo que hago me hace sentir mejor".

Cuando se utiliza la programación de actividades, el terapeuta deberá señalarle al paciente que la meta inmediata es intentar adherirse al programa; *no* es el alivio de los síntomas, lo que con frecuencia *sigue* al incremento en actividad. Además, terapeuta y paciente deben intentar anticipar los obstáculos potenciales para completar las actividades programadas; éstos se deben tomar en cuenta durante la sesión terapéutica.

La programación de actividades provee estructura y también le da información útil al terapeuta en cuanto a lo que, realmente, hace el paciente fuera de las sesiones y cuáles sucesos se asocian con un estado de ánimo positivo, negativo, ansiedad, sentido de destreza y placer, etcétera. En su momento, esta información se puede incorporar dentro de subsecuentes actividades programadas.

Asignar tareas en grados

Asignar tareas en grados implica hacer que el paciente intente alcanzar una meta, ya sea a través de comenzar con una tarea relativamente fácil o mediante separar tareas complejas en pequeñas partes. Con frecuencia, las tareas no hechas o que se evitan, se asocian con pensamientos automáticos tales como: "Nunca lo terminaré", "Es demasiado difícil", "No seré capaz de hacerlo". Para contrarrestar el efecto de interferencia de estos pensamientos automáticos, el terapeuta le debe ayudar al paciente a dividir una tarea compleja en muchas partes más pequeñas y manejables. Paso a paso, se incrementará la dificultad de las tareas asignadas.

Experimentos conductuales

Los experimentos conductuales son una manera extremadamente potente de modificar las creencias del paciente y representan un papel central en la terapia cognoscitiva. El primer paso es enseñar al paciente a formular sus pensamientos, creencias, etcétera, de manera que se puedan someter a prueba (es decir, el hacer predicciones específicas). Entonces, terapeuta y paciente, en conjunto diseñan una prueba de la predicción. Después se recolectan y registran los datos relevantes a una predicción particular y se comparan los resultados con la hecha por el paciente. Además de proveer evidencia acerca de la validez de un pensamiento o creencia en particular, esta técnica promueve en el paciente un pensamiento más objetivo en general¹³.

Ensayo conductual y cognoscitivo, role-playing y modelamiento

El ensayo conductual y *role-playing* se utilizan para practicar habilidades o técnicas que el paciente utilizará después en situaciones de la vida real. También se pueden utilizar en conjunto con técnicas de modelamiento. Por ejemplo, cuando el paciente tiene una meta pero no sabe cómo lograrla, el terapeuta puede modelar una conducta apropiada para la situación problemática. Entonces, el paciente puede practicar la conducta en la sesión, y si es necesario, revisarla con base en la retroalimentación del terapeuta⁸⁵. El ensayo cognoscitivo (es decir, hacer que el paciente imagine cada paso involucrado en completar una tarea en particular) también puede ser útil para hacer que el paciente lleve a cabo una tarea¹¹. Así, el ensayo conductual y cognoscitivo, el *role-playing* y el modelamiento, pueden ayudar a preparar al paciente para involucrarse en situaciones y conductas antes evitadas.

Además de proporcionar entrenamiento en habilidades, estas técnicas pueden proveerle al paciente una oportunidad para evaluar cualquier pensamiento automático que surja de las actividades.

Terapia de exposición

En la terapia de exposición se les asignan a los pacientes ansiosos actividades que producen ansiedad y se les pide que vigilen sus pensamientos o cualesquier imagen que puedan experimentar, junto con los cambios en su nivel de ansiedad. Estos ejercicios implican pedirle a los pacientes que permanezcan en la situación productora de ansiedad por periodos de tiempo cada vez más largos. El primer paso es que paciente y terapeuta generen una jerarquía en grados, o lista por grados, de las situaciones temidas o fóbicas, que refleje todo el rango de situaciones que el paciente evita en la actualidad. Debe comenzar con situaciones que producen sólo una ansiedad leve y terminar con las que evocan ansiedad extrema. Butler⁴² sugiere que se debe tener cuidado al definir los elementos en la mitad de la jerarquía para que sean relevantes para las preocupaciones del paciente y se definan de manera precisa. Además, se debe asociar cada paso en la jerarquía con un incremento equivalente en la ansiedad.

Es importante identificar los factores que afectan el nivel de ansiedad que experimenta el paciente en situaciones temidas específicas (por ejemplo, ¿qué es lo que facilita al paciente el tolerar una situación? ¿qué es lo que se lo dificulta?) para que este conocimiento pueda utilizarse al diseñar tareas prácticas para el paciente. La exposición se debe graduar, repetir y prolongar, tanto como sea posible y las tareas se deben especificar claramente con anticipación⁴².

Los ejercicios de tarea son una parte integral de la terapia de exposición, dado que le permiten a los pacientes desarrollar la confianza de enfrentar el estímulo temido y pueden acelerar el movimiento ascendente en la jerarquía. De preferencia, el paciente desempeña estos ejercicios a solas; sin embargo, el terapeuta puede acompañarlo al principio, si es necesario (es decir, para modelar estrategias de manejo de situaciones o para dar apoyo).

Cuando se utilizan procedimientos de exposición, el terapeuta debe estar a la expectativa de signos de "evitación cognoscitiva" durante las sesiones de exposición; es decir, una especie de desprendimiento mental con respecto al ejercicio. En general, para que sea efectiva, la exposición necesita evocar ansiedad en el paciente. Si el paciente ignora los aspectos angustiantes, entonces la exposición resultará ineficiente⁴².

La terapia de exposición se puede hacer individual o en grupos y puede ser *in vivo* (es decir, en persona) o imaginaria, si es necesario (por ejemplo, en el caso de fobias a los truenos o fobia a volar, para las cuales hacer arreglos de exposición *in vivo* no siempre es posible), y puede ser en periodos de tiempo cortos o largos.

Ejercicios de relajación

Los ejercicios de relajación pueden ayudar a reducir la tensión y ansiedad física y psicológica en pacientes aquejados por tales síntomas⁸⁵. Existen numerosos enfoques disponibles para el entrenamiento de relajación (por ejemplo, relajación muscular progresiva y relajación aplicada). Las técnicas se pueden practicar en casa utilizando cintas de audio; sin embargo, el paciente debe intentar primero cada ejercicio con el terapeuta, durante una sesión de terapia. Los pacientes pueden escuchar las cintas en la sesión con el terapeuta y después llevarlas a casa para practicar la relajación en periodos cada vez más cortos. A la larga, los primeros signos de ansiedad deben servir como clave para que el paciente se relaje.

Distracción

La distracción le proporciona a los pacientes ansiosos un medio para controlar su ansiedad al apartarse a sí mismos de los pensamientos de daño inminente⁴⁴. También pueden servir para alejar la atención de pacientes depresivos, de sus meditaciones pesimistas. El contar hacia atrás, prestar atención a detalles en el ambiente, la actividad física y concentrarse en una tarea, pueden servir como distractores efectivos.



Aplicación a estados específicos

21

DEPRESIÓN

Conceptuaciones cognoscitivas de la depresión

Se dice que los individuos deprimidos tienen una triada cognoscitiva negativa; es decir, tienen una perspectiva negativa de sí mismos, del mundo del futuro. Estos patrones cognoscitivos dan lugar a muchos de los síntomas de la depresión. Por ejemplo, la "parálisis de la voluntad", que se observa en los pacientes depresivos, se deriva de su desesperanza y pesimismo; dado que esperan un resultado negativo, dudan cuando se les pide que se comprometan a llegar a una meta¹³. De igual manera, la dependencia de los pacientes depresivos se puede considerar como el resultado de su punto de vista acerca de ellos mismos como incompetentes y su tendencia a sobrestimar la dificultad de sus tareas de la vida diaria y a subestimar sus propias habilidades; dado que sólo esperan fracasos, vuelven la vista a otros en busca de ayuda y seguridad.

A medida que se desarrolla la depresión, se vuelven más frecuentes e intensos los pensamientos automáticos negativos. Este incremento en pensamientos automáticos negativos se facilita por el cada vez más penetrante estado de ánimo deprimido que experimenta el paciente. Así, ocurre un círculo vicioso. El incremento en pensamientos automáticos negativos aumenta el efecto depresivo de la persona; el incremento en efecto depresivo, por su parte, contribuye a que la persona tenga más pensamientos deprimentes⁶⁴.

Las distorsiones sistemáticas en el procesamiento de información sirven también para mantener la creencia del individuo depresivo en estos puntos de vista, aun frente a una evidencia ambiental contradictoria. Algunas de estas distorsiones, o "errores de lógica", que se encuentran de manera común en personas depresivas, incluyen:

1. **Pensamiento dicotómico/todo o nada:** la tendencia a pensar en términos extremos o absolutos.
2. **Abstracción selectiva:** la tendencia a enfocarse en un detalle negativo del ambiente y a basar cualquier conclusión, relativa a la experiencia, sobre este

detalle negativo; mientras que se ignoran los rasgos más importantes de una situación.

3. **Inferencia arbitraria:** la tendencia a extraer una conclusión en ausencia de evidencia que la apoye.
4. **Sobregeneralización:** la tendencia a extraer conclusiones globales (por ejemplo acerca de la propia valía o capacidad) con base en un hecho o incidencia aislado.
5. **Maximización y minimización:** la tendencia a enfatizar en demasía la significancia o magnitud de sucesos negativos y a subenfatar la significancia o magnitud de experiencias positivas.
6. **Personalización:** la tendencia a tomar responsabilidad por cosas que tienen poco o nada que ver con uno mismo.

FACTORES EN LA TERAPIA COGNOSCITIVA DE LA DEPRESIÓN

Proporcionar una razón fundamental

Además de describirle verbalmente al paciente el modelo cognoscitivo de la depresión, se le puede pedir que lea un folleto que produjo el *Center for Cognitive Therapy* en Filadelfia y que se llama "*Coping with Depression*", que describe en detalle el tratamiento cognoscitivo de la depresión y su razón fundamental⁸.

Evaluar suicidalidad y desesperanza en la sesión inicial

Es sumamente importante, cuando se trabaja con pacientes depresivos, que se evalúen, en la sesión inicial, la desesperanza y la ideación e intento de suicidio, y que se determine el grado de riesgo. Véase la sección de **Terapia Cognoscitiva del Paciente Suicida**, para mayor discusión sobre cómo evaluar e intervenir con pacientes suicidas.

Énfasis inicial en técnicas conductuales para lograr activación conductual

El paciente extremadamente deprimido, por lo general se encuentra atrapado en un círculo vicioso, en el cual, entregarse a una relativa inactividad, conduce a una autoetiquetación negativa que, por su parte, promueve aún más desaliento e inactividad. Así, en la primera parte de la terapia, con frecuencia se utilizan técnicas conductuales para contrarrestar la pérdida de motivación, desesperanza y meditación excesiva de parte del paciente. Por ejemplo:

- a) Se utiliza programación de actividad para ayudar al paciente a obtener mayor placer y un mucho mayor sentido de logro y destreza a partir de sus actividades diarias.
- b) La asignación de tareas en grados se utiliza para ayudarle a llevar a cabo tareas que inicialmente eran abrumadoras, por lo tanto, se incrementa su sentido de destreza.

- c) El ensayo cognoscitivo le ayuda al paciente a concentrarse en una tarea en particular y le ayuda al terapeuta a identificar los obstáculos que el paciente encontró y que constituyen la dificultad de la tarea para él.
- d) Se le pueden enseñar al paciente técnicas distractoras para reducir la intensidad del afecto doloroso y obtener control sobre la reactivación emocional.

Reestructuración cognoscitiva

Se debe enseñar al paciente a identificar los pensamientos automáticos y las suposiciones subyacentes, utilizando las técnicas que se describen antes al usar, por ejemplo:

- a) Autovigilancia cada hora.
- b) Interrogatorio directo concerniente a los pensamientos que se experimentaron durante las situaciones emocionales.
- c) *Role-play* de las situaciones que se asocian con el afecto.
- d) Al utilizar el RPD.
- e) Al examinar las cogniciones que preceden o suceden de modo concurrente, con cambios de estado de ánimo dentro de las sesiones terapéuticas.
- f) Al utilizar la técnica de "flecha descendente".

De manera similar, el terapeuta puede ayudar al paciente a someter a prueba y desafío los pensamientos automáticos negativos y las creencias disfuncionales a través de:

- a) Hacerle al paciente las tres preguntas que se encuentran en la sección de **Técnicas Cognoscitivas**, para lograr que evalúe, de manera racional, la validez y adaptatividad de sus suposiciones y pensamientos automáticos.
- b) Utilizar el RPD para ayudar al paciente a practicar la generación de respuestas racionales a sus pensamientos automáticos negativos.
- c) Enseñar al paciente a nombrar la distorsión y así reconocer cuándo comete un error lógico.
- d) Hacer que el paciente sopesa las ventajas vs. las desventajas de apegarse a una creencia en particular.
- e) Preguntarle al paciente acerca de otra persona para lograr que examine sus suposiciones de modo más objetivo.
- f) Redefinir los problemas (es decir, hacer concreto lo abstracto) para conseguir que las tareas y problemas, aparentemente imposibles, sean más manejables.
- g) Diseñar, en colaboración con el paciente, experimentos conductuales para someter a prueba sus pensamientos y creencias. Un tipo particular de experimento conductual que se denomina "predicción de placer", es especialmen-

te útil para modificar la tendencia de los pacientes depresivos a esperar relativamente poca satisfacción de sucesos placenteros en potencia ⁴¹. Paciente y terapeuta planean actividades para que él primero las realice durante la semana. Antes de que sucedan, se le pide al paciente que prediga qué tanto placer obtendrá de la realización de cada actividad planificada. Después de que se termina cada actividad, el paciente registra la cantidad real de placer que obtuvo. Dado que los pacientes depresivos con frecuencia disfrutan más de las cosas de lo que esperaban, la predicción de placer le proporciona evidencia que contradice su creencia negativa ⁸⁵. También demuestra cómo las cogniciones negativas pueden afectar la motivación ⁹⁴.

Preparar para la terminación y prevención de recaídas

Véase la discusión anterior acerca de la fase final de la terapia en *Lineamientos de la Terapia Cognoscitiva*.

Tratamientos alternativos para la depresión

Estudios de resultados sugieren que la terapia cognoscitiva es, cuando menos, tan efectiva como la utilización de antidepresivos en el alivio de la depresión, inmediatamente después del tratamiento ³⁹, y que es superior al tratamiento con antidepresivos en la prevención de recaídas ⁴⁰. Otras evidencias sugieren que las técnicas cognoscitivas que se diseñan para disminuir la frecuencia o intensidad de los pensamientos automáticos negativos, tales como distracción e interrogatorio directo, pueden lograr una mejoría inmediata en el estado de ánimo ⁵⁶. Los últimos hallazgos pueden ser particularmente relevantes para la eficacia de la terapia cognoscitiva de urgencia.

Sin embargo, no todos los pacientes responden sólo a la terapia cognoscitiva. Para ellos podría ser indicado utilizar una combinación de terapia cognoscitiva y tratamiento con antidepresivos. De modo alternativo, si los factores interpersonales parecen representar un papel importante para mantener la depresión, se debe considerar la terapia de pareja o familiar ⁵⁵.

SUICIDIO

Conceptuaciones cognoscitivas del suicidio

Los pacientes suicidas exhiben un alto nivel de desesperanza. El grado de desesperanza se correlaciona con la posibilidad de suicidarse. Los pacientes suicidas también exhiben un déficit cognoscitivo tal que tienen dificultad para generar soluciones a problemas interpersonales, de trabajo o escuela ¹⁰⁸, y tienden a caer en un pensamiento rígido, dicotómico.

FACTORES EN LA TERAPIA COGNOSCITIVA DEL PACIENTE SUICIDA

Es esencial una evaluación completa

Sin embargo, con frecuencia es un reto difícil dado que los pacientes suicidas pueden ser reacios a divulgar sus pensamientos y planes. Así, el terapeuta que trabaja con pacientes depresivos, debe tener siempre en mente que el paciente puede estar subestimando el problema⁸⁵. La evaluación debe tomar en cuenta tanto los pensamientos del paciente como cualquier conducta relevante (por ejemplo, juntar medicamentos, hacer un testamento), además de si el paciente tiene acceso a los medios para suicidarse. Otro factor que debe considerarse es si existen amigos o parientes que puedan intervenir en la situación de un intento de suicidio o que puedan proveer al paciente apoyo social⁹.

Un punto importante en la evaluación del paciente suicida se localiza en los motivos de éste. ¿El paciente considera al suicidio como una manera de escapar a sus problemas? ¿O parece ser una forma de manipular a otras personas en su ambiente? ¿O, simplemente, es un llamado de ayuda? También se debe prestar atención a cualquier conducta suicida que haya exhibido el paciente en el pasado y la intencionalidad de morir asociada con intentos anteriores.

Se encuentran disponibles medidas estandarizadas de suicidabilidad y desesperanza, que son valiosas para la evaluación del riesgo de suicidio (por ejemplo, *Scale for Suicidal Ideation*)⁹.

Interrumpir el plan

Una manera de hacerlo es lograr que el paciente retire los medios para suicidarse. Por ejemplo, se le puede pedir al paciente que le dé las pastillas, pistola, etcétera, al terapeuta o a un amigo o pariente. También, a los pacientes potencialmente suicidas, se les debe dar antidepresivos, sólo en pequeñas dosis por toma o no darles ninguna, dado que estos fármacos pueden ser letales. Se puede involucrar a los amigos y miembros de la familia y pedirles que ayuden a proteger al paciente, a través de hacer cosas tales como supervisar cuando toma el fármaco y poner bajo llave artículos potencialmente peligrosos⁸⁵.

Enfocarse en la desesperanza del paciente

Una primera, y frecuentemente útil, intervención con los pacientes suicidas es intentar producir un contrato, verbal o escrito, de parte del paciente de no suicidarse durante un periodo de tiempo dado⁸⁵. Muchas otras técnicas cognoscitivas y conductuales son útiles en disminuir la desesperanza de los pacientes:

- a) Pedir y someter a juicio la evidencia del paciente acerca de la conclusión rígida de que, por ejemplo, "las cosas nunca mejorarán"; puede ayudar a reducir la desesperanza⁸⁵. De modo parecido, también puede ayudar el señalar las inconsistencias lógicas en el sistema de creencias del paciente.

- b) Pedirle al paciente que haga una lista de las razones para vivir y las razones para morir o las ventajas o desventajas de vivir contra las de morir ⁹. También se debe generar una lista de problemas.
- c) Se deben identificar las situaciones que fomentan el aislamiento y tienden a promover la ideación suicida (por ejemplo, a través de hacer que el paciente registre sus actividades cada hora) y evitarlas lo más posible.
- d) Combatir la apatía e inactividad con técnicas como la asignación de tareas en grados, autovigilancia y programación de actividades. El programar actividades puede contrarrestar la inactividad y meditación o preocupación, porque el realizarlas distrae a la persona de la ideación suicida. Esto también ayuda al paciente a sentirse menos abrumado e incrementa su sentido de destreza ¹⁰⁸. Cuando se utiliza junto con calificaciones de destreza y placer, el paciente se ve forzado a prestar atención a cualquier placer que haya experimentado durante la semana.
- e) Pedir al paciente que suspenda el juicio antes de intentar una nueva perspectiva o conducta; esto puede servir para desafiar la conclusión del paciente de que “nada funciona”.
- f) Enseñar habilidades para resolver problemas (véase adelante) también puede atenuar el sentido de desesperanza que tienen los pacientes suicidas.

Establecer puentes de una sesión terapéutica a la siguiente

En efecto, el terapeuta debe, “tratar de ganar tiempo” ⁹. Una manera es hacer que el paciente se interese e involucre en la terapia para poder establecer una continuidad entre las sesiones. Por ejemplo, el terapeuta le puede asignar una tarea que debe discutirse dentro de la siguiente sesión terapéutica o poner dentro de la agenda de la siguiente sesión un punto de gran interés para el paciente. Además, el terapeuta puede estar de acuerdo en contactar a alguien u obtener información, entre sesiones, acerca de una preocupación clave para el paciente. El terapeuta también puede hacer arreglos para tener contacto telefónico con el paciente entre sesiones ⁹.

Desafiar la rigidez cognoscitiva

Se puede desafiar la rigidez cognoscitiva a través de:

- a) *Role-play* con intercambio de roles ¹⁰⁸. Es decir, se le pide al paciente que represente el rol del terapeuta mientras que el terapeuta representa al paciente. En el intercambio de roles, el paciente tiene que “ayudar” al terapeuta a generar nuevas soluciones y así se ve forzado a tomar una perspectiva más objetiva del problema.
- b) Hacer que el paciente visualice un escenario problemático y después ensaye mentalmente o haga *role-play* de varias soluciones y resultados posibles ¹⁰⁸.
- c) “Terapia alternativa” ^{62A}. Con frecuencia, los pacientes suicidas y depresivos se enfocan sólo en un aspecto o interpretación del problema. La

esencia de la terapia alternativa es ayudar al paciente a reformular, de una manera amplia y más flexible, los problemas que le parecen irresolubles. El terapeuta le debe pedir al paciente que busque evidencia que apoye cualesquiera otras explicaciones o interpretaciones posibles al suceso o situación problema. Al hacer esto, se incrementa la posibilidad de que el paciente sea capaz de encontrar una solución.

Desafiar el pensamiento dicotómico y otras distorsiones cognoscitivas

Para desafiar el pensamiento dicotómico:

- a) Pida al paciente que produzca un continuo entre alternativas extremas¹⁰⁸. Una manera de lograrlo es pedir al paciente que se califique a sí mismo o a la situación en una escala continua. Generalmente al calificarse a sí mismo, el paciente descubrirá, por ejemplo, que no es un completo éxito y, en parte, un fracaso en cualquier tarea, y la vida es parcialmente feliz y de igual manera desdichada sin un otro significativo.
- b) Pida al paciente que categorice las cosas en términos de "todo o nada" (por ejemplo, "mi marido era lo máximo, nunca encontraré alguien tan perfecto como él") que especifique el criterio que utiliza para tal juicio extremo (por ejemplo, "un marido perfecto es alguien amable, dadivoso, generoso, inteligente, etcétera"). Después pídale al paciente que califique al objeto de tal juicio extremo (es decir, la persona, suceso o situación), utilizando el criterio que él mismo estableció. Con frecuencia, los pacientes descubren que su juicio, inicialmente extremo, no se ve apoyado por completo cuando se examina de este modo a la persona, sucesos o situación (por ejemplo, "Joe era amable pero, de hecho, era algo tacaño y sólo un tanto cuanto inteligente"). Es decir, la paciente descubre que existen "tonos de gris". Más que eso, con frecuencia la paciente encuentra que otros, que previamente eran alternativas no consideradas, pueden llenar más el criterio que el primer objeto del juicio extremo de parte suya (por ejemplo, "Stan, un compañero de trabajo, realmente es gentil y listo y siempre se ofrece a invitarme a comer y a hacer cosas por mí").

Para ayudar al paciente a corregir otras distorsiones cognoscitivas (por ejemplo, sobregeneralización, maximización y minimización, inferencia arbitraria o abstracción selectiva), el terapeuta puede emplear las técnicas de cambio cognoscitivo que se mencionaron anteriormente (por ejemplo, pedirle al paciente que genere alguna evidencia en favor o en contra de sus interpretaciones y conclusiones).

Enseñar habilidades para resolver problemas

Esto incrementa la capacidad del paciente para enfrentarse a factores estresantes, dado que los pacientes suicidas con frecuencia parecen incapaces de generar soluciones alternativas a los problemas, una vez que prueban que sus estrategias para enfrentarse no tienen éxito. Al principio de la terapia, el terapeuta debe tomar un rol muy activo para ayudar al paciente a generar soluciones a sus problemas¹⁰⁸. Después, se debe

ayudar al paciente a definirlos en términos claros y específicos, generando posibles soluciones, evaluando las alternativas y llevando a cabo la solución que se eligió¹⁰⁸. Además, las soluciones se pueden practicar antes a través del ensayo cognoscitivo o *role-play*, como lo sugieren Beck y colaboradores⁹.

Puede requerirse hospitalización

Persons⁸⁵ delinea ciertas condiciones bajo las cuales puede indicarse una hospitalización breve. Primero, si el paciente expresa tener un plan pero no especifica cuál es, no será posible trabajar en colaboración con él para disminuir el riesgo de suicidio. También, si el paciente ha comenzado a llevar a cabo el plan (por ejemplo, recolectando píldoras), esto sugiere un alto grado de riesgo. Por tanto, podría ser necesario hospitalizarlo. Si el control de impulsos del paciente se encuentra limitado, podría ser recomendable hospitalizarlo. Finalmente, si el paciente se encuentra en un alto riesgo y su plan es ininterrumpible (por ejemplo, si el paciente planea arrojararse en frente de un vehículo en movimiento), puede ser necesario hospitalizarlo.

TRASTORNO POR ANSIEDAD

Conceptuaciones cognoscitivas del trastorno por ansiedad

De acuerdo al modelo cognoscitivo de la ansiedad, las cogniciones de los pacientes con trastorno por ansiedad se centran alrededor de temas de peligro anticipado y vulnerabilidad extrema. Beck, Emery y Greenberg⁶ vinculan el origen de los trastornos por ansiedad a mecanismos de supervivencia fisiológicos, conductuales y cognoscitivos, seleccionados de manera natural, que evolucionaron para ayudar a los organismos a evitar amenazas y peligro. Sin embargo, en los pacientes con trastornos por ansiedad, estímulos no amenazantes disparan estos mecanismos. Cognoscitivamente, estos pacientes tienden a sobrestimar la probabilidad o gravedad del suceso temido y subestimar su capacidad para enfrentarse a éste, ya sea de manera independiente o con asistencia⁴.

El trastorno por ansiedad se caracteriza por un temor a un desastre interno inminente. Se dice que los pacientes con angustia tienen una tendencia relativamente constante a considerar que las sensaciones físicas inesperadas son signos de que se están muriendo, se están volviendo locos o que pierden el control. En el trastorno por ansiedad los pacientes malinterpretan de manera constante las sensaciones corporales o mentales como signos de una catástrofe inminente. Después de que se ha desarrollado esta tendencia, los pacientes con angustia sobrevigilan estas sensaciones y enfocan su atención hacia el interior, buscando sensaciones ansiógenas. A la larga, se desarrolla un círculo vicioso en el que estas malas interpretaciones catastróficas de estímulos físicos producen un incremento en la ansiedad que sirve para activar, aún más, al sistema nervioso autónomo. La activación incrementada, por su parte, provee al paciente nueva "evidencia" de que es inminente algún tipo de catástrofe interna⁴⁴.

FACTORES EN LA TERAPIA COGNOSCITIVA DEL TRASTORNO POR ANSIEDAD

La principal meta del tratamiento es enseñarle a los pacientes que las sensaciones físicas que disparan así crisis de angustia no son signos de una catástrofe inminente.

Educar al paciente acerca de la angustia y la ansiedad

El terapeuta debe explicar al paciente la naturaleza no patológica de los síntomas físicos. Por ejemplo, el terapeuta le puede demostrar al paciente que el dolor de pecho que siente, se debe a la tensión de sus músculos intercostales, no a un ataque cardíaco inminente. O puede informarle que, aunque sienta temor de desmayarse, de hecho *no* está especialmente propenso a hacerlo cuando se encuentra en medio de una crisis de angustia, dado que el desmayo se induce a través de un *descenso* en la presión sanguínea y durante sus crisis de angustia, su presión sanguínea se *eleva*. También es importante enseñarle que muchas de las sensaciones físicas asociadas con las crisis de angustia se pueden producir por respirar con rapidez, o por hiperventilación relacionada con el estrés, y que éstos son cambios inofensivos y reversibles.

Revisar la historia de las crisis de angustia del paciente

El terapeuta debe determinar la naturaleza precisa de los síntomas del paciente y cómo los malinterpreta. Se debe conducir un análisis funcional de cuándo y dónde es más probable que ocurran las crisis de angustia, además de atender a los pensamientos, imágenes y sentimientos particulares durante éstos.

Además, antes de proceder con el tratamiento, es importante que el terapeuta descarte una patología física real, tal como enfermedades endocrinas, cardíacas y neurológicas, como causa de los síntomas físicos del paciente.

Despertar pensamientos automáticos e imágenes asociadas con las crisis de angustia

Esto se puede lograr utilizando las técnicas que se mencionan antes en las secciones de *Técnicas en la Terapia Cognoscitiva*, tales como el interrogatorio directo, imaginación, exposición, etcétera.

Reestructuración cognoscitiva de los síntomas de las crisis de angustia

Después de que se han identificado los pensamientos e imágenes problemáticas, el siguiente paso es que el terapeuta aliente al paciente a considerar interpretaciones alternativas no catastróficas para los síntomas ansiógenos. Esto puede lograrse al utilizar técnicas, tales como el interrogatorio socrático, experimentos conductuales (por ejemplo, hacer que el paciente tense los músculos del pecho y observe la resultante sensación displacentera), inducir minicrisis de angustia, etcétera⁵¹. Lo más importante es enseñar al paciente que los síntomas no son señal de una inminente muerte, locura o pérdida de control.

Ejercicios de relajación

Las técnicas de relajación se pueden utilizar para prevenir una crisis de angustia, si se aplican cuando el paciente nota los primeros signos del brote. La relajación puede reducir los síntomas físicos (por ejemplo, la tensión de los músculos intercostales), por tanto, le demuestra al paciente que sus síntomas no son de una naturaleza patológica. Sin embargo, con algunos pacientes, la relajación, de hecho, puede precipitar una crisis de angustia y, por lo tanto, no deben utilizarse. Beck⁵ describe a un paciente que se dio cuenta de que su ritmo de respiración disminuía cuando estaba a punto de quedarse dormido. Entonces comenzó a preocuparse de que continuara disminuyendo hasta que cesara totalmente de respirar, lo cual incrementó la probabilidad de que tuviera una crisis de angustia.

Técnicas de respiración controlada

Estas estrategias son particularmente útiles en pacientes cuyas crisis de angustia se inducen a través de la hiperventilación asociada con el estrés. Se le puede enseñar al paciente a controlar sus respiraciones a través de escuchar instrucciones grabadas en una cinta de audio, con lo que disminuirá el dióxido de carbono que arroja⁵. Una técnica relacionada implica hacer que el paciente respire dentro de una bolsa de papel, con lo que volverá a respirar el dióxido de carbono. Esto puede restaurar el equilibrio ácido-base del paciente⁵.

Técnicas distractoras

Utilizar técnicas distractoras (como las descritas en la sección sobre **Técnicas Conductuales**) puede ser un efectivo instrumento de enfrentamiento para los pacientes con angustia. Uno de los efectos de esta técnica es demostrarle al paciente que el ataque se puede controlar⁸. Además, la efectividad de las técnicas distractoras provee al paciente de una ilustración espectacular del importante papel que representan las cogniciones en la génesis de sus síntomas; después de todo, si el paciente estaba teniendo un ataque cardíaco o se estaba volviendo loco, ¿por qué le serviría contar hacia atrás?

Inducir minicrisis de angustia en el consultorio

Esta es una parte central de la terapia cognoscitiva del trastorno por ansiedad. Aunque va en contra de lo que indica la intuición, inducir "minicrisis de angustia" en el consultorio del terapeuta puede lograr muchas metas. Primero, se pueden obtener datos acerca de los procesos de pensamiento del paciente durante las crisis de angustia. Segundo, el terapeuta puede enseñarle directamente al paciente técnicas para enfrentar la crisis. Tercero, al hacer que el paciente saque las sensaciones ansiógenas y después "las apague" (a pesar de que sea con la ayuda del terapeuta), lo hace ganar un sentido de control sobre la crisis. Esto sirve para disminuir el sentido de vulnerabilidad del paciente lo que, por su parte, disminuye su susceptibilidad a crisis plenas⁵⁰. Finalmente, al mostrarle de manera repetida al paciente que puede controlar el brote y terminación de la crisis de angustia y que la catástrofe que teme no ocurre, aunque las sensaciones físicas sí, se logra que éste reúna evidencias en contra de sus malas interpretaciones catastróficas.

En la mayoría de los pacientes, hacer que hiperventilen simplemente por uno o dos minutos, es suficiente para reproducir la mayoría de los síntomas de la crisis de angustia. Después se le pide al paciente que utilice la respiración controlada y distracción para terminar el ataque. Para otros pacientes (por ejemplo, aquellos que se alarman por una frecuencia cardíaca rápida), se puede inducir un miniataque haciéndolos brincar o correr hacia arriba de unas escaleras. Entonces se les puede dar un ejercicio de relajación e instruirlos para que se distraigan.

Además, es importante que el paciente experimente un ataque completo para demostrarle que éstos no representan, de hecho, un peligro amenazante para su bienestar físico y mental.

Imaginación

Si un paciente experimenta imágenes espontáneas productoras de ansiedad durante las crisis de angustia, se le puede enseñar a sustituir una imagen atemorizante por una más placentera. También, como se mencionó anteriormente, se le puede enseñar a llevar su escenario atemorizante a una conclusión más positiva.

Invertir la conducta evitada mediante la exposición sistemática

Los ejercicios de exposición (como se describen en la sección sobre **Técnicas Conductuales**) son útiles para disminuir la ansiedad y conducta agorafóbica. También le dan a los pacientes la oportunidad de someter a prueba sus creencias y suposiciones y practicar habilidades para enfrentar la ansiedad (por ejemplo, respiración controlada, distracción, etcétera).

Uso de tarjetas

Después de que se han generado explicaciones racionales, alternativas y no catastróficas para las sensaciones ansiógenas, el paciente las puede escribir con sus propias palabras en una pequeña tarjeta para darle un vistazo rápido. Puede llevar consigo estas "tarjetas de manejo de situaciones" y sacarlas y verlas cada vez que experimente sentimientos de angustia⁵¹.

Prevenir recaídas

Así como en la terapia cognoscitiva para otros trastornos, hacia el final de la terapia se le debe dedicar mucha atención a un incremento en la seguridad del paciente en sí mismo. Así, cada vez se pueden ir espaciando más las sesiones, anticipar dificultades futuras, trabajar en las maneras de lidiar con ellas y reexaminar las habilidades que se adquirieron en la terapia.

TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA

Conceptuaciones cognoscitivas del Trastorno por Ansiedad Generalizada

El modelo cognoscitivo sobre el trastorno por ansiedad generalizada (TAG)⁶ afirma que los individuos que sufren de este tipo de ansiedad mantienen ciertas creencias o

suposiciones disfuncionales que los predisponen a interpretar de una manera amenazante un amplio rango de situaciones. Estas creencias disfuncionales varían ampliamente pero tienden a relacionarse con temores a un daño físico o enfermedad mental, pérdida de control, asuntos relacionados con la propia capacidad, y asuntos que tienen que ver con la aceptación social ^{43A}, ⁴⁴. Una vez que se ha desarrollado la ansiedad generalizada, se mantiene a través de cambios en la atención y conducta (por ejemplo, atención selectiva hacia aspectos amenazantes de una situación; evitación cognoscitiva y conductual).

Con frecuencia, los pacientes con TAG tienen un sentido de autovalía disminuido. Además, estos pacientes tienden a experimentar ataques de angustia y a sentir temor acerca de una especie de desastre interno inminente. Los pacientes que no experimentan ataques de ansiedad tienden a presentar temores psicosociales ⁴⁴.

FACTORES EN LA TERAPIA COGNOSCITIVA DEL TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA

Familiarizar al paciente con el modelo y tratamiento cognoscitivos del TAG

Además de la razón fundamental para la terapia cognoscitiva, se debe discutir en la sesión inicial el modelo cognoscitivo de la ansiedad y del TAG en específico.

Despertar sensaciones y pensamientos automáticos

Se deben despertar la sensaciones y pensamientos automáticos asociados con la ansiedad mediante:

- a) Discutir con el paciente una experiencia emocional reciente. El terapeuta le deberá pedir al paciente que proporcione una descripción detallada del peor episodio o periodo de ansiedad que haya ocurrido dentro de la última semana. Esto deberá incluir también una descripción de las sensaciones que se experimentaron, ya que los pacientes ansiosos parecen enfocarse más en las sensaciones que en las emociones ⁶⁷.
- b) De modo alternativo, se le podría pedir al paciente que reviviera una experiencia emocional reciente a través de la imaginación o *role-playing*, para poder tener acceso a pensamientos, imágenes y sensaciones productoras de ansiedad.
- c) Enseñar al paciente a vigilar y registrar sensaciones, cogniciones y situaciones asociadas con periodos de ansiedad ⁶⁷.
- d) Interrogar sobre los cambios de estado de ánimo que ocurren dentro de una sesión terapéutica.
- e) Determinar el significado que tiene un suceso para el paciente.

Evaluar la validez de las cogniciones asociadas con las sensaciones

Esto se puede lograr a través de:

- a) Darle información al paciente acerca de la ansiedad. Por ejemplo, el terapeuta puede discutir con el paciente los síntomas de ansiedad, la falta de relación entre ansiedad y locura, los orígenes evolutivos de la respuesta de ansiedad, etcétera. Obviamente, la discusión debe considerar las preocupaciones específicas del paciente.
- b) Enseñar al paciente a utilizar experimentos conductuales para someter a prueba la validez de las cogniciones asociadas con las sensaciones.
- c) Utilizar el análisis lógico para examinar la validez de las cogniciones. Por ejemplo, el terapeuta le puede hacer al paciente preguntas tales como: "¿Cuál parte de la situación es un hecho y cuál es una creencia?" "¿De qué manera vería la situación si no estuviera ansioso?", además de las tres preguntas básicas que se mencionan en la sección sobre **Técnicas Cognoscitivas**.

Enseñar al paciente técnicas para manejar la ansiedad

Esto se puede lograr enseñando al paciente las habilidades que puede emplear en cualquier ocasión en que se encuentre ansioso y que son:

- a) Ejercicios de relajación.
- b) Técnicas de respiración controlada (véase descripción de la sección sobre **Trastorno por ansiedad**).
- c) Técnicas distractoras. Éstas pueden utilizarse para diversos propósitos. Primero, como medio de manejo de síntomas en situaciones en las que no es posible desafiar los pensamientos automáticos (por ejemplo, dentro de una conversación)⁶⁷. Segundo, el uso de las técnicas distractoras sirve para proveer al paciente una evidencia de que los síntomas de ansiedad se pueden controlar.
- d) Responder a las suposiciones y pensamientos automáticos utilizando el análisis lógico (véase antes)
- e) Aprender a nombrar y discriminar los errores lógicos a medida que ocurren, para que el paciente pueda aprender a utilizar la presencia de una distorsión cognoscitiva como clave para desarrollar una habilidad lógica para reestructurar su pensamiento. Por ejemplo, si el paciente hace predicciones sobre una catástrofe, puede calcular la probabilidad de si ocurrirá lo peor o no⁶⁷. O se puede preguntar a sí mismo, "¿Qué pasaría si esto sucede? ¿Qué tan malo sería esto?"^{43A}.
- f) Tomar la perspectiva de otra persona. Por ejemplo, se le puede enseñar al paciente a hacerse a sí mismo preguntas como: "¿Cómo vería la situación otra persona?" "¿Qué diría yo si esto le sucediera a alguien más?"⁶⁷.

Identificar suposiciones y examinar su validez

Además de utilizar las técnicas que se mencionan en las dos secciones de **Técnicas en Terapia Cognoscitiva** para identificar y someter a prueba las suposiciones del paciente, éstas se pueden desafiar a través de:

- a) Hacer que el paciente examine las ventajas y desventajas de mantener diferentes creencias. Por ejemplo, aunque los estándares perfeccionistas pueden dar como resultado un trabajo de alta calidad, también pueden producir ansiedad constante (que puede interferir con el desempeño) y dilación ^{43A}.
- b) Hacer que el paciente actúe en contra de la suposición. Por ejemplo, se le puede pedir a un paciente perfeccionista que haga todo, menos las cosas más importantes, de una manera menos perfecta, para ver si puede disfrutar más de hacer las actividades cotidianas y, además, experimentar menos ansiedad ^{43A}.
- c) Escribir la suposición y los argumentos en contra, en una tarjeta que el paciente pueda llevar consigo y leer cuando se encuentre en cualquier situación productora de ansiedad.

Exposición a situaciones evitadas o productoras de ansiedad

Al principio, se gradúa la exposición a estímulos asociados con ansiedad y el paciente controla el ritmo. Además de lo anterior, al inicio se le permite al paciente utilizar estrategias para enfrentarse a situaciones durante la sesión de exposición. Sin embargo, a medida que progresa la terapia, se alienta al paciente a abandonar el uso de estas estrategias durante la exposición. Se les pide a los pacientes que predigan, antes de la sesión de exposición, qué es lo que creen que sucederá. Es decir, ¿cuánto temor o ansiedad experimentarán? ¿Cuáles catástrofes sucederán? Clark señala que, aunque los pacientes puedan estar en lo correcto acerca del grado de temor que experimentarán, es raro que acierten en sus predicciones acerca de las catástrofes.

Enseñar nuevas conductas y habilidades al paciente

A veces, la ansiedad se debe a la verdadera falta de habilidad del paciente para navegar en situaciones particulares (por ejemplo las sociales). Así, para algunos pacientes, el entrenamiento en habilidades puede ser el tratamiento apropiado para la ansiedad. Una vez que se identifica la situación problemática, el paciente puede hacer *role-play* o discutir su conducta típica en la situación, para que se pueda aislar cualquier conducta inapropiada. Entonces, el terapeuta le puede sugerir conductas alternativas y modelar estas conductas para el paciente, de tal manera que éste las practique en *role-plays* con el terapeuta antes de aplicarlas en las situaciones de la vida real.

Para los pacientes cuya ansiedad se deriva de la indecisión, el terapeuta les puede enseñar habilidades apropiadas para la solución de problemas.

El uso de fármacos a corto plazo a veces puede ayudar

Para controlar una crisis emocional aguda el uso, durante un corto tiempo, de benzodiazepinas, betabloqueadores o antidepresivos tricíclicos, puede ser de cierto

beneficio. Sin embargo, estos fármacos parecen tener poca aplicación en el tratamiento de la ansiedad persistente, y las benzodiazepinas, en particular, pueden producir dependencia y esto aumenta las dificultades del paciente.

FOBIAS

Conceptuación cognoscitiva de las fobias

En la fobia simple el paciente anticipa, ya sea un daño psicológico o físico, en una situación específica. Esta anticipación o expectativa de daño es exagerada e irreal. En todas las fobias, existe un sistema dual de creencias tal que el paciente cree que el estímulo fóbico es inofensivo cuando se encuentra lejos de él, pero cree que es peligroso cuando se encuentra en su presencia⁶.

En las fobias sociales, existe un temor exagerado hacia las evaluaciones negativas de otros (por ejemplo, rechazo, devaluación, fracaso), que dan por resultado una vigilancia constante del desempeño en situaciones sociales⁴⁴. Irónicamente, las respuestas fóbicas sociales, conductuales y físicas, ante el peligro que se percibe, a veces pueden interferir con el desempeño del paciente y, por tanto, le traen el resultado temido¹³.

La ideación de los pacientes agorafóbicos se centra alrededor de sufrir un colapso o perder el control. Los pacientes agorafóbicos que también sufren de crisis de angustia, tienden a creer que ciertas situaciones (tales como estar solo o lejos de personas y lugares "seguros", específicos), incrementará la posibilidad o gravedad de las consecuencias de las crisis de angustia⁴⁴.

Existen cuatro tipos de distorsiones cognoscitivas que se observan frecuentemente en los pacientes fóbicos: a) inferencia arbitraria (por ejemplo, el paciente puede sacar conclusiones catastróficas sin evidencia substancial acerca del peligro de los estímulos); b) sobregeneralización; c) maximización del peligro y minimización de la seguridad; y d) personalización⁴⁶.

FACTORES EN LA TERAPIA COGNOSCITIVA DE LAS FOBIAS

Familiarizar al paciente con el modelo y tratamiento cognoscitivos de las fobias

Además de explicar el modelo y la razón fundamental para el tratamiento, el terapeuta debe utilizar los síntomas del paciente para explicar cómo la evitación puede mantener la ansiedad al impedir la prueba de realidad.

Exposición graduada

Para una discusión más amplia de la terapia de exposición, véase la sección sobre **Técnicas Conductuales**.

Reestructuración cognoscitiva: contrarrestar los prejuicios del paciente acerca del pasado, presente y futuro

Para contrarrestar la tendencia fóbica del paciente de enfocarse en sucesos o situaciones angustiantes, el terapeuta puede centrar la atención en los aspectos exitosos de un suceso y puede pedirle al paciente que informe y registre por escrito cualquier éxito. Para combatir la hipervigilancia de los pacientes fóbicos, la exposición, relajación o distracción pueden ayudar (véase más adelante). Para modificar las malas interpretaciones de los pacientes fóbicos acerca de las situaciones ambiguas, el terapeuta les debe ayudar a generar y someter a pruebas alternativas diferentes, más posibles. Además, se pueden utilizar otras técnicas cognoscitivas, que se describen en la sección sobre el tema, para modificar los pensamientos y suposiciones negativas de los pacientes fóbicos.

Técnicas para manejar la ansiedad

Además de las técnicas de exposición y cambio cognoscitivo, se pueden emplear otros métodos conductuales para ayudar al paciente fóbico a enfrentar su ansiedad mientras se encuentra en la situación fóbica. Éstos incluyen:

- a) Ejercicios de relajación (que se describen antes). Sin embargo, para los pacientes con fobia a las heridas o sangre, en los cuales la presión sanguínea frecuentemente se desploma, se pueden utilizar ejercicios de tensión aplicada. En este tipo de ejercicios, el paciente tensa los músculos de brazos, piernas y torso para prevenir el descenso en la presión sanguínea cuando se enfrenta a un estímulo de herida o sangre.
- b) Técnicas de distracción (como se describen antes). Sin embargo, el terapeuta debe advertirle al paciente que no las utilice para desligarse durante las sesiones de exposición.
- c) Responder a pensamientos y suposiciones automáticas que se asocian con ansiedad (como se describe antes). Se debe prestar atención a la tendencia del paciente a sobrestimar la posibilidad de un desastre y a subestimar su capacidad para enfrentarlo⁴².

Técnicas conductuales adicionales para ayudar al paciente a prepararse o aumentar los efectos de la exposición

Éstas incluyen:

- a) *Role-playing*. Éste es especialmente útil en pacientes con fobias sociales.
- b) Ensayo de habilidades para manejar la ansiedad (antes de la exposición), habilidades sociales (en fóbicos sociales) y formas de manejar situaciones

difíciles. El ensayo sirve para aumentar la confianza del paciente y disminuir cualquier ansiedad anticipatoria ⁴².

- c) El terapeuta modela cómo enfrentarse al objeto fóbico para mostrarle al paciente cómo sobreponerse a su propia ansiedad ⁴².

Uso de ansiolíticos

Generalmente es deseable retirar, de manera gradual, los ansiolíticos a los pacientes, porque quizás no sean capaces de obtener un beneficio completo de los ejercicios de exposición si están tomando tranquilizantes. Aunque el paciente se encuentre calmado frente al objeto fóbico, atribuye su calma al fármaco en lugar de a sus propias acciones⁴². Se logran pocas ganancias estables, sino es que ninguna, al utilizar ansiolíticos en ausencia de la exposición ⁴².

Sin embargo, existen algunos estados en los que se indica el uso conjunto de ansiolíticos y terapia cognoscitiva. En ocasiones, no es posible la exposición en grados; algunas situaciones surgen de manera repentina o no pueden posponerse, por lo que le dan poco tiempo al paciente para prepararse. Así, los fármacos pueden ayudar al paciente en esas circunstancias ⁴². El propranolol, un betabloqueador, se ha utilizado con cierto éxito en el tratamiento de ansiedad de desempeño. Sin embargo, se debe tener precaución al prescribir ansiolíticos debido a que pueden producir dependencia.

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

Conceptuación cognoscitiva del trastorno obsesivo-compulsivo

De acuerdo a Salkovskis y Kirk ⁹⁵, en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), las obsesiones son estímulos cognoscitivos que se han asociado con ansiedad, a través del condicionamiento. De manera normal, la exposición a las obsesiones, sin ningún condicionamiento de temor posterior, serviría para disminuir la ansiedad del paciente; Sin embargo, el paciente obsesivo-compulsivo se involucra en muchas conductas que impiden que la ansiedad descienda.

Primero, el paciente se involucra en compulsiones, que son conductas voluntarias que dan fin a la exposición de éste a las obsesiones y con ello logra un alivio a su ansiedad. Esto, a su vez, sirve para reforzar la conducta compulsiva e incrementa la probabilidad de su ocurrencia futura. Segundo, el paciente aprende que los pensamientos obsesivos (y la ansiedad concomitante) se pueden prevenir al evitar cualquier estímulo asociado con los pensamientos. Esto también sirve para impedir la ocurrencia de una exposición a los pensamientos obsesivos. Al no confrontar al estímulo que se teme, los pacientes obsesivos-compulsivos se impiden reevaluar y modificar sus temores.

Así, las metas del tratamiento son: 1) exponer a los pacientes a los estímulos temidos; 2) bloquear cualesquiera conductas que sirvan para impedir o dar fin a esta exposición y 3) hacer una prueba de realidad para ver si no ocurre el resultado temido.

FACTORES EN LA TERAPIA COGNOSCITIVA DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

Presentar la razón fundamental para la exposición y prevención de respuestas

Además de explicar el modelo cognoscitivo de la conducta obsesivo-compulsiva y la razón fundamental para el uso de la exposición y prevención de respuestas, el terapeuta debe subrayar el papel de la evitación y de las conductas neutralizantes, en el mantenimiento del trastorno, y debe enfatizar la importancia de las prácticas que se deben llevar a cabo en casa entre una sesión y otra.

Identificar pensamientos e imágenes automáticas que tiene el paciente cuando experimenta el apremio de llevar a cabo un acto compulsivo

El interrogatorio socrático se debe utilizar para despertar y evaluar los pensamientos y suposiciones desadaptativas, en especial las concernientes al sentido de responsabilidad excesiva del paciente. Además, aunque puedan no ser encubiertas u obvias, también se deben identificar cualesquiera conductas que realiza el paciente y que le sirven para neutralizar sus obsesiones. Además, también se deben aislar las conductas de evitación.

Modelamiento

Esta es una buena manera de preparar al paciente para la exposición. El terapeuta completa primero la tarea de exposición, antes de que el paciente lo haga (por ejemplo, apagar una plancha y dejar el cuarto, sin regresar a verificar para asegurarse de que está apagada). El modelamiento puede ser especialmente útil si el terapeuta se involucra en una mayor exposición de la que requiere el paciente. Por ejemplo, un terapeuta que trata a un paciente que teme a la contaminación por los químicos de los limpiadores caseros, podría ponerse una enorme cantidad de líquido para lavadora de trastos en su propia mano y luego frotarlo en ambas manos y brazos. Después, el paciente tomaría una pequeña cantidad del limpiador y lo frotaría en sus propias manos sin lavárselas durante muchas horas⁹⁵. Sin embargo, aunque el modelamiento ayuda a incrementar la docilidad en las siguientes sesiones de exposición y ayuda a enseñar al paciente las conductas particulares que se requieren durante la exposición y prevención de respuestas, sólo se debe hacer al principio de la terapia, debido a que puede servir para tranquilizar al paciente acerca de la seguridad de la tarea, lo cual no es deseable en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo (véase adelante)⁹⁵.

Exposición y prevención de respuestas

Estos procedimientos forman el núcleo de la terapia cognoscitiva del trastorno obsesivo-compulsivo. Exponer al paciente a sus temores, previamente evitados, sin permitirle que se involucre en ningún tipo de conducta neutralizante, le permite confrontarlos y reevaluar la situación de una manera más realista. El paciente aprende que la conducta neutralizante no lo protege o previene de que el daño ocurra para él

o para otros. Se debe presentar la exposición en forma de experimentos conductuales, para someter a prueba las creencias del paciente acerca de lo que puede pasar o no durante la exposición y prevención de respuestas. Después de que se lleva a cabo cada tarea, es importante que terapeuta y paciente examinen qué es lo que se ha aprendido de ella.

Inicialmente, las sesiones de exposición pueden ser frecuentes, debido a que, a menudo, los pacientes avanzan con relativa rapidez en la jerarquía por grados; así, se puede ver a los pacientes más de una vez por semana. Además, las primeras sesiones de exposición pueden tomar más tiempo que las últimas, debido a que una sesión de exposición no debe terminar nunca con el paciente en un alto nivel de ansiedad.

En todas las sesiones de exposición (tanto dentro como fuera de las sesiones terapéuticas), el paciente debe calificar el grado en el cual siente incomodidad y la necesidad de neutralizarla. Se debe prestar atención a cualesquiera cambios, en especial descensos, en el nivel de incomodidad del paciente y la urgencia de neutralizar que ocurra dentro de una determinada sesión de exposición. Además, se debe anotar y discutir también cualquier disminución en el grado de incomodidad a lo largo de las sesiones de exposición ⁹⁵.

Los terapeutas deben estar alertas de la tendencia de los pacientes obsesivos a descartar los resultados de estos ejercicios. Por ejemplo, un paciente obsesivo puede decidir que no perdió el control después de un pensamiento violento debido a la presencia del terapeuta ⁹⁶. Cuando esto sucede, en lugar de discutir con el paciente, el terapeuta debe coincidir en que esta es una razón posible para el control del paciente y que pueden explorar su validez en experimentos conductuales subsecuentes que involucren exposición ⁹⁶.

Manejo de la evitación de responsabilidad y búsqueda de confianza

En los pacientes obsesivos-compulsivos, la ansiedad por la responsabilidad de dañarse a sí mismos o a otros, ya sea por cometer u omitir ciertas acciones, generalmente es un aspecto central. Así, los pacientes se involucran en muchas conductas neutralizantes diferentes, para que "las cosas salgan bien" y con ello impedir que se les culpe de cualquier daño que pueda suceder. Los pacientes también intentan evitar la responsabilidad de dañar en una de dos formas: 1) mediante seguir, literalmente, las instrucciones del terapeuta para las sesiones de exposición y prevención de respuesta, con lo que se absuelven de cualquier responsabilidad si algo sale mal y 2) mediante buscar que otros a su alrededor (en especial aquellos que tienen una posición de autoridad) y su terapeuta, los tranquilicen. A través de dar seguridad al paciente de que no resultará ningún daño si realiza el ejercicio de exposición, el terapeuta comparte con el paciente la responsabilidad por el resultado del ejercicio. Así, estas dos conductas son, simplemente, variedades más sutiles de la conducta de neutralización, cuyo propósito es impedir que se culpe al paciente de un daño que pueda caer sobre él mismo u otros ⁹⁶.

Para poder atender a estas conductas cognoscitivas neutralizantes, el terapeuta puede discutir las junto con el papel cognoscitivo que desempeña la neutralización en impedir que el paciente confronte su ansiedad acerca de asumir la responsabilidad de sus actos. El terapeuta puede señalar que la prevención de respuestas puede ser de la misma utilidad que las conductas neutralizantes más abiertas. Además, se le puede pedir al paciente que diseñe su propia asignación de tarea sin divulgar ninguno de los detalles al terapeuta o a nadie más ⁹⁵. Sólo se debe registrar la incomodidad y apremio

de neutralizar del paciente durante el ejercicio y discutir esto con el terapeuta en la siguiente sesión. Hacer que el paciente diseñe la tarea sin consultar a nadie, constituye una forma de terapia de exposición; se expone al paciente a la experiencia de tomar la responsabilidad directa sobre sus actos⁹⁵. Finalmente, involucrar a los familiares del paciente y pedirles que no lo tranquilicen, también puede ser útil, en especial si el paciente tiene problemas al utilizar la prevención de respuestas autoimpuesta.

Entrenamiento de habituación

Esto es particularmente útil en el tratamiento de pacientes que no exhiben una neutralización evidente; en lugar de lo cual, utilizan un tipo de neutralización cognoscitiva como, por ejemplo, contrarrestar un angustiante pensamiento obsesivo con un pensamiento que "arregla las cosas". En el entrenamiento de habituación, al paciente que utiliza una prevención de respuestas autoimpuesta de evitación encubierta así como conductas neutralizantes, se le presenta, de manera repetida, un pensamiento angustiante⁹⁶. Por ejemplo, se le puede pedir al paciente que evoque y mantenga, en repetidas ocasiones, un pensamiento angustiante. De modo alternativo, se le puede pedir que escriba repetidamente ese pensamiento. La meta es que la ansiedad del paciente se habitúe y que el paciente aprenda que no resulta ningún daño a partir del pensamiento no neutralizado⁹⁶.

Otro método es hacer que el paciente grabe el pensamiento en una cinta de audio y después la escuche, de manera repetida, sin exhibir ninguna conducta neutralizante⁹⁵. Después de cada presentación del pensamiento, se le pide al paciente que registre el nivel de incomodidad que experimentó, lo mismo que el grado en el cual sintió el apremio de neutralizar. Se le pide al paciente que practique con la cinta al menos dos veces al día durante una hora o más, hasta el momento en el que su ansiedad haya descendido al 50 por ciento de su pico durante la sesión. Se cambia el pensamiento en la cinta cuando el paciente es capaz de escuchar sin neutralizar y con sólo un mínimo de ansiedad. De manera común, después de que se ha repetido el entrenamiento de habituación con dos pensamientos diferentes, éste se generaliza y el paciente se da cuenta de que ahora otros pensamientos son menos angustiantes⁹⁵. Se puede facilitar la generalización mediante pedirle al paciente que, de manera deliberada, produzca diferentes pensamientos en una variedad de situaciones (incluyendo las estresantes) sin neutralizar⁹⁵.

Tratar cualquier problema de estado de ánimo, que se asocie con las obsesiones

Parece haber un vínculo entre un estado de ánimo deprimido y las obsesiones. Con frecuencia, el estado de ánimo depresivo sirve para disparar o exacerbar las obsesiones en los pacientes que sufren de depresión primaria con frecuencia también exhiben rasgos obsesivos. Así, los procedimientos cognoscitivos que se dirigen a síntomas afectivos (tales como los que se describen antes), pueden ser útiles con dichos pacientes. Además, la medicación antidepresiva puede ser útil, en especial con pacientes que se encuentran significativamente deprimidos y cuya sintomatología depresiva precede al brote o exacerbación de las obsesiones⁹⁵.

BULIMIA NERVIOSA

Conceptuaciones cognoscitivas de la bulimia nerviosa

La conceptualización desadaptativa central que mantienen los pacientes con trastornos en la conducta alimentaria, como son los anoréxicos y bulímicos, es que el peso y forma corporal determinan la propia valía personal y la aceptación social. Fairburn y Cooper⁵³ mencionan muchas creencias disfuncionales que se han encontrado de manera común en pacientes con trastornos en la conducta alimentaria: 1) "Debo ser delgado, porque ser delgado es ser exitoso, atractivo y feliz"; 2) "Debo evitar ser gordo porque ser gordo es ser un fracaso, no tener atractivo y ser infeliz"; 3) "Ser indulgente con uno mismo es malo ya que es un signo de debilidad"; 4) "El autocontrol es bueno porque es signo de fortaleza y disciplina"; 5) "Cualquier cosa que no sea un completo éxito es un absoluto fracaso". Los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria exhiben distorsiones cognoscitivas típicas, similares a las que se han encontrado en pacientes depresivos (por ejemplo, razonamiento dicotómicos, abstracción selectiva, etcétera) y muestran malas interpretaciones características como la tendencia a sobrestimar el tamaño de sus propios cuerpos y a interpretar sensaciones de saciedad como evidencia de un aumento sustancial de peso⁸².

Factores en la terapia cognoscitiva de la bulimia nerviosa

El tratamiento cognoscitivo más estudiado para la bulimia nerviosa, lo propuso Fairburn. En su enfoque el tratamiento se establece en una base individual, es semiestructurado, activo y se orienta al presente y futuro. Existen tres etapas en el tratamiento de la bulimia nerviosa; sin embargo, el terapeuta debe adaptar el tratamiento a las necesidades del paciente. En la primera etapa, se explica el modelo cognoscitivo de la bulimia nerviosa junto con la razón fundamental para el tratamiento. La meta inicial es ayudar a la paciente a recuperar el control sobre sus hábitos alimenticios. Así, se utilizan las técnicas conductuales primarias para lograr este fin. En la segunda etapa, se producen, evalúan y modifican suposiciones desadaptativas y pensamientos automáticos relevantes acerca del peso y figura corporal. Conductualmente, la meta de la segunda etapa es eliminar que la paciente haga dietas y utilice procedimientos para purgarse. Finalmente, en la tercera etapa, la terapia se enfoca en prevenir recaídas y mantener los logros obtenidos.

Autovigilancia de los pensamientos y conductas relevantes

Se debe pedir a la paciente que vigile y registre su alimentación y cualesquiera pensamientos y sentimientos problemáticos que se asocien con la alimentación. El terapeuta debe explicar cómo el hacer que la paciente logre esto, conducirá a una mejor comprensión de las circunstancias que rodean su problema alimenticio, lo que, en su momento, le ayudará a alterar sus hábitos alimenticios y a modificar los pensamientos y sentimientos perturbadores que experimenta.

Se le debe pedir a la paciente que se pese sólo una vez cada semana, dado que el hacerlo con frecuencia refuerza su extrema preocupación acerca del peso y forma de su cuerpo. Mientras que se pesa, debe considerar y registrar cualesquiera pensamientos y sentimientos que experimente.

Educación acerca de la bulimia nerviosa

Se debe educar a la paciente con respecto a: 1) los efectos físicos y psicológicos de su conducta y 2) el modelo cognoscitivo de la bulimia nerviosa. Así, el terapeuta debe informarle a la paciente sobre el rango de peso promedio para una persona de su estatura y edad. También debe describirle las consecuencias físicas de los excesos de comida, el vómito autoinducido y el abuso de laxantes (por ejemplo, desequilibrio electrolítico, desgaste en el esmalte dental) y cómo el vomitar y utilizar laxantes son formas relativamente ineficientes para lograr un control de peso.

Es importante que la paciente comprenda que la dieta ayuda a mantener la conducta de comer excesivamente, a través tanto de mecanismos fisiológicos como psicológicos. Utilizar laxantes y vomitar, etcétera; ayuda a mantener estas orgías alimenticias porque creer que esas son maneras efectivas de disminuir la absorción de calorías, elimina las limitaciones que la gente tiene normalmente en contra de comer en demasía⁵³. La excesiva preocupación por la figura y el peso, en especial la tendencia a juzgar la autovalía con base en la forma y peso de la persona, promueve el hacer dietas extremosas y, con frecuencia, engendra sentimientos crónicos de incapacidad y falta de valía, lo cual también debe explicar con claridad a la paciente⁵³.

Uso de medidas de autocontrol para establecer un patrón de alimentación regular

Con frecuencia, los pacientes se resisten a introducir un régimen de tres comidas al día, más uno o dos bocadillos planificados, debido a que temen subir de peso. Así, el terapeuta puede tranquilizar a la paciente con respecto a que de hecho, es más probable que ocurra un aumento de peso si se dan periodos de privación de alimentos alterando con excesos de comida. Si la paciente aún está dudosa, el terapeuta puede hacer que las comidas normales se consideren un experimento conductual para ver si la paciente puede comer regularmente sin aumentar de peso⁵³.

Las técnicas de "control de estímulo" también son útiles. Por ejemplo, se debe instruir a la paciente para que no coma mientras realiza otra actividad, comer sólo en una habitación, limitar la cantidad de comida disponible, practicar el dejar comida en su plato y arrojar los sobrantes a la basura y evitar exponerse a las "comidas problemáticas". El terapeuta también puede aconsejarle que realice otras actividades alternativas cuando sienta el apremio de comer en exceso⁵³.

Otras medidas para eliminar las dietas

Una manera que sugieren Fairburn y Cooper⁶² para intentar eliminar las dietas, es hacer que la paciente vaya al supermercado y tome nota de todas las comidas que evita normalmente por temor a los efectos de éstas sobre su figura y peso. La paciente debe, entonces, ponerlos en rangos de acuerdo con su negativa a ingerirlos. Estos artículos deben introducirse en la dieta de la paciente, comenzando con el más fácil y, con el

tiempo ir subiendo en la lista hasta los artículos más difíciles. La meta es que, a la larga, la paciente ingiera cantidades normales de estas comidas y, al menos, 1500 calorías cada día.

Exposición con prevención de respuesta

Para las pacientes que son incapaces de seguir las instrucciones conductuales que se describen antes, el terapeuta puede hacer arreglos para llevar a cabo varias sesiones de exposición, durante las cuales se requiere que la paciente ingiera, durante la primera parte de la sesión, las comidas que ha evitado y luego se le pide que resista, con asistencia del terapeuta, el apremio de comer en exceso o vomitar⁵³. El terapeuta necesita ayudar a la paciente a que se enfrente con los sentimientos resultantes, y a identificar y desafiar los pensamientos asociados. También se debe alentar a la paciente a practicar, entre sesiones, el ingerir estos alimentos, sin vomitar o comer en exceso, como parte de su horario de comidas y bocadillos normales⁵³.

Reestructuración cognoscitiva

Inicialmente, el énfasis de la terapia se centra en entrenar a la paciente para que sea capaz de identificar los pensamientos problemáticos. Como ya se mencionó, los pensamientos automáticos se pueden despertar mediante hacer que la paciente se pese semanalmente o que ingiera un alimento prohibido. Métodos adicionales para despertar los pensamientos automáticos incluyen: inspeccionarse a sí misma en un espejo de cuerpo entero y comparar su figura con la de otras mujeres, o utilizar ropas muy ceñidas o reveladoras⁵³. Después, se le enseña a la paciente a evaluar racionalmente estos pensamientos utilizando las técnicas cognoscitivas y conductuales que se describieron en la sección de **Técnicas de la Terapia Cognoscitiva**.

Entrenamiento para solución de problemas

La idea es ayudar a la paciente para que enfrente de manera efectiva con el conjunto o conjuntos de circunstancias que han engendrado que coma en exceso y posibilitarle que maneje las dificultades cotidianas.

Técnicas para prevenir recaídas

Un aspecto importante de prevenir recaídas es asegurarse de que la paciente comprenda que comer en exceso, de manera ocasional, es normal y no es signo de pérdida de control o de una recaída inminente⁵³. Una caída ocasional no es lo mismo que una recaída. Se le debe decir a la paciente que espere retrocesos, especialmente en momentos de estrés. El terapeuta debe despertar la retroalimentación por parte de la paciente en cuanto a qué aspectos del tratamiento le han resultado más útiles, esto debe considerarse y escribirse como guía para que la paciente la utilice cuando sienta que comer amenaza con convertirse en problema. Finalmente, es buena idea que el terapeuta acentúe de nuevo los riesgos asociados con hacer dietas⁵³.

Utilizar tratamientos de internamiento y fármacos, si es necesario

La mayoría de las pacientes responden aproximadamente al final de la primera etapa de tratamiento. Si no lo hacen, entonces debe considerarse un periodo breve de atención en

internamiento, donde la paciente esté sujeta a controles externos. Esto debe tomarse en cuenta como preludeo a un tratamiento externo que introduzca a la persona en un patrón de alimentación regular y una dieta balanceada; en este ambiente, se limita el grado en el cual se pueden enseñar habilidades de autocontrol y de cambio cognoscitivo⁵³.

Para las pacientes en las que también existe un trastorno significativo del estado de ánimo, puede ser beneficioso agregar algún antidepresivo al régimen de tratamiento. Sin embargo, el uso sólo de fármacos generalmente no es suficiente para lograr una recuperación completa⁵³.

Involucrar a amigos y familiares en el tratamiento

Se debe pedir a la paciente que le explique a sus amigos y familiares la naturaleza de su problema y los principios básicos que tienen que ver con su tratamiento. Esto tiene el doble propósito de sacar el problema a la luz y proveerla también con una fuente de apoyo social para sus esfuerzos⁵³.

Notas

1. Alford, Beck, Freeman y Wright² utilizaron, con resultados positivos, cuatro sesiones de terapia cognoscitiva "enfocada" con un paciente con trastorno por ansiedad. Barkham³ utilizó dos sesiones de terapia cognoscitiva y conductual "por prescripción", y una sesión de seguimiento tres meses después, para tratar de manera efectiva, síntomas de depresión, ansiedad e ideación paranoide en tres pacientes. También, Schlosser, Kavanagh y Wilson⁹⁸ obtuvieron una mejoría clínica en cuatro pacientes depresivos con tres sesiones de cinco horas de terapia cognoscitiva. Valliant y Leith¹⁹⁷ informan de un incremento en la autoestima de los pacientes y un descenso en la depresión, después de seis sesiones de dos horas de terapia cognoscitiva-conductual, en las cuales les enseñaron a pacientes cardiacos, técnicas de relajación progresiva junto con métodos de cambio cognoscitivo.

ENTREVISTA MUESTRA

A continuación se encuentran algunas observaciones concernientes al proceso y contenidos de una entrevista inicial, que destaca unos cuantos aspectos del funcionamiento del paciente y algunos puntos técnicos. Se podría decir y escribir mucho más; de hecho, se podría construir toda una monografía acerca de esta entrevista, pero las notas se mantienen, propositivamente, al mínimo indispensable que pueda ser útil para ejemplificar algunos aspectos del proceso, más que ofrecer una discusión exhaustiva.

Agradezco a este hombre anónimo el permitirnos aprender de sus experiencias muy conmovedoras y humanas. En el sentido más amplio, este breve estudio de caso nos muestra que aun tales sucesos horrorizantes, como la lucha en el frente en Vietnam y su impacto traumático, se comprenden mejor en términos de la estructura de personalidad, dinámica e historia personal del paciente.

El paciente es un veterano de Vietnam, de 30 años de edad, que sufrió una amputación y al que se entrevistó frente a un auditorio de 400 personas como parte de un seminario de terapia breve. Estas circunstancias limitaron algunas de las vías del interrogatorio. Se suprimieron todas las características que posibilitaran la identificación y la entrevista se videograbó con el permiso del paciente.

Dr. Bellak: ¿Sería tan amable de decirme qué es lo que principalmente lo trajo aquí?

Paciente: Mi matrimonio... Mi esposa y yo nos separamos a causa de mis problemas, cuando me volví tan pasivo que si ella quería hacer algo, simplemente yo estaba de acuerdo para evitar discusiones. Cuando estuve en Vietnam, me voló una mina. Hice muchas cosas en Vietnam *por las cuales en realidad no me agrado*¹. Y simplemente me he convertido en un pacifista mental porque me atemoriza *qué podría hacer si me enoja*², porque en Vietnam a veces maté a causa de circunstancias difíciles, como el que volaran a varios de mis compañeros. El ser puesto en una posición en que matara... hice cosas que caen entre lo que es justificable sólo para sobrevivir y lo que no lo es. Hasta que caí en la cuenta de que había desarrollado

1. Esta afirmación indica intraagresión.

2. Esto sugiere un temor a la pérdida del control de impulsos.

una resistencia dentro de mí al punto en que *no podía amar, no podía odiar* 3. Y simplemente llegó... llegó el momento en que simplemente no podía vivir en esa atmósfera. Tenía que dejar salir parte del odio o del temor. Porque me mantuve en el punto donde no amaba. No se puede amar sin odiar.

Dr. Bellak: Bien, eso me da una idea. Mi trabajo consiste en hacerle preguntas para tratar de entender tanto como sea posible. Bajo las circunstancias, si existe algo de lo que no quiera hablar, está en su derecho.

Bien, me habló un poco de los antecedentes generales.

¿Exactamente cuándo llegó aquí? ¿Recuerda la fecha?

Paciente: El 10 de diciembre.

Dr. Bellak: El 10 de diciembre, ¿Cuál fue el empujón final que lo trajo aquí?

Paciente: El empujón final fue que me había separado de mi esposa desde julio, antes de que viniera aquí, y de julio a diciembre mis nervios habían llegado al punto en que comencé a beber bastante. Y me sentaba en el bar y mis manos temblaban hasta que no las podía controlar. Rompí un vaso sólo por tratar de tener quietas las manos. Mis nervios... tenía miedo a la violencia. Perdía el conocimiento. Mis nervios me estaban ganando.

Dr. Bellak: ¿Y que diría usted que lo puso tan nervioso? En especial entre julio y diciembre.

Paciente: No saber si podría vivir conmigo.

Dr. Bellak: Eso es demasiado elegante.

Paciente: Intentaba obligarme a no amar, no odiar. Bloquearlo totalmente. Llegué al punto en que *no tenía emociones* 3. No sentía.

Dr. Bellak: ¿En ese entonces dónde vivía?

Paciente: Tenía un departamento....

Dr. Bellak: ¿Vivía solo?

Paciente: Vivía solo.

Dr. Bellak: Aun así, debe haber algo más. Algo que lo hizo venir en un día de diciembre, después de estar perturbado durante todo ese tiempo.

Paciente: Mi esposa había venido aquí antes y básicamente me convenció de venir, con la idea de que me dieran mejores respuestas.

Dr. Bellak: ¿Pero hubo algo más especial, qué lo hizo venir en diciembre y no en julio?

Paciente: Llegué al punto donde había dejado...para diciembre, me había dado cuenta de que no podía racionalizar por mí mismo algunas de las cosas que hice. Cuando me casé, me había hecho pensar que eran racionales.

Dr. Bellak: ¿Cómo por ejemplo?

Paciente: Lidiar en Nam. Estuve en varias posiciones donde nos habían dado. Trabajé en lo que llamábamos los equipos de cazadores-asesinos en Vietnam. Salía uno con otro hombre. Fui a cinco misiones. En dos misiones regresé solo. Perdí a dos hombres...amigos míos.

Dr. Bellak: Entonces aún tenía eso en mente.

Paciente: Por eso fue que sentí... había llegado al punto donde tenía miedo de querer a cualquiera, por el miedo a perderlos. En Nam, nos encariñábamos rápidamente unos con otros. Todos los tipos con los que trabajé. Todos los tipos que trabajaron conmigo. Sabía cosas de ellos que no sabía acerca de mi propio hermano y ellos

3. Esto representa anhedonia, un resultado de la represión de enojo por parte del paciente.

sabían cosas de mí. Y después de perder a tanta gente, simplemente me rehusé a acercarme a nadie... tenía que estar cerca por miedo a perderlos.

Dr. Bellak: Bien. ¿Vivía solo o veía a sus amigos? Desde el tiempo en que usted y su esposa se separaron...

Paciente: De hecho, desde entonces he estado solo. Durante los primeros tres o cuatro meses.

Desde la noche de Año Nuevo hasta el 28 de julio estuve en el hospital. Simplemente recuperándome...cerca de seis meses... me habían cortado una pierna...que una mina me voló. Básicamente regresé o llegue a casa y mi esposa y mis padres ya habían arreglado la boda. Yo no estaba enterado.

Dr. Bellak: Conocía a la chica, espero 4.

Paciente: Sí, conocía a la chica. (Risas).

Dr. Bellak: Bien (Risas). Pensaba en unos amigos míos, japoneses, a los que la madre les selecciona a la novia.

Paciente: Bajé de 95 a 48 kilogramos durante el periodo de la estancia en el hospital.

Dr. Bellak: ¿En el hospital?

Paciente: Y allí no había muchas discusiones. En realidad, no quería pelear ni discutir con nadie nunca más. Y básicamente aún sigo así.

Dr. Bellak: ¿Ellos lo arreglaron y usted aceptó? ¿Es eso lo que me está diciendo?

Paciente: Sí, éramos buenos amigos, nos conocíamos y habíamos salido juntos. Bueno, en realidad sólo cerca de un mes antes de que entrara al ejército, pero yo lo hubiera pospuesto un tiempo. Dos o tres meses.

Dr. Bellak: ¿Escucho entre líneas que si usted no se hubiera encontrado en su estado en particular, no hubiera accedido al matrimonio?

Paciente: Eso es más que probable, porque cuando estuve en el hospital ni siquiera pregunté acerca de ello y entonces ya hablaban de eso. Esperaron un año...ella esperó...esperamos... para darme tiempo a adaptarme a la vida y sus problemas.

Dr. Bellak: Bien, a pesar de eso usted estuvo de acuerdo en seguir adelante. ¿Cuáles fueron sus celos, sus dudas?

Paciente: Bueno, gran parte de mi vida había sido muy atlético. Corrí en pista y campo en el primer año que estuve en el ejército. Corría a campo traviesa. No sabía si podría aceptar no correr, no ser capaz de salir y jugar. Básicamente el pensamiento de trabajar... Probablemente podría trabajar tan bien como todo el mundo, pero no sabía si podría hacer otras cosas en mi vida, que siempre me habían parecido tan importantes.

Dr. Bellak: ¿Cómo afectó eso al asunto de si usted se casaría o no?

Paciente: Básicamente, no sabía si quería que nadie me apoyara de esa manera y no estaba seguro ni siquiera de querer estar así.

Dr. Bellak: ¿Y entonces, cómo marchó el matrimonio?

Paciente: Bueno, básicamente hasta el día en que me fui, mi esposa sentía que teníamos un gran matrimonio. En general, yo estaba de acuerdo con cualquier cosa que ella quisiera hacer, *en realidad no quería discutir por miedo a enojarme, porque tenía lo que podría hacer si me enfurecía* 5. Cedía y la dejaba salirse con la suya. Pero con el

4. Esta, probablemente, es una afirmación de lo más inapropiado de mi parte, para liberar mi propia tensión. En parte, pudo ser constructiva al señalar (enfocarse en) el papel, en apariencia excesivamente manipulador, de los padres y esposa del paciente.

5. Esto indica otro caso, entre muchos, del temor a la pérdida de control de impulsos por parte del paciente. Es claro que su agresión se convierte rápidamente en intraagresión.

tiempo, llegó al punto donde *comencé a odiarme aún más porque cedía en cosas que realmente no quería hacer, que en realidad no me gustaban.*

Dr. Bellak: ¿Me podría dar unos ejemplos?

Paciente: Bueno, como que ella era católica y yo bautista. Nunca insistió en que fuera a la iglesia, pero siempre quería que lo hiciera, y yo, las veces que fui...en realidad no, se diría, bajo presión...pero en realidad no quería ir. Pero me cansé de decir que no.

Dr. Bellak: ¿Otras cosas? ¿Qué hay acerca del conflicto entre ustedes dos?

Paciente: Bueno, básicamente, me gustaba montar a caballo y me gustaban las cosas atléticas. Aún me gustan. Me gusta el esquí acuático y pasear en lancha y cada vez que intentaba que hiciéramos algo juntos, ella siempre tenía miedo. Simplemente como los caballos. Compré dos caballos y ella montó cerca de cien metros y se detuvo y el caballo la tiró y nunca quiso montarse en él. Me molestaba que ella no quisiera intentar hacer cosas que pudiéramos hacer juntos. Simplemente llegué al punto en el cual pensaba acerca de lo que quería hacer y lo hacía solo.

Dr. Bellak: Y, hacia el final, en julio, ¿Cuál fue el punto principal de las diferencias?

Paciente: Había...habíamos hecho unos planos para una casa que estábamos construyendo y cada vez que los terminaba, ella decidía que quería que se cambiaran un poco las cosas y los regresamos a la mesa de dibujo en cinco ocasiones. Y comencé a estar de acuerdo con ella, sólo para no discutir y, de hecho, no era la forma que me hubiera gustado. Sé acerca de casas, porque solía construirlas.

Dr. Bellak: ¿Ese es su campo? ¿Qué hace usted?

Paciente: Soy carpintero. Construyo muebles.

Dr. Bellak: ¿Es eso lo que hace todavía?

Paciente: Es un pasatiempo. Básicamente soy un militar retirado.

Dr. Bellak: Bien, ¿Qué es lo que usted diría que más lo afecta en este momento?

Paciente: (Pausa prolongada) ahora ya no puedo llegar al punto en el que me agrada a mí mismo.

Dr. Bellak: Bien veamos eso. ¿Qué es, si usted tuviera que hacer una lista, lo que más le desagrada de usted?

Paciente: Soy muy cerrado...me he vuelto pasivo (Comienza a llorar) Ya sabe, normalmente ese no es mi modo de ser. Normalmente digo lo que pienso, ¿sí? Soy muy directo.

Dr. Bellak: Así que se desagrada por eso. Por haber cedido.

Paciente: Llegó el momento en el que *no me agradaba por ceder todo el tiempo* 6.

Dr. Bellak: Bien, ¿qué más? ¿Eso es lo que *aún* lo molesta? ¿Piensa en ello?

Paciente: Sí.

Dr. Bellak: ¿Hoy?

Paciente: Sí.

Dr. Bellak: ¿Ayer?

Paciente: Sí. Bueno, ayer no hablamos.

Dr. Bellak: ¿Su esposa y usted aún se hablan?

Paciente: Todavía nos hablamos. Mis hijos se quedan conmigo el fin de semana.

Dr. Bellak: ¿Pero cuáles son las cosas que no le agradan de usted y que se mantienen en su mente?

Paciente: Creo que parte de ello es el miedo que me tengo. No ser capaz de controlarme.

6. Esta afirmación muestra una de las muchas referencias, implícitas y explícitas, acerca de sus sentimientos de pasividad.

Dr. Bellak: ¿Y entonces qué haría?

Paciente: En lugar de estar cerca de la gente en donde se me pusiera en una posición en la que tendría miedo de hacer...preferiría estar solo.

Dr. Bellak: Puedo comprender eso. Pero, y sé que es doloroso para usted, pero intentaría decir específicamente ¿a qué le teme? ¿A hacer qué?

Paciente: Desintegrarme. Nada más a volverme loco accidentalmente.

Dr. Bellak: Y entonces ¿qué haría?

Paciente: Matar a alguien por instinto, en lugar de...

Dr. Bellak: ¿Cómo? ¿Cómo?7.

Paciente: Con las manos.

Dr. Bellak: ¿Cómo?

Paciente: Existen varios métodos que el ejercito nos enseñó.

Dr. Bellak: ¿Cuáles pensó en usar?

Paciente: Existen ciertas áreas. Como la nuez de la persona. Se toma con las dos manos y se le rompe la traquea. Y varios métodos de aplastarle la caja torácica a un hombre y romperle la espalda. Con las manos sobre su cuello, jalar hacia atrás. Me he sorprendido dos veces a punto de apretarle el cuello a un hombre, cuando me he enojado.

Dr. Bellak: Deseamos entender. ¿Podría ser un poco más gráfico?

Paciente: Bueno, la primera vez fue en un bar. Alguien más había entrado (suspira)... era un homosexual y me hizo una proposición. Me enfurecí. Si no hubiera habido dos tipos allí, que eran amigos míos y que me detuvieron, lo hubiera matado.

Dr. Bellak: En este caso ¿cómo?

Paciente: Bien, lo tenía por el cuello y contra una pared. Tenía mis manos alrededor de su cuello (la voz se quiebra) y estaba intentando... Y el otro. Había ido a un bar, un hombre y una mujer estaban discutiendo allí y el hombre la abofeteó y simplemente me le fui encima. Intenté matarlo. Lo tenía por la parte interior de la garganta más que por la exterior... y esto me asustó tanto que me rehusé a enfurecerme. Eso pasó el primer año después de llegar del hospital. Llegué hasta el punto en que simplemente no salía ni socializaba de ninguna manera con la gente. Básicamente sólo me quedaba en casa.

Dr. Bellak: ¿Y eso ha mejorado ahora?

Paciente: Ahora tengo más control de mis sentimientos. Puedo bloquear todo. Pero también al bloquear, eso me deja en una situación donde tengo que pelear conmigo mismo.

Dr. Bellak: Bien, describió eso muy bien, ese sentimiento de vacío que le queda después de que ha intentado apartar tanto el amor como el odio. Dejó eso muy claro. ¿Tiene amigos en este momento?

Paciente: Tengo como cuatro gentes en las que confío lo suficiente como para llamarlos amigos.

Dr. Bellak: ¿Hombres?

Paciente: Tres son hombres y una mujer.

Dr. Bellak: ¿Qué soñó anoche?8.

7. Aquí, hago el intento de concretar la situación tanto como sea posible, para evocar emociones e involucrarlas en la comunicación del paciente. También interrogo en detalle para poder evaluar el potencial de este hombre hacia la violencia.

8. Este es un cambio muy abrupto en la dirección. En este punto sentí que había obtenido tanta información, como pude, con respecto a los factores precipitantes. Es parte de mi conceptualización de la entrevista guiada que el terapeuta redijirá a veces, aun tan abruptamente.

Paciente: No recuerdo si soñé. Sólo he soñado dos veces desde que regresé de Vietnam.

Dr. Bellak: ¿Desearía contármelos? En cualquier momento que se sienta incómodo...

Paciente: Uno fue hace cuatro años cuando mi esposa y yo nos separamos un tiempo. Creo que fue al día siguiente de que la llevé a Pittsburgh y la dejé allí con sus padres. Tomé el tren de regreso. Esa noche... cuando estaba en Nam me dieron varias veces mientras dormía y había caído en el hábito de dormir con una pistola.

Dr. Bellak: Por "me dieron" ¿quiere decir que lo atacaron?

Paciente: Sí, mientras estábamos dormidos. Y había comenzado a soñar acerca del día en que me dieron en Vietnam. Por alguna razón, algo hizo un ruido en la casa, me rodé de la cama y disparé seis veces, hice seis hoyos.

Dr. Bellak: ¿En el sueño?

Paciente: No, realmente. Y eso fue lo que me asustó. Me había rodado de la cama. En Vietnam dormíamos en catres y yo siempre tenía una M16 allí y aquí tenía una .38 y cuando nos daban, me rodaba de la cama y comenzaba a disparar. Antes de que me diera cuenta de que ya no estaba en Vietnam, me había rodado de la cama y disparé seis veces hasta que atasqué el gatillo. *Hice seis hoyos en la puerta lateral de mi casa. Por suerte no había nadie allí* 9.

Dr. Bellak: Bien, eso fue la noche después de que dejó a su esposa con sus padres en...

Paciente: Hace cuatro años.

Dr. Bellak: ¿Y otros sueños?

Paciente: Tuve uno mientras estaba en el hospital. Bueno, tuve varios de ellos que eran del mismo tipo. Era el día en que nos dieron mientras atravesábamos un campo minado. El día que me dieron iba con 20 hombres en patrulla...20 hombres... siete de ellos murieron... y 12 regresamos amputados. Mutilados. Una pierna...ambas piernas...las dos piernas y brazos. Y el sueño era acerca de lo mismo. Acerca de todo el dolor.

9. En este punto, es necesario evaluar el grado de posibilidad de que este hombre tenga un *acting-out* a causa del impulso, ya sea en su contra o en contra de otros. Lo que se debe tener presente es:

- a. El paciente tuvo este sueño y disparó y vació su pistola sólo *después* de que su esposa había dejado la casa. El hecho se presta a dos interpretaciones:
 1. actuó sólo cuando se sintió relativamente a salvo de que, de hecho, no podría lastimar a nadie o,
 2. la acción se motivó principalmente por el enojo acerca de que su esposa dejara el hogar.
- b. Todos los *acting-outs* del paciente sucedieron cuando había ingerido alcohol. Además de aconsejarle que no beba, el terapeuta también tiene la oportunidad de utilizar lo que en el texto se denomina como "sensibilización a las señales" o predecir con la esperanza de estar equivocado. Se debe decir al paciente que es probable que se sienta iracundo si encuentra que alguien débil ha sido maltratado. Con el tiempo se puede intentar transmitirle el concepto de identificación. Aquí también se puede emplear la intervención de catarsis mediata, para ayudar al paciente a librarse de parte de su ira por ser pasivo en algunas ocasiones.

En este punto, uno se debe preguntar de nuevo "¿qué tan peligroso es este hombre, se le debería hospitalizar? Tendrán que buscarse señales posteriores en el resto de la entrevista."

10. En este punto hago de nuevo una especie de interrogatorio abrupto. A propósito del sueño, se podría señalar el denominador común de ser atacado, tanto en el sueño durante la infancia como en el sueño acerca de Vietnam.

Dr. Bellak: ¿Recuerda cualquier sueño de su infancia? ¹⁰.

Paciente: Cuando era muy chico, acerca de que me atacaba un gran gorila. Un montón de gorilas.

Dr. Bellak: ¿Gorilas?

Paciente: Me atacaban un montón de gorilas. Pienso que tenía el hábito de ver muchas películas de tarzán. Realmente no me podía deshacer de ese sueño.

Dr. Bellak: Bien, eso me aclara un poco las cosas. *Ciertamente usted pasó un tiempo duro* ¹¹. Sólo sé un poco acerca de ello. Todavía soy consultor de West Point, y lo era durante Vietnam, así que vi a muchas personas regresar, y durante la Segunda Guerra Mundial tuve una probada de ello por mí mismo, como para saber de lo que está hablando. Nada tan drástico.

Dr. Bellak: ¿Sería tan amable de darme un breve resumen de la historia de su vida? ¹².

Paciente: Nací en 1948. Tengo 30 años. Vivía en... hasta la época en que me reclutaron para el servicio.

Dr. Bellak: ¿Su familia?

Paciente: Tengo un hermano mayor, una hermana mayor y una hermana menor.

Dr. Bellak: ¿Qué tan mayor es su hermano?

Paciente: Mi hermano es dos años mayor que yo. Mi hermana es seis años mayor y mi hermana menor es seis años más joven que yo.

Dr. Bellak: ¿Y sus padres? ¿Qué tipo de personas son?

Paciente: Básicamente, desde el punto de vista de todos los demás, personas muy amables y calmadas. Lo cual mi padre es en realidad. A mi madre le gusta ponerse una careta para todos los demás y, en realidad, le gusta quejarse todo el tiempo.

Dr. Bellak: ¿Y cuál era su relación con usted?

Paciente: A veces tuvimos o tuve... problemas al crecer y me metía en problemas al hacer ciertas cosas en la escuela.

Dr. Bellak: Dos términos que no entiendo. Problemas al crecer y meterse en dificultades en la escuela. ¿Qué quiere decir eso?

Paciente: En la escuela, siempre había sido pasivo, pero en dos ocasiones me metí en problemas por pelear.

Dr. Bellak: ¿Qué quiere decir con pasivo? ¹³.

Paciente: Calmado. No me gustaba pelear, no quería pelear. No quería discutir. No quería ser peleonero. No intentaba llevarme con la gente.

Dr. Bellak: *Después le recordaré eso ¿está bien?* ¹³. Pero ¿dos veces tuvo peleas?

Paciente: Y en las dos ocasiones me sentía básicamente justificado y después me expulsaron de la escuela.

Dr. Bellak: ¿Lastimó a los muchachos?

Paciente: No como para que tuvieran que ir al hospital. Sólo un par de ojos morados, eso es todo.

Dr. Bellak: Bien, (Risas). ¿Cuál fue la peor cosa que su madre le hizo alguna vez?

Paciente: Esa pelea, en esa ocasión sentía que estaba justificado de entrar en una pelea, cuando llegué a casa mi padre estuvo de acuerdo conmigo, pero aun así, mi madre

11. Esta afirmación se hace para ayudar a establecer la alianza terapéutica.

12. De nuevo realizo un cambio en la dirección, para mantener la eficiencia de la entrevista.

13. Para este momento, el paciente ha utilizado el término "pasivo" en muchas ocasiones. Se lo señalo en este punto para prepararlo para una interpretación posterior.

me dio una tunda por ello.

Dr. Bellak: ¿Cómo lo tundió?

Paciente: Con un cinturón.

Dr. Bellak: ¿Qué edad tenía entonces?

Paciente: La primera vez, probablemente 13. La segunda como 15.

Dr. Bellak: Usted era un tipo bastante grande.

Paciente: Básicamente no era que me pudiera lastimar con la tunda. Sólo que me podía lastimar por dentro. Me recargaba en su silla para que ella lo hiciera. Ella no...

Dr. Bellak: Ella no ¿qué?

Paciente: Simplemente no me tundía parado allí. Yo ...

Dr. Bellak: Más o menos usted estaba de acuerdo con ello¹³.

Paciente: Sí...

Dr. Bellak: ¿Fue con los pantatrones puestos? ¿Usted tenía puestos los pantalones?

Paciente: Sin mis pantalones¹⁴.

Dr. Bellak: Si usted describiera, si usted pudiera aplicar tres palabras que describieran a su padre¹⁵, ¿cuáles elegiría?

Paciente: (Silencio)

Dr. Bellak: Las primeras que le vengan a la mente. No lo haga demasiado difícil.

Paciente: Pasivo, en términos de mi madre. En comparación. Fuerte. Emprendedor, en términos de los demás.

Dr. Bellak: ¿A qué se dedica?

Paciente: Ahora está retirado.

Dr. Bellak: ¿A qué se dedicaba?

Paciente: Teníamos una tienda de abarrotes en Pittsburgh. Después, cuando nos mudamos a Filadelfia, él y mi hermano abrieron una compañía constructora, en la que yo trabajé.

Dr. Bellak: ¿Y su madre? ¿Si usted la describiera? Ya dijo que era muy quejumbrosa. ¿Qué más?

Paciente: Hipócrita. Era de una manera exteriormente, para los demás, y de otra interiormente. ¡Increíble! Ella esperaba que todos vivieran de una manera y ella quería vivir de otra.

Dr. Bellak: ¿Usted cursó la preparatoria?

Paciente: Sí.

Dr. Bellak: Entonces, ¿qué hizo entre eso y el ejército?

Paciente: En el tiempo entre la preparatoria y la época que me reclutaron... Bueno, me fui de la casa cerca de seis meses antes de graduarme de la preparatoria. La razón por la que me fui es que tuve una pelea con mi padre y él me abofeteó. Esa fue la primera vez que me pegó en cinco o seis años. Y me fui porque tenía miedo de pegarle de regreso. Quería pegarle...pero lo amaba. (Comienza a llorar) lo amaba pero deseaba golpearlo. Por esa razón me fui¹⁶.

14. Este pequeño detalle concreto de un chico de quince años de edad al que se le golpea en el trasero desnudo, dice mucho acerca de la atmósfera familiar y el ingreso de información sádica y las probables consecuencias para la personalidad del paciente.

15. Una táctica que utilizo con frecuencia.

16. Una situación que se repite en el presente, es decir, ahora el paciente también tiene un conflicto entre amor y odio y su uso de la defensa de huida, que vemos la ha utilizado antes en su vida, con respecto a su padre.

Paciente: Teníamos esa tienda de abarrotes. Trabajábamos juntos en las mañanas. Él tenía el hábito de pensar que las personas eran superhombres. Le decía a uno que hiciera diez cosas, regresaba en cinco minutos y pensaba en dos cosas más que uno debía hacer.

Dr. Bellak: Ya comprendo.

Paciente: Creo que tenía como 17 años. Un día en la tienda, finalmente le dije que no podía aguantar más, que sólo tenía dos manos y no cuatro. Y esa fue la primera vez que creo que le contesté. Y él me abofeteó.

Dr. Bellak: ¿Así que era un buen tiempo para entrar al ejército?

Paciente: Trabajé un año y medio para una compañía petrolera después de la preparatoria y después me reclutaron.

Dr. Bellak: Revisemos algunas de las cosas que usted ha dicho.

Paciente: Bueno, básicamente, lo que no me gustaba de la manera en que vivía, era que me había vuelto totalmente pasivo.

Dr. Bellak: Si me permite interrumpirlo, realmente no le pregunté lo suficiente acerca de su esposa. Me podría dar un breve resumen. ¿Qué clase de mujer es?

Paciente: Mi esposa tiene 28 años, es atractiva. Tiene un concepto diferente de lo que es el amor.

Dr. Bellak: ¿Cuáles son sus antecedentes? Intentemos restringirnos a lo más sencillo.

Paciente: ¿Sus antecedentes? Después de que salió de la preparatoria, trabajó en un banco.

Dr. Bellak: ¿Qué tipo de familia era la suya?

Paciente: Su padre es italiano, su madre alemana. Gran parte de nuestros problemas provienen de ellos porque nunca le mostraron amor de ninguna clase. Se rehusaban totalmente, ignoran que existe el sexo. Según ellos, no saben cómo nacen los niños, sólo los empollaban. Ella no entendía eso. Sus padres nunca se besaban en público o no lo hacían de manera abierta, o nunca se mostraban afecto de ninguna clase. Totalmente cerrados, fríos, sin sentimientos.

Dr. Bellak: Si describiera cómo difieren sus padres entre sí, ¿qué diría?

Paciente: Su padre es básicamente dominante, dictatorial. Muy tacaño. Hasta el punto en que hubo veces que veía que sus hermanos y hermanas menores le pedían dinero, como 25 centavos para un refresco o cosas por el estilo, y nunca dejaba que nadie viera cuánto tenía, se volteaba y lo escondía y sólo sacaba una moneda.

Dr. Bellak: ¿Y su madre?

Paciente: Su madre es básicamente como su padre, pero no tan agresiva.

Dr. Bellak: ¿Y su esposa? ¿Si pudiera describirla brevemente?

Paciente: Cuando nos casamos, ella no era agresiva. No era agresiva para nada. Tenía miedo de cualquier tipo de sexo. En realidad no sabía cómo mostrar afecto. Simplemente lo bloqueaba.

Dr. Bellak: ¿Y el sexo continuó siendo un problema?

Paciente: Sí.

Dr. Bellak: Generalmente, entraría en detalle al respecto, *pero no pienso que necesitemos hacerlo bajo estas circunstancias*¹⁷.

Pero ya que hemos terminado con eso, ¿mencionó que tenía hijos?

Paciente: Sí, tengo dos niñas.

17. Me refiero a la naturaleza pública de la entrevista.

Paciente: Sí, tengo dos niñas.

Dr. Bellak: ¿De qué edades?

Paciente: Cinco y casi dos.

Dr. Bellak: ¿Cómo se llevan ustedes?

Paciente: (Suspira) Las dos niñas y yo nos llevamos muy bien. Se quedan conmigo todos los fines de semana: viernes y sábado.

Dr. Bellak: Bien, regresemos a lo que usted piensa que puede haber aprendido de lo que me ha dicho hasta ahora¹⁸. Después de todo mi trabajo consiste, entre otras cosas, en servirle de ayuda.

Paciente: (Silencio).

Dr. Bellak: Bien, déjeme hacerlo un poco más fácil. Después de todo, tengo un poco más de perspectiva. Es más fácil para alguien que está afuera. También, se supone que debo saber algo al respecto. Veamos si podemos estar de acuerdo en algunas cosas. Mire, de lo que usted se queja más, y lo que lo trajo aquí, es el miedo de que su enojo se le pueda salir de las manos y se pueda volver violento. Y tiene muy buenas razones para ello. Vietnam fue una terrible experiencia. Un par de veces casi se le salió de las manos y tiene algunos sueños muy perturbadores, uno en el cual le disparan y otro en el que, de hecho, disparó su .38.

Paciente: Sí, y en el otro sueño, bueno, eran el mismo sueño pero ese fue cuando estaba en el hospital.

Dr. Bellak: Bien. Ahora, curiosamente, cuando usted me contó su historia inicial, particularmente en la escuela, comenzó diciendo que la mayor parte del tiempo usted era pasivo. Después, en un par de ocasiones golpeó bastante fuerte a unos tipos. Ahora toda su preocupación y, en especial con respecto al matrimonio, era su excesiva pasividad. Sentía una gran cantidad de enojo y entre más lo controlaba, porque temía que se le saliera de las manos, más alivio sentía. Cuando niño, usted tenía sueños de que un gorila lo perseguía. Y eso lo asustaba.

Paciente: Sí, íterriblemente!

Dr. Bellak: De cierta manera, veo una pequeña similitud entre ese sueño de ansiedad de que alguien grande, como un gorila, le hacía algo violento y los sueños en donde le disparaban, lo atacaban.

Paciente: Básicamente ambos eran acerca de ser atacado¹⁹.

Dr. Bellak: Correcto.

Paciente: Ambas son maneras de ser atacado. Una por un animal y otra por un hombre.

Dr. Bellak: Sí. Incidentalmente ¿a quién se parecía el gorila del sueño? La primera cosa que le venga a la mente.

Paciente: A un gran simio.

Dr. Bellak: ¿Es alguien que usted conozca?

Paciente: No.

Dr. Bellak: Muy bien (risas).

Paciente: Simplemente parecía un gran gorila peludo.

Dr. Bellak: Así que hay cierta continuidad. Mientras que Vietnam indudablemente empeoró las cosas....

18. Preparo al paciente para una interpretación, mediante establecer una alianza terapéutica e incrementar la conciencia del paciente.

19. El paciente desarrolla cierto *insight*.

Dr. Bellak: Y también, el punto central se encuentra alrededor de la agresión, pasividad. Usted dijo que, en la escuela, la mayor parte del tiempo era pasivo, lo que es una manera curiosa de plantearlo. No todo el mundo lo describiría de ese modo. Y eso continúa a través de su matrimonio, la relación más cercana que usted tiene. Comenzó diciendo, si recuerdo de manera correcta, que sus padres lo arreglaron, usted era pasivo al respecto y estuvo de acuerdo con los arreglos. Cuando describió a su esposa, dijo que no era agresiva. Parece que eso le preocupa mucho. Mencionó que ella no era agresiva y después llegó a serlo y lo molestaba con cambios constantes en los planos y en diferentes cosas. Pero, en cualquier caso, el punto que quiero señalar es que ser agresivo o pasivo parece ser una constante que lo preocupa con mucha facilidad. Es prácticamente el eje principal. Entonces, ¿qué me dijo acerca de sus padres que podía tener que ver con ello?

Paciente: Sólo que mi padre era pasivo con mi madre.

Dr. Bellak: ¿Qué efecto puede haber tenido eso sobre usted? ¿En su personalidad?

Paciente: Me hizo que casi hiciera la misma cosa con mi esposa. Como la manera en que mis padres discutían continuamente.

Dr. Bellak: Si lo pongo en mi forma vulgar, diría que usted se debe haber dicho cuando niño: "Maldito sea yo sí voy a ser un pelele con una mujer como mi padre lo ha sido". ¿Estoy en lo correcto?

Paciente: Y terminé haciendo lo mismo. Eso o me dejé llevar al punto de hacer la misma cosa.

Dr. Bellak: Ya sea eso o, al menos, así lo sintió usted.

Paciente: Correcto.

Dr. Bellak: ¿Cuáles conclusiones podría extraer?

Paciente: Que tengo miedo de ser como mi padre. Miedo de que me presionen.

Dr. Bellak: Bien, ¿podría presionar ²⁰ un poco ese punto? Que usted tiene miedo de ser pasivo. Uno de los tipos que lo sacó de sus casillas particularmente fue un homosexual en el bar.

Paciente: Sí, pero entonces sólo tenía 21 años. Nunca tuve relaciones con otro hombre. Nunca quise. Nunca....

Dr. Bellak: Así que, si llevo las cosas al extremo mediante una implicación, a usted lo disgustó la idea de que él pudiera pensar que usted pudiera estar interesado de cualquier manera en algo no masculino. Ese es el punto que quiero destacar ahora mismo. ¿Y cómo piensa que ello podría encajar en la otra ocasión en la que casi ahorcó al otro tipo?

Paciente: Esto fue porque un hombre golpeaba a una mujer. Me educaron para no hacer eso.

Dr. Bellak: Bueno, aparte del hecho de que... psicológicamente, ¿qué piensa que podría ser? Mire, usted vio que atacaban a alguien. Cuando usted y yo vemos un accidente automovilístico en la carretera, ¿qué hacemos? ²¹

Paciente: Parar y ver si podemos ayudar.

Dr. Bellak: Pero si ya hay una ambulancia y una patrulla allí, ¿qué hacemos de todas maneras?

Paciente: Paramos y vemos si alguien herido.

20. De mi parte, esta es una muy desatinada elección de la palabra.

21. Intenté transmitir el concepto de identificación, pero fracasé por completo.

Paciente: Paramos y vemos si alguien herido.

Dr. Bellak: Si, pero generalmente todo el mundo aminora un poco la velocidad porque siente, "caray, eso me podría pasar a mí. Quizás no debería ir tan rápido". Uno se identifica, como decimos los psiquiatras, con las otras personas. ¿Podría ser algo así lo que sucedió cuando vio que el tipo golpeaba a la mujer?

Paciente: ¿Aparte del hecho real?

Dr. Bellak: Bueno, podría estar cometiendo un error, pero me pregunto si en ese caso uno no se identifica con el más débil. Usted no quería ver que la golpearan porque sintió, "caramba, no quiero que me golpeen".

Paciente: No quiero que me lastimen, pero tampoco quiero lastimar a ninguna otra persona.

Dr. Bellak: Bien, veamos si podemos coincidir en un par de cosas. Una es que Vietnam fue una experiencia terrible. Podría causarle todo tipo de cosas a cualquier...

Paciente: (interrumpe) Las gentes tienen que hacer muchas cosas que no deberían hacer.

Dr. Bellak: Lo sé, pero esto pudo haberle provocado una mayor impresión en su personalidad, porque usted ya tenía la preocupación de que lo atacaran, como atestiguan los sueños acerca del gorila, un sueño recurrente en su infancia. Usted sintió que tenía que enfrentarse a su madre, hacia la que usted, comprensiblemente, tenía sentimientos encontrados. Sentimientos mezclados. Usted se recargaba en la silla y la dejaba tundirlo, pero al mismo tiempo usted debe haber estado lleno de una gran cantidad de ira.

Paciente: Enojo, porque no entendía por qué. Sentía que tenía justificación en lo que había hecho.

Dr. Bellak: Bueno, entre otras cosas... así que usted resultó con ese patrón. Vietnam lo empeoró. Entonces usted tuvo el sentimiento de que había dejado que lo empujaran al matrimonio. Empezó con un poco de resentimiento y dudas de que se había dejado empujar. Y después, muy pronto, se vio en una situación y una relación que se parecía demasiado a la que usted vio entre su padre y madre. ¿Qué resulta de todo eso? *Si usted y yo pudiéramos intercambiar sillas mentalmente y usted fuera el psiquiatra, ¿qué pensaría de todas las cosas que ha escuchado hoy?* 22.

Paciente: ¿En cuanto al matrimonio?

Dr. Bellak: No, en cuanto a comprender qué es lo que le sucede a usted

Paciente: ¿Qué es lo que me sucede?

Dr. Bellak: Sí, y ¿qué podríamos hacer al respecto?

Paciente: (Silencio).

Dr. Bellak: Bueno, en vista del hecho de que vemos que algunos de los mismos problemas que lo trastornan ahora y lo trastornaron en su matrimonio, existían de cierta manera durante su juventud y su infancia, ¿en qué cree que usted y su terapeuta podrían trabajar?

Paciente: En llevarme hasta el punto donde pueda, básicamente, liberar una parte suficiente de mí mismo para sentir.

Dr. Bellak: ¿Cómo propone que se haga eso?

Paciente: La única manera en que puedo hacer eso es aprendiendo a no tener miedo de acercarme y que me lastimen.

Dr. Bellak: ¿Existe otra manera? Obviamente, lo que lo aqueja ahora tiene sus orígenes

pasaron cuando era un niño hicieron que Vietnam le fuera más difícil de absorber y digerir, y para manejarlo ahora, y aún tienen un efecto sobre usted hoy en día, las cosas que le pasaron cuando niño. En la medida en que pueda comprender mejor, hasta cierto grado, cómo sobreenfatiza, o aun distorsiona, algunas de las cosas que le suceden ahora, debido a que ya estaba preparado para ellas desde la infancia, los gorilas y todos eso, es menos probable que sienta esa ira. Pienso que esa rabia la ha tenido desde la infancia y recibió un empujón final de todas las cosas en Vietnam. No sé si usted se pudiera haber casado con cualquier mujer...

Paciente: En ese momento.

Dr. Bellak: En cualquier momento y no llegar con el mismo conjunto de expectativas. "Mejor me cuido de que ella no sea una vieja gruñona que me empuje por todas partes". Porque eso es a lo que usted estaba acostumbrado. Así, entre más trabaje en ello, en comprender sus sentimientos actuales en términos de su pasado infantil, junto con lo que, para colmo de males, psicológicamente le pasó en Vietnam; será más capaz de manejar las tensiones que tiene, que parecen girar sólo alrededor del tema de la pasividad y agresión, que realmente, en apariencia, es el eje sobre el cual gira su vida. Algunas personas tienen ese problema aun sin Vietnam, si se ha tenido esa infancia. Ese es un factor. Entre más pueda penetrar en ello, mejor.

¿Le gustaría saber quién pienso que era el gorila en el sueño? Apuesto que usted podría hacer una muy buena suposición ¿Me podría decir? La primera persona que venga a su mente ²³.

Paciente: Mi madre

Dr. Bellak: Por supuesto. Y apuesto que si pudiéramos entrar en más detalle acerca del sueño, podríamos encontrar cosas que la identificarían. Y pienso que a veces, en su mente, la identifica con algunos de los vietnamitas*. Bueno, llega a ser un tanto cuanto complejo. Pero esas son algunas de las cosas que ustedes dos pueden analizar. Mientras tanto, estoy seguro de que utiliza cualquier habilidad atlética que tiene para librarse de algo de la tensión. Pienso que es una buena medida a corto plazo. Como golpear un saco de boxear. Usted es diestro, supongo.

Paciente: Sí.

Dr. Bellak: ¿Nunca ha sido zurdo?***

Paciente: No.

Dr. Bellak: Bueno, creo que eso es, probablemente, a lo más que podremos llegar ahora. Pienso que antes he visto problemas parecidos a los suyos y que existen bastantes esperanzas de que ustedes dos: su terapeuta y usted, puedan sacar esto adelante. Ya sabe, no existe nadie tan fuerte que no tenga cierta pasividad. No me importa qué tan rudo sea el tipo.

Paciente: Básicamente, no me da miedo ser pasivo. El problema es que generalmente soy demasiado pasivo.

Dr. Bellak: Bueno, en parte pienso que usted tenía que serlo a causa de su madre... y

23. la discusión parece haber disminuido la represión e incrementado la conciencia.

* La interpretación concisa ideal que debí hacer aquí es: "Pienso que lo que usted hizo es reemplazar los gorilas con guerrillas".

** Esta fue sólo una breve noción de que los problemas de control de impulsos del paciente se podrían relacionar con cualquier aspecto de la disfunción cerebral mínima. Discuto esto con más detalle en otro libro ¹.

Dr. Bellak: Bueno, en parte pienso que usted tenía que serlo a causa de su madre... y entonces eso lo hizo sentirse como una nada y tuvo que enojarse realmente. Así, si ustedes dos pueden resolverlo de modo que usted no se sienta demasiado pasivo ni tenga la necesidad de sentirse demasiado agresivo, pienso que las cosas saldrán muy bien.

Muchas gracias de nuevo. Realmente le agradezco que estuviera dispuesto a discutir ciertas cosas.

Paciente: Muchas gracias.

REFERENCIA

1. Bellak, L. Adult psychiatric states with MBD and their ego function assessment. In L. Bellak (Ed.), *Psychiatric aspects of Minimal Brain Dysfunction in Adults*. New York: Grune & Stratton, 1979.

Referencias

1. Ackerman, N.W. *Treating the Troubled Family*. New York: Basic Books, 1966.
2. Alford, B.A., Beck, A.T., Freeman, A., & Wrrright, F.D. Brief focused cognitive therapy of panic disorder. *Psychotherapy*. 27:230-234, 1990.
3. Barkham, M. Brief prescriptive therapy in two-plus-one sessions: Initial cases from the clinic. *Behavioural Psychotherapy*. 17: 161-175, 1989.
4. Beck, A.T. *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press, 1976.
5. Beck, A.T. Cognitive approaches to panic disorder: Theory and therapy. In: *Panic: Psychological Perspectives*. Edited by S. Rachman & J. Maser. Hillside, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1987.
6. Beck, A.T., Emery, G., & Greenberg, R.L., *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York: Basic Books, 1985.
7. Beck, A.T. & Greenberg, R.L. *Coping With Depression* (a booklet). New York: Institute for Rational Living, 1974.
8. Beck, A.T. & Greenberg, R.L. Cognitive therapy of panic disorders. In: *Review of Psychiatry*. Volume V. Edited by R.E. Hales & A.J. Frances. Baltimore: Williams & Wilkins, 1988.
9. Beck, A.T., Kovacs, M., & Weissman, A. Assessment of suicidal intention: The scale for suicidal ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 47: 343-352, 1979.
10. Beck, A.T. & Rush, A.J. Cognitive therapy. In: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. volume V. Edited by H.I. Kaplan & B.J. Sadock. Baltimore: Williams & Wilkins, 1988.
11. Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford, 1979.
12. Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*. 4: 561-571, 1961.

13. Beck, A.T. & Weishaar, M.E. Cognitive therapy. In: *Current Psychotherapies*. Fourth Edited by D. Wedding & R. Corsini. Itasca, IL: F.E. Peacock, 1989.
14. Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 42: 861-865, 1974.
15. Bellak, L. The concept of projection: an experimental investigation and study of the concept. *Psychiatry*. 7:353-370, 1944.
16. Bellak, L. The emergency psychotherapy of depression. In: *Specialized Techniques in Psychotherapy*, Edited by G. Bychowski and J.L. Despert. New York: Basic Books, 1952. pp. 323-336.
17. Bellak, L. *The Thematic Apperception Test and the Children's Apperception Test in Clinical Use*. First Edition. New York: Grune & Stratton, 1954.
18. Bellak, L. Free association: Conceptual and clinical aspects. *Int. J. of Psycho-Anal.* 42: 9-20, 1961.
19. Bellak, L. Depersonalization as a variant of self-awareness. In: *Unfinished Tasks in the Behavioral Sciences*. Edited by A. Abrams. Baltimore, Williams & Wilkins, 1964.
20. Bellak, L. The concept of acting out: Theoretical considerations. In: *Acting Out-Theoretical and Clinical Aspects*. Edited by L. Abt & S. Weissman. New York: Grune & Stratton, 1965.
21. Bellak, L. *A Concise Handbook of Community Psychiatry and Community Mental Health*. New York: Grune & Stratton, 1974.
22. Bellak, L. *The Thematic Apperception Test, Children's Apperception Test, and Senior Apperception Technique in Clinical Use*. Third and revised edition. New York: Grune & Stratton, 1975.
23. Bellak, L. (Editor and Contributor) *Psychiatric Aspects of Minimal Brain Dysfunction in Adults*. New York: Grune & Stratton, 1979.
24. Bellak, L. Editorial: Point of view: Ventilation is not enough. *Roche Report. Frontiers of Psychiatry*. Edited by H. Henderson. 10: 14, 1980.
25. Bellak, L. & Antell, M. Understanding the depressed. A review of Edith Jacobson's *Depression: Comparative Studies of Normal, Neurotic and Psychotic Conditions*. *Contemporary Psychology*. 19: 364-365, 1974.
26. Bellak, L. & Baker, S. *Reading Faces*. Holt, Rinehart & Winston, 1981. Soft cover: Bantam Press, 1982.
27. Bellak, L. *The T.A.T., C.A.T. and S.A.T. in Clinical Use*. Fifth Edition. Needham, Mass: Allyn & Bacon/Simon & Shuster, 1992.
28. Bellak, L. *Psychoanalysis as a Science (A Textbook for Skeptics)*. Needham, Mass.: Allyn & Bacon, 1992.

29. **Bellak, L. (with P. Faithorn).** *Crises and Special Problems in Psychoanalysis and Psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel, 1980.
- 29A. **Bellak, L. & Goldsmith, L. (Editor)** *The Broad Scope of Ego Function Assessment*. New York: John Wiley & Sons, 1983. (In Press)
30. **Bellak, L. & Haselkorn, F.** Psychological aspects of cardiac illness and rehabilitation. *Social Casework*. 37: 483-489, 1956.
31. **Bellak, L., Hurvich, M. & Gediman, H.** *Ego Functions in Schizophrenics, Neurotics, and Normals*. New York: John Wiley & Sons, 1973.
32. **Bellak, L. & Jacques, E.** On the problem of dynamic conceptualization in case studies. *Character Pers.* 1: 20-39, 1942.
33. **Bellak, L., Meyer E.J., Rosenberg, S., & Zuckerman, M.** An experimental study of brief psychotherapy. In: *An Evaluation of the Results of the Psychotherapies*. Edited by S. Lesse. Charles C. Thomas, Springfield, Illinois, 1968.
34. **Bellak, L. & Meyer B.** Ego function assessment and analysability. *The International Review of Psycho-Analysis*. 2: 413-427, 1975.
35. **Bellak, L., Prola, M., Meyer, E. J., & Zuckerman, M.** Psychiatry in the medical-surgical emergency clinic. *Arch. Gen. Psychiatry*. 10: 267-269, 1964.
36. **Bellak, L. & Small, L.** *Emergency Psychotherapy and Brief Psychotherapy*. New York: Grune & Stratton. 1978.
37. **Bellak, L. & Smith, B.** An experimental exploration of the psychoanalytic process: Exemplification of a method. *Psychoanal. Quart.* 25: 385-413, 1956.
38. **Bibring, E.** The mechanism of depression. In: *Affective Disorders*. Edited by P. Greenacre. New York: International Universities Press. 1953.
39. **Blackburn, I. M., Bishop, S., Glen, A.I.M., Whalley, L. J., & Christie, J. E.** The efficacy of cognitive therapy in depression: A treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy, each alone and in combination. *British Journal of Psychiatry*. 139: 181-189, 1981.
40. **Blackburn, I.M., Eunson, K.M., & Bishop, S.** A two-year naturalistic follow-up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy and a combination of both. *Journal of Affective Disorders*. 10: 67-75, 1986.
41. **Burns, D.D.** *Feeling Good: The New Mood Therapy*. New York: William Morrow, 1980.
42. **Butler, G.** Phobic disorders. In: *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide*. Edited by K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk, & D.M. Clark. New York: Oxford University Press, 1989.
43. **Cannon, W.B.** *Bodily Changes in Panic, Hunger, Fear and Rage*. New York: Appleton, Second Edition, 1929.
- 43A. **Clark, D.M.** Anxiety states: Panic and generalized anxiety. In: *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide*. Edited by K. Hawton,

- P.M. Salkovskis, J. Kirk, & D.M. Clark. Oxford; New York; Tokyo: Oxford University Press, 1989.
44. Clark, D.M. & Beck, A.T. Cognitive approaches. In: *Handbook of Anxiety Disorders*. Edited by C. Last & M. Hersen. Elmsford, NY: Pergamon Press, 1988.
 45. Clark, D.M., Salkovskis, P.M., & Chalkley, A.J. Respiratory control as a treatment for panic attacks. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 16: 23-30, 1985.
 46. Cottraux, J. & Mollard, E. Cognitive therapy of phobias. In: *Cognitive Psychotherapy: Theory and Practice*. Edited by C. Perris, I.M. Blackburn, & H. Perris. New York: Springer-Verlag, 1988.
 47. Dahl, H. A quantitative study of a psychoanalysis. In: *Psychoanalysis and Contemporary Science*. Edited by R.R. Holt & E. Peterfreund. New York: Macmillan, 1972. pp. 237-257.
 48. Dahl, H., Kächele, H. & Thomä, H. (Editors) *Psychoanalytic Process Research Strategies*. Berlin; Heidelberg: Springer-Verlag, 1988.
 49. Davenloo, H. *Basic Principles and Techniques in Short-term Dynamic Psychotherapy*. New York: Spectrum, 1978.
 50. DeRubeis, R.J. & Beck, A.T. Cognitive therapy. In: *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*. Edited by K.S. Dobson. New York: Guilford, 1988.
 51. Durham, R.C. Cognitive therapy of panic disorder. In: *Panic Disorder: Theory, Research and Therapy*. Edited by R. Baker, New York: Wiley & sons, 1989.
 52. English, H.B. & English, A.C. *A Comprehensive Dictionary of Psychological and Psychoanalytic Terms*. New York, London, and Toronto: Longmans Green, 1958.
 - 52A. Fairburn, C.G. Cognitive-behavioral treatment for bulimia. In: *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*. Edited by D.M. Garner & P.E. Garfinkel. New York: Guilford Press, 1985.
 53. Fairburn, C.G. & Cooper, P.T. Eating disorders. In: *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide*. Edited by K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk, & D.M. Clark. New York: Oxford University Press, 1989.
 54. Fenichel, O. *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. New York: W.W. Norton & Company, 1945.
 55. Fennell, M.J.V. Depression. In: *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide*. Edited by K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk, & D.M. Clark. New York: Oxford University Press, 1989.
 56. Fennell, M.J.V. & Teasdale, J.D. Distraction in neurotic and endogenous depression: An investigation of negative thinking in major depressive disorder. *Psychological Medicine*. 17: 441-452-1987.
 57. Freud, A. *The Ego and the Mechanisms of Defense*. New York: International Universities, 1936.

58. **Friedman, P. & Linn, L.** Some psychiatric notes on the *Andrea Doria* disaster. *Amer. J. Psychiatry*. 114: 426-432, 1957.
59. **Glover, E.** (1930) Grades of ego differentiation. In: *On the Early Development of the Mind*. New York: International Universities Press, 1956.
60. **Hartmann, H.** *Ego Psychology and the Problem of Adaptation* (1939). Reprinted New York: International Universities, 1964.
61. **Hilberman, E.** *The Rape victim*. Washington, D.C. American Psychiatric Association, 1976.
62. **Hinsie, L.E. & Campbell, R.J.** *Psychiatric Dictionary*. Third Edition. New York: Oxford University Press, 1960.
- 62A. **Hollon, S.D. & Beck, A.T.** Cognitive therapy of depression. In: *Cognitive Behavioral Intervention: Theory, Research, and Procedures*. Edited by P.C. Kendall & S.D. Hollon. New York: Academic Press, 1979.
63. **Horowitz, M.J., et al.** *Personality Styles and Brief Psychotherapy*. New York: Basic Books, 1984.
64. **Jacobson, E.** *Depression: Comparative Studies of Normal, Neurotic, and Psychotic Conditions*. New York: International Universities Press, 1971.
65. **Jacobson, G.F., Strickler, M. & Morley, M.E.** Generic and individual approaches to crisis intervention. *Am. J. Public Health*. 58: 2, 1968.
66. **James, W.** (1918) *The Principles of Psychology*. Volume II. Dover Publications, 1950.
67. **Jarret, R.B. & Rush, A.J.** Cognitive therapy for panic disorder and generalized anxiety disorder. In: *Cognitive Psychotherapy: Theory and Practice*. Edited by C. Perris, I.M. Blackburn, & H. Perris. New York: Springer-Verlag, 1988.
68. **Jones, E.** *The Life and Work of Sigmund Freud*. Volume II. New York: Basic Books, 1955.
69. **Kliman, A.S.** *Crisis: Psychological First Aid for Recovery and Growth*. Second Edition. Northvale, NJ: Jason Aronson, 1986.
70. **Kliman, G.** *Psychological Emergencies of Childhood*. New York: Grune & Stratton, 1968.
71. **Leahy, R.L. & Beck, A.T.** Cognitive model of depression and mania. In: *Depression and Mania*. Edited by A. Georgotas & R. Cancro. New York: Elsevier Science Publishing, 1988.
72. **Leighton, A.H.** *An Introduction to Social Psychiatry*. Springfield, Illinois, Charles C. Thomas, 1960. p. 110.
73. **Lewin, B.** *The Psychoanalysis of Elation*. W.W. Norton, New York, 1950.
74. **Lindemann, E.** Symptomatology and management of acute grief, *Am. J. Psychiatry*. 101: 141-148, 1944.

75. Luborsky, L. *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual for Supportive-Expressive Psychotherapy*. New York: Basic Books, 1984.
76. Malan, D.H. *The Frontier of Brief Psychotherapy: An Example of the Convergence of Research and Clinical Practice*. New York: Plenum Medical Book Co., 1976.
77. Mann, J. *Time Limited Psychotherapy*. Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1973.
78. Maranon, G. The psychology of gesture. *J. of Nerv. and Ment. Disease*. 122: 469-497, 1950.
79. Marks, I.M., *Fears, Phobias, and Rituals*. Oxford: Oxford University Press, 1987.
80. Minuchin, S. *Families and Family Therapy*. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1974.
81. Murray, H. a *The Thematic Apperception Test: Plates and Manual*. Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1943.
82. McPherson, F.M. Cognitive therapy for bulimia. In: *Cognitive Psychotherapy: Theory and Practice*. Edited by C. Perris, I.M. Blackburn, & H. Perris. New York: Springer-Verlag, 1988.
83. Oberndorf, C.P. *A History of Psychoanalysis in America*. New York: Grune & Stratton, 1953.
84. Parad, H.J. (Editor) *Crisis Intervention: Selected Reading*. New York: Family Service Association of America, 1967.
85. Persons, J.B. *Cognitive Therapy in Practice: A Case Formulation Approach*. New York: Norton, 1989.
86. Piasecki, J. & Hollon, S.D. Cognitive therapy for depression: Unexplicated schemata and scripts. In: *Psychotherapists in Clinical Practice*. Edited by N. Jacobson. New York: Guilford, 1987.
87. Pinner, M. & Miller, B. (Editors) *When Doctors are Patients*. New York: W.W. Norton, 1952.
88. Pollock, G. *On Freud's Psychotherapy of Bruno Walter*. *Annual of Psychoanalysis*, Volume III, 1975.
89. Rapaport, D. Present-day ego psychology (1956) In: *The Collected Papers of David Rapaport*. Edited by M. Gill. New York: Basic Books, 1967.
90. Rosen, J. *Direct Psychoanalytic Psychiatry*. Grune & Stratton, 1962.
91. Rosen, V.H. Psychiatric problems in general surgery. In: *Psychology of Physical Illness*. Edited by L. Bellak. New York: Grune & Stratton, 1952.
92. Rosenberg, S., Prola, M., Meyer, E.J., Zuckerman, M. & Bellak, L. Factors related to improvement in brief psychotherapy. In: *An Evaluation of the Results of the Psychotherapies*. Edited by: S. Lesse. Charles C. Thomas, Springfield, Illinois, 1968.

93. **Rush, A.J., Beck, A.T., Kovacs, M., & Hollon, S.D.** Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressive outpatients. *Cognitive Therapy and Research*. 1: 17-37, 1977.
94. **Sacco, W.P. & Beck, A.T.** Cognitive therapy of depression. In: *Depression: Treatment, Assessment, and Research*. Edited by E. E. Beckham & W. Leber. Dow Jones-Irwin, 1985.
95. **Salkovskis, P.M. & Kirk, J.** Obsessional disorders. In: *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide*. Edited by K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk, & D.M. Clark. New York: Oxford University Press, 1989.
96. **Salkovskis, P.M. & Warwicki, H.M.C.** Cognitive therapy of obsessive-compulsive disorder. In: *Cognitive Psychotherapy: Theory and Practice*. New York: Springer-Verlag, 1988.
97. **Sampson, H. & Weiss, J.** Testing hypotheses: The approach of the Mount Zion Psychotherapy Research Group. In: *The Psychotherapeutic Process: A Research Handbook*. Edited by L.S. Greenberg & W. Pinsof. New York: Guilford Press, 1987. pp. 591-613.
98. **Schlosser, D., Kavanagh, D.J., & Wilson, P.H.** Intensive cognitive-behavior therapy for depression: Preliminary findings with four country residents. *Behaviour Change*. 5: 28-31, 1988.
99. **Schultz, C.G.** Self and object differentiation as a measure of change in psychotherapy. In: *Psychotherapy of Schizophrenia*. Edited by J.G. Gunderson & L.R. Moshier. New York: Jason Aranson, 1975.
100. **Shneidman, E.** Suicide notes reconsidered *Psychiatry*. 36: 379-394, 1973.
101. **Shneidman, E.** Psychotherapy with suicidal patients. In: *Specialized Techniques in Individual Psychotherapy*. Edited by B. Karasu & L. Bellak. New York: Brunner/Mazel, 1980.
102. **Shneidman, E. & Farberow, N.L.** Clues to suicide. *Public Health Reports*. 71: 109-114, 1956.
103. **Sifneos, P.** *Short-term Psychotherapy and Functional Crisis*. Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1972.
104. **Teasdale, J.D. & Fennell, M.J.V.** Immediate effects on depression of cognitive therapy intervention. *Cognitive Therapy and Research*. 6: 343-351, 1982.
105. **Teasdale, J.D., Fennell, M.J.V., Hibbert, G.A. & Amies, P.L.** Cognitive therapy for major depressive disorder in primary care. *British Journal of Psychiatry*. 144: 400-406, 1984.
106. **Trainor, D.** MHP said to be responsive to pimozide therapy. *Psychiatry News*. August 1, 1980.
107. **Valliant, P.M. & Leith, B.** Impact of relaxation training and cognitive therapy on coronary patients post surgery. *Psychological Reports*. 59: 1271-1278, 1986.

108. Weishaar, M.E. & Beck, A.T. Cognitive Approaches to understanding and treating suicidal behavior. In: *Suicide Over the Life Cycle*. Edited by Blumenthal & Kupfer. Washington: American Psychiatric Press, 1990.
109. Wilson, G.T. Cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa. *Annals of Behavioral Medicine*, 9: 12-17, 1987.

Nota: A lo largo del texto, se han utilizado varios términos técnicos, generalmente psicoanalíticos, que probablemente todos los lectores conozcan bien. Si existen algunas excepciones, por favor consultar *A Glossary of Psychoanalytic Terms and Concepts*. The American Psychoanalytic Association. Editado por B.E. Moore y B.D. Fine. Nueva York, Segunda Edición, 1968.

Índice

- A**
Abstracción selectiva, 175
Acting out, 35, 38, 52 a 55, 57, 59, 61, 96, 121, 142
Actividad, programación de, 170, 176, 180
Adaptación, estilo de, 143
Admisión, 12, 13
Agenda, determinación de la, 153, 165
Agresión, 16, 18, 26, 33, 37, 38, 42, 44, 53, 60, 61, 68, 75, 84, 85, 87, 90, 91, 93, 94, 100, 101, 111, 112, 118, 121 a 123, 129, 146
 exterior, al, 128
Alcoholismo, 2, 19
Alianza terapéutica, 8, 17, 23 a 25, 28, 31, 38, 81, 152, 153, 204, 207
Análisis funcional, 183
Anamnesis, 8, 15 a 17, 58, 106
Angustia, 2, 3, 11, 16, 18, 35, 39, 57, 59, 60, 62, 72, 73, 77, 95, 97, 99, 107 a 115, 122
 crisis de, 9, 182 a 185
 endógena, 109, 110, 113
 exógena, 109, 110, 113
 minicrisis de, 161, 176
 mixta, 9
Anhedonia, 199
Ánimo, verificación del estado de, 165
Anorexia, 195
Ansiedad, 3, 18 a 20, 23, 31, 39, 55, 61, 66, 67, 69, 73, 77, 79, 80, 82 a 85, 90, 91, 96, 97, 110, 113 a 115, 120 a 122, 124, 130, 146, 147, 172, 183, 185, 186, 189, 190, 193, 194
 ataques de, 8, 18, 96
 castración, 3, 80, 83, 84, 90, 96, 105, 113
Ansiedad, (continuación)
 exámenes, 99
 exposición a, 186, 188, 190
 técnicas para manejar la, 186, 187, 189, 190
 terapia de excitación de, 2
 trastorno de, 182
Ansiolíticos, 189, 191
Antidepresivos tricíclicos, 188
Anulación, 17
Apercepción Temática (T.A.T.), pruebas de, 21, 81, 127, 128, 145
Apoyo, 1, 37 a 39, 61, 74, 77, 82, 83, 87, 91, 113, 146
 comunitario, 142
 terapia de, 4
Aprendizaje, teoría del, 2
Asociación libre, 31, 34
Aspectos administrativos, 7, 11, 12, 159
Autocalificación, 181
Autoconciencia, 127
Autocontrol, medidas de, 195 a 197
Autoestima, 2, 12, 21, 25, 42 a 45, 47, 48, 52, 90 a 92, 128, 129, 195 a 197
Autoidentidad, 21
Autorepresentaciones, 3, 20, 42, 44
Autovigilancia, 177, 180, 195, 196
- B**
Beck Depression Inventory, 159, 161
Benzodiacepinas, 187
Berrinches, 143
Betabloqueadores, 188
Bulimia nerviosa, 195 a 198

Bulimia nerviosa, (continuación)

- educación acerca de, 195, 196
- C.A.T.-H**, 129, 136
- C.A.T.-S**, 129, 137
- Cambio terapéutico, 146
- Cápsulas de resumen, 165, 166
- Catarsis y catarsis mediata, 16, 26, 37, 38, 44, 48, 53, 60, 66, 80, 129
- Center for Cognitive Therapy* en Filadelfia, 177
- Cirugía, 10, 77 a 85, 106
- Cognoscitivo, enfoque, 3, 151, 154, 155, 157
 - distorsiones, 153, 160, 163, 169, 179, 181, 195
 - evitación, 172
 - frecuencia y duración de, 152, 165
 - metas de, 166
 - modelo, 152, 192
 - perfil, 153, 189
 - reestructuración, 177, 178, 183, 190, 195, 197, 198
 - rigidez, 179, 180
 - técnicas para, 152, 153, 156, 162, 166, 188
- Competencia-supremacía, 21, 22
- Compulsiones, 191
- Conceptuación del caso, 157
 - plan de tratamiento, y, 157
- Condicionamiento, 35, 104
- Conducta,
 - ensayo cognoscitivo, y, 170, 171, 177
 - experimentos para, 170, 171
 - modificación de, 2
 - neutralizante, 193, 194
 - abierta, 193, 194
 - cognoscitiva, 193, 194
 - respuestas emocionales y, 152
 - trastornos de la, alimentaria, 151, 152, 195
- Conflicto, 4
 - externo, 146, 147
 - interno, 146, 147
- Constancia objetal, 21
- Contrato terapéutico, 8, 17, 24, 25, 180
- Contratransferencia, 23, 66, 84
- Creencias disfuncionales, 152, 153, 156, 166, 167, 177, 186
- Crisis, intervención en, 9
- Culpa, 83, 90, 91, 93 a 95, 102, 111
- D**efensas y mecanismos para enfrentar situaciones, 142, 147
- Depresión,
 - tratamientos alternativos de, 178
- Descubrimiento guiado, 153
- Desesperanza, 161, 180, 181
- Despersonalización, 21, 45, 90, 112, 117 a 125
 - endógena, 41, 48
 - reactiva, 41, 48
- Desplazamiento, 93
- Desrealización, 20, 111
- Diagnóstico, 19, 58, 69, 83, 119
- Dilación, 187
- Disfunción cerebral mínima, 58, 211
- Disociativo, proceso, 24
- Distorsión, 169, 187
 - aperceptiva, 3, 23, 32, 44, 87, 113
- Distracción, 170, 173, 177, 178, 183, 184, 187, 190
- División, 121
- Drogadicción, 2
- Drogas, 17, 109, 111, 118, 119, 122, 123
- Duelo, 10, 88, 93, 94
- E**ducación, 3, 4, 31, 32, 37, 38, 47, 78, 79, 81, 87, 123, 154
- Elección simbiótica de objeto, 21
 - relaciones de, 48, 111, 129, 120
- Electroconvulsiva, terapia, 62
- Emocionales, trastornos, 152
- Enfermedad física, cirugía y, 77 a 85
- Enojo, 127
- Entrenamiento de habituación, 191, 194
- Entrevista, muestra de la, 199, 121
- Enuresis, 11, 18, 142 a 145
- Escala de Inteligencia para Adultos de Weschler (WAIS), 127
- Escena primaria, 10, 95, 105

- Esquemas, 149
- Esquizofrenia, 11, 19, 21, 57, 73, 106, 123
- Estímulo(s),
barrera del, 21, 22
técnicas de control de, 21, 22
- Estrés, tolerancia al, 161
- Estructura terapéutica, 154, 162
- Evaluación, 27, 159
completa, 179
- Evitación, 73
encubierta, 194
- Exageración y sentido del humor, 166, 170
- Exhibicionismo, 18 a 20, 101, 118, 121 a 123
- Exposición(es),
graduada, 189, 190
pacientes obsesivos, y, 193
prevención de respuestas, y, 191 a 193
terapia de, 170, 172, 186, 188, 193 a 195
- F**ármaco(s), 12, 15 a 17, 25, 37, 39, 41, 53 a 55, 59, 62, 64, 69, 72, 74, 75, 188, 197
angustia, y, 109, 110
ansiedad, y, 188
fobias, para las, 100, 104, 189, 190
irrealidad, e, 117, 119, 123, 124
- "Flecha descendente", técnica de, 166
- Fobia, 52, 91, 99 a 107, 189 a 191
agorafobia, 2, 17, 18, 100, 101, 120, 162, 185, 189
claustrofobia, 96, 100 a 103, 105
conducir, a, 100, 101
elevador, al, 101
eritrofobia, 18
escuela, a la, 141, 144
migratoria, 105
símbolos y defensas contrafóbicos, 38, 104, 105
simple, 189
social, 189
volar, a, 101, 103
- Funcionamiento,
autónomo, 21, 22
defensivo, 21, 22
- G**anancias secundarias, 25, 26, 65, 66, 79 a 81
- Generalización, 194
- Genograma, 142, 149
- Grados, asignación de tarea en, 170, 171
- Grito primario, 37, 89
- H**abilidad(es),
enfrentar situaciones, para, 147, 151, 154, 158, 188
entrenamiento en, 188
- Hipomaniaco, 46, 47
- Histeria, 95
- Historia,
familiar, 17, 18, 49, 50, 61, 141 a 143, 145 a 148
obtención de la, 3, 8, 18 a 20, 24, 87, 101, 142, 148
- Homicidio, 9, 64
- Hospitalización, 7, 11, 15, 16, 53, 55, 59, 62, 64 a 68, 72, 75, 90, 111
- I**dentificación, 23, 37, 80, 90, 93, 102, 111, 204, 209
- Imaginación, 166, 167, 170, 185, 186
- Impulso(s),
regulación y control de, 21, 22
represión del, 26, 37, 38
- Inferencia arbitraria, 176, 189
- Inferioridad, sentimientos de, 146
- Insight*, 11, 12
- Intelectualización, 37, 38
- Internalización terapéutica, 12, 16, 24, 25, 31 a 34, 43, 48, 53 a 55, 60, 64, 71 a 73, 80, 84, 87, 88, 91, 96, 103, 105, 109, 120, 124, 200, 205, 206, 211
- Interrogatorio directo, 166, 167, 177
- Intraagresión, 26, 42, a 45, 61, 128, 199, 210
- Introspección, 161
- Introyectar, introyección, 4, 37, 42, 43, 48, 60, 84
- Inversión de la conducta de evitación, 183, 186

Irrealidad, sentimientos de, 117, 124

James-Lange, teoría, 115

Juego,

dramático, 145

simbólico y dramático, 145

Juicio, 21, 22, 74, 95, 113

extremo, 181

Limítrofe, 22, 105

Maniaco, 46, 47, 72, 73, 111

trastorno, depresivo, 19

Método(s),

inductivo, 152, 154

socrático, 152, 153, 183, 192

Modelamiento, 191, 192

Motivación, 166, 168, 186

Muerte, 45, 58, 60, 62, 112

desafío a la, 94

deseos de, 101

temor a la, 79, 82, 84, 85, 88, 89, 93, 94,
102, 103

Narcisismo, 42, 46, 51, 80, 81, 89, 119

conducta, 33

secundario, 46

vinculación, 21

Necesidad de logro, 2

Negación, 11, 42, 43, 73, 77, 84, 85, 88, 91,

94, 96, 110, 114, 120

Neurosis, 18, 21 a 23, 32, 51, 80, 91, 111,

119, 152

éxito, de, 19, 54, 111

Neutralidad terapéutica, 29, 31, 59 a 61

Objeto, representaciones de, 42

Obsesiva, 16, 17, 52, 57, 104, 106, 121, 151,
152

Obsesivo-compulsivo, trastorno, 191 a
194

Omnipotencia, 16, 53

Paranoide, 45, 52, 55, 57, 72, 81, 83, 105

Pensamiento(s),

automáticos, 153, 165 a 168

imágenes, e, 184, 192

dicotómico, 175, 178, 181

obsesivos, 191, 194

positivo, 155

procesos de, 21, 22

trastornos del, 39, 55

Perfeccionismo, 188, 189

Personalidad,

histórica, 52, 119, 120

múltiple, 121

Placer, predicción de, 177

Prevención,

primaria, 4, 7, 10

secundaria, 4, 7, 10

terciaria, 4, 7, 10

Primitividad, 21, 59, 180

Problema(s),

habilidades para solucionar, 180, 181,
188, 195, 197

lista de, 157, 180

Proyección, 44, 85, 118, 124

Prueba(s),

Apercepción infantil (C.A.T.), de, 127

a 135, 144, 145

láminas, 144, 145

dibujo de una persona, de, 81

realidad,

auxiliar, 37, 38, 54

Psicoanálisis con niños, 142

Psicopatología, 152

Psicoterapia de *insight*, 3, 4, 28

Psicótico(s), 1, 8, 11, 19, 20, 22, 23, 63 a 69,

78, 81, 82, 109 a 111, 113, 118, 122

estados, agudos, 51, 55, 60, 64, 68, 71 a 75

Realidad, sentido de, 21, 22

Recadas, prevención de, 160, 178, 197

angustia, y, 183, 184

bulimia nerviosa, y, 195

Redefinición, 166, 170

- Registro del Pensamiento Disfuncional (RPD), 166, 168, 169, 177
- Regresión, 65, 66, 68, 90, 101, 129
Adaptativa al Servicio del Yo (RASY), 21, 22
- Relación(es),
objetales, 21, 25, 42, 44, 45, 48, 49, 120, 121
anaclíticas,
teoría de, 2, 19, 94
terapéutica, 152, 153
- Relajación, ejercicios de, 170, 173, 183, 184, 187, 190
- Represión, 32, 80, 84, 88, 114, 121, 199, 211
- Resistencia, 7, 12, 13, 144, 145
- Respiración controlada, 183, 184, 187
- Responsabilidad, evitación de, 192, 193
- Retroalimentación, 161, 163, 165
- Rol,
intercambio de, 180
modelo de, 142
- Role playing* y modelamiento, 167, 170, 171, 180, 186, 188, 190
- Rorschach, manchas de, 33, 127
- S**ensibilización a las señales, conciencia de las señales, 37, 38, 53 a 55
- Separación, 28, 121 a 123
ansiedad de, 2, 18, 28, 111
- Sesiones familiares, 9, 16, 25, 28, 41, 148, 195, 197
- Significativo, otro, 49, 59, 62, 71, 74
- Sintético-integrativo, funcionamiento, 21, 22, 27, 28
- Síntoma(s), 4, 5, 8 a 10, 27, 32, 48, 63, 72, 74, 77, 89, 105, 107, 114, 119, 124, 161
principal, 17, 18
antecedentes de, 17, 18
síntomas secundarios, 18
- Sistema de apoyo, 145, 148
- Sobregeneralización, 175, 189
- Sociabilidad, 130
- Soledad, 130
- Sucesos de la vida catastrófica, 87 a 97
- Sueños, 11, 23, 24, 27, 28, 32, 80, 87, 96, 120, 203, 204, 208, 210, 211
- Suicida (suicidio), 10, 19, 41, 42, 53, 54, 57 a 62, 64, 74, 96, 147, 161, 179 a 182
- Superyó, 18, 20, 26, 37, 42 a 45, 53, 54, 57, 60, 73, 94, 112
- Suposiciones subyacentes, 166, 168
identificación de, 188, 189
prueba y desafío de, 187, 188
- Supresiones, 88
- T**area, 154 a 155, 159, 161 a 163, 165, 172, 173, 194
- Tarjetas, 182, 185, 188
- Técnica(s),
Apercepción para Ancianos (S.A.T.), de, 127 a 129, 130 a 140
aperceptivas, uso específico de, 127, 130
proyectivas, 31, 33, 81, 127, 145
- Temores psicosociales, 186
- Teoría de sistemas, enfoque sistémico de, 2, 3, 16, 18, 42
- Terapia(s),
alternativa, 181
conductual, 3, 4, 25, 143, 161
conjunta, 2, 9, 16, 25, 28, 37, 39, 41
electroconvulsiva, 62
familiar, 37, 39, 66
individual, 15, 16, 28, 41, 42, 48, 49
- Terminación, 23, 27 a 29, 147, 156, 160
conclusión espontánea, 25
prevención de recaídas, 160, 177
- Transe laboración, 28, 31, 34, 35, 42 a 46, 48, 62, 83, 91, 93 a 96, 100, 104, 122, 124
- Transferencia, 17, 20, 23, 34, 42 a 45, 48, 52, 60, 104
negativa, 23
neurosis de, 51
paranoide, 23
positiva, 23, 27, 47, 49
psicosis, 67, 68
sexualizada, 23
- Trastorno,
ansiedad, por, 182
generalizada, 185 a 189

Trastorno, (continuación)

Déficit de Atención (TDA), por, 19,
52, 55, 73

Tratamiento, clasificación de las áreas
problemáticas de enfoque del, 142,
143, 149

Triángulo cognoscitivo negativo, 175

Violación, 10, 88, 91, 95, 96, 166, 168, 169

Voluntad, parálisis de, 175

Yo, 20, 21, 74, 114, 118, 119, 121

auxiliar del, 20, 44, 45

evaluación de las funciones del, 20
componentes, y sus, 21 a 23, 69

fuerza del, 59

ideal del, 20, 44