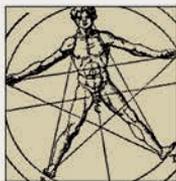
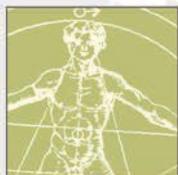


Héctor Fernández-Álvarez



INTEGRACIÓN y SALUD MENTAL

3^a
edición



biblioteca de psicología



DESCLÉE DE BROUWER

HÉCTOR FERNÁNDEZ-ÁLVAREZ

INTEGRACIÓN Y SALUD MENTAL

3^a edición

**BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
DESCLÉE DE BROUWER**

Índice

Prólogo.....	13
<i>Héctor Fernández-Álvarez</i>	

PARTE I: ASPECTOS ESTRUCTURALES

1. Modelo de abordaje y diseño de tratamientos	23
<i>Héctor Fernández-Álvarez, Alejandra Pérez y María Fraga Míguez</i>	
2. Evaluación psicológica	65
<i>Mariana Maristany y Héctor Fernández-Álvarez</i>	
3. Programa de habilidades terapéuticas.....	109
<i>Héctor Fernández-Álvarez, Diana Kirszman y Edith Vega</i>	
4. La investigación en la clínica	139
<i>Fernando García, Claudia Castañeiras y Héctor Fernández-Álvarez</i>	

5. La supervisión en psicoterapia..... 177
Héctor Fernández-Álvarez

**PARTE II:
 DISPOSITIVOS TERAPÉUTICOS CON NIÑOS
 Y ADOLESCENTES**

6. Situaciones clínicas con niños que han sufrido daños..... 203
Edith Vega
7. Tratamiento psicosocial de recursos múltiples para la enuresis 243
Patricia Pagés
8. Construcción del guión personal: psicoterapia con adolescentes y sus familias 273
Alejandra Coppo, Mariana Maristany y Alejandra Martínez

**PARTE III:
 DISPOSITIVOS TERAPÉUTICOS INDIVIDUALES**

9. Crisis de angustia: la fragilidad frente a la amenaza..... 305
Sergio Pagés y Claudia Bregman
10. El dominio en el trastorno de personalidad límite..... 337
María del Carmen Salgueiro y Carolina Palavezzatti
11. Trastorno de personalidad límite y regulación emocional..... 365
Marcela Fernández y Lilian Corrado
12. Enfermedad física y trastorno de personalidad..... 387
Beatriz Gómez y Mercedes Mazzulla
13. Psicoterapia y cáncer 423
Beatriz Gómez

PARTE IV:
DISPOSITIVOS VINCULARES, FAMILIARES Y GRUPALES

14. Aspectos interpersonales de la depresión: intervenciones con parejas y familias 455
Alejandra Coppo, María del Carmen Salgueiro y María Teresa Nieto
15. Psicoterapia de pareja en situaciones de amenaza de ruptura del vínculo..... 513
María Teresa Nieto
16. Las tareas intersesión en terapia familiar 541
Diana Kirszman, María del Carmen Salgueiro y Edith Vega
17. Trastornos alimentarios: el equipo como instrumento 567
Diana Kirszman y María del Carmen Salgueiro
18. Psicoterapia de grupo: un modelo integral 593
Héctor Fernández-Álvarez
19. Tratamiento grupal para el Trastorno Obsesivo Compulsivo . 633
Héctor Fernández-Álvarez, Fernando García, María Fraga Míguez y Verónica Rial

Prólogo

Héctor Fernández-Álvarez

Aiglé es una palabra del griego clásico, que perdura mencionada una sola vez en el Edipo Rey de Sófocles. Según los filólogos, significaba “brillo”, “resplandor”. O tal vez “iluminación”. Las peripecias de nuestra cultura occidental permitieron que se encarnara en algunos símbolos que han llegado hasta nuestros días. La Aiglé es hoy la antorcha que llevan los atletas olímpicos, la llama siempre viva que da luz sobre la tumba de soldados desconocidos. Su representación más definida es la de una luz siempre encendida, la vida que siempre renace.

El proyecto Aiglé se inició formalmente en 1977, en Buenos Aires, en un momento donde el espíritu estaba siniestrado. Pero no por ello muerto. La idea creció a la sombra, como parte de un exilio interno, procurando mantener viva la voluntad de pensar, de crear, de seguir. Eramos un puñado de almas jóvenes, desasosegadas, esperanzadas. Veníamos andando distintos caminos, teníamos orígenes diversos, practicábamos diferentes profesiones. Nos reunió el azar, una secreta ambición de poderío y una intención inocultable de crear alternativas.

Compartíamos el trabajo en el área de la salud mental en un tiempo en que el psicoanálisis ejercía, en nuestro país, una hegemonía casi absoluta en ese territorio. Transpiraba una rica producción

intelectual e inflamó el imaginario colectivo de los argentinos hasta convertirlos en algunos de los máximos consumidores de psicoterapia. Tanta terapia en las calles tuvo sus pros y sus contras. Agitó el deseo por el conocimiento, movilizó un interés crítico y de reflexión en torno a la condición humana. Su reverso: excesos en las indicaciones, laxitud en los entrenamientos.

Entreverados en ese aluvión, recibimos nuestra formación inicial en psicoanálisis. El ruido y la furia empezaron después. Las instituciones exigían algo más que formación. Sembraban ortodoxia, recogieron dispersión. En ese ambiente crecimos, buscando rescatar las tradiciones pero apuntando a nuevas formas de encauzar nuestra tarea. Lo antiguo nos inspiraba respeto mientras lo nuevo nos invocaba. Estuvimos lanzados a la integración antes de tomar conciencia de ello.

En nuestro afán por sobresalir, por ganar prestigio, queríamos inventar otra praxis, otros modos de pensar el pensamiento, otros modelos para interpretar los síntomas (el dolor, el sufrimiento), otras herramientas para aplicar en nuestros talleres. La investigación al frente para sostener la asociación entre clínica y docencia, los dos quehaceres que nos conectaron desde un comienzo con la comunidad.

La primera década en nuestra evolución (1977-1987) fue trabajar para dar forma al proyecto. Tal vez lo más novedoso fue el proyecto mismo, el edificio organizacional. No estaba pre-programado, de modo que se fue haciendo con el tiempo, a medida que vivíamos, a medida que nos descubríamos viendo lo que hacíamos, viéndonos hacer. ¿Qué hacíamos? Asistíamos pacientes dentro de un espectro clínico muy amplio. Un volumen importante, en consonancia con la magnitud de la demanda presente en la sociedad. Eso aportó experiencia y la base para el estudio y la investigación.

Asistíamos a los pacientes con métodos que, a la distancia, nos parecen elementales, primitivos. En ese entonces, todavía buscábamos en las madres de los esquizofrénicos al culpable del trastorno. No veíamos ataques de pánico ni estrés pos-traumáticos, no hablábamos de mindfulness ni sabíamos que existieran logros súbitos en

los tratamientos. El menú de los psicofármacos era corto y debíamos cuidarnos de efectos secundarios muy peligrosos. La desmanicomianización era una insolente propuesta impulsada por mentes trasnochadas y la comunidad terapéutica generaba mucha intriga, pero todavía pocas certezas.

Proponer un modelo basado en la integración significó, en un primer momento, ser empujado hacia una zona marginal en nuestro escenario. Por fortuna, pocos años más tarde el paisaje de la salud mental comenzó a transformarse. La renovación de los modelos y de los enfoques terapéuticos instaló otro clima y la palabra integración nos permitió trasladarnos de la marginalidad a la periferia. No era poco, en tan pocos años.

Aíglé había ido tomando forma mientras tanto. Se articuló como una organización no gubernamental y tomó el cuerpo de una fundación, operada por un sistema de autogestión. Ese modelo institucional permanece.

Mientras tanto, nos lanzamos al mundo. Aumentó el número de trabajadores, desarrollamos un modelo teórico ajustado a nuestra práctica, recorrimos nuestro país y viajamos por otros continentes. La presencia en otros ámbitos nos habilitó para incorporar nuevos conocimientos, confrontar nuestra propuesta, construir una excepcional madeja de amistades científicas y profesionales. Trabajar junto con otros se instaló en lo cotidiano como una costumbre insoslayable.

Todo eso ocurrió en la década siguiente. Lo producido en esos años floreció. Habíamos alcanzado una cuota de reconocimiento que nos llenó de orgullo y satisfacción. Pero el futuro nos amedrentó: había que seguir, probar, demostrar. La exigencia de continuar creciendo es una de las agujas más dolorosas en cualquier proyecto organizacional.

En los diez años siguientes padecimos muchas fiebres, tuvimos muchas convulsiones. No sólo internas, también externas porque nuestro país no se quedó quieto, ni las circunstancias del entorno fueron precisamente apacibles. Y porque el mundo al que nos habíamos lanzado tampoco fue un lecho de rosas. No lo es.

Seguimos trabajando, lo que ciertamente cansa. Pero también realiza. Algunos de los compañeros tomaron otros caminos. Otros, por lo general más jóvenes, se incorporaron al camino que seguimos recorriendo. El año pasado cumplimos 30 años y pensamos que era oportuno reunir en un texto una muestra de lo que hacemos, hoy, después de haber pasado varias calendas. Y lo decidimos porque la alegría de lo que vivimos en el día a día se impone a la pesadumbre de los obstáculos que nos amenazan.

Presentamos esta obra para reflejar la tarea con que nuestro colectivo intenta contribuir a mejorar la calidad de la salud mental. Con una actitud y una filosofía de integración. Integración entendida como dialéctica entre lo uno y lo múltiple, entre la semejanza y la diferencia, entre yo y nosotros.

La composición está orientada a describir el modelo general con que trabajamos, seguido de una muestra de aplicaciones. La primera parte aborda los distintos elementos estructurales del modelo.

El capítulo 1 enuncia los principios de diseño y da cuenta del modo en que recibimos la demanda de nuestra población y la orientación que le damos a sus requerimientos. El capítulo 2 describe la actividad que llevamos a cabo en el campo de la evaluación y los objetivos particulares a los que se aplican los instrumentos. El capítulo 3 presenta el modelo de formación y entrenamiento en habilidades terapéuticas, un programa iniciado varios años atrás, en permanente evolución. El capítulo 4 aborda el plan de trabajo del departamento de investigación. Una descripción sucinta de los programas desarrollados permite observar la integración que tienen con las otras áreas de trabajo. El capítulo 5 se ocupa de la supervisión en psicoterapia. Un tema tan importante como controversial. Uno de los lugares más fértiles para el desarrollo de esta disciplina en el futuro próximo.

El resto de la obra está destinado a ilustrar algunas de las aplicaciones clínicas. La selección de los capítulos resultó una ardua labor. Tratamos de capturar algunas situaciones que fueran representativas del modelo que aplicamos, que permitieran hacer un recorrido en

general de la población que asistimos y que tuvieran, en su mayoría, algún sello de infrecuencia u originalidad.

La segunda parte se concentra en dispositivos terapéuticos con situaciones clínicas que implican a niños y adolescentes.

El capítulo 6 enfoca el trabajo con niños que han sufrido daños. La violencia es el escenario sobre el que se recorta esta tarea, que es ilustrada con dos prototipos de intervención contrastados: una intervención institucional en un hogar de niñas que han sufrido maltrato y un tratamiento ambulatorio centrado en una niña de 9 años. El capítulo 7 ilustra el programa de trabajo con niños que padecen enuresis. Es uno de los ejemplos paradigmáticos de la integración teórico-técnica. Diversos procedimientos están articulados en este dispositivo con extensas aplicaciones. El capítulo 8 trata el período vital de la adolescencia, enmarcada desde un punto de vista constructivo. Examina las vicisitudes que atraviesa el guión personal, cómo se evalúan las consultas asociadas y la inevitable incidencia familiar. Finalmente, describe las intervenciones terapéuticas correspondientes.

Tercera parte. Nos introducimos en dispositivos terapéuticos con pacientes adultos.

El capítulo 9 es un ejemplo clásico de intervención. De manera sintética ilustra un abordaje típico para una de las situaciones clínicas más habituales en la demanda de los últimos años. Examina en particular los alcances relativos de los tratamientos farmacológicos y psicológicos.

Los capítulos 10 y 11 forman un par que merece ser estudiado conjuntamente. Ambos abordan el tema de los trastornos de personalidad límite, una perturbación que concita la atención de numerosos científicos y profesionales. En cada uno de estos capítulos se exponen aspectos particulares del abordaje que se lleva a cabo con nuestro modelo. En el 10, se analiza el compromiso de los patrones de dominio, una de las fuentes primordiales en la gestación de dicho trastorno. El capítulo 11 enfoca las intervenciones específicas orientadas a la desregulación emocional, expresión central de sus manifestaciones.

El capítulo 12 se ocupa de la consulta de pacientes con enfermedades físicas donde la personalidad ocupa un papel protagónico, una de las demandas en expansión en nuestro campo. La mirada puesta en la intersección de ambas dimensiones es el eje articulador del enfoque terapéutico presentado. El capítulo 13 avanza sobre una experiencia crítica: el impacto del cáncer en la vida de un paciente y el dramático escenario que se abre en su horizonte vital. Se revisan los aportes de la psicoterapia y se expone el modo en que funcionan los recursos más potentes para estas situaciones.

La cuarta parte está compuesta por seis capítulos dedicados a dispositivos vinculares, familiares y grupales.

El capítulo 14 aborda el tema de la depresión, verdadero flagelo de nuestra época. Lo hace desde una perspectiva interpersonal, relevando la fuerza del contexto en la generación y el mantenimiento del trastorno. Destaca el efecto multiplicador que adquiere el trabajo realizado con dispositivos vinculares y familiares. El capítulo 15 explora las situaciones de amenaza de ruptura con las que se enfrentan, con frecuencia, las relaciones de pareja. La dualidad entre la permanencia en un vínculo intolerable y la vivencia catastrófica de una ruptura generan condiciones clínicas de gran tensión. Cómo maniobrar en ese difícil equilibrio es el núcleo de esta presentación.

El capítulo 16 ingresa en el terreno de la terapia familiar para exponer un tema poco frecuente en ese área, el empleo de las tareas intersesión. Se destaca su importancia tanto para fines diagnósticos como terapéuticos, especialmente por ser una herramienta poderosa para enfrentar la resistencia en ese dispositivo. El capítulo 17 trata del Equipo como instrumento privilegiado para el tratamiento de los trastornos alimentarios. La mirada del trabajo está dirigida a los profesionales que participan y las complejas dificultades que deben enfrentar en una situación clínica que tanto requiere de un abordaje con múltiples niveles de intervención.

El capítulo 18 describe el modelo integral de la psicoterapia de grupos, una de las expresiones más características de nuestro modo de trabajo, tanto en los aspectos teóricos como en el diseño de

intervención propuesto. Abarca los distintos formatos y aplicaciones que pueden emplearse con este dispositivo: grupos focalizados, intermedios y abiertos. El capítulo 19 analiza en profundidad una de las modalidades de grupo terapéutico que forman parte del modelo general. Se trata del dispositivo empleado en el tratamiento de los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo. Se describe la evolución de un programa completo de 16 sesiones.

El espíritu de la obra fue combinar la descripción del modelo de trabajo con las ilustraciones clínicas necesarias para una mejor comprensión de la labor realizada. Todos los pacientes han otorgado por escrito su consentimiento informado, de acuerdo con las prácticas vigentes. De todos modos, en la presentación de cada caso se realizaron diversas modificaciones de los datos como medio de preservación.

Buenos Aires, Junio de 2008
Héctor Fernández-Álvarez

I ASPECTOS ESTRUCTURALES

1

Modelo de abordaje y diseño de tratamientos

*Héctor Fernández-Álvarez, Alejandra Pérez y
María Fraga Míguez*

¿Qué lo trae a la consulta?

Esta pregunta es una de las más habituales de nuestro repertorio cuando iniciamos el diálogo con quien consulta por primera vez. Suele ser bastante eficaz y la respuesta que obtenemos es una buena manera de introducirnos en el motivo que llevó a esa persona a consultar. No significa que funcione de manera infalible, incluso algunas personas se sienten perturbadas o confundidas frente a ella; como aquel joven que nos respondió con cierto malestar: “¿Usted cree que si supiera eso estaría aquí sentado?”. Esto pone en claro, desde el punto de partida, que en la clínica no existen fórmulas universales y que los seres humanos en busca de ayuda constituyen una población de inagotable diversidad, por sus estilos, sus historias y por los modos peculiares con que se conducen en la relación con los demás en general y con nosotros en particular. No obstante, esto no implica negar que haya alguna generalidad o ciertas tendencias dominantes en el comportamiento de las personas que nos convocan al trabajo, y por eso resulta útil disponer de principios o ejes orientadores para nuestras acciones, aunque no constituyan reglas fijas ni inmutables.

La pregunta con la que introducimos a menudo el primer encuentro suele articularse con esta otra: “¿En qué puedo ayudarla/o?”. Preguntarle eso a alguien es una señal de nuestra disposición para con él o ella y eso mismo es, sin duda, lo que se espera de nosotros. Es probable, sin embargo, que no siempre tengamos suficiente conciencia de todo lo que expresamos y a cuánto nos comprometemos con ello. Muchas veces fallamos por no ponderar, adecuadamente, la cuota de ilusión que podemos generar. Esto suele ser algo habitual, en especial, entre los clínicos jóvenes, motivados y con una enorme energía disponible para enfrentar las demandas, aún cuando muchas sean muy difíciles de resolver. Sin embargo, antes de situarnos en el rol de alguien que puede ayudar al otro es preferible pasar por la estación de conocer qué es lo que el otro espera conseguir con su visita.

La distinción primordial que debemos realizar en nuestra labor requiere una acción muy delicada que permita deslindar la búsqueda del consultante. En cada consulta tienden a confundirse muchas cosas, tanto desde el punto de vista del paciente como del admisor. En el consultante se entremezclan las razones que lo impulsan a consultar con la ayuda que desea y espera recibir, así como la actitud y la disposición para sobrellevar la carga del tratamiento. En el profesional también pueden confundirse la voluntad de ayudar al paciente dentro del límite de lo posible con el deseo de satisfacer sus propias expectativas de logro. La superposición de estos diferentes planos puede conducir a error, que no se evitará multiplicando los esfuerzos para brindar ayuda sino operando del modo más preciso en la identificación de las condiciones que rodean la demanda. Ser consecuentes con ello y evaluar correctamente las exigencias que nos plantea el proceso terapéutico es una medida protectora muy saludable para el terapeuta. Allí encontramos un segundo concepto orientador: en nuestro desempeño es fundamental tener presente que para cuidar de otros es imprescindible que seamos capaces de cuidar de nosotros mismos.

Evolución de la demanda

Previo a estar frente a nosotros contestando por qué cree estar allí, el paciente ha seguido, muy probablemente, un derrotero que puede

ser largo y penoso y tal vez haya hecho no sólo diversas consultas, sino que puede acarrear más de un tratamiento. Los resultados de las terapias precedentes influyen en la conformación de la demanda, aunque dicha influencia no funciona de manera lineal. Tratamientos exitosos pueden ser un motivador positivo para una nueva consulta, pero también pueden ser un modelo del que es difícil desprenderse, mientras que los fracasos anteriores son, a veces, un buen estímulo para intentar algo nuevo, y otras, se constituyen en una pesada carga de frustraciones difícil de superar. Nuestro modelo asistencial procura obtener datos relevantes sobre esa evolución antes de la primera entrevista con el paciente mediante un *Sistema de pre-admisión*. Los terapeutas que realizan esa tarea integran el *Equipo de Admisión Centralizado* y su labor consiste en solicitar, a la persona que consulta, información respecto de aquellas variables que permiten una orientación preliminar sobre la evolución de la demanda. Habitualmente esos datos se recaban por teléfono e incluyen, además de la información referida a las variables básicas (nombre, edad, domicilio, profesión, actividad laboral), preguntas relativas a:

- a. motivo por el que se solicita la entrevista,
- b. tiempo transcurrido desde que surgió esa necesidad,
- c. persona (y grado de relación) que facilitó el contacto
- d. tratamientos recibidos o en curso

La experiencia ha demostrado que esta pre-admisión es de gran utilidad, tanto para los pacientes como para el Equipo de Admisión. En no pocas oportunidades sirve para que un consultante despeje confusiones en torno a cuál es la ayuda que necesita, permitiendo una rápida orientación hacia otro destino más adecuado cuando corresponda. Si la consulta resulta pertinente para nuestra oferta asistencial, los elementos reunidos en la pre-admisión ayudan a ordenar y secuenciar las entrevistas de admisión según la urgencia de la demanda y la severidad del problema, de modo que resulte funcional para los requerimientos institucionales. La experiencia con este sistema nos ha ido capacitando para identificar la jerarquía de las situaciones potencialmente críticas y conflictivas lo que permitió optimizar los recursos disponibles para atender las necesidades de la

población. Es un proceso que recomendamos debido a que constituye el primer paso para mejorar la eficiencia de las prestaciones.

Según consta en nuestros registros, la evolución de la demanda que recibimos se distribuye en un amplio abanico de condiciones: tiempo transcurrido desde el inicio, ensayos de solución intentados, afecciones físicas, perturbaciones sociales concomitantes, etc. El mayor volumen de las personas consulta luego de haber padecido por cierto tiempo alguna dolencia o perturbación que fue deteriorando progresivamente su calidad de vida. Hay procesos iniciados hace muchos años en el curso de los cuales pudieron ocurrir una gran variedad de acontecimientos. Pero también hay un número importante de personas que consultan inmediatamente después que se ha desatado una fuerte crisis en sus vidas a consecuencia de haber padecido un evento traumático, por ejemplo haber sufrido un accidente, la aparición de una enfermedad grave, una separación conyugal con ribetes dramáticos, un despido laboral o una quiebra económica.

En la presentación del paciente, la evolución de la demanda permite realizar diferentes marcas al admisor. En primer lugar, identificar la referencia que el consultante selecciona para situar el origen de sus padecimientos. Algunos pacientes se extienden hasta épocas muy remotas, independientemente de que esas contingencias estén directamente vinculadas o no con su padecimiento actual. Ejemplo:

Admisor: –¿Qué te trae por aquí?

Silvana: –Bueno, yo ya había hecho psicoterapia una vez hace... cuando tenía 16 años. Tenía anorexia nerviosa, había bajado mucho de peso y ahora me decidí a venir porque estoy viviendo así como unas situaciones fuera de lo común y me están bajando mucho los niveles de trabajo. Hay días que no tengo ganas de levantarme, me agarran por momentos muchas ganas de llorar y tengo diferentes estados de ánimo, o sea estoy muy cambiante. Puedo estar bien y a los dos segundos estoy mal. Entonces quería probar a ver si me pueden ayudar un poco para... Hay un motivo que es muy importante, que tiene que ver con casi todo lo que me pasa. En realidad creo que hay dos motivos, uno es mi casa y otro es la persona con la que estoy. En realidad sería con la que estoy y no estoy.

A: *-Tu pareja*

S: *-Si, exacto. Esas dos cosas son para mí muy importantes, no funcionan bien y no me hacen funcionar bien a mí en todo lo que es mi vida cotidiana, mi trabajo, mi familia y demás. En el trabajo porque hay días que no tengo ganas de ir y me levanto porque me tengo que levantar y cuando estoy ahí no quiero estar, y no hago nada. Con mis amigos nada. Porque no hago otra cosa que ir del trabajo a mi casa: duermo, me levanto, voy al trabajo, vuelvo a mi casa y duermo. O sea, no salgo a distraerme, no hago nada, nada, nada, nada y eso me está haciendo mal.*

A: *-Entre los dos problemas, ¿cuál te parece más importante, el de tu casa o el de tu pareja?*

S: *-El de mi familia es importante pero creo que yo no puedo hacer nada para que cambie la situación. Creo que es un problema entre mi papá y mi mamá que si no lo solucionan ellos creo que yo no puedo hacer nada para que lo solucionen. Y con mi pareja también, es un problema que yo tampoco puedo hacer nada para solucionar, lo tiene que solucionar él pero me afecta un montón a mí.*

A: *-¿Y cuál es el problema?*

S: *-El problema es que él está recién separado, estuvo casado 10 años, se separó hace unos meses y tiene sus cosas y sus problemas. Es una situación difícil porque no puede darme a mí todo lo que a él le gustaría darme, y yo no puedo compartir con él todo lo que quisiera y ahí es donde me caigo yo.*

Quando el paciente organiza su consulta en torno a una representación mental tan extendida en el tiempo, por lo general estará acompañada por una multiplicidad de situaciones que se habrán ido agregando paulatinamente. La demanda estará envuelta, en esos casos, por una gran complejidad y el admisor deberá realizar un cuidadoso trabajo para desagregar sus componentes.

Otro elemento importante en la conformación de la demanda es el tiempo transcurrido desde el registro de la necesidad de recibir ayuda y el movimiento concreto de realizar la consulta. Ese intervalo de tiempo merece ser examinado desde varios puntos de vista. Dos

son especialmente importantes: puede servir para estimar el grado de urgencia experimentado por el paciente y también como una manera de ponderar el grado de resistencia para solicitar ayuda.

Admisor: –¿En qué puedo ayudarte?

Juan: –Bueno, yo nunca tuve una asistencia a este tipo de nivel. Pasa que creo que he tocado fondo, yo tengo 61 años y a los 55 hice un infarto bastante importante. Soy una persona de muchísima actividad, algunos dicen que tengo el síndrome del trabajo, no sé, mi carrera siempre me encantó, lo que pasa es que llevo un ritmo extremadamente acelerado. Creo que arrastro una relación patológica con el miedo, como todo quien haya padecido mucho miedo no puede escaparse de eso. Entonces de todo pienso que va a pasar lo peor, me hace que todo sea tremendista, y además estoy en un trabajo donde me manejo con muchas presiones. Bueno, no sé si eso te da una idea de en qué circunstancias estoy.

En otros casos, la demanda tiene una evolución muy corta; el paciente consulta movido por una perturbación cuyo inicio sitúa en una situación muy reciente.

Un hecho particularmente interesante que venimos registrando de manera creciente en torno a la evolución de la demanda es que los consultantes informan haber recibido previamente diversos tratamientos, tanto farmacológicos como psicológicos. Esta situación muestra una diferencia notable respecto de lo que ocurría un par de décadas atrás, cuando muchas de las solicitudes que recibíamos pertenecían a personas que no habían realizado tratamientos con anterioridad. Este fenómeno suele constituirse en una variable de gran influencia al considerar el diseño para un nuevo tratamiento.

Los tratamientos psicoterapéuticos realizados previamente tienen, como ya señalamos, efectos muy controversiales en la conformación de la demanda y deben ser analizados cuidadosamente para cada caso. Muchas veces los terapeutas con experiencia nos inclinamos hacia propuestas más acotadas para un nuevo proceso terapéutico como resultado del peso limitante que ejercen esas experiencias previas. ¿Qué elementos suelen ser los más influyentes en esa determina-

ción? Observar que una fuerte adherencia al tratamiento se ha superpuesto a la necesidad terapéutica, que la cantidad de estrategias ya utilizadas reduce la capacidad para absorber los aportes de un nuevo procedimiento, que el paciente ha perdido de vista la capacidad de recursos propios para enfrentar sus dificultades.

En el caso de los pacientes que recibieron tratamientos farmacológicos (a veces durante largos períodos de tiempo), los mayores inconvenientes se vinculan con una situación paradójica que suele acompañar esa rutina; muchos sienten temor a suspender el uso de los medicamentos aún cuando hayan perdido su efecto original. Esta otra forma de adherencia suele estar acompañada por una buena cuota de fragilidad para enfrentar las dificultades. Una variante de estas complicaciones está asociada con la práctica, lamentablemente cada día más frecuente, de la automedicación, y también con las consecuencias indeseadas de la prescripción de psicofármacos por parte de médicos no especializados en psiquiatría.

Celina: –De todas formas el psiquiatra me vio super angustiada. Me dio un antidepresivo aunque yo igual a la noche tomo un ansiolítico desde hace bastante.

Terapeuta: –¿Desde hace cuánto?

C: –Y me lo dio la ginecóloga en el momento que me operaron del útero, después lo dejé de tomar, después con el accidente lo retomé y sino yo no duermo bien. Yo tomo diez gotas que es como si fuera un miligramo, y me desmayo, realmente me desmayo, y me hace falta dormir bien porque entonces no pienso, no me doy manija, no creo que porque me duele la columna tengo un tumor, que porque tengo hipotiroidismo me va a agarrar un tumor en la tiroides, que me voy a morir y dejar a los chicos solos, como que no me camina la cabeza y duermo bien. Y bueno me dijo el psiquiatra que él me daría una medicación liviana antidepresiva, me dio un antidepresivo que ya llevo 20 días, pero en realidad más para bajar la ansiedad que por antidepresivo ¿no? Para ver que pasaba en este momento tan álgido, que en principio por un tiempo para ver qué estrategia tomar. Yo lo empecé a tomar y al día siguiente me agarró miedo, me agarraron todos los clichés

de las enfermedades psicológicas de la familia, me enfermé, me agarró una gripe que estuve dos semanas tirada, que lo llamaba porque en verdad como además yo tenía mis prejuicios pensaba que me hacía mal el remedio y yo estaba como tarada, como con la cabeza separada del cuerpo, y mi mamá que había estado con esa gripe me decía gorda yo estuve igual. Y bueno, qué sé yo, aquí estoy.

[...]

T: –Mirá, voy a tratar de aconsejarte lo que me parece que tenés que hacer. Yo creo que lo que te tiene mal, me parece que son cosas que te están pasando hoy pero también me parece que te tienen mal cosas que te están pasando hace tiempo. Que vos las vas posponiendo, las vas pasando como podés, pero las cosas con el tiempo van haciendo un efecto de desgaste adentro tuyo. Desgraciadamente cuando uno tiene cuestiones profundas importantes que lo perturban, con el paso del tiempo no tienen siempre el mismo efecto, van haciendo un trabajo. Entonces estas últimas situaciones, así más angustiosas, en realidad son, me parece, en buena medida el desencadenante de procesos que vienen hace tiempo. Hace bastante tiempo que venís con una carga importante. No estuviste inactiva, intentaste solucionarlo, intentaste primero un proceso terapéutico, después otro, como vos decís, el balance de todo eso es un balance que tiene sus resultados, que vos podés apreciar, que te sirvieron en un momento, o no. Pero bueno, lo que tenés hoy me parece que no es solamente la expresión de la angustia, de los temores, me parece que tenés varias cosas que confluyen, digamos, que se te hace difícil cómo manejar tu vida. No me cabe ninguna duda que si encontrás un trabajo que te ayude te va a hacer sentir bien, y si hacés tal otra cosa, eso te va a hacer sentir bien, pero tenés que tratar de encarar una manera de hacer unos cambios más profundos, para tener más manejo de vos misma, más dominio de vos. Porque me parece que lo que no tenés es mucho manejo de vos misma. Ese tipo de cosas me parecen fundamentales... por ejemplo, no es fácil tener

una pareja con la que uno no puede hablar, y no es fácil tener una pareja con la que uno no puede hablar 5 años, otra cosa 10, otra cosa 15, otra cosa 20. Para todo ese conjunto de cosas que te pasan la psicoterapia te puede ayudar, la medicación te puede ayudar. No creo que en tu caso, la suma de las dos cosas te ayude. Me parece que son como dos caminos que uno puede seguir. Dos caminos que son bastante diferentes, es decir que se hacen dos recorridos distintos. Pueden tener efectos sobre tu estado de ánimo, sobre tu persona y sobre el manejo de las situaciones que son muy diferentes. Quiero decir, sea si tenés algo químico o no, no importa, porque tenés algo químico y la psicoterapia funciona, la psicoterapia también te corrige lo químico. No es que porque es algo químico lo corrige el medicamento. Y si no podés con tus cosas tampoco es que solo la psicoterapia te puede ayudar, también te pueden ayudar los medicamentos. En tu caso es como si fueran dos rutas independientes. Podes elegir una, podes elegir la otra. Sumarlas no te va a agregar más que confusión. Esto es un poquito lo mismo que vimos, primero fuiste a la psicóloga, después al psiquiatra... es como si tomaras la mitad de las pastillas, la mitad de la dosis, porque al psicólogo, si tenés que ir una vez por semana y vas una vez cada 15 días, eso no puede funcionar. Eso es como si tenés que tomar el antibiótico cada 8 horas y lo tomás cada 16. Así que ahí ya, eso sí que no va. Lo primero que me parece que tendrías que tomar es una decisión: hacer psicoterapia o seguir con la medicación. Y yo seré partidario que te decidas por alguna de esas dos cosas, y no que sigas con las dos. Si vos me preguntaras a mí que elegiría yo de esas dos cosas, yo elegiría la psicoterapia. La que estás haciendo u otra. Tal vez, aunque te parezca un poco paradójico, como vos empezaste con la medicación, tal vez lo mejor es que sigas con la medicación. A pesar que te digo que me parece mejor la psicoterapia pero... te voy a explicar por qué.

C: –Porque debe haber una continuidad... no podés dejar.

T: –Claro, entendés... te voy explicar. ¿Por qué me parece mejor una psicoterapia? Por una razón: vos estás tomando un ansiolí-

tico hace bastantes años. Y como vos decís, hoy sin él no podés dormir. Eso a mí me parece que es un problema grave.

C: –O duermo mal... me despierto...

T: –Para el caso es lo mismo. Yo creo que a los 40 años sería bueno que pudieras dormir sin tomar nada. Porque desde los 45 se te va a hacer más pesado, a los 50 se te va a hacer más pesado. Entonces, la medicación no es inocua. La medicación...

C: –Produce acostumbamiento.

T: –Tiene una serie de efectos. Vos no podés vivir toda la vida con eso. Hay personas que viven toda la vida tomando insulina porque la necesitan, y otras personas otras cosas. Ya sería otra historia. Entonces a mí me parece que no es una buena ganancia la que estás logrando porque tomes el ansiolítico. Porque te va haciendo más vulnerable, te va haciendo vulnerable. Y a lo mejor, haciendo psicoterapia, podrías llegar a dormir sin tomar la pastilla. Tendrías que atravesar, a lo mejor, un período difícil... pero me parece que tal vez esto también contribuyó a que la psicoterapia si te sirvió este tiempo, no te sirvió tanto porque también estabas con este bastón. Es como que estabas haciendo prácticas para correr la maratón, y por otro lado andando con muletas. O sea me parece que hace tiempo que vos venís como jugando a dos puntas con los tratamientos...

C: –Sí.

T: –Y esto no es bueno.

Las observaciones arriba enunciadas nos predisponen para encarar la entrevista inicial teniendo presente algunas recomendaciones:

- a. No toda persona que consulta necesita alguna forma de terapia.
- b. No siempre más tratamiento (psicológico o farmacológico) es mejor.
- c. A veces el paciente tiene muchos recursos propios que no reconoce
- d. No iniciar un tratamiento puede ser mejor que empezar uno malo.