

**USO EXCLUSIVO DOCENCIA**  
**VAC.2009**

# **Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia**

**LEOPOLD BELLAK**

Profesor Clínico de Psiquiatría  
Albert Einstein College of Medicine  
Montefiore Medical Center  
Profesor Clínico de Psicología  
Programa Post-Doctoral en Psicoterapia  
New York University

y

**HELEN SIEGEL**

Traducido por

**Psic. Ma. Elba Arizmendi Espinoza**  
Facultad de Psicología  
Universidad Nacional Autónoma de México

Revisado por

**Psic. Herlinda Juárez Ramírez**  
Facultad de Psicología  
Universidad Nacional Autónoma de México



**Editorial**  
**El Manual Moderno, S.A. de C.V.**  
*México*

## Prólogo

*Título original de la obra:*  
**Handbook of Intensive Brief and  
Emergency Psychotherapy (B.E.P.)**  
© 1983  
C.P.S., Inc.

**Manual de Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia**  
© 1986  
Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.  
Sonora 206, col. Hipódromo  
Deleg. Cuauhtémoc  
06100 - México, D.F.

Miembro de la Cámara Nacional  
de la Industria Editorial, Reg. núm. 39  
ISBN 968-426-368-6

Impreso en México en los talleres de.....  
Impresora Azteca, S.A. de C.V.  
Poniente 140 No. 681-1, col. Industrial Vallejo  
Deleg. Azcapotzalco  
02300 - México, D.F.  
Tiraje (en miles) 2/86, 1/87, 1/88, 2/89, 2/90, 1/92

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, fotocopiador, registrador, etc.- 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.

Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.



Este manual espera hacer tan sencillos los principios y técnicas básicas de la psicoterapia breve y de urgencia que aun las personas que no disfrutaban leyendo libros de texto lo encontrarán accesible y cómodo de usar. Diez de los trastornos psicógenos más frecuentes, tratados en la clínica y consultorio privado se discuten en un estilo sistemático.

Se enumeran primero 10 factores para cada trastorno en la Segunda Parte, ya sea para su memorización o para tenerlos enfrente en tanto se entrevista a un paciente, por ejemplo, uno con depresión. Cada una de las 10 variables se discute después, ya sean factores dinámicos para tener en mente o métodos de intervención.

A partir de los 10 trastornos principales discutidos, es posible extrapolar el tratamiento a otros que no se mencionan aquí.

Aunque un amplio conocimiento teórico y práctico del clínico experimentado hará la lectura de éste más fácil, también podrá ser un marco de referencia útil para los menos experimentados. Tendrá un valor especial para el psiquiatra en la clínica de urgencia, el trabajador social y el psicólogo clínico que se enfrentan cada día a innumerables problemas de diagnóstico y terapia.

Ya que un enfoque claro, conceptualización concisa y moderación en la intervención son esenciales para que la psicoterapia breve sea efectiva, se ha procurado organizar el manual tomando en cuenta estos factores.

Se anexa una entrevista con algunos comentarios para demostrar lo que es, en concreto, una entrevista de entrada. Naturalmente, una entrevista no demuestra el amplio espectro de problemas y técnica, y queda sujeta a deficiencias como en el presente caso.

En la conducción de seminarios de enseñanza, encontré de gran valor las demostraciones filmógrafadas de diferentes pacientes y varias sesiones con el mismo. Las técnicas de video permiten suspender en puntos cruciales para discutir y formular el proceso; esto mejora el aprendizaje de la P.B.I.U.

Al presentar ésta enfatizo el aspecto que la separa virtualmente de otros métodos de terapia breve: se desarrolló en el contexto de psiquiatría y salud mental comunitarias y se basa en las necesidades de esta última.

Por tanto, está diseñada para utilizarse en *cualquier* circunstancia o problema del amplio escenario humano. Puede abordar trastornos crónicos graves, urgencias agudas o problemas relativamente menores. *Lo importante, al tratar el mal específico que trae al paciente a nuestra atención, es el entendimiento de la persona total.*

Este entendimiento ayuda a diseñar técnicas de *cierto* apoyo con *cualquier* problema de *cualquier* persona. Se decía de un viejo doctor de pueblo: “¡El es doctor para los sanos, Dios ayude a los enfermos!” ¡El no es, definitivamente, el modelo para la P.B.I.U.!

L.B.

La idea original de un manual fue la de un libro lo suficientemente pequeño para sostenerse en la mano —manuable—. Ese es el propósito literal y figurativo; queremos que sea manuable en formato y contenido.

L.B.  
H.S.

Los autores desean agradecer al Dr. Saul Scheidlinger sus sugerencias constructivas al manuscrito —y su amistad—.

## Contenido

---

### I. Propósitos Generales

Capítulo 1.	Panorama general .....	1
Capítulo 2.	Los 10 principios básicos de la psicoterapia breve intensiva y de urgencia (P.B.I.U.).....	7
Capítulo 3.	El perfil básico de la P.B.I.U.....	16
Capítulo 4.	La sesión inicial.....	19
Capítulo 5.	Segunda a sexta sesión de la P.B.I.U.....	30
Capítulo 6.	El proceso terapéutico en la P.B.I.U.....	34
Capítulo 7.	Métodos de intervención en la P.B.I.U.....	40

### II. Diez Trastornos Psiquiátricos más Frecuentes como Paradigma

Capítulo 8.	La psicoterapia breve intensiva y de urgencia (P.B.I.U.) de la depresión .....	44
Capítulo 9.	La P.B.I.U. del “acting out” .....	54
Capítulo 10.	La P.B.I.U. del suicidio .....	60
Capítulo 11.	Condiciones que permiten la P.B.I.U. ambulante en psicóticos.....	67
Capítulo 12.	La P.B.I.U. de los estados psicóticos agudos .....	76
Capítulo 13.	La P.B.I.U. de las enfermedades físicas o cirugía.....	81

Capítulo 14. La P.B.I.U. de sucesos catastróficos en la vida. . . . .	92
Capítulo 15. La P.B.I.U. de las fobias (e histerias de ansiedad) . . . . .	104
Capítulo 16. La P.B.I.U. del pánico. . . . .	114
Capítulo 17. La P.B.I.U. de los sentimientos de irrealidad del yo y del mundo. . . . .	121
Apéndice: Entrevista muestra . . . . .	131
Referencias . . . . .	147
Índice de autores. . . . .	151
Índice . . . . .	153

## I. Propósitos Generales

# 1

### Panorama general

---

#### Algunas notas históricas

Mi enfoque hacia la terapia breve se desarrolló en respuesta a necesidades existentes. En 1946, después de la guerra, la Veterans Administration permitió a los pacientes ver únicamente tres veces, en forma privada, a los psiquiatras contratados por ésta. Después el número de sesiones aumentó a seis (y eventualmente a múltiplos de éste). Quería ayudar a estos veteranos aun con el periodo limitado de tres o seis sesiones, y traté de idear algún método de psicoterapia que fuera más una contribución que sólo ofrecer tranquilidad, apoyo o consejo; y en realidad, en muchos casos, parecía sólo capaz de eso. En este tiempo tenía un entrenamiento considerable en psicoanálisis, adquirido en Viena, lugar donde mejoré mis conceptos en la Harvard Psychological Clinic,<sup>2, 15</sup> y aprendí psicoterapia con psicóticos en el St. Elizabeths Hospital en Washington, D.C.

Iniciando en 1948, era el único psiquiatra en ALTRO, luego en una agencia de rehabilitación de cardiacos y tuberculosos, y cuatro años después, principalmente de pacientes psiquiátricos. Siendo el único psiquiatra para todos éstos, intenté usar lo aprendido en mi trabajo anterior con veteranos de guerra y desarrollé más precisión, por ejemplo, en el cuidado de cardiopatas y tuberculosos crónicos y, en forma posterior neuróticos y psicóticos. Así, en 1952 publiqué el primer artículo sobre psicoterapia breve en el contexto de psicoterapia de urgencia para depresión.<sup>3</sup>

En 1958, siendo director del Department of Psychiatry at Elmhurst City Hospital, establecí la Trouble-Shooting Clinic, la cual fue la primera clínica psiquiátrica en E.U.A., con el personal necesario y funcionando las 24 horas del día. Pronto se convirtió en parte integral del hospital como un Centro Comunitario de Salud Mental. Unos años después, el Communi-

ty Mental Health Act of President John F. Kennedy hizo de estas clínicas un patrón a seguir en la mayor parte de estos Centros. En este tiempo también inicié lo que fue, probablemente, la primera colocación de profesionales de la salud mental en una clínica de urgencia médico/quirúrgica.<sup>18</sup> Continué puliendo mi técnica de terapia breve en todos estos sitios y los fondos del National Institute of Mental Hygiene (NIMH) hicieron posible que me ocupara de investigaciones exhaustivas y a gran escala, en el área de terapia breve, con el propósito de validarla como un método de terapia.<sup>16, 49</sup>

La historia precedente es importante para el entendimiento y razón fundamental de mi método de psicoterapia breve intensiva orientada psicoanalíticamente (P.B.I.U.): el método fue una respuesta pragmática a los recursos limitados ofrecidos a los veteranos de la Segunda Guerra Mundial. Mis limitaciones de tiempo en el cuidado de los pacientes, en ALTRO fue una determinante adicional para este método, en tanto que la Trouble-Shooting Clinic at Elmhurst era, para ese entonces, de lo único que se disponía en la población de Queens con dos millones de habitantes. De estas realidades se deriva una aproximación que trataba de ayudar a ese gran número de personas que lo necesitaban. Este se diferencia claramente de los métodos de tratamiento cortos que preseleccionan pacientes adecuados, como el enfoque STAPP de Sifneos<sup>54</sup> o de aquéllos que ofrecen una terapia excelente, pero relativamente larga, como la de 30 sesiones de Malan,<sup>38</sup> o terapias con limitaciones teóricas como las de Mann,<sup>39</sup> las que principalmente se limitan al tratamiento de separación de la ansiedad. De manera similar, el método confrontacional de Davenloo,<sup>22</sup> es, en mi opinión, más de lo que pueden soportar algunos pacientes muy perturbados, dejando a un lado el factor de que la mayoría de los programas accesibles y los practicantes privados podrían ser incapaces de solventar los gastos que implicaría una rutina de videograbación intrínseca a esta aproximación.

En esencia, a pesar del mérito de otras aproximaciones a la psicoterapia breve, mi enfoque particular es un intento más amplio de abordar todos y cada uno de los problemas traídos a la clínica o consultorio. Esta aproximación se basa principalmente en las teorías psicoanalíticas, del aprendizaje y de sistemas. Al hablar de la teoría de sistemas, por ejemplo, para comprender a un paciente agorafóbico, sería importante entender los lazos familiares de un paciente italiano y compararlos con uno de un grupo étnico diferente, de alcoholismo en un paciente irlandés, dependencia de drogas de un puertorriqueño en Nueva York o la necesidad de logro, del primer hijo varón, en una familia judía inmigrante.

Si una pelea marital ocasiona que una pareja vaya a la Clínica de Urgencia, no puedo ofrecer psicoanálisis a cada uno de ellos, como sugerirían algunos de mis colegas, ni rechazarlos si no están preparados para la terapia de excitación de la ansiedad, tampoco ofrecerles 30 sesiones de terapia

o discutir sólo su ansiedad por la separación. En lugar de eso, comienzo por entender que la reciente pérdida de trabajo del esposo ha disminuido precipitadamente su ya precaria autoestima, incrementando también su tendencia a ser celoso. En su particular postura étnica esto presenta una amenaza a su posición como "pater familias". Comprendiendo esto, mis intervenciones dirigirán a la pareja en forma directa a estos problemas. Con unas cuantas sesiones, el esposo será capaz de relacionar sus dificultades con la regulación de su autoestima, su infancia y sus celos presentes con los problemas de la escena primaria, cuando él compartía la recámara paterna. Hablando en un lenguaje y estilo apropiados, algunas de estas intervenciones pueden ir más allá de, sencillamente, calmar la situación inmediata y pueden, cuando menos, iniciar unos cuantos cambios dinámicos y estructurales, los cuales, en mi experiencia, han durado a veces varios años. Por otro lado, para algunos pacientes en los cuales el "insight" podría no ser posible o tolerable, la terapia conjunta con énfasis en la modificación de conducta, basada en mi entrenamiento dinámico e "insight", podría ser el método a escoger.

En una ocasión, traté a un mecánico automotriz, que se presentó en la clínica con miedo de morir de un ataque cardíaco. Pudimos, en cinco sesiones, trabajar en problemas dinámicos, como una dependencia excesiva hacia su madre sobreprotectora. Este paciente respondió a la terapia breve lo suficientemente bien para regresar a la clínica hasta después de 10 años, cuando circunstancias similares causaron una recaída breve. Aun después de 10 años, el paciente pudo utilizar los "insights" que había adquirido hacía una década. A otro paciente, estudiado bajo un contexto psiquiátrico con pánico sobre una cirugía inminente, se le ayudó a explorar sus distorsiones aperceptivas, las cuales le hacían ver más temerosa de lo necesario a la operación. La clásica ansiedad de castración (de la cual por supuesto, relevo al paciente, en términos y estilo adecuados [se discutirá ampliamente en un capítulo posterior]), el miedo de pasividad y la pérdida de control bajo anestesia, fueron ventilados en forma satisfactoria en cinco sesiones. La educación de este paciente con los procedimientos quirúrgicos involucrados y las expectativas postoperatorias, proporcionaron un gran alivio y, probablemente, un paciente con un mejor pronóstico.

En esencia, podría delinear mi enfoque de la Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia (P.B.I.U.) como sigue:

1. *La P.B.I.U. se enfoca a los rasgos cruciales del trastorno que se presenta.* Por tanto, intento encontrar el mejor punto de ventaja desde el cual entender al paciente sentado frente a mí. Como psicoanalista, he encontrado que la teoría psicoanalítica de la personalidad, de psicopatología y tratamiento se ha concebido ampliamente como la más útil en términos de entendimiento (viendo conexiones casuales), predicción y control de la conducta (en un sentido terapéutico). Esta orientación psicoanalítica no excluye un

sistema teórico, aproximación cognoscitiva o terapia conductual, en vez de terapia de "insight", cuando siento que la primera es la indicada. En lo que insisto es en *entender al paciente desde todos los puntos de ventaja, tan completamente como sea posible* y, después, introducir las variables que lograrán la adaptación más eficaz.

2. En cualquier circunstancia, *intento establecer un enfoque a través del entendimiento preciso del por qué el paciente vino a verme particularmente el día que lo hizo*, en qué tiempo empezó el problema en su pasado inmediato, y cuándo y de qué forma existió en su historia.
3. Reconozco que la principal contribución del psicoanálisis es el *establecimiento de causalidad —continuidad—* entre el presente y el pasado, y las muchas conexiones de sistemas teóricos en el presente. En la psicoterapia orientada, *intentamos salvar la discontinuidad entre la infancia y la edad adulta, entre el pensamiento de despertar y dormir, y consciente e inconsciente*, también intentamos entender la zona intermedia de estos factores y de los componentes biológicos, sociales, familiares y físicos de la vida de los pacientes.

Sobre todo, intento establecer una continuidad entre los síntomas que se presentan o problemas de personalidad y conflictos o defectos (en términos de las representaciones del yo y del objeto), encontrando que el análisis clásico y la teoría de las relaciones objetales son valiosas y compatibles.

El concepto de causalidad, determinismo y sobredeterminismo es crucial para la psicoterapia orientada. ¿Por qué un síntoma particular, por ejemplo, un sentimiento aterrador de que las figuras retrocedían súbitamente en la pared, se produce en una noche particular a las 8:15? ¿Por qué otro paciente, un despachador de gas, desarrolla el pánico que siente de tener un ataque cardíaco en una mañana de sábado exactamente a las 10:30? Para entender la presentación específica de los síntomas, es necesario entender todas las fuerzas que intervienen para producir éstos en la forma específica que toman.

4. La formulación más útil de una teoría de desarrollo de síntomas, y de estructura de la personalidad en general, es que los *síntomas son intentos de resolver el problema, conformados de ansiedad, conflicto y déficit*. Mientras más deficiente sea la habilidad para adaptarse, más trastornos existirán en la personalidad, y viceversa. La conducta adaptativa es aprendida, basada en un substrato biológico y dentro de un medio social, étnico y familiar. De esa manera, el punto hasta el cual la conducta es aprendida, por ejemplo, debida a factores experimentales, puede ser cambiado por reaprendizaje en psicoterapia. El tratamiento es un intento para ayudar a

la persona a obtener mejores recursos para enfrentar la realidad con los conflictos que existen entre ésta y las fantasías, y con introyecciones defectuosas (por ejemplo: imágenes significativas internalizadas de otros).

5. En ese sentido, veo a la psicoterapia como una forma de aprendizaje, desaprendizaje y reaprendizaje. *La psicoterapia breve intensiva y de urgencia (P.B.I.U.), se enfoca en lo que ha sido aprendido en forma deficiente y que necesita ser desaprendido y reaprendido de la manera más eficaz.*
6. La terapia breve, incluyendo la terapia breve psicoanalítica, tiene una gran historia. De hecho, se ha dicho algunas veces, que lo que Freud originalmente practicó fue, con más frecuencia, psicoterapia breve. Existen dos ejemplos de casos famosos en los que él practicó una terapia muy breve (y efectiva), y son sus tratamientos del conductor Bruno Walter,<sup>45</sup> por parálisis de su brazo en seis sesiones, y del compositor Gustav Mahler,<sup>34</sup> a quien curó de impotencia en una sesión de sólo cuatro horas. El uso de la terapia breve de Freud se cita con frecuencia, en un intento por denigrar a ésta, señalándola como el retorno a lo que Freud hizo hace mucho tiempo. Es un hecho, que lo que él realizó a principios de siglo no tuvo los beneficios de la psicología del yo, que desarrolló después, los conocimientos de las defensas que Anna Freud,<sup>25</sup> y otros formularon más tarde, ni los beneficios de las contribuciones de Hartman<sup>28</sup> y otros en esta área.
 

*La psicoterapia breve intensiva y de urgencia una vez probada, procede contando por completo con las proposiciones psicológicas del yo y de las defensas.*
7. *La P.B.I.U. se orienta y selecciona los síntomas principales más perturbadores y sus causas, dentro del mayor marco posible y después, proporciona la conceptualización más clara probable de las intervenciones psicoterapéuticas necesarias y suficientes.*
8. *La esencia de la P.B.I.U. no descansa en seis, cuatro ni ocho sesiones, sino en la aproximación sistemática.* Cinco o seis sesiones pueden ser más prácticas, porque la experiencia demuestra que la mayor parte de los pacientes externos no desean regresar por más que eso, basados, probablemente, en sus experiencias con tratamiento médico.
9. *Los beneficios de la P.B.I.U. pueden extenderse más allá del enfoque inmediato de la terapia, ya que la estructura adaptativa completa del paciente puede cambiar de forma favorable en una especie de reacción en cadena psicodinámica, como resultado de las intervenciones limitadas.*
10. Las indicaciones para la P.B.I.U. son amplias. *Seleccionamos el problema por el tratamiento, no por el paciente.* En ese sentido és-

ta puede usarse para la prevención primaria, secundaria (condiciones agudas) y, también, terciaria (cronicidad) en un amplio rango de trastornos.

En realidad, para algunos pacientes, la terapia breve es imposible. Por tanto, los muy pasivos, con poca capacidad de "insight", sin considerar su sintomatología, pueden ser los más difíciles de tratar, al menos con la terapia de "insight" orientada. A partir de un entendimiento de la dinámica del paciente, éste puede, sin embargo, ser tratado a través de alguna otra modalidad, por ejemplo, terapia de apoyo, conductual y reconstructiva educacional o medioambiental. Algunos, por supuesto, no pueden ser ayudados por terapia breve o a largo plazo. Para ellos puede ser que la farmacoterapia sea lo único que quede por hacer.

# 2

## Los 10 principios básicos de la psicoterapia breve intensiva y de urgencia (P.B.I.U.)

---

1. La P.B.I.U. se relaciona con la terapia tradicional a largo plazo, de la misma forma que una historieta con una novela
2. Es esencial una conceptualización aproximada
3. En lugar de seleccionar pacientes, se seleccionan objetivos y problemas
4. La P.B.I.U. se basa en una historia exhaustiva, guiada por conceptos formulados de manera clara, usando un estilo de comunicación adecuado
5. Personas con conocimientos de psicodinamia relativamente limitados pueden ser enseñadas a realizar la P.B.I.U. con éxito
6. Guía esquemática: el concepto de medicina de urgencia como paradigma de la P.B.I.U.
7. La psicoterapia de urgencia no se limita, necesariamente, a la eliminación del síntoma. A pesar de las restricciones de tiempo, puede haber una oportunidad para reconstituir al paciente en un nivel superior al premórbido
8. Eficacia para la prevención primaria, secundaria y terciaria
9. Aspectos administrativos e indicaciones para la P.B.I.U.
10. Papel del terapeuta y resistencia a la P.B.I.U.

### 1. La P.B.I.U. se relaciona con la terapia tradicional a largo plazo, de la misma forma que una historieta con una novela

Como una modalidad, veo que la P.B.I.U. se relaciona con la terapia tradicional, de la misma manera que una historieta con una novela. Cada género tiene sus experiencias y méritos propios. Aquéllos que aprecian las historietas saben el tremendo impacto que pueden tener y quienes en realidad, han tratado de escribir una, reconocen que es una tarea muy exigente y, de seguro, nada de lo que un escritor necesite disculparse. Ciertamente, la novela también necesita talentos especiales y puede ofrecer una ceremonia suntuosa, inigualada por la historieta, pero las dos no están en competencia, y cada una tiene su mérito e indicación propios. Así también, la terapia breve requiere una habilidad y experiencia especiales. El terapeuta debe entender que él hace un trabajo valioso y no sólo elige medidas momentáneas.

### 2. Es esencial una conceptualización aproximada

La proposición básica para la terapia breve es, que es importante entender todo, saber bastante y, entonces hacer algo que pueda marcar la diferencia definitiva.

Una de mis historias favoritas se refiere a un general cuyo carro sufrió un desperfecto en maniobras. Como ninguno de los mecánicos del ejército fue capaz de arreglarlo, llamaron a un viejo herrero del pueblo para ayudar. El levantó el cofre, examinó la máquina y entonces dio un golpe repentino a la tapa del distribuidor. El motor arrancó de inmediato. El general preguntó “¿cuánto le debo?”, el herrero respondió “100 dólares”. El general preguntó “¿100 dólares por un golpe?” “No” contestó el herrero, “un dólar por el golpe, 99 por saber *dónde* golpear”.

De esa manera veo a la P.B.I.U.

Para realizar esto, uno hace muchas cosas, piensa, planea y conceptualiza. Esta es la concepción aproximada que hace posible la terapia breve.

### 3. En lugar de seleccionar pacientes, se seleccionan objetivos y problemas

No considero necesario seleccionar especialmente a los pacientes para la psicoterapia breve. Este proceso también deja muchas cosas de lado. En lugar de eso, deben establecerse objetivos en cada caso particular. Por ejemplo, la terapia breve intensiva puede usarse para algunos *psicóticos crónicos*, si la mejoría se define como el permitirles permanecer en la comunidad sin ser hospitalizados o retornar al trabajo después de que por una crisis aguda de su enfermedad necesitaron hospitalizarse. No se espera que la psicoterapia breve cure una *neurosis de carácter grave*, pero con frecuencia, es posible cambiar el rasgo más perturbador de tal neurosis o de algunos síntomas, en particular, disruptivos. Además, los ataques agudos

de ansiedad o depresiones y muchas otras condiciones agudas se prestan satisfactoriamente a la terapia breve.

Sugiero que *la terapia breve se considere el primer método a elegir*, y sólo cuando falle o haya una razón para desear cambios más extensos, puede emplearse la psicoterapia a largo plazo o el psicoanálisis.

### 4. La P.B.I.U. se basa en una historia exhaustiva, guiada por conceptos formulados de manera clara, usando un estilo de comunicación adecuado

Fundamentalmente, la P.B.I.U. funciona desde el entendimiento del paciente en términos de su historia, de la situación prevaleciente en su vida, su entorno cultural y étnico, su experiencia humana total, y cualquier cosa que pueda aprender acerca de su “Anlage” y predisposiciones generales. Conceptualizo esta información combinada psicoanalíticamente y ayudo al paciente a reaprender y reestructurar con la ayuda de una alianza terapéutica, contrato de tratamiento y un conjunto de intervenciones técnicas. La técnica se basa en series de intervenciones cuidadosamente formuladas, casi codificadas. [Las preguntas sobre la historia se discutirán con amplitud en *La Entrevista inicial* (ver cap. 4)].

Para resumir, *la terapia breve intensiva debe involucrar una anamnesis completa, una apreciación psicodinámica y estructural de la persona, tan completa como sea posible, y una consideración de los aspectos sociales y médicos*. Con base en el mayor entendimiento y conocimiento posible del paciente, deben planearse activamente las áreas, métodos, secuencia de éstas y métodos de intervención.

### 5. Personas con conocimientos de psicodinamia relativamente limitados pueden ser enseñadas a realizar la P.B.I.U. con éxito

Teóricamente, sería óptimo que la Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia se realizara por clínicos y, de preferencia, psicoanalistas bien entrenados. La única desventaja de esto, es que la personalidad adquirida por muchos años, al hacer psicoanálisis puede interferir con el tipo de actividad necesaria para la psicoterapia breve. Pero, por supuesto, el tener un vasto conocimiento clínico es en realidad una ventaja. Sin embargo, personas con una información relativamente limitada de la psicodinamia pueden ser enseñadas a usar la psicoterapia breve.

La analogía es la del papel de un paramédico en medicina de urgencia. Sin haber ido a la escuela de medicina, él o ella pueden aprender los fundamentos de la fisiología y otros aspectos básicos de medicina. En muchos casos, en especial si han adquirido experiencia, pueden realizar procedimientos de urgencia, mejor que un médico promedio debido a sus conocimientos especializados. De manera similar, una persona entrenada específicamente en P.B.I.U. puede ser más efectiva que otra con un mayor



entrenamiento, pero sin conocimiento y principios específicos de la terapia breve intensiva.

#### 6. Guía esquemática: el concepto de medicina de urgencia como paradigma de la P.B.I.U.

Me agrada el concepto de la medicina de urgencia como paradigma de la psicoterapia breve y de urgencia. La medicina de urgencia se basa en el uso pragmático de un conjunto amplio de conocimientos de anatomía, fisiología, patología, cirugía y medicina. Las intervenciones de urgencia son, de hecho, definidas y conceptualizadas más específicamente que otras ramas del campo de la medicina. Tómese, por ejemplo, la reanimación cardiopulmonar, como se enseña cada año a los miembros de una facultad por técnicos médicos, en seguida se presentan algunos pasos precisos y definidos:

1. Si el paciente tiene pérdida de la conciencia, permeabilizar las vías respiratorias, con hiperextensión del cuello y la cabeza.
2. Si el paciente no respira, iniciar respiración artificial, cuatro exhalaciones rápidas. Si las vías respiratorias están bloqueadas, golpee la espalda.
3. Compruebe el pulso de las carótidas.
4. Si no hay pulso, iniciar la circulación artificial; oprimiendo el esternón de 1.5 a 2 segundos.

De alguna manera, baso algunas sugerencias concretas para el manejo de ciertas condiciones psiquiátricas que ocurren o se presentan con frecuencia, en este modelo médico de urgencia.

#### 7. La psicoterapia de urgencia no se limita, necesariamente, a la eliminación del síntoma. A pesar de las restricciones de tiempo, puede haber una oportunidad para reconstituir al paciente en un nivel superior al premórbido

Para mí, los principios de la P.B.I.U. son los mismos que los de la psicoterapia de urgencia, excepto que en la terapia breve debe definirse el objetivo, en tanto que en la segunda el objetivo se define con claridad, por lo que se presenta como la urgencia, ya sea un peligro de suicidio, homicidio, ataque de pánico o alguna otra crisis. En la literatura, hay algunas diferencias entre la terapia de urgencia e intervención en crisis,<sup>43</sup> ellos sostienen que en la intervención en crisis, el objetivo principal es restituir al paciente al estado de precrisis, sin ningún intento por lograr un nivel superior de resolución y funcionamiento. Resulta claro que en el proceso de resolver una situación particular, los pacientes con frecuencia, aun en la terapia más breve, alcanzan, por lo general, un nivel superior de resolución de problemas y tienen la ventaja de adquirir algo semejante a una vacunación, cierta fuerza por haber sobrevivido a una situación particular que los proveerá de cierta inmunidad.

Para la terapia breve, el cumplir su promesa como una modalidad de tratamiento útil y accesible para un gran número de personas, debe ser una técnica adecuada para cualquier circunstancia.

Con respecto al logro de niveles superiores de resolución de problemas, quiero hacer notar que el símbolo chino para la crisis significa peligro más (+) oportunidad y, en este caso, *el peligro ofrece la oportunidad para una mejor reintegración.*

En crisis y urgencias, es importante considerar que los pacientes en crisis, a menudo sufren de una especie de visión en túnel, como discutiré, en particular, con respecto al peligro de suicidio. Ellos perciben con frecuencia sólo una visión muy estrecha y dos alternativas. Con frecuencia, una de las primeras tareas, al convertir una situación de crisis o de urgencia a una más manejable, es ayudar al paciente a tener una visión más amplia que la que podría garantizar su visión en túnel y ser capaces de ver sus alternativas y opciones.

En especial, en estos días de restricciones económicas, mucha gente siente con pesimismo que la terapia breve es un sustituto barato de la terapia a largo plazo. El hecho es que la terapia breve tiene una indicación legítimamente útil por sí misma, independiente de los recursos financieros, y la practico en ocasiones en privado con pacientes que pueden, muy bien, pagar una terapia a largo plazo. Esto no niega que los aspectos del poder humano y recursos financieros sean tomados en cuenta. En ocasiones, la terapia breve es todo lo que se puede ofrecer, aun donde la terapia a largo plazo sería preferible.

#### 8. Eficacia para la prevención primaria, secundaria y terciaria

La psicoterapia breve puede ser útil para la *prevención primaria* en diversas circunstancias. Cuando la gente se encuentra en riesgo psicológico, la psicoterapia breve puede usarse para trabajar con los problemas por adelantado, es decir, de manera preventiva. Por ejemplo, los pacientes que van a someterse a cirugía mayor o enfrentar algún duelo, pueden beneficiarse con las intervenciones preventivas breves. Quienes han sido víctimas de violencia, en forma de violación o asalto, pueden también ser auxiliados de manera preventiva antes de que comprendan que tienen un problema psicológico, ayudándolos a trabajar con el impacto mientras se encuentran en el proceso de negación o choque.

La *prevención secundaria* trata con las condiciones agudas ya existentes, las cuales pueden detenerse antes de que se desarrollen condiciones más graves y crónicas, a través de la psicoterapia breve. Las personas que se encuentran agudamente perturbadas por eventos traumáticos, podrían quedar en esta categoría.

Por ejemplo, la prevención secundaria temprana puede ser la de un niño traído a la clínica de urgencia por mojar la cama y tener pesadillas.

Su madre relató que una hermana más joven se había instalado en su casa y creado cierto desequilibrio en los patrones familiares. Su pequeño hijo, quien dormía en un cuarto pequeño, ahora ocupado por su tía, tuvo que dormir en la recámara de sus padres y, de hecho, compartía su cama. Este arreglo fue inadecuado ya que produjo mojar la cama y pesadillas.

Dadas las circunstancias, creí innecesario explicar a la madre el complejo de Edipo, o la importancia de la escena primaria. Todo lo sugerido fue que el niño estaría mejor en una bolsa de dormir en la cocina, que compartiendo la cama conyugal. Fue gratificante escuchar que cuando se hizo el cambio cesaron las pesadillas y el mojar la cama.

En realidad, este caso está entre la prevención primaria y secundaria. Los síntomas no habían madurado en una estructura y, por tanto, fueron reversibles con facilidad. Los terapeutas han visto adultos que se criaron bajo circunstancias semejantes, desarrollando una estructura de carácter relacionada principalmente con defensas excesivas en contra de la pasividad, adaptados con tendencias homosexuales o bien, con miedo a éstas.

La *prevención terciaria* tiene que ver con la curación de las condiciones crónicas. En la práctica psiquiátrica, esto significa tratar con las exasperaciones agudas de los psicóticos crónicos, o con sus síntomas más perturbadores.

Por lo general, no recuerdo que gran parte de psicóticos crónicos se las arreglen para vivir cierto tiempo en la comunidad, algunas veces empleados por completo o contribuyendo con sus familias, pero que tienen episodios de alucinaciones e ilusiones agudas y pánico en ocasiones. A menudo son hospitalizados por un periodo considerable de tiempo. La psicoterapia breve puede tratar con las circunstancias que provocaron tales episodios agudos como alucinaciones, ilusiones y otras perturbaciones, y posibilita mantener al paciente en la comunidad o limitar la hospitalización a una corta estancia.

Un ejemplo particular; un joven estudiante universitario fue visto por tercera ocasión en un hospital, se admitió por un pánico agudo de que iba a ser asesinado. No estaba seguro acerca del por qué ni por quién. La historia reveló que tuvo una infancia muy traumática en la cual los sueños y fantasmas sobre dinosaurios, jugaron un papel importante. Parece que se volvió psicótico agudo alrededor de los 12 años de edad, cuando estaba ilusoriamente temeroso de que los dinosaurios le hicieran algún daño, y tenía alucinaciones dolorosas de ser hervido por canchales, entre otras. El ingreso actual, al parecer, se relacionó al hecho de que una novia lo había rechazado. Esto provocó una furia intolerable en él, lo proyectó en términos de alguien tratando de matarlo, y fueron revividas sus antiguas alucinaciones e ilusiones sobre los dinosaurios y diversas torturas.

Fue posible trabajar con la mayor parte de los traumas recientes en dos sesiones; lo bastante bien para permitirle regresar a la comunidad y a la universidad, en tanto que continuaba con otras sesiones terapéuticas.

El detalle es, que en este caso, el paciente pudo haber sido hospitalizado largo tiempo antes de ser capaz de regresar a la comunidad, a no ser por una intervención psicoterapéutica breve. A pesar del éxito terapéutico inmediato, él permaneció, por supuesto, siendo un esquizofrénico crónico, pero alguien que podía vivir en la comunidad y continuar estudiando, subjetivamente mejor y no como una carga para la comunidad.

### 9. Aspectos administrativos e indicaciones para la P.B.I.U.

Las opiniones acerca de las indicaciones apropiadas para la terapia breve varían para diferentes practicantes. Es posible que se deba a mis antecedentes en este campo; tomo en primer lugar, una visión de la salud mental comunitaria. Leighton sugirió, "El acto a favor de uno debe estar dentro de la estructura del cuidado de la mayoría".<sup>35</sup>

Recomiendo ampliamente la terapia breve intensiva como el *procedimiento de entrada a elegir* en las clínicas y agencias sociales, y sugiero tenerla presente en la práctica privada, aunque el paciente pueda pagar un tratamiento más largo.

Para instituciones de salud mental comunitarias, la terapia breve hace posible, a menudo, eliminar largas filas de espera y ver a la gente en forma rápida, antes que desarrollen una cronicidad y resistencia posteriores a la terapia. Con respecto a las clínicas, hay estadísticas que indican que el paciente promedio por lo general, no regresa a la terapia más de cinco veces, ya que no está acostumbrado al concepto de la psicoterapia a largo plazo. Entre otras cosas, la mayoría de la gente está acostumbrada al modelo médico de tratamiento rápido y breve. Diría que es mejor planear ser tan efectivo, como sea posible, dentro de esas sesiones, que gastar prácticamente esas horas de entrada sólo para que el paciente nunca regrese.

De hecho, veo a la terapia breve como la piedra angular de la salud mental comunitaria

### Algunos aspectos administrativos especiales

Existen dos posibles maneras de usar la terapia breve como una intervención en todas las clínicas públicas: (1) un director médico puede ver a todos los pacientes de entrada y asignarlos a la persona apropiada y (2) cualquier miembro disponible puede tratar al próximo paciente.

Ambos métodos tienen ventajas y desventajas. En el primero, es ventajoso para la persona con la mayor experiencia hacer la evaluación inicial. También, si el terapeuta elegido se enfermara, saliera de vacaciones o dejara su puesto, el director puede automáticamente servir como un terapeuta auxiliar, ya que él ha conocido y establecido alguna relación con el paciente. La desventaja de este método es la discontinuidad: la primera relación se forma con la cabeza de la clínica y después, debe establecerse otra con el terapeuta. Para minimizar esta interrupción en la relación terapéutica, el

director puede hablar con el terapeuta al finalizar el procedimiento de entrada, y en presencia del paciente, revisar los rasgos sobresalientes del padecimiento principal, historia y logros. Al final de la presentación, el profesional puede hacer algunas preguntas del paciente y del director de la clínica; por tanto, se inicia un diálogo entre paciente y terapeuta, y la entrevista termina con la programación de la próxima sesión.

Si los pacientes son asignados con base en la disponibilidad del terapeuta la continuidad no se rompe y el periodo de espera inclusive para los pacientes que entran es, por lo general, menor de una hora. La desventaja de este método, es que no se toma ninguna medida para seleccionar al terapeuta más adecuado. Además nadie está directamente familiarizado con el paciente en caso de que el terapeuta actual no esté disponible. Sobre todo, puede haber desventajas médicas que surjan a partir de esta estructura administrativa: muchas clínicas están organizadas con un médico a la cabeza y la mayoría de los terapeutas son psicólogos o trabajadores sociales. Si el paciente no es consultado por el médico a cargo, existe una gran posibilidad de trastorno, el cual tendrá un papel primario o secundario en los síntomas del paciente que está siendo examinado. La protección médica puede ser un requisito legal en muchas circunstancias. Además, si el director médico tiene cuando menos un trato de entrada breve con el paciente, posee, si es necesario posteriormente, un fundamento para la prescripción de medicamentos psicotrópicos que si sólo tuviera información de segunda mano.

#### 10. Papel del terapeuta y resistencia a la P.B.I.U.

Es importante que el terapeuta no pierda su autoestima debido a su entrega a la terapia breve; por ejemplo, debe entender que está realizando un trabajo valioso y no sólo tomando medidas momentáneas. Este punto es, en particular, relevante para los terapeutas entrenados en psicoanálisis y terapia psicoanalítica. Aquellos entrenados en psiquiatría dinámica y psicoanálisis han aprendido a respetar las declaraciones del paciente y jugar, en la terapia, un papel relativamente pasivo, receptivo y expectante. Sin embargo, *es necesaria una mayor actividad mental por parte del profesional en la terapia breve*. En tanto que uno escucha, tiene que conceptualizar de manera activa y planear intervenciones más extensas que en la terapia a largo plazo. Debe hacerse una hipótesis, no sólo por interpretación, sino por formas de intervención utilizadas con menor frecuencia en la psicoterapia dinámica ordinaria.

*Este requerimiento contradice a menudo, al entrenamiento y personalidad de gente experimentada en la psicoterapia tradicional*. No es sólo que estén desacostumbrados a las necesidades de la terapia breve, sino que pueden haberse hecho psicoterapeutas y debieron haber funcionado bien en el campo, precisamente por haber sido capaces de tolerar una pasividad rela-

tiva. De hecho, pudieron escoger la profesión debido a una cierta cantidad de pasividad inherente en el papel maternal tan importante en la vida de un "curador". En otras palabras, un papel activo no viene a menudo con naturalidad. Sin embargo, es claro que una cierta cantidad de optimismo terapéutico es útil para alcanzar resultados. Sin que esto implique que los terapeutas están utilizando sencillamente sugerencias o que se dejan llevar por el síndrome del "Dr. Kildare". Por lo general, se acepta que las expectativas del terapeuta tienden a influenciar los resultados terapéuticos.

# 3

## El perfil básico de la psicoterapia breve intensiva y de urgencia (P.B.I.U.)

---

1. Cinco o seis sesiones de 50 minutos, una vez a la semana
2. Sesión de seguimiento un mes después
3. Anamnesis completa
4. Una apreciación psicodinámica y estructural
5. Consideración de los aspectos sociales y médicos
6. Plan para áreas de intervención
7. Plan para métodos de intervención
8. Plan para la secuencia de las áreas y métodos de intervención
9. Decisión sobre una terapia sólo diádica o combinada con sesiones conjuntas o familiares
10. Consideraciones de condiciones favorecedoras como drogas u hospitalización breve

El perfil básico, como todas las proposiciones en este texto, *pretende servir sólo como guía, no como algo obligatorio*. Los pasos se mencionan en forma breve porque casi todos se discuten ampliamente en contextos más específicos.

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

Sugiero una duración de 50 minutos porque es lo que he usado en los últimos 40 años, la encuentro útil y me he acostumbrado a ella, parece ser la cantidad de tiempo necesaria y suficiente. Ni el número de sesiones, arreglos o duración son inalterables. En pacientes con pánico es deseable verlos más de una vez a la semana. Algunos necesitan ocho sesiones. Otros encuentran que una sesión de 50 minutos es muy larga, en tanto que los obsesivos difícilmente funcionarán con 50 minutos y, por lo menos, para el contacto inicial, se recomienda una sesión doble.

La anamnesis completa y apreciación dinámica y estructural se discuten con detalle, en la Sesión inicial.

Las consideraciones teóricas sociales, étnicas, económicas y de sistemas son, en general, muy importantes, ya que determinan el estilo de comunicación que deberá tenerse en mente con respecto a lo que es patológico y está dentro de la norma para un paciente en particular. Estos factores pueden determinar las formas de intervención (por ejemplo, si la colaboración de un representante religioso es indicada) y también ayudan a entender la patogénesis.

Los aspectos médicos incluyen la consideración de una serie de trastornos que pueden presentarse como problemas psiquiátricos, o que pueden complicar el cuadro psiquiátrico. Las drogas "callejeras", la prescripción de fármacos, condiciones tóxicas y neurológicas o factores premenstruales necesitan considerarse como una parte del cuadro total.

Las áreas y métodos de intervención, y la secuencia y métodos de las mismas, variarán de paciente a paciente, aun si padecen la misma condición manifiesta. En un paciente "acting out", la primer área a tratar puede ser su agresión, la cual deberá intervenir con interpretación; de igual manera en otro paciente con las mismas características puede ser su sentimiento de omnipotencia, el cual tratará de detenerse. Este plan para áreas y métodos de intervención debe permanecer flexible, y ser revisado cada vez que se tiene más conocimiento y especificidad respecto al paciente.

Parte del plan de intervención es la decisión de si el paciente es el más adecuado para una terapia exclusivamente diádica, si puede sacar provecho de la terapia conjunta con alguien importante en su vida, cuando menos durante una o dos de las cinco sesiones, o si podría beneficiarse mejor con una sesión de terapia familiar.

El uso que hago de los fármacos como condiciones favorecedoras del proceso psicoterapéutico en vez de exclusivamente "terapia blanco" es

probable que se encuentre con la desaprobación de algunos psicofarmacólogos. Discuto el uso de fármacos en forma más específica en secciones posteriores. El punto de vista, sin embargo, persiste en que el efecto de los neurolépticos, ansiolíticos y antidepresivos deben ser entendidos psicodinámicamente en la terapia de cada paciente.

*Algunos tópicos como el uso de fármacos y hospitalización, el papel de la interpretación, catarsis y otros, se tratan en varias secciones del manual. Para no ser repetitivo, no se discuten por completo en cada ejemplo. Sería mejor si el lector se familiarizara con el libro entero para saber dónde encontrar la obra terminada de un punto dado.*

# 4

## La sesión inicial

---

1. Síntoma principal
  2. Evolución del síntoma principal
  3. Síntomas secundarios
  4. Antecedentes personales
  5. Antecedentes familiares
  6. Formulación dinámica y estructural: Evaluación de la función del yo (EFY)
  7. Transferencia
  8. Alianza terapéutica
  9. Contrato terapéutico
  10. Revisión y planeación
- } Los tres factores en la relación terapéutica

### 1. Síntoma principal

La primera sesión es indudablemente la más importante y la que comprende el trabajo más duro para el terapeuta y el paciente.

Yo trato de obtener mi primera impresión de éste, cuando lo veo en la sala de espera, y de preferencia unos segundos antes de que él me mire. En ese tiempo, la máscara social no habrá aparecido todavía. Tengo una oportunidad en lo particular buena para comparar ambos lados de la cara, y las mitades superior e inferior por separado. Las discrepancias entre las dos, por lo general sugieren depresión, ansiedad u otros rasgos de carácter en una parte de la misma; esto no es tan manifiesto una vez que el paciente está consciente de mí y de lo que puede no ser evidente si observo su cara en conjunto.<sup>11</sup>

Después me intereso por su porte, expresión general y estilo. Formulo algunas nociones tentativas sobre él antes de que empiece a hablar. Después de presentarme comienzo preguntando “¿Qué puedo hacer por Ud.?” *Me intereso no sólo en el síntoma principal, sino en los otros posibles*, y deseo saber precisamente cuándo empezó el actual. Siento que entiendo lo que inquieta al paciente sólo si puedo relacionar con claridad el inicio de este último y el de los otros a una situación particular de su vida en un día y hora dados.

### 2. Evolución del síntoma principal

Después insisto en una anamnesis exhaustiva. Cuando este comentario surge en las clases con frecuencia ocasiona una sonrisa de incredulidad. Pero yo he demostrado con cierta periodicidad en sesiones videograbadas, que realmente en una sesión de 50 minutos, puede obtenerse una historia exhaustiva del paciente, si la entrevista contiene una mezcla razonable y apropiada de plática espontánea por este último, y el terapeuta lo guía hacia áreas de información relevantes. Es esta entrevista muy bien conceptualizada y estructurada la que me proporciona los datos que deseo.

Conduzco una entrevista guiada, es decir, por las hipótesis de engranaje de la teoría psicoanalítica. Son por lo general un marco de referencia pero no deben conducir a una visión en túnel. Si alguien padece agorafobia, tendré presente que la ansiedad de separación, fobia a la escuela, ambivalencia poco usual hacia la madre, y en mujeres, exhibicionismo, juegan un papel particular, y voy a indagar la presencia de estos factores.

Al preguntar los antecedentes, busco en especial los *denominadores comunes* entre el inicio del síntoma principal y situaciones anteriores en su vida. Por ejemplo, si el paciente sufre de una depresión en relación a una pérdida, busco otras asociadas con esta última en su pasado, de manera particular en la infancia y su posible relación con la pérdida presente.

*En todos los casos al preguntar los antecedentes, se debe estar informado por la teoría.* En las depresiones por ejemplo, busco el posible papel

de los 10 factores que he considerado cruciales en ésta (ver parte II cap. 8). En el caso de síntomas obsesivos, indago el papel de la agresión en conflicto con el superyo y el mecanismo de defensa de la represión entre otros. En las agorafobias, averiguaré la relación pre-edípica con la madre, y en el caso de síntomas de eyaculación precoz y eritrofobia, voyerismo infantil, exhibicionismo, sobreestimulación y mojar la cama entre otros.

En un paciente que sufre de ansiedad aguda, cuyo tratamiento encontré muy gratificante, me sentí satisfecho hasta que pude entender y aclarar al paciente por qué a las 10:30 a.m. de una mañana de un sábado dado, de repente experimentó pánico en relación a tener un ataque cardíaco.

### 3. Síntomas secundarios

A pesar de que el síntoma principal puede ser un ataque de ansiedad o depresión, el secundario quizá sea una dificultad sexual de varios años, incapacidad para completar tareas o ser puntual. Es importante explorar estas áreas que pueden causar problemas al paciente y posiblemente tener alguna relación con el síntoma principal.

Entrelazar el “insight” puede favorecer en gran medida el proceso terapéutico.

### 4. Antecedentes personales

La mejor guía que puedo ofrecer para capturar los antecedentes es que el terapeuta debe intentar visualizar a la persona que se encuentra frente a él en diferentes épocas de su vida, en especial en la infancia, en la actualidad dentro de la subcultura particular y en relación con las personas significativas en su vida. Además de la información sobre los padres, hermanos y sus respectivas edades, debe hacerse un intento por obtener ideas acerca de la atmósfera prevaleciente en su casa. Para este propósito, yo pido por lo general que asigne tres adjetivos a las personas significativas en su vida.

En cada situación, es muy importante averiguar lo más que se pueda sobre los aspectos étnicos y culturales de la vida del paciente. Es importante ver a éste y a su problema en términos de la teoría de sistemas: familiar, etnicocultural y socioeconómico.

### 5. Antecedentes familiares

La familia nuclear es la matriz dentro de la cual una persona crece y se desarrolla. Por tanto, es esencial entender las características de ésta que más han tenido efecto en la estructura de nuestro paciente. Digo “que más ha tenido” porque a veces un pariente lejano, amigo de la familia, maestro, ama de llaves, o institutriz pueden ejercer una influencia mayor.

Ya que el tiempo no se detiene, es importante entender el medio y características familiares en diferentes épocas de la vida del paciente. El advenimiento de un nuevo hermano puede haber reestructurado las actitudes

familiares hacia el paciente. Una pérdida del trabajo por parte del padre; alcoholismo, enfermedad en cualquiera de los padres y cualquier factor en diferentes épocas en la vida del paciente puede tener un gran efecto. Por lo general, los efectos más tempranos del daño tendrán una influencia más profunda sobre la formación de la personalidad. Es importante entender con quién se identificó el paciente en forma manifiesta y latente. La vocación de los padres juega un papel importante en el desarrollo de su personalidad. Por ejemplo, un padre que trabajó como carnicero en un rastro presenta una imagen diferente a su hijo en desarrollo, que otro que vendía para sobrevivir, ropa interior para damas.

La familia grande puede jugar un papel en la estructura de la personalidad, especialmente en determinados grupos étnicos donde los abuelos con frecuencia viven con el paciente y sus padres.

Los antecedentes médicos y psiquiátricos de la familia del paciente son importantes. Ya sea que la esquizofrenia o los trastornos maniacodepresivos tengan o no un origen genético, el efecto ambiental de las personas en la vida del paciente con alguno de estos trastornos suele tener un mayor efecto estructural. Los hermanos psicóticos con frecuencia atemorizan tanto al niño saludable que el resultado es la constricción, por el miedo a la pérdida del control de impulsos y las fantasías en éste. El trastorno por déficit de atención parece tener fuertes rasgos familiares y es importante para el diagnóstico saber si alguien más en la familia mostró signos de incapacidad para el aprendizaje u otros aspectos del primero.

Las tendencias suicidas parecen tener una naturaleza familiar, con frecuencia independiente de la depresión. Al evaluar el peligro de suicidio en nuestro paciente, es importante saber si esto juega un papel en los antecedentes familiares.

Es mejor visualizar al paciente en relación con la familia en diferentes etapas de su vida, tratar de entender la formación del carácter y personalidad, y la psicopatología en términos de la solución de problemas y conducta de imitación.

## 6. Formulación dinámica y estructural

La formulación dinámica, compatible con el término en sí, llamado "dina" o fuerzas se encarga de la interacción de éstas, responsables de la psicopatología y personalidad del paciente. Evaluamos las tendencias y su conflicto e interacción con la realidad, el superyo y el yo. Queremos entender las defensas, qué tan bien trabajan, si trabajan en forma rígida, holgada o apropiada.

Debería ser posible plantear la organización dinámica mayor de una persona en una sencilla afirmación. Por ejemplo, en el caso de una neurosis de éxito la proposición dinámica típica es que con más frecuencia en un hombre, tuvo fuertes deseos edípicos por su madre. Esto produjo ansiedad hacia un justo castigo por parte del padre y recriminaciones del superyo.

La obtención ilícita de la madre fue generalizada a una prohibición por alcanzar *cualquier* éxito, y así encontramos a alguien que cada vez frustra sus oportunidades de una manera u otra o no es capaz de alcanzar su nivel de funcionamiento óptimo.

La teoría de las relaciones objetales se ve como una parte de las dinámicas y estructura. Para empezar, involucra la relación hacia las figuras parentales, hacia otras, su internalización, y la internalización de las autorrepresentaciones. Estas imágenes se vuelven una parte de la estructura del yo en diferentes niveles así como el superyo y el ideal del yo. La diferencia entre la estructura y las dinámicas es hipotética, ya que Rapaport afirmó en forma correcta que "las estructuras mentales se caracterizan por un rango de cambios lento".<sup>46</sup> Esto es cierto también para la física, donde podemos hablar de la fatiga del metal como ciertos cambios moleculares que afectan la estructura de éste en su funcionamiento.

## EVALUACION DE LA FUNCION DEL YO (EFY)

Además de la consideración de la psicodinamia, desarrollo y aspectos culturales y étnicos de la vida del paciente, me comprometo a una asesoría sistemática de 12 funciones del yo, de manera más formal y en detalle sólo con pacientes muy perturbados. En particular, en psicóticos que funcionan en forma inadecuada, es importante hacer esta conceptualización para determinar cuáles están intactas y cuáles perturbadas, ya que la terapia puede utilizar con frecuencia residuos íntegros. Mi técnica de asesoría de la función del yo es el resultado de un proyecto de investigación y se describe con detalle en el trabajo original al respecto.<sup>14</sup>

El cuadro de las funciones del yo y sus componentes (cuadro 4-1) da una breve idea del concepto.

La evaluación detallada de la función del yo es útil en el caso de personas muy perturbadas, o en especial psicóticos, donde uno puede elegir las funciones intactas del yo para apoyar las afectadas.

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

## LOS TRES FACTORES EN LA RELACION TERAPEUTICA

### 7. Transferencia

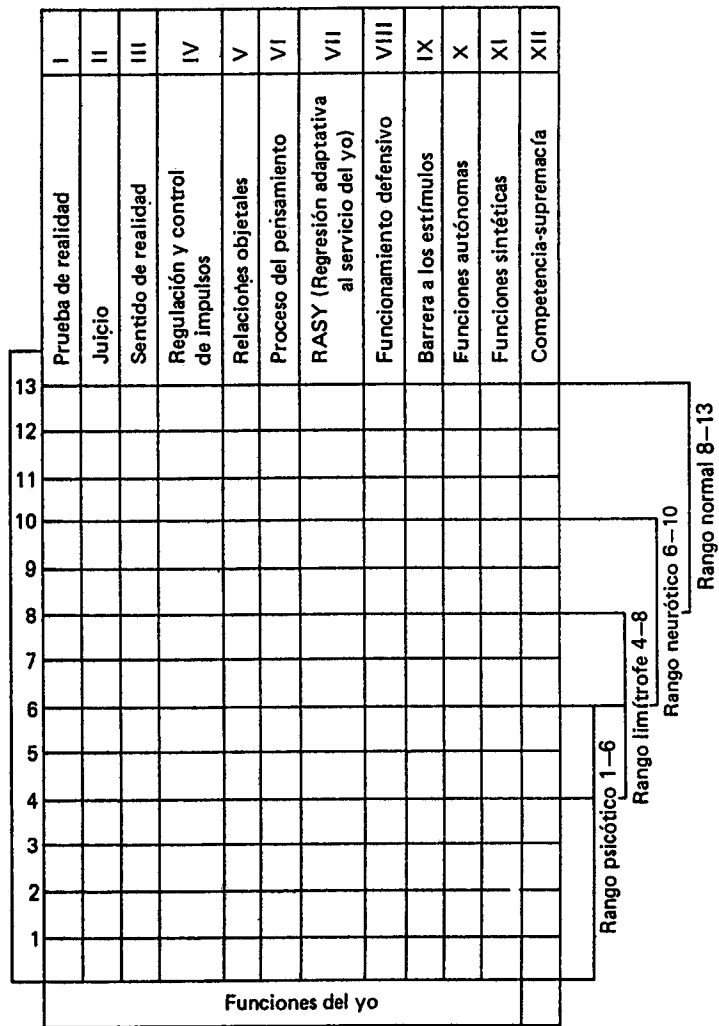
Además de los antecedentes exhaustivos, les pregunto a mis pacientes ya para terminar, si tuvieron un sueño la noche anterior, qué sueños pueden recordar de su infancia o sobre sueños recurrentes de cualquier periodo de sus vidas. Me interesa en especial saber acerca de los sueños de la no-

Cuadro 4-1. Funciones del yo y sus componentes

Función del yo	Componentes
1. Prueba de realidad	Distinción entre estímulo interno y externo Exactitud de percepción Conciencia reflexiva y prueba de realidad interna
2. Juicio	Anticipación de consecuencias Manifestación de esta anticipación en la conducta Propiedad emocional de esta anticipación
3. Sentido de realidad y de la propia identidad	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	Dirección de la expresión del impulso Efectividad de los mecanismos de defensa
5. Relaciones objetales	Grado y clase de relación Primitivas (narcisistas, anaclíticas o elecciones de objeto simbióticas) Grado en el cual otros son percibidos independientemente de uno Constancia objetal
6. Proceso del pensamiento	Memoria, concentración y atención Habilidad para conceptualizar Proceso primario-secundario
7. Regresión adaptativa al servicio del yo	Regresión moderada de la agudeza cognoscitiva Configuraciones nuevas
8. Funcionamiento defensivo	Debilidad o intrusión de las defensas Éxito y fracaso de las defensas
9. Barrera a los estímulos	Umbral del estímulo Efect. del manejo para estímulos de entrada excesivos
10. Funcionamiento autónomo	Grado de libertad del deterioro de los aparatos autónomos primarios Grado de liber. del deterioro de la autonomía secundaria
11. Funcionamiento sintético-integrativo	Grado de ajuste de las incongruencias Grado de relación con los eventos
12. Competencia-supremacía	Competencia (qué tan bien se desempeña el sujeto en la actualidad en relación a su capacidad existente de interactuar con un superior activo e influir su ambiente) El papel subjetivo (el sentimiento de compet. del sujeto respecto a un superior activo y afectando su ambiente) Grado de discrep. entre los otros dos componentes (es decir, entre la competencia actual y el sentido de ésta)

Reimpreso con permiso de la editorial y de los autores (Bellak, L., Hurvich, M. & Gediman, H. *Ego Functions in Schizophrenics, Neurotics, and Normals*. New York: John Wiley & Sons, 1973).

Esta gráfica permite delinear y visualizar con facilidad las funciones del yo. Para más detalles véase (14) y (12A).



(De Bellak, Hurvich & Gediman, *Ego Functions in Schizophrenics, Neurotics and Normals*. Copyright 1973, por C.P.S., Inc. Reimpreso con el permiso de John Wiley & Sons, Inc.).



che anterior, ya que es una oportunidad excelente relacionada con la entrevista que sigue y puede revelar algo acerca de la relación transferencial esperada, las expectativas del paciente sobre la terapia y algunas dinámicas generales. Por ejemplo, si el paciente sueña la noche anterior con tener que ir al dentista y experimenta una gran ansiedad y anticipa mucho dolor, probablemente indicaría una actitud hacia la terapia; si sueña con alguna solución mágica a un problema, podría sugerir que tiene esta clase de expectativa poco realista sobre la misma.

El sueño es un recurso importante, pero no el único para indicarnos la naturaleza de la relación transferencial. A partir de los antecedentes se debe intentar predecir cuál es la naturaleza de la transferencia y qué problemas pueden anticiparse. Por ejemplo, en algunos pacientes muy oral-dependientes el deseo excesivo de ser pasivos y tomados en cuenta puede convertirse en un obstáculo para concluir la terapia. Si un paciente desarrolla una relación transferencial paranoide o una sobresexualizada, es mejor para el terapeuta estar consciente de estas posibilidades con anterioridad. Además tiene que controlar su propia involucración contratransferencial y verificarla en forma continua.

Es importante mantener una transferencia positiva en la psicoterapia breve y así mismo dejar al paciente con ella. Una transferencia negativa deberá analizarse.

### 8. Alianza terapéutica

Presento la alianza terapéutica con una fórmula específica: *"La parte racional e inteligente de Ud. necesita permanecer junto con la irracional e inconsciente que le causa problemas"*. Puedo explicar en forma breve la naturaleza del proceso terapéutico como lo veo, en la primera o segunda sesión, para incrementar esta alianza. Abrevio algunas ideas básicas: primero, que podemos entender la conducta si recordamos que hay continuidad entre la infancia y la edad adulta, el pensamiento al despertar y dormir y la conducta normal y patológica. Ilustro lo anterior con uno o dos ejemplos del relato del paciente. Los sueños son en especial valiosos para este propósito ya que muestran la relación entre los residuos del día, el sueño y los antecedentes. Como se mencionó, el sueño puede también proporcionar datos adicionales sobre la naturaleza de la relación transferencial.

Mi segunda explicación sobre el proceso terapéutico se refiere a un relato sobre la adquisición de dinámicas y estructura mediante la apercepción, distorsiones aperceptivas y el papel de la identificación. Comprobaré el proceso vivencial con la proyección de miles de transparencias, por ejemplo, de madre alimentando, limpiando o castigando junto con fotografías de otras personas significativas en la vida del paciente y sugiero a éste que su apercepción contemporánea de ciertas figuras está estructurada en un mayor o menor grado por estas "Gestalten" adquiridas en el pasado.

En ocasiones puedo usar una lámina del TAT y esforzarme por demostrar este fenómeno, especialmente porque intento utilizar esta prueba como un recurso para facilitar la comunicación, interpretación e "insight" en el proceso de la psicoterapia breve; esto suele suceder en la segunda o tercera sesión. El principio es, que yo pido al paciente que me relate una historia sobre lo que está sucediendo en la lámina, qué es lo que lo provocó y lo que ocurrirá, y después señalo los denominados comunes en sus respuestas o los rasgos específicos de su historia comparándola con algunas otras que puedo relacionar o como el que no vea la pistola, el embarazo, etc.

Explico al paciente que el éxito de la terapia depende en gran medida de la *habilidad por parte de él para trabajar en alianza conmigo*. Para no hacerlo sentir agobiado, añado que su trabajo principal es hablar solamente y que el mío es guiarlo tratando de entender o facilitar el resto del proceso. Muchas personas no están acostumbradas al proceso disociativo implicado en un buen reporte analítico y a proporcionar lo que yo llamo una *"narración de un viaje interno"*. Con frecuencia, doy a entender la idea relatando la historia de un delincuente que estaba siendo preparado por una trabajadora social para una consulta conmigo. Cuando ella le preguntó si sabía que era un psiquiatra, él contestó "sí, es un tipo que hace que te delates a ti mismo". Por lo que explico a los pacientes que lo que se espera de ellos es que se delaten a sí mismos (en cierto sentido, que digan cosas que observen de sí mismos). Si esto se dificulta, pido que relaten algo concreto de su día y entonces pregunto qué es lo que pensaron en diferentes momentos. Hablo de empezar con una *"narración de un viaje externo"* y cambiarla en seguida por una interna. Tengo también un juego estándar de preguntas que ayuda a los pacientes en su reporte y a hacer su parte en la alianza terapéutica. Pregunto qué estaban pensando en tanto que realizaban alguna acción semiautomática como manejar, rasurarse y maquillarse o cuál fue su último pensamiento antes de quedarse dormidos, y cuál el primero al despertar.

A este respecto me hago responsable de *facilitar el proceso terapéutico*, lo cual no necesariamente significa sólo dejar que se produzca. Por el contrario, considero su regulación y flujo una de mis tareas decisivas análoga a cargar gasolina y presionar los frenos al conducir un automóvil. Una desatención selectiva de algún material, desviación por un poco más de plática general o silencio e interpretación de defensas son ciertos instrumentos que empleo para controlar el proceso terapéutico, como mi parte en la alianza terapéutica.

### 9. Contrato terapéutico

Aún como parte de la primera sesión: además de preguntarle al paciente los antecedentes de manera exhaustiva y establecer las bases de la relación transferencial y la alianza terapéutica también se establece una formulación del contrato terapéutico. Como en muchos otros aspectos, el

contrato en la psicoterapia breve está mejor delineado y formulado que en otras formas de psicoterapia prolongada. Explico a los pacientes que espero seamos capaces de abordar y resolver sus problemas en cinco sesiones, cada una de las cuales durará 50 minutos aproximadamente, y en todos los casos saber de ellos cerca de un mes después de la 5a. sesión, por teléfono, carta o en persona, y me digan cómo se encuentran. Agrego que tengo razón en creer que 5 sesiones pueden ser suficientes y exitosas, pero si no lo fueran, será parte de mi responsabilidad ver que el paciente obtenga la terapia necesaria de manera posterior, ya sea de mi parte o de alguien más. Les digo también que si necesito referirlos esa persona los verá a lo largo de la terapia y yo lo llevaré personalmente para presentarlo y, con su permiso, estaré presente en la primera sesión, haciendo un breve relato al terapeuta en presencia de él. También menciono que si existe una razón para que se pongan en contacto conmigo antes del mes, debe ser inmediatamente después de la 5a. sesión. Sin embargo, para limitar *las ganancias secundarias de continuar la transferencia de sentimientos y dependencia* agrego que lo mejor es dar al proceso de tratamiento una oportunidad, ya que sinceramente pienso que dicho proceso con frecuencia toca algunas áreas dolorosas que son parcialmente curadas para cuando termina la terapia actual. Comunico al paciente que lo mejor es permitir que el proceso terapéutico concluya en forma espontánea y que es mejor para él, dar a los resultados del tratamiento la oportunidad de solidificarse en vez de llamarme la primera vez que sienta alguna perturbación, quizá porque se siente abandonado. Así, le participo (como parte del contrato) que yo seguiré estando interesado en él y haré lo que sea necesario, pero a la vez trato de crear una situación en la cual el paciente se encuentre motivado para intentar lograr óptimos resultados en las cinco sesiones, en esencia, darle la idea de que el *buen paciente rechaza las ganancias secundarias y la pasividad*. Sin duda, esta es una situación en la cual la conducta del terapeuta se consideraría adecuadamente como un rechazo a la recompensa de una ganancia secundaria. Por otro lado, al indicar que es probable que no sea yo quien continúe la terapia, se introduce un elemento de "castigo" con la idea de ser rechazado. Este factor también puede ayudar al paciente hacia la integración.

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

#### 10. Revisión y planeación

Durante la parte verbal y manifiesta de la sesión inicial, ha trabajado en forma simultánea un proceso silencioso igualmente importante. En tanto que escucha al paciente, el terapeuta debe formular hipótesis respecto a la interacción de los factores genéticos, familiares, biológicos y médicos con los vivenciales dentro del paciente. El terapeuta debe también decidirse por el *mejor plan de tratamiento*, entre tratamiento diádico, sesiones con-

juntas, terapia familiar, de grupo, empleo de fármacos y de recursos comunitarios entre otros. Si la terapia breve intensiva va a jugar un papel terapéutico primario, el terapeuta debe *seleccionar las áreas y métodos de intervención y su secuencia*. Por áreas de intervención quiero decir: en una depresión me dirijo hacia la pérdida de autoestima del paciente y sólo después de eso hacia su agresión, intraagresión y superyo severo. Con otro paciente primero a su superyo severo e intraagresión y después hacia el sentimiento de decepción, oralidad y otros factores. El método de intervención puede ser interpretación, catarsis, catarsis mediata, represión del mismo impulso u otros (ver cap. 7).

Al final de la sesión inicial, el terapeuta debe repasar para el paciente los rasgos sobresalientes. Esto ayuda a fortalecer la alianza terapéutica. También es útil, si se considera apropiado, que el terapeuta comunique algo de la naturaleza del proceso terapéutico.

## 5

## Segunda a sexta sesión de la psicoterapia breve intensiva y de urgencia (P.B.I.U.)

---

### Segunda sesión

1. Enlace con la primera
2. Pensamientos sobre la sesión inicial, sueños, posición entre sesiones
3. Enlace de las sesiones para mantener el enfoque e incrementar el funcionamiento sintético-integrativo
4. Exploración adicional de sintomatología e historia

### Tercera sesión

5. Enfoque especial para trabajar mediante "insights" previos
6. Empiece a hablar sobre la separación inminente

### Cuarta sesión

7. Como en la sesión anterior, pero haciendo más énfasis en la terminación

### Quinta sesión

8. Haga que el paciente repase verbalmente todo el periodo de tratamiento
9. Termine el tratamiento con un comentario positivo

### Sexta sesión

10. Sesión de seguimiento:  
Evalúe los logros terapéuticos y decida si será necesario un trabajo posterior o no, deje al paciente con una transferencia positiva

### Segunda sesión

En la *segunda sesión* exploramos más, obtenemos un mejor cierre, y reexaminamos las bases para escoger las áreas y métodos de intervención.

La inicio preguntando al paciente cómo se ha sentido en la semana de intervención, y trato de conocer cualquier otro síntoma que pueda tener. *Me interesa saber en detalle cómo pasó la semana*, en especial sobre sus síntomas. Una vez que he puesto suficiente atención a la situación presente e intercurrente, le pregunto si por casualidad tuvo un sueño la noche después de nuestra primera sesión o la noche anterior a esta 2a. Si el paciente refiere un sueño, esto es muy útil para entender la naturaleza de la relación terapéutica y las dinámicas generales de su problema.

Considero muy importante la *secuencia entre sesiones*, en especial para enlazar al paciente de sesión a sesión. Esto incrementa la función sintético-integrativa del yo respecto a la alianza terapéutica.

Esta sesión con frecuencia proporciona *datos históricos adicionales* y completa el cuadro dinámico. Es la oportunidad para familiarizar al paciente con lo que se espera de él, si la psicoterapia de "insight" es el método elegido. Le doy al paciente la idea de referir lo que sucede dentro de él e incremento su disposición psicológica, "insight" y habilidad de estar consciente —si es posible con un paciente particular.

Discutiré otros aspectos que afectan el proceso terapéutico (ver cap. 7) pero en esencia veo este proceso como un intento de formular hipótesis más adecuadas de manera progresiva y establecer continuidad para el paciente y para mí.

### Tercera sesión

En la *tercera sesión* se hace un intento especial para *trabajar con lo aprendido* además de las posibles causas. Esta puede ser la ocasión para una entrevista conjunta si es que parece ser lo más útil para acumular información adicional entre dos personas, que pueden ser esposos, o el terapeuta puede considerar que una sesión familiar puede ser útil en este momento.

A partir de la tercera sesión, *empiezo a referirme a la separación inminente*. De manera específica afirmo que es muy probable que el paciente se sienta peor la próxima vez y que esto puede ser por el miedo a la separación y al abandono. Si esta sesión es diádica debe usarse para anticipar la terminación y trabajar con los problemas de la separación.

### Cuarta sesión

La *cuarta sesión* está dedicada a lograr un mayor entendimiento sobre los problemas del paciente, agregando "insights" e interviniendo de alguna otra manera necesaria. De nuevo habrá una *discusión sobre la terminación*

y *reacción a ésta*. Los problemas de separación juegan un papel muy importante en las relaciones humanas bajo cualquier circunstancia, y es útil trabajar con ellos en la terapia breve.

Trato de mantener continuidad entre todas las sesiones —pidiendo al paciente que las interrelacione— llenando los espacios necesarios y utilizando esta ocasión para enfocar áreas específicas.

#### Quinta sesión

La *quinta y última sesión regular*, la inicio preguntando al paciente cómo pasó la semana anterior. Después le *pido que repase todo el periodo de tratamiento y trabajamos con cualquier material adicional que hayamos obtenido*, en especial respecto a la terminación o algunos otros planes.

*Pretendo terminar en una relación positiva*. No pienso en una “cura transferencial” por su naturaleza inestable. Por otro lado, si los problemas han sido bien ventilados, es útil para el paciente dejar la terapia como una señal de transferencia positiva, en virtud de que así lo han encontrado varios analistas.<sup>42</sup>

Para facilitar una transferencia positiva, cambio mi estilo en la quinta sesión, desechando cierta neutralidad terapéutica, tornándome más “humano”. Platico con el paciente quizá de un pasatiempo que compartamos como la fotografía o acerca de cierto interés común sobre determinado evento actual o deporte. También hablo un poco sobre mí y de alguna actividad que esté realizando de momento, con el fin de disminuir la distancia de la relación doctor-paciente. De este modo trato de indicar que lo considero un igual.

Como se ha visto, lo que con más frecuencia pido al paciente es que se ponga en contacto conmigo por teléfono o carta cuando menos un mes después de que concluyó la terapia, o en persona si lo desea. Por supuesto, deseo saber acerca de él antes de que termine el mes, si es que no se siente bien. Sin embargo, trato de prevenir una dependencia posterior, indicando que la terminación de la terapia por sí misma, puede causar algunos problemas. Señalo que si procura tolerar la incomodidad inmediata, fortalecerá los logros terapéuticos. En realidad doy un doble mensaje: “Estoy disponible si Ud. en realidad me necesita, pero trate de no necesitarme porque es bueno para Ud. continuar solo en vez de ser dependiente”. Al mismo tiempo, él está seguro de que si llegara a necesitar una terapia posterior, ésta será proporcionada, por mí o por alguien más, que yo le presentaré.

#### Sexta sesión

En la *sexta sesión*, un mes después, trato de *revisar la calidad de los logros terapéuticos y hago los cambios pertinentes*. Otra vez, hay un intento por dejar al paciente con una transferencia positiva y con un sentimiento

de que si se necesita, yo o cualquier sustituto estará disponible para él. Oberndorf<sup>42</sup> hace tiempo puntualizó el valor de la transferencia positiva para el mantenimiento de los buenos resultados con una terapia mínima. Mi propia experiencia clínica, incluyendo aquella en la que vi pacientes hace 25 años en ALTRO, concuerda con esta afirmación.

# 6

## El proceso terapéutico en la psicoterapia breve intensiva y de urgencia (P.B.I.U.)

---

1. Guiar y controlar la intensidad del proceso terapéutico
2. Facilitar la comunicación: un estilo apropiado es esencial
3. Explicar el proceso terapéutico al final de la sesión inicial en términos sencillos
4. Facilitar el aprendizaje: estilo intelectual, conceptual y lingüístico adecuado
5. Técnicas proyectivas
6. La importancia de la educación: en tratamientos de urgencia de reacciones emocionales a enfermedades físicas, haga que el paciente describa el órgano enfermo
7. Comunicación entre paciente y terapeuta
8. Interpretación
9. "Insight"
10. Trabajando en ello

### 1. Guiar y controlar la intensidad del proceso terapéutico

En gran medida, la P.B.I.U. puede ser eficaz por la naturaleza y manera de guiar el proceso terapéutico. Pienso que un terapeuta debe tener tanto control sobre el proceso terapéutico como un conductor de su auto. Debe poder acelerar, frenar y conducir la terapia en direcciones óptimas. Al prolongar el proceso de terapia, uso el método de la atención selectiva o desatención para enfocar áreas que considero apropiadas e importantes. Intento regular la cantidad de ansiedad sentida por el paciente incrementándola a través de la interpretación de defensas, disminuyéndola con una serie de medidas incluyendo la discusión de temas neutrales o disolviendo la atmósfera con una intervención relativamente corta. De nuevo, veo este control del proceso terapéutico, análogo al del automóvil.

En ocasiones, quizá sea necesario abandonar la posición de "neutralidad terapéutica" para permitir una actitud más relajada entre dos iguales o asumir el papel de ayudante activo.

### 2. Facilitar la comunicación: un estilo apropiado es esencial

Para empezar, es obligación del terapeuta asegurar que *hay* un proceso terapéutico. Para ese fin, debe hacer posible que el paciente contribuya con su parte a la alianza terapéutica. Para la psicoterapia dinámica, esto significa sobre todo, que el paciente sea capaz de comunicarse. Por lo general, tengo que introducirlos al concepto de autorreporte. Con anterioridad relaté la historia del delincuente que veía esto como "delatarse a sí mismo". Algunas veces platico una variante de la historia de Freud sobre dos hombres viajando en un tren, uno sentado cerca de la ventana y pudiendo ver hacia afuera, y el otro del lado opuesto. El primero, tiene una vista perfecta, pero no está familiarizado con el panorama. El segundo muy familiarizado con el área particular por la que pasan. Ambos llegan a un acuerdo: el que se encuentra junto a la ventana dirá todo lo que vea, y el de al lado intentará con esto situar su localización. El hombre de la ventana dice: "veo una pequeña plaza de pueblo con un monumento a la izquierda y una posada detrás"; el otro contesta: "ajá, en ese caso espero que haya también una pequeña iglesia a la derecha y estaremos en Peterburgo", el primero dice: "no, no hay un iglesia a la derecha, pero hay un cine", a lo que el otro responde: "ah, en ese caso estamos en el norte de Walden". El hecho es que debe haber colaboración entre paciente y terapeuta para formular la mejor hipótesis sobre la naturaleza y significado de los síntomas y pensamientos del paciente. (Este proceso es en realidad más útil que la asociación libre, la cual sólo es útil en ocasiones en terapia breve).

Como es natural, muchos pacientes no son capaces de tener "insight" o aprenderlo lo suficientemente rápido para utilizarlo en la terapia breve

intensiva. En este caso, pido al paciente que me diga de modo concreto qué es lo que hizo en una situación particular, y cómo se sintió en diferentes puntos. También le preguntaré sobre eventos reales que hayan ocurrido con anterioridad a la sesión terapéutica, respecto a su familia, trabajo y otras áreas de su vida. Esto me proporciona, y también al paciente, alguna idea de lo que está sucediendo dentro de él, y esto es más fácil que reportar a través de verdadero "insight" sobre sí mismo, lo cual requiere disposición psicológica.

A menudo haré preguntas muy específicas para obtener información de qué es lo que está sucediendo dentro del paciente: por ejemplo, qué pensó mientras salía de la última sesión, qué es lo que tenía en mente cuando se dirigía al lugar de la sesión. Como se mencionó, hago un particular hincapié sobre lo que puede estar sucediendo en algún lugar de la mente durante la ejecución de *procesos semiautomáticos*, como rasurarse, manejar, maquillarse, cocinar. Por lo general aprendo mucho de estos procesos de pensamiento. Además, es común que pregunte al paciente qué pensó justo antes de dormirse, después de despertar y cuando se levantó de la cama. *Siempre* pregunto acerca de los sueños. Si el paciente me dice que no puede recordar su sueño, lo ayudo preguntándole si cuando menos puede recordar una parte del mismo, algún sentimiento, palabra o imagen, con lo que el paciente muy a menudo lo reporta entero, y esto por lo general produce un material muy útil para trabajar terapéuticamente.

### 3. Explicar el proceso terapéutico al final de la sesión inicial en términos sencillos

Para hacer el proceso terapéutico entendible al paciente, a menudo lo explicaré en términos sencillos al final de la sesión inicial o en alguna otra oportunidad. Prefiero utilizar el concepto de distorsión aperceptiva.<sup>7</sup> En esencia, explico al paciente que su experiencia pasada se ha almacenado como un gran número de imágenes. Cuando él contempla una escena actual, por ejemplo su capataz en el trabajo, es probable que lo vea a través de un "collage" de apercepciones del pasado de figuras masculinas superiores como su padre, tíos, hermano mayor, maestro, como en un caleidoscopio. La neurosis u otras distorsiones patológicas son el resultado de una influencia excesiva de apercepciones del pasado sobre la cognición actual. La misión de la psicoterapia es identificar y entender la naturaleza de la distorsión de la cognición presente por experiencias del pasado y, de este modo, producir algo parecido a una corrección perceptual y cambio estructural.

### 4. Facilitar el aprendizaje

Sobre todo, debe recordarse que la psicoterapia es un proceso de aprendizaje, desaprendizaje y reaprendizaje y es labor del terapeuta facilitarlo haciéndolo tan concreto, vívido y vistoso como sea posible. Creo que al paciente puede comunicársele casi todo, con tal de que se encuentre el estilo apropiado para cada uno, aun la interpretación "más profunda" se puede hacer después de un tiempo relativamente corto, dado que se hizo en el estilo intelectual, conceptual y lingüístico apropiado.

Para la interpretación es muy útil usar ejemplos vívidos para explicar los conceptos. Por ejemplo, la ambivalencia se puede describir humorísticamente como ese sentimiento mezclado que alguien siente cuando ve a su suegra dentro de su nuevo Cadillac cayendo por un acantilado. Puedo ilustrar una conducta de autodaño con la historia del hombre que está parado riéndose frente a su casa que se está incendiando, su vecino se le acerca y le dice "Joe, ¿estás loco? tu casa se está quemando, ¿de qué te ríes?" "oh", dice Joe, "así es. Al fin se van a morir las chinches". Para ilustrar una conducta narcisista egodistónica puedo relatar la historia del pordiosero que va a ver a un hombre rico y le cuenta su desafortunada historia. Al parecer logra causar compasión porque las lágrimas ruedan por las mejillas del multimillonario. Toma una campana y llama a su mayordomo, el pordiosero piensa que lo va a ayudar. El mayordomo llega y el multimillonario le dice: "echa al pordiosero, me está rompiendo el corazón".

5. Técnicas proyectivas

En ocasiones, como mencioné, encuentro útil emplear técnicas proyectivas como vehículo de comunicación e interpretación. Por ejemplo, usando láminas del Test de Apercepción Temática o manchas del Rorschach se pueden obtener respuestas que indican agresión latente. Es posible que el terapeuta señale al paciente que en cada una de sus respuestas existe alguna forma de agresión, y por este medio hacer consciente al paciente de su propia agresión excesiva. En ocasiones puede ser útil señalarle que otras personas ven en la lámina cosas muy diferentes. De este modo las técnicas proyectivas pueden usarse para incrementar la disposición psicológica y hacer egodistónico lo que a menudo es egosintónico para él.

### 5. Técnicas proyectivas

6. La importancia de la educación: en tratamientos de urgencia de reacciones emocionales a enfermedades físicas, haga que el paciente describa el órgano enfermo

En especial en el tratamiento de urgencia de reacciones emocionales a enfermedades físicas, es útil pedir al paciente que describa el órgano enfermo. Esto permite al terapeuta observar una demostración concreta de la distorsión de la realidad del paciente. Este enfoque también proporciona una oportunidad para informarle sobre las realidades de su trastorno, lo cual siempre es más fácil de tolerar que las fantasías e ideas irracionales que ha imaginado.

### 6. La importancia de la educación: en tratamientos de urgencia de reacciones emocionales a enfermedades físicas, haga que el paciente describa el órgano enfermo

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

En especial en el tratamiento de urgencia de reacciones emocionales a enfermedades físicas, es útil pedir al paciente que describa el órgano enfermo. Esto permite al terapeuta observar una demostración concreta de la distorsión de la realidad del paciente. Este enfoque también proporciona una oportunidad para informarle sobre las realidades de su trastorno, lo cual siempre es más fácil de tolerar que las fantasías e ideas irracionales que ha imaginado.

### 7. Comunicación entre paciente y terapeuta

Ya he discutido algunas maneras de facilitar este proceso. Una vez que el paciente empieza a comunicarse, el terapeuta se hace una idea de los denominadores comunes entre la conducta presente, la historia pasada y la relación terapéutica. Cuando el terapeuta reconoce los denominadores comunes y cuando la toma del tiempo es correcta, según los criterios técnicos, el terapeuta debe informar al paciente sobre éstos.

### 8. Interpretación

Al proceso de indicar los denominadores comunes entre los patrones afectivos y conductuales del paciente en el pasado, presente y la situación transferencial, en general se le conoce como interpretación. Clínicamente ésta puede incluir varios pasos preparatorios y diferentes formas de expresión. Una afirmación preparatoria hecha por el terapeuta puede señalar una conducta diciendo: "esto es notable". Algunas veces confrontar al paciente con un acto conductual es una forma de interpretación, por ejemplo, "cada vez que se menciona a su hermana, Ud. ha dado una patada". Esta es una forma de interpretación que dice: "parece que Ud. está enojado con su hermana". La confrontación, sin embargo, puede tener mucho más impacto emocional. Algunos como Davenloo,<sup>22</sup> utilizan la confrontación principal o de manera exclusiva, para lo cual no veo razón: al contrario, ésta puede ser una intervención muy traumática para algunos pacientes.

Aunque la interpretación es el proceso clásico de intervención en la psicoterapia dinámica, no es el único, como se discutirá más adelante. Sin embargo, una vez más, hablando en un sentido estrictamente esquemático, si el paciente ve estos denominadores comunes, entonces el próximo paso es el "insight".

### 9. "Insight"

Si el paciente puede reconocer los denominadores comunes, está aplicando "insight". Esta es una experiencia "ah", muy semejante a la expresión de conocer súbitamente más que descubrir una respuesta de un crucigrama o una pieza de un rompecabezas. La respuesta debe tener fuertes componentes afectivos y no existir sólo como un proceso intelectual.

### 10. Trabajando en ello

Cuando el paciente puede aplicar su "insight" obtenido a situaciones cotidianas, se considera que ya está trabajando en su problema. Trabajando en ello, puede definirse como la aplicación de los "insights" aprendidos en una situación, a una variedad de situaciones distintas: un "insight" respecto a una situación en la infancia puede aplicarse a la conducta en la situación transferencial y también en una situación de trabajo actual. Este proceso puede suceder muchas veces. Lo que empieza como un sistema

consciente de aplicación de "insights" puede convertirse en automático y preconsciente hasta que la reestructuración ideal se ha dado. Este es básicamente, un método de aprendizaje por condicionamiento, es decir, si el paciente se encuentra una vez más en una situación que puede conducirlo a un "acting out" o sentimiento de pánico, aplicará sus "insights" adquiridos. Para detalles adicionales sobre el proceso de trabajando en ello consúltense mi artículo sobre asociación libre.<sup>4</sup>

## 7

## Métodos de intervención en la psicoterapia breve intensiva y de urgencia (P.B.I.U.)

---

1. Interpretación
2. Catarsis y catarsis mediata
3. Prueba auxiliar de la realidad
4. Aplicación de represión
5. Sensibilización a las señales
6. Educación
7. Intelectualización
8. Apoyo
9. Sesiones conjuntas y sistema de terapia familiar
10. Fármacos psicoactivos

### MÉTODOS DE INTERVENCIÓN

Estos métodos útiles en psicoanálisis o cualquier otra forma de psicoterapia son aplicables, en especial, al proceso intensivo de la terapia breve.

#### 1. Interpretación

La interpretación es el método clásico de intervención en la psicoterapia dinámica, pero no significa que sea el único (véase el Proceso terapéutico).

#### 2. Catarsis y catarsis mediata

La catarsis puede ser una intervención importante, sin embargo, su papel se ha exagerado en las terapias raras como principal recurso. Un error frecuente es creer que la catarsis por sí sola tendrá un efecto terapéutico, cuando con frecuencia es insuficiente.

La catarsis mediata es un término que me gusta utilizar cuando expreso proposiciones emocionalmente cargadas para el paciente. Por ejemplo, en un paciente depresivo con un superyo severo y una buena dosis de agresión, puedo decir: "en realidad si el capataz me hubiera hecho eso a mí, lo hubiera pateado". En este ejemplo estoy expresando sentimientos que podrían ser muy fuertes para su superyo sensitivo pero, al momento que los digo, asumo la responsabilidad del superyo por ellos. También trato de transmitir al paciente que si una autoridad como yo, el terapeuta, puede permitirse tal sentimiento agresivo, éste quizá no sea inaceptable. La identificación e introyección de la imagen del terapeuta como la parte más benigna del superyo juega un papel importante en este aspecto del proceso terapéutico.

Otra forma de catarsis mediata o indirecta se podría considerar el decir: "Claro, una persona consciente como Ud. no se permitiría pensar esto, pero alguien más podría sentir ganas de matar a ese miserable". Con esta afirmación el terapeuta proporciona un mensaje doble: primero, la afirmación de que él jamás perdería el control, es una persona de conciencia estricta, y segundo la idea de que en éste ejemplo tal sentimiento agresivo no es inapropiado.

#### 3. Prueba auxiliar de la realidad

Es necesaria para informar qué tan perturbado se encuentra un paciente y qué tan necesario es que el terapeuta asuma el papel de examinador auxiliar de la realidad, clarificando sus distorsiones de ésta y funcionando como un yo auxiliar para él.



#### 4. Aplicación de represión

Puede utilizarse con un paciente quien en el caso de una mujer siente que debe ceder a la presión de grupo —por ejemplo, respecto a la promiscuidad— pero que ha reaccionado o puede reaccionar predictivamente a tal conducta con pánico. Por ejemplo, en el caso de una adolescente que siente que tiene que involucrarse con cierta cantidad de promiscuidad para tener posición social en su preparatoria, yo sólo le diría que no debe hacerlo. Después le ayudo a aceptar la idea de que uno no tiene que ser promiscuo para ser aceptado en su propio grupo. Con esta clase de orientación pretendo descargar su mente, o al menos que haga una pausa en la cual se pueda reconstituir. Con la desatención selectiva se pueden decrementar algunas formas de conducta e incrementar otras, produciendo represión selectiva en el paciente. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que la represión juega un papel normal en el funcionamiento cotidiano y que una represión insuficiente, por supuesto, es tan problemática como una excesiva.

#### 5. Sensibilización a las señales

Se refiere a hacer al paciente consciente de que cierta conducta de su parte, como el "acting out" o pánico, ocurre cuando hay una constelación dinámica específica. Lo cual puede ser simplemente señalar a una paciente que tiene un disgusto con su esposo en los 2 ó 3 días precedentes a su período menstrual.

#### 6. Educación

La educación de la paciente referida, es posible que esté familiarizada con la retención de sodio e irritabilidad, lo que la alertará a reducir su consumo de sal. El terapeuta puede prescribir un sedante ligero para los 2 ó 3 días premenstruales para ayudarla a evitar conflictos conyugales.

#### 7. Intelectualización

Se ha mencionado que la intelectualización juega un papel más importante en la terapia intensiva breve que en las tradicionales a largo plazo. Puede usarse en algunos casos para incrementar la alianza terapéutica. En otros —por ejemplo, un paciente muy aterrorizado— ayuda a asegurarle que el terapeuta está entendiendo, al menos intelectualmente, su síntoma: algún control sobre lo que de otra manera parece al paciente por completo disruptivo y egodistónico vendrá con tal entendimiento.

#### 8. Apoyo

El apoyo, en términos de que el terapeuta acepte los sentimientos expresados por el paciente —ya sea agresión, sexualidad o avidez— facilita al

paciente soportar la ansiedad. Hacer afirmaciones seguras es importante en algunas ocasiones en la terapia, pero no puede ser la única medida tomada si se espera proporcionar algo más que ayuda para un propósito determinado.

#### 9. Sesiones conjuntas y sistema de terapia familiar

Las sesiones conjuntas y la terapia familiar<sup>1, 41</sup> son técnicas especiales que no pueden discutirse en detalle aquí, excepto que se pueden usar en la terapia intensiva breve de una manera muy específica. El terapeuta debe conceptualizar con claridad lo que quiere abarcar en las sesiones conjuntas y después arreglarse para que esa sesión alcance los objetivos circunscritos. El papel del terapeuta es el de un catalizador.

#### 10. Fármacos psicoactivos

Para mí, los fármacos psicoactivos como una forma de intervención, son una ayuda para el terapeuta en la misma forma que la anestesia lo es para el cirujano: proporcionan un campo terapéutico en el cual trabajar. En terapia, son a menudo, parte de las condiciones que hacen posible el control de la ansiedad, trastornos en el proceso del pensamiento o depresión, lo suficiente para que el paciente pueda permanecer en la comunidad y continuar con la psicoterapia, lo que de otra manera sería en extremo difícil o imposible. Con frecuencia, el abordaje de la ansiedad permite al paciente enfrentar ciertos "insights". En estos casos los ansiolíticos son útiles para decrementar el abordaje de la ansiedad cuando menos lo suficiente para que el paciente esté deseoso por tratar sus problemas en la terapia. En pacientes con trastornos del pensamiento, las fenotiacinas pueden facilitar una mayor interacción en la consulta o ayudar al control de impulsos, los cuales suelen confirmar, de otra manera, ser también disruptivos. La proposición principal sobre la utilidad de los fármacos en combinación con la psicoterapia, es que se use la medicación suficiente para facilitar la terapia pero no tanto que interfiera con la motivación para un trabajo terapéutico adicional o entorpezca el proceso cognoscitivo hasta el punto de que sea imposible para el paciente participar en este último.

## II. Diez Trastornos Psiquiátricos más Frecuentes como Paradigma

# 8

### La psicoterapia breve intensiva y de urgencia (P.B.I.U.) de la depresión

---

#### DEPRESION

#### CONSIDERACIONES TEORICAS

La depresión se lista como el principal mal en más de la mitad de los pacientes que acuden a la clínica de consulta externa. Esto la hace numéricamente significativa e importante desde un punto de vista humano. También el término depresión es sinónimo de desgracia: existe con frecuencia la posibilidad de un suicidio, en cuyo caso los resultados del tratamiento son una cuestión de vida o muerte. Una intervención rápida —psicoterapia de urgencia— juega un papel crucial en el cuidado y tratamiento del deprimido.

La depresión es un término muy amplio que abarca diferentes etiologías y gravedades del trastorno —es un continuo que parte de una depresión reactiva leve hasta endógenas graves. Las depresiones pueden tener una patogénesis bioquímica, neurofisiológica, y climatológica y psicogénica interdependiente. Este capítulo sólo trata de las no psicóticas. No obs-

tante, me gustaría decir que a lo largo de 30 años tratando deprimidos, he encontrado que los mismos factores psicodinámicos son válidos para la mayoría si no es que todas las depresiones, incluyendo las endógenas. Las intervenciones psicoterapéuticas sistemáticas pueden concebirse en general para la mayoría de éstas. En muchas circunstancias la psicoterapia de urgencia es más rápidamente eficaz que los antidepresivos aunque puede ser combinada con un tratamiento a base de fármacos y, de hecho, con alguna otra modalidad. También debe aclararse que la psicoterapia de urgencia de las depresiones puede involucrar sólo una relación diádica, consistir de terapia conjunta, familiar o ambas.

#### DIEZ FACTORES ESPECIFICOS EN LA PSICOTERAPIA DE LA DEPRESION

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

En la Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia de la depresión las 10 variables mencionadas son las principales que se tratarán. La terapia breve de la depresión se distingue de la terapia a largo plazo o psicoanálisis de la depresión por el énfasis que se da a las 9 primeras variables en lugar de las estructurales, que son las principales en la terapia a largo plazo de Jacobson:<sup>31</sup> en especial para reestructurar las apercpciones del paciente respecto a las autorrepresentaciones y representaciones objetales utilizando la relación transferencial como introspección interpolada.<sup>10</sup> Algunos de estos factores estructurales *pueden* modificarse en la terapia breve pero sería muy ambicioso esperar algún cambio profundo. Estas variables intervienen en todas las depresiones y cuando se tratan en forma apropiada, conducen a respuestas terapéuticas rápidas en la gran mayoría de los pacientes que he tratado desde que describí los rudimentos de esta técnica en 1952.<sup>3</sup>

Aunque estos factores son los principales en *todas* las depresiones, juegan un papel de importancia *variable* en *cada* una. Por ejemplo, algunas veces los problemas de agravio a la autoestima pueden intervenir en forma importante para precipitar la depresión actual. En otros casos un sentimiento de decepción o desilusión puede haber provocado agresión, que en presencia de un superyo severo, conduce a una intra-agresión y no sólo a depresión sino a un peligro potencial de suicidio.

En la psicoterapia breve de la depresión es importante tomar en cuenta la presencia y orden de rango de estos factores en el paciente individual y ver los denominadores comunes entre la situación precipitante y la circunstancia histórica. Después de escuchar con cuidado una historia, formulo un plan general de tratamiento en términos de las dinámicas generales y estructura del trastorno y hago un plan individual para las áreas y métodos de intervención adecuados para un paciente en particular. Como se mencionó (ver cap. 3) me puedo dirigir a un paciente con pérdida de autoestima y después, volverme hacia su agresión, intra-agresión y superyo severo. Con otro, primero a su superyo severo e intra-agresión y sólo después a la oralidad, sentimientos de decepción y otros factores. Los métodos de intervención pueden ser cualquiera de los discutidos (ver cap. 7).

En mi experiencia, trabajando arduamente de principio a fin con los factores importantes y utilizando los métodos de intervención apropiados, la depresión se conduce muy bien la mayor parte del tiempo por la psicoterapia breve intensiva.

En la forma posterior son los parámetros de tratamiento los que se espera que el psicoterapeuta tenga presente. Esto es, no pedir más de la intervención psicoterapéutica que lo que se esperaría de cualquier intervención médica o quirúrgica. Cabe esperar que un cirujano al que se plantea la posibilidad de operar la vesícula biliar conozca bien los aspectos generales relacionados con la anatomía, fisiología y patología de este órgano y sus estructuras vecinas, y tenga la noción de la secuencia de sus intervenciones, sólo modificará la operación según lo exijan las circunstancias individuales.

### 1. Problemas de la autoestima

Los problemas de la autoestima deben tratarse:

- a) Explorando los antecedentes del paciente respecto a su autoestima o falta de ella (introyecciones, traumas, defectos, nivel de aspiraciones).
- b) Explorando agravios recientes a la autoestima.
- c) Relacionando los denominadores comunes entre los antecedentes y los eventos precipitantes recientes para propósitos de interpretación, "insight" y trabajando en ello; discutiendo los problemas estructurales de la autoestima.
- d) Teniendo cuidado para tratar al paciente con dignidad.
- e) Señalando áreas en la vida del paciente acordes con una alta autoestima y las razones de ello.
- f) Abordando la agresión en contra del yo, experimentada por una parte de éste contra la otra, y examinando las partes que constituyen las introyecciones y el superyo, interpretándolas, contrastando el origen histórico con la realidad contemporánea, y modificándolas con la actitud del terapeuta.
- g) Examinando en detalle la naturaleza de los ideales del yo, el nivel de aspiración y la intensidad de las defensas, en un intento por reducir la diferencia entre las expectativas irreales y la realidad. Las subdivisiones de la autoestima publicadas por Bibring<sup>20</sup> son útiles para tenerlas en mente como una guía para intervenciones terapéuticas específicas.
- h) Haciendo cualquier interpretación de transferencia que parezca en especial adecuada para este problema.

### 2. Un superyo severo

Un superyo severo deberá ser tratado:

- a) Entendiendo qué componentes hacen necesario desviar la agresión en contra del yo. El tratamiento debe incluir una exploración de la formación del superyo, sus componentes, manifestaciones y situación actual, encontrando denominadores comunes entre el pasado y presente, a través de la interpretación, "insight" y trabajando en ello.
- b) Utilizando catarsis mediata, como la he descrito (ver cap. 7).
- c) Induciendo catarsis alentando al paciente a expresar sus sentimientos y señalando la negación de los mismos.
- d) Examinando cualquier tipo de proyecciones dentro de la situación transferencial.

### 3. Intraagresión

El tratamiento de intraagresión, como una variable principal, debe manejarse:

- a) Estudiando los antecedentes y eventos actuales para entender quién pudo haber sido el principal objeto de agresión, históricamente, y quién en la actualidad. Tienen que relacionarse los objetos internalizados con quien es y fue dirigida la agresión por desilusiones previas, decepciones, etc., a objetos actuales.
- b) Haciendo consciente al paciente del hecho de que los objetos contemporáneos que causaron su trauma actual, como el objeto de amor o la figura paterna, han sido distorsionados en forma aperceptiva por sus experiencias pasadas.
- c) Haciendo al paciente consciente de que la agresión también puede estar dirigida contra las autorrepresentaciones, esto es, una parte del yo dirige la crítica hacia otra parte del mismo.

Jacobson<sup>31</sup> sugirió que es parte del superyo, formado por internalizaciones de figuras paternas, etc., lo que causa culpabilidad y depresión. Y sintió que el que una parte del yo siendo crítica de otra parte era el mecanismo básico en la despersonalización.

- d) Tratando con el hecho de que la regulación de la autoestima juega un gran papel en la depresión. Es claro que las diferencias entre el ideal del yo —ser grande, fuerte, limpio— y el sentido del yo respecto a estos objetivos también juega un papel importante en la intra-agresión.
4. Un sentimiento de pérdida (de amor, de un objeto de amor, de parte de uno mismo, de posesiones, de autoestima)

Un sentimiento de pérdida debe tratarse:

- a) Examinando los antecedentes, en particular respecto a pérdidas tempranas, provocando eventos relacionados a una pérdida y ayudando al paciente a obtener “insight” trabajando lo actual en relación a traumas pasados.
- b) Examinando la naturaleza general de las relaciones objetales, las demandas excesivas pasivo-dependientes que facilitan un sentimiento de desilusión.
- c) Prestando atención a la necesidad de amor, específicamente en la situación transferencial.

#### 5. Sentimientos de desilusión

La depresión relacionada principalmente a las desilusiones debe ser tratada:

- a) Siguiendo el concepto de Jacobson de desilusión, los antecedentes deberán estudiarse en especial respecto a eventos previos relacionados al sentimiento de desilusión por objetos de amor. Tal desilusión puede producirse de modo inocente debido a la pérdida por muerte, de una figura amada, el arribo de un pariente o en forma más crónica por la falta de interés materno. Las madres depresivas

proporcionan desilusión con facilidad a sus hijos por su inasequibilidad.

- b) Examinando el evento precipitante que produjo la depresión por evidencias de desilusión y estableciendo denominadores comunes entre las experiencias tempranas de decepción y los sentimientos contemporáneos de la misma naturaleza, para el propósito de interpretación, “insight” y trabajando en ello. La relación transferencial debe observarse especialmente desde este punto de vista.
- c) Abordando el enojo en contra del objeto de amor desilusionante.

#### 6. Sentimientos de decepción

Un sentimiento de decepción debe tratarse:

- a) Examinando los antecedentes para buscar episodios tempranos de decepción. La decepción solía ser una parte del desarrollo de los niños “porque estaban muy pequeños para saber o entender la diferencia”. Un joven gravemente depresivo había sido dejado en Europa a la edad de 5 años por sus padres con la promesa de que pronto se reunirían todos, en realidad pasaron dos años antes de que los padres reunieran al niño con ellos. La precipitante inmediata de la depresión que provocó que el paciente viniera a tratamiento fue el hecho de que algunos “amigos” de él aprovecharan la ocasión de visitarlo para después robarlo.
- b) Trabajando con los rasgos paranoides. Las personas con sentimiento de haber sido engañadas, con frecuencia se presentan con rasgos paranoides y tienen más dificultad para establecer relaciones duraderas que otros pacientes depresivos. Por tanto, la relación transferencial puede ser también frágil.

#### 7. Oralidad y hambre de estímulos

El tratamiento de oralidad y hambre de estímulos como una variable principal de la depresión debe ser tratada:

- a) Examinando los antecedentes del paciente para buscar evidencias de la necesidad de suministros orales y otros estímulos, y la reacción depresiva cuando no son accesibles. Esto puede señalarse al paciente. Además los denominadores comunes se encontrarán en la relación transferencial.
- b) Adoptando un concepto amplio de las necesidades orales. Por esta razón prefiero utilizar el término “hambre de estímulos”. Esto permite incluir el tratamiento no sólo de las necesidades orales clásicas sino también de las necesidades generales de amor, y de estímulo, sonido, luz y contacto humano las cuales se manifiestan en situaciones hipomaniacas y depresiones latentes. La depresión es un fenómeno orgánico de muchos subtipos, fenomenológica y

etiológicamente. Es probable que cierto substrato bioquímico, posiblemente transmitido genéticamente, esté en interacción bilateral con los factores de experiencia. Tanto los factores bioquímicos como los de experiencia parecen relacionarse con los problemas en la regulación de los estímulos de entrada y salida de un amplio espectro. La hipoactividad, neurológica y subjetivamente, puede guiar al hambre de estímulos y en forma paradójica produce la hiperactividad y la necesidad excesiva de estímulos del hipomaniaco y del maniaco. Los estados cíclicos constituyen formas diferentes de modelamiento con un déficit fisiológico y psicológico.

- c) Abordando en este contexto con la tríada oral de Bertram Lewin<sup>36</sup> la necesidad de devorar, el de ser devorado y el de dormir.

## 8. Narcisismo

Los pacientes depresivos por lo general padecen más narcisismo secundario que otros pacientes neuróticos. Sus relaciones son usualmente de naturaleza anaclítica. Sus necesidades narcisistas están relacionadas con la oralidad y el hambre de estímulos. Se puede hablar de hecho de sus necesidades de *nutrientes narcisistas*. Sin embargo, su narcisismo también se encuentra de modo concreto relacionado a sus formas patológicas de regulación de autoestima.

Como una variable principal en la depresión, el narcisismo deberá tratarse:

- a) Examinando los intentos del paciente por regular la entrada de estímulos de todas clases. En este ejemplo, una persona depresiva puede compararse con un animal poiquilotermo a diferencia del no depresivo que puede compararse con el homotermo. Las personas que logran un objeto de amor internalizado pueden ser independientes por completo de los suministros externos, y no deprimirse en forma significativa aun después de experiencias depresivas. Como la temperatura del cuerpo de los homotermos, la temperatura de su autoestima se encuentra bien equilibrada. Quienes no fueron tan afortunadas, se parecen más a los poiquilotermos (llamados popularmente animales de sangre fría ya que si se exponen a temperatura externa baja, su temperatura corporal desciende). De manera similar, si los depresivos tienen experiencias emocionales frías, su autoestima se decrementa en forma catastrófica, y su necesidad de nutrientes narcisistas externos se incrementa.

La personalidad depresiva se deprime con facilidad cuando no hay suficiente suministro de estímulos como autoestima, sentimiento de ser especialmente amado y otros. En su intento por regular esta hambre de estímulos, el paciente depresivo tiene que atravesar a menudo una línea difícil entre la sobreestimulación y

subestimulación, entre ser sobrereactivo y tenso o ser hipoactivo y depresivo.

- b) Prestando especial atención a la educación y planeación de la vida del paciente. Tal persona debe aprender a reconocer los signos de desilusión y (decepción) sentimientos de vacío y guardarse del abandono después de experiencias muy gratificantes. Sería un error muy grande para él ingresar a una carrera dentro del espectáculo, donde la vida depende de los cambios en los nutrientes narcisistas.
- c) Prestando atención a la necesidad excesiva de ser amado y de tener otras gratificaciones narcisistas, debido a la falta de salud en la forma de buenas introyecciones. Es el sentimiento resultante de vacío, el cual a menudo se percibe como proveniente del exterior y se encuentra relacionado con la necesidad de suministro, sentimientos de baja autoestima, relaciones objetales pobres y el tomar al yo como un objeto de amor propio. Esto lo discute con amplitud Jacobson.<sup>31</sup>
- d) Tomando en cuenta que el hambre de estímulos así como el no riesgo respecto al narcisismo están relacionados a perturbaciones bioquímicas.

## 9. Negación

El tratamiento de la negación como el mayor mecanismo de defensa en la depresión debe aplicarse:

- a) Examinando los antecedentes, buscando ocurrencias previas de negación y si fueron seguidas por depresiones o júbilo subsecuentes.
- b) Estableciendo continuidad donde no la hay se puede señalar el afecto negado. Esto por sí mismo hará retroceder una depresión con rapidez. La negación como el mecanismo de defensa más sobresaliente en los trastornos afectivos (en especial el estado hipomaniaco) fue discutido más ampliamente por Bertram Lewin,<sup>36</sup> quien describió como centrífugos los procesos del pensamiento involucrados. Este proceso puede observarse en forma interesante en pacientes en verdad maníacos, en especial si se trata de hacerlos enfrentar su afecto negado. En pacientes depresivos, el evento traumático, ya sea desilusión, decepción o cólera es negado con frecuencia. Sospecho que esto sucede en el caso de muchas depresiones consideradas por psiquiatras no dinámicos, sólo porque el evento precipitante fue negado por el paciente y no muy evidente en la historia del mismo. Este es diferente en depresiones claramente reactivas, donde sólo se niega la relación con el objeto internalizado.
- c) Utilizando catarsis mediata y directa. Limitándola como el uso de la ventilación,<sup>9</sup> es muy útil, después de interpretación catártica del

afecto y eventos negados. Es importante ayudar al paciente a expresar su ira hacia la persona causante de su depresión.

### 10. Relaciones objetales

Las perturbaciones en las relaciones objetales como una variable principal en la depresión deben tratarse:

- a) Examinando los antecedentes para observar la naturaleza de las relaciones. En los depresivos, éstas son con frecuencia de naturaleza anaclítica con un aditamento oral que juega un papel predominante. El narcisismo y la necesidad de suministros narcisistas ya han sido discutidos. En los antecedentes de los depresivos juega un papel muy importante la privación oral y en especial una mezcla de sobreindulgencia y privación.

Los padres críticos son con frecuencia la causa de un nivel excesivo de aspiraciones con la correspondiente baja de autoestima. La necesidad de complacer a los demás, con las condiciones de fracaso, juega también un papel importante. En los gravemente depresivos prevalecen las relaciones simbióticas con las dificultades concomitantes a los límites del yo.

- b) Refiriéndose de modo constante a la relación transferencial en la psicoterapia breve intensiva. Desde el inicio se tiene que advertir al paciente que puede ser desilusionado con facilidad y querer suspender el tratamiento. Desde la primera sesión en adelante, se tiene que ayudar al paciente a anticipar y trabajar con la separación, desilusión e ira que puedan sobrevenir y amenazar el resultado terapéutico.
- c) Terminando la psicoterapia breve y de urgencia en una nota transferencial positiva. Es poco probable que pueda afectarse el problema estructural perteneciente a las relaciones objetales de manera permanente. Pero se puede y debe tratar con los problemas dinámicos para un efecto terapéutico rápido.
- d) Teniendo en mente la unidad diádica y las consideraciones teóricas de sistemas. Muy a menudo me ha llamado la atención el hecho de que la persona depresiva cambie de humor, de un humor normal a la depresión como parte de una *interacción con otra persona significativa*. Por ejemplo, una mujer padecía con frecuencia depresión debido a que su esposo le exigía demasiado, la reñía y humillaba. Sus primeras respuestas a lo largo de varias semanas, fueron siempre de sumisión y en esencia estaba adoptando la posición de una geisha. Después de algún tiempo se deprimió y fue incapaz de realizar ningún quehacer doméstico u otras tareas que su marido le señalara. A ese punto, su esposo se volvió muy solícito. Después de que la ayudé con su depresión, se volvió alegre y de alguna manera

asertiva siendo capaz de realizar sus compras y llevar una actividad social abundante. A causa de esto, el esposo se convirtió en alguien severamente crítico de ella, y por consiguiente volvería entrar al ciclo de geisha y después deprimirse.

En este tipo de depresiones es importante incluir en el tratamiento el significante que a menudo puede tomar la situación terapéutica y llevarla fuera del rango de la terapia breve. En otro ejemplo de depresión, el paciente identificado es parte de un sistema más complicado, a veces familiar o relacionado al trabajo, con interacciones similares.

## 9

## La psicoterapia breve intensiva y de urgencia (P.B.I.U.) del "acting out"

---

### "ACTING OUT"

#### CONSIDERACIONES CONCEPTUALES

El término "acting out" se utiliza ampliamente, en ocasiones en forma vaga, pero el fenómeno es de gran importancia clínica.

Buscando una definición de "acting out", hemos encontrado que English y English<sup>23</sup> definen el "acting out" como *manifestar la conducta intencional apropiada a una situación pasada, a una nueva que simbólicamente la representa*. Hinsel y Campbell<sup>30</sup> la definieron como una descarga parcial de tensión instintiva que se lleva a cabo respondiendo a la situación presente como si fuera la que originalmente causó el deseo instintivo. De cualquier manera, ambas definiciones son útiles. La más simple es la que se reserva para pacientes en el análisis clásico referente a conducta relacionada a la neurosis de transferencia: el paciente hace una afirmación en la forma de una acción inapropiada en lugar de una verbalización apropiada. El uso más vago de este término lo equipara con acción, lo cual lo hace inútil.\*

---

\* Para una discusión detallada sobre este tema, ver: *the Concept of Acting Out: Theoretical Considerations*.<sup>6</sup>

El rango de fenómenos incluidos en el concepto de "acting out" caracteriza actos breves de naturaleza meramente por episodios, por ejemplo, se dice que una persona obesa realiza un "acting out" si su sentido de frustración y necesidad de gratificación los desahoga sobrealimentándose. Por supuesto, las dinámicas pueden ser bastante más complejas, pero la implicación esencial es que tal persona que se siente frustrada, desilusionada o no amada, traduce estos sentimientos por lo general inconscientes al acto de alimentarse a sí mismo. El acto de comer representa simbólicamente la verbalización del pensamiento: "nadie me ama, nadie me alimenta, por tanto, yo tengo que alimentarme a mí mismo", o "me siento vacío, siento el deseo de sentirme lleno y sólido". El tomar puede tener el mismo significado no verbalizado. Se puede decir en tales ejemplos que, el término "acting out" se utiliza cuando cierta conducta parece hacer una afirmación inconsciente. Es esta cualidad de hacer una afirmación inconsciente lo que hace la diferencia del "acting out" y otras conductas neuróticas con actividad obsesiva o fóbica, así como el hecho de que el "acting out" es por lo general egosintónico, cuando menos en el momento de la acción. (El sobrealimentarse, como una simple forma de "acting out", es con frecuencia egodistónico y puede percibirse como compulsiva por algunas personas).

Otro uso conceptual del término, se encuentra frecuentemente en discusiones de conducta psicótica. Un asalto puede considerarse como un "acting out" de distorsiones alucinatorias y delirantes. La conducta es consistente y causada por las distorsiones, y tiene muy poco o nada que ver con la realidad. Cuando nos preguntamos, al tratar con psicóticos: "¿es posible para este paciente realizar un 'acting out'?", queremos saber cuáles son las oportunidades de que él realice un "acting out" sobre sus impulsos y percepciones irreales. La pregunta tiene gran importancia social y terapéutica, y es urgente que entendamos y establezcamos un criterio para saber por qué ciertos individuos son capaces de mantener sentimientos paranoides indefinidamente y nociones viciadas sin jamás hacer daño, y otros son presionados por impulsos similares a realizar actos destructivos. Afortunadamente, sólo un pequeño porcentaje de psicóticos traduce sus percepciones distorsionadas a la acción.

Otra forma simple de "acting out" es también característica de las personalidades histéricas. Lo que impresiona extraordinariamente de estos individuos es la tremenda facilidad de cambiar de humor, del amor al odio, de la depresión a la elación con acciones muy diferentes, que aparecen en intervalos de tiempo cortos.

Para propósitos clínicos, la concepción más útil del "acting out" es la de que el paciente expresa un sentimiento o pensamiento en acción en lugar de verbalización, cuando lo segundo sería la norma cultural. Esta definición permite determinar, en cada caso, por qué se llevó a cabo tal impulso —ya sea por razones genéticas, transferenciales, neurológicas, u otras. Si

yo pudiera elegir la causa más frecuente para el "acting out", que provoca que la gente venga a psicoterapia de urgencia, sería una autoestima reactiva a agudamente baja, como la pérdida de amor o trabajo, lo cual amenaza a conducir a violencia contra el yo u otros.

Las siguientes intervenciones toman principalmente en cuenta esta situación.\*

#### DIEZ FACTORES ESPECIFICOS EN EL MANEJO TERAPEUTICO DEL "ACTING OUT"

1. Trato para un aplazamiento
2. Haga el acto egodistónico
3. Haga una interpretación "catártica" del impulso oculto
4. Incremente la señal de alerta y sensibilice al paciente a las indicaciones
5. Pronostique cuándo el paciente realizará un acting out
6. Refuerce el superyo
7. Retire al paciente de un escenario provocador
8. Consiga ayuda de los demás
9. Fármacos
10. Hospitalización breve

\* Para el "acting out" que se refiere específicamente a la conducta en la situación terapéutica, véase: *Crisis and Special Problems in Psychoanalysis and Psychotherapy*.<sup>12</sup>

#### 1. Trato para un aplazamiento

Un factor crítico en el manejo terapéutico del "acting out" es el llegar a un trato para un aplazamiento. Las personas que realizan "acting out" buscan un impulso inmediato de descarga. La mayor parte de su placer radica en la cercanía del "acting out" y, por tanto, una demora mitigará la tentación. Por lo general, trato este problema como consultante en una clínica de prevención para suicidios. Si alguien llama por la línea de urgencia y dice: "estoy sentado a la orilla de una ventana y a punto de arrojarme", lo que yo sugiero a la trabajadora social es que diga: "mire, no hay nada que yo pueda hacer si Ud. quiere saltar, nadie puede impedirlo; por otro lado nadie puede ayudarlo o evitar que lo haga mañana, así que le sugiero que lo posponga un poco y venga para que lo discutamos, si después de ello todavía desea hacerlo, será su decisión". Con esto se consigue no sólo demorar el hecho crucial, sino también la oportunidad de intervenir. Aunque algunas veces la demora por sí sola es suficiente para alejar el peligro principal. Parte de la gratificación del "acting out" es el sentimiento de omnipotencia del paciente, si se puede interferir con esto, arreglando una demora, se habrá logrado una meta importante.

#### 2. Haga el acto egodistónico

El terapeuta también debe tratar de hacer el acto egodistónico. Si éste entiende los componentes históricos detrás del "acting out", puede especificar los comunes denominadores al paciente entre el "acting out" actual y la historia previa de su vida. Por esto, yo le comento que está siendo programado como una computadora, por su pasado y que en lugar de un "acting out" por voluntad propia, está motivado por factores inconscientes. Con esta técnica, trato de hacer egodistónico lo que parece ser egosintónico, lo cual estropea gran parte de la diversión del paciente, incluyendo el sentimiento de omnipotencia.

#### 3. Haga una interpretación "catártica" del impulso oculto

Otra intervención importante es hacer una interpretación catártica del impulso oculto. La interpretación catártica señalada,<sup>19</sup> interpreta el material inconsciente mucho antes de que se haga disponible preconsciousmente al paciente, con la esperanza de atravesar varias capas y disminuir el empuje del material inconsciente. En ese caso puede interpretarse el significado de cierta clase de "acting out" traduciéndolo libremente, por ejemplo: "Ud. desea hacer eso porque lo hace sentirse grande, y se sintió pequeño cuando X situación sucedió".

#### 4. Incremente la señal de alerta y sensibilice al paciente a las indicaciones

Es importante sensibilizar al paciente a indicaciones que probablemente lo pongan en evidencia. Es útil por ejemplo tratar de pronosticar cuán-



do la gente que por lo general realiza "acting out", lo hará de nuevo, de manera que pueda ser disuadida. Las circunstancias en las que el paciente realizará el "acting out" deberán determinarse (el escenario y la constelación dinámica). Un ejemplo puede ser el que se refiere a riñas habituales y violencia causadas por tensión premenstrual, debido que muchas mujeres reaccionan con irritabilidad con la retención de agua, sólo cuando hay ovulación en un ovario; no se dan cuenta de la regularidad con que la tensión premenstrual conduce a la agresión y riñas domésticas. Yo les señalo que esto ocurre en algunos meses, premenstrualmente, e intento explicarles el mecanismo de la retención de agua y la irritabilidad, del metabolismo del sodio y el potasio y algunos otros cambios corporales. A menudo les sugiero que cuando noten un cambio, por mínimo que sea, se cuiden de tener arrebatos violentos, tomando un fármaco que disminuya la tensión 2 ó 3 días antes de la menstruación.

#### 5. Pronostique cuándo el paciente realizará un "acting out"

Una forma de las más efectivas de tratar el "acting out" es pronosticar sistemáticamente, bajo qué circunstancias es probable que el paciente lo realice. Obteniendo los detalles específicos que rodean el "acting out", el terapeuta puede encontrar indicios de qué es lo que provoca el proceso de éste, y predecir con claridad que el paciente se comportará de igual manera cuando se encuentre en la misma situación. El terapeuta prepara esto *esperando que su pronóstico sea equivocado*. Esto incrementa la señal de alerta a las indicaciones de que probablemente se presente el "acting out", y esto junto con el hecho de hacer la conducta egodistónica evitará la necesidad de realizarlo.

#### 6. Refuerce el superyo

Bajo ciertas circunstancias puede ser importante reforzar el superyo. Quizá tengan que explicarse las consecuencias destructivas de ciertas clases de "acting out" y apelar a la conciencia del paciente. Con una paciente suicida se puede decir que el quitarse la vida dañará no sólo a sus pequeños hijos sino también será devastador para su esposo y padres.

#### 7. Retire al paciente de un escenario provocador

Si alguien se encuentra en un situación que pueda provocar un "acting out", como una situación familiar patógena, o una laboral que fomenta reacciones paranoides, es esencial que se retire de la misma.

Un ejemplo clínico es el del paciente adolescente que duerme con su madre, esto provocará el "acting out" de su parte, ya sea con conductas homosexuales, heterosexuales o violentas. Será imposible solucionar su problema mientras continúe durmiendo con su madre. En muchos casos, el paciente vive en una situación que provee crónicamente la sobreestimu-

lación. El "acting out" en estas circunstancias es un intento de "desfogarse". El terapeuta actúa como un examinador auxiliar de la realidad del paciente, señalando qué es lo que provoca el "acting out" y asumiendo un papel muy positivo en el cambio del escenario.

#### 8. Consiga ayuda de los demás

Puede ser esencial conseguir ayuda de otras personas importantes en la vida del paciente para prevenir el "acting out", aun en situaciones relativamente simples. En alguna ocasión traté a un estudiante universitario con una neurosis de éxito notoria, quien no iba a poder graduarse debido a que se sentía temeroso de presentar sus exámenes. Ni la interpretación ni el tratamiento con fármacos le permitieron hacer frente a esta ansiedad, que era una forma de "acting out" de su neurosis de éxito. Por lo cual conseguí la ayuda de su novia y le pedí que lo acompañara hasta la sala de exámenes. Ella lo hizo, pero en breve descubrimos que tan pronto como ella salía de ahí, él también lo hacía, en ocasiones por otra puerta. Por último, tuve que pedirle que se sentara junto a él en tanto que presentaba sus exámenes. Con esto, logró graduarse y sus problemas particulares fueron tratados subsecuentemente.

#### 9. Fármacos

En ocasiones puede ser útil el uso de fármacos en el tratamiento. Los ansiolíticos son esenciales para disminuir el abordaje de la ansiedad, las fenotiacinas útiles para tratar los trastornos psicóticos del pensamiento, el metilfenidato, tricíclicos y otros fármacos tienen a menudo un control sobre personas con trastornos depresivos atípicos. Si una paciente se encuentra bajo tensión premenstrual, o un dolor de cabeza de migraña con síntomas visuales, náuseas y mareos entre otros, se indica el uso de un fármaco como la difenilhidantoina que puede ayudar a evitar un "acting out" explosivo.

#### 10. Hospitalización breve

Si nada de lo anterior parece ser efectivo, el paciente deberá ser hospitalizado temporalmente para hacer que salve la fase más crítica de su trastorno.

# 10

## La psicoterapia breve intensiva y de urgencia (P.B.I.U.) del suicidio

### SUICIDIO

#### CONSIDERACIONES TEORICAS

Para entender y tratar la amenaza de suicidio en la terapia breve intensiva, deben tenerse presentes los puntos discutidos en el tratamiento de la depresión y la terapia del "acting out". Después de todo, la mayoría, aunque no todos los suicidios, son depresivos y con frecuencia comparten muchas de las características del "acting out". Las personas agudamente suicidas, a quienes Shneidman<sup>52</sup> considera que tienen una alta mortalidad y perturbación, requieren medidas especiales de tratamiento, como se discutirá. En el esquema de Shneidman, lo que él llama mortalidad, la tendencia aguda al suicidio, es de una duración limitada. A menos que uno pueda "hacerlo" entonces y ahí, no tendría "chiste". Junto con el "acting out", el impulso al suicidio con frecuencia se asocia con una necesidad de urgencia.

Las personas deprimidas no son necesariamente las únicas o las que con mayor probabilidad podrían ser de peligro suicida. El pánico frecuentemente juega un papel principal, por ejemplo, un antiguo secretario de la U.S. Defense Secretary Forrestal, en un ataque de pánico creyó que los rusos lo perseguían y saltó por una ventana para escapar de ellos. Un paciente tenía un miedo alucinatorio y delirante de ser atrapado en una red y tiró navajazos en tanto que se enredaba realmente en ella. El suicidio pareció una solución razonable para terminar con esa tortura.

Un joven que padecía síntomas obsesivos y de delirio que le torturaban insistentemente, en un intento desesperado por terminar con ellos, se arrojó por una escalera. Otro paciente padecía alucinaciones de "mando" que le ordenaban saltar por una ventana; estas voces eran las del superyo, y las personas que sufren tales alucinaciones son las más propensas al suicidio.

Los pacientes esquizofrénicos pueden padecer variedades de pánico, como los de naturaleza paranoide u homosexual. También pueden padecer el terror a la conciencia de desintegración. Los cambios cognitivos que acompañan su enfermedad pueden asustarlos a tal grado que intenten el suicidio. Esta clase de pánicos son a menudo más mortales que la depresión. En algunos pacientes con disociaciones graves puede verse lo que parece una "depresión" pero es lo que se podría llamar en forma más adecuada desesperación. Un hombre diagnosticado como esquizofrénico padecía principalmente una disfunción cerebral mínima y se encontraba desesperado sobre su inhabilidad para controlar sus impulsos. Necesitaba de toda su energía para mantener el control, de manera que con mucho esfuerzo podía realizar cualquier trabajo. Se trataba de un joven brillante cuyos esfuerzos daba pena ver. Este individuo era un candidato serio para el suicidio.

Un factor adicional, en ocasiones curioso, que debe tenerse presente en la asesoría de riesgo de suicidio es el *concepto de muerte* que tenga el individuo. Causa sorpresa ver que este concepto varía mucho. Muchas personas, en especial las que poseen una gran dosis de oralidad, parecen tener la idea de que la muerte es una manera de dormir, cierta clase de reposo refrescante del cual despertarán con todos sus problemas resueltos. Cuando tales personas intentan suicidarse, ingerirán, en su mayoría, toxinas según su organización oral. En nuestra cultura, los agentes serían en su mayoría, pastillas para dormir. Este grupo suicida puede incluir una gran cantidad de deprimidos de acuerdo al concepto de Lewin sobre el deseo de dormir, de devorar y ser devorado.

La disponibilidad de instrumentos para el suicidio, así como los factores culturales, juegan un papel importante en el método elegido. Por ejemplo, la ruta oral es más probable de ser seleccionada principalmente por mujeres, en tanto que más hombres utilizan pistolas y navajas. El gas que se utiliza en la cocina y el que despiden los automóviles, son métodos que con frecuencia se utilizan en nuestra cultura, ya que parecen menos dolorosos. A la mayoría de las personas no les agrada la idea de lastimarse, en el sentido de provocarse un dolor físico, a pesar de que no les importa matarse. Gran cantidad de personas desean evitar autodañarse en tanto que se aniquilan siguiendo la regla de un coronel de que si la bala atraviesa el saco es más probable que se trate de un asesinato que de un suicidio. Irónicamente el no desear dañar ropa valiosa niega la naturaleza de destrucción

de vida del acto. La mayoría de los suicidas se quitarán primero el saco y lo colgarán o doblarán cuidadosamente, o al menos lo harán a un lado.

Algunas personas tienen la fantasía de sobrevivir al suicidio y estar parados al lado de su tumba riéndose de las personas que se lamentan de no haber sido buenas con él.

En la anamnesis de la sesión inicial, existen dos factores específicos que es importante tener presentes.

### 1. Una historia familiar respecto al suicidio

Me ha parecido en algunas ocasiones que puede existir una tendencia familiar al suicidio, no necesariamente relacionada con depresiones muy graves. Debido a que ésta puede aparecer como una variable independiente, cualquier paciente con una historia familiar previa de suicidio debe considerarse como un candidato de más riesgo que uno de situación clínica.

### 2. Otros actos de "acting out" violentos

Este segundo factor en la historia personal es también muy importante. En mi experiencia, esto ha sido en especial cierto para personas con antecedentes de haber matado mascotas domésticas, siendo niños o adultos. Me ha parecido que "el ser capaz" de expresar tales impulsos es proporcional con el autodaño violento.

## DIEZ FACTORES ESPECIFICOS EN EL MANEJO TERAPEUTICO DE PACIENTES SUICIDAS

1. Situaciones o factores precipitantes (*depresión o pánico*)
2. Contenido, especificidad y primitividad de los planes y fantasías
3. Intentos (o planes) previos y circunstancias que los rodean
4. Antecedentes familiares de suicidios, depresión o ambos
5. Si es agudamente suicida, abandone la neutralidad terapéutica
6. Trabaje con la visión en túnel
7. Trato para un aplazamiento y uso de otras variables involucradas en el "acting out"
8. Trabaje con factores pertenecientes a la *depresión o pánico*
9. Consiga personas significativas para el paciente dentro de la situación: recursos comunitarios
10. Fármacos, hospitalización

### 1. Situaciones o factores precipitantes

La mayor parte de las veces el suicidio se relaciona con la depresión. Sin embargo, como se mencionó, algunos de los intentos de suicidio en su mayoría también se dan en situaciones de pánico, en especial pánicos psicóticos. Todos los factores precipitantes discutidos en el artículo de depresión (ver parte II, cap. 8), pánico (ver parte II, cap. 16) y "acting out" (parte II, cap. 9) son importantes aquí.

*Nota:* No es fácil diferenciar las psicodinámicas del suicidio de aquellas que entendemos se encuentran involucradas en todas las depresiones. La expresión del deseo de morir es con más frecuencia un deseo oral de dormir sin preocupaciones como Lewin lo señaló.<sup>36</sup> Los deseos orales como los mencionados, es probable que sean los responsables de la frecuencia de los pensamientos de suicidio en la población general, en especial entre adolescentes. Cuando tales deseos orales se acompañan por una gran hostilidad en gente con poca fuerza de yo y con un superyo severo, el terapeuta tiene mucho que ver. El entender las dinámicas específicas del impulso suicida, se vuelve importante. Entre las que pueden estar operando podemos mencionar: el deseo de expiar un crimen real o imaginario, el deseo de venganza, el deseo de un reencuentro con un amante ya fallecido, el deseo de forzar el amor de otros. Así, las motivaciones que pueden resultar en un acto suicida no siempre siguen el mismo patrón, sin embargo, el elemento de depresión es común a la mayoría de ellas.

### 2. Contenido, especificidad y primitividad de los planes y fantasías

Si existe alguna razón para sospechar intentos suicidas o fantasías, es esencial que el terapeuta insista al paciente que lo exteriorice, lo más detalladamente posible. Las afirmaciones explícitas de todas las tendencias suicidas pueden tener un efecto catártico y facilitar la prueba de la realidad del paciente y del terapeuta. Cualquier noción irreal sobre la muerte tiene que aclararse, por ejemplo, la fantasía de que se sobrevivirá al suicidio y se despertará de él como si fuera un sueño.

Ya sea a partir de una fantasía consciente o de cualquier otro material, el terapeuta debe descubrir hacia quién se encuentra dirigida inconscientemente la agresión. Hablando de manera analítica, es esencial entender cuál es la intención de la agresión introyectada, a qué *introyección temprana* se encuentra relacionada la *figura contemporánea* que provee la desilusión o decepción. En este contexto, los sentimientos de transferencia, es decir, hostilidad hacia el terapeuta, son con frecuencia responsables de ideas suicidas y deben identificarse o interpretarse.

En tanto más primitivas sean las fantasías, más grande es el riesgo de suicidio. Las personas que pueden contemplar la automutilación, por ejemplo, sacarse los ojos, las vísceras, abrirse la garganta, muestran una falta alarmante de control de impulsos. Los factores culturales, como siem-

pre, tienen que tomarse en consideración, pero, en general, la primitividad relativa de la fantasía se correlaciona con la de la estructura de la personalidad y la severidad de los problemas del control de impulsos.

### 3. Intentos y planes previos

El criterio más importante sobre la posibilidad del suicidio es un intento previo serio. Shneidman y Farberow<sup>53</sup> señalaron que la mayor parte de las víctimas de suicidios exitosos, han intentado suicidarse con anterioridad. Los intentos serios son aquellos en los cuales el paciente tuvo una alta probabilidad de morir pero fue descubierto por una coincidencia impredecible, o donde manejó el sobrevivir a una situación de amenaza a su vida. Estos casos se distinguen del de alguien que haya tomado unas cuantas pastillas o cortado sus venas en forma superficial. Tales intentos son más bien a manera de muestra o actuación, pero no deben ser ignorados. En general, *en tanto más concretamente la persona planea el suicidio*, por ejemplo, dejando instrucciones detalladas de lo que hará, teniendo un escenario específico en términos de método, tiempo, hora, lugar, etc., *será más grande el riesgo*. Shneidman,<sup>51</sup> quien hizo un estudio de las notas suicidas, señala lo siniestro de las mismas. En tanto más concretos son los planes que alguien ha hecho para suicidarse, más causa habrá para preocuparse. Sin embargo la ausencia de planes no es razón para ignorar las tendencias suicidas. Algunos pacientes que intentan suicidarse sólo como una demostración pueden "accidentalmente" sobreponerse y lograrlo en realidad.

### 4. Antecedentes familiares de suicidios, depresión o ambos

Como se mencionó, un antecedente familiar de suicidio o uno de "acting out" violento en otras formas, en especial en la niñez es inquietante. Las personas que asesinaron mascotas o hirieron a compañeros de juego siendo niños, son los candidatos principales. Esto tiene una razón dinámica, ya que la intraagresión y agresión contra otros, con frecuencia parecen estar correlacionadas siendo el común denominador un alto nivel de agresión y un control de impulsos pobre. Un ejemplo que ilustra esto es el de Goebbels, el criminal nazi responsable de la tortura y muerte de miles de personas, que finalmente mató a su esposa, hijos y después se suicidó.

### 5. Si es agudamente suicida, abandone la neutralidad terapéutica

Si el paciente es extremadamente suicida, y padece lo que Shneidman llamaría "alta mortalidad", *tiene que abandonarse la neutralidad terapéutica*. Es necesario servir de apoyo, hacer sentir seguro al paciente, hacerle darse cuenta de que hay otros caminos disponibles además de la autodestrucción y asegurarle que uno estará disponible en cualquier momento. Con el permiso del paciente, si es posible, los miembros de la familia deberán ser informados de la situación. El terapeuta debe informar al paciente

sobre la disponibilidad de las líneas y servicios de urgencia en la comunidad, sólo para el caso en que éste no sea accesible.

### 6. Trabaje con la visión en túnel

Los pacientes suicidas padecen de "visión en túnel" y ven sólo una solución particular. Por lo cual es importante mostrarles que existen otras opciones (ver el estudio de Shneidman sobre un paciente altamente suicida como un ejemplo excelente de disminuir la mortalidad trabajando con la visión en túnel).<sup>52</sup>

### 7. Trato para un aplazamiento y uso de otras variables involucradas en el "acting out"

Ver el capítulo 9 sobre "acting out".

### 8. Trabaje con factores pertenecientes a la depresión o pánico

Ver capítulo sobre depresión y pánico.

### 9. Consiga personas significativas para el paciente dentro de la situación: recursos comunitarios

Si existe una inquietud seria sobre la posibilidad de un suicidio, deben tomarse las medidas apropiadas. El intentar cargar con toda la responsabilidad probablemente producirá una ansiedad considerable y la comunicación de ésta puede sólo alarmar al paciente y hacerlo más suicida. Si el terapeuta tiene un interés lo suficientemente agudo, puede ser útil, con el consentimiento del paciente o, si es necesario, sin él, llamar a un pariente a la oficina y arreglar que lo acompañe a casa. Puede inclusive ser necesario abandonar en forma temporal la neutralidad terapéutica y llevar al paciente a casa o al hospital uno mismo.

Shneidman sugiere que ya que el suicidio es con frecuencia una "crisis diádica altamente cargada" el terapeuta considere trabajar con una persona significativa en la vida del paciente, ya sea padres, cónyuge o un amante homosexual.<sup>52</sup> No se sugiere que esa persona significativa sea vista con tanta frecuencia como el paciente, pero sí involucrada de modo directo.

Los recursos comunitarios también pueden utilizarse, en especial las líneas telefónicas de urgencia y otros centros.

Puede ser deseable una red de trabajo familiar y social (por ejemplo, amigos en el caso de adolescentes o estudiantes universitarios), así como una terapia breve de grupo para complementar la relación diádica.

### 10. Fármacos, hospitalización

Es muy útil para el terapeuta saber quién es el internista o practicante general del paciente y establecer algún contacto, en el caso de que se pre-

sente un intento de suicidio agudo. En este evento el médico se encontrará mucho mejor equipado que el terapeuta para tratar con la amenaza a la vida. Por lo general, es muy útil para cualquier persona encargada del tratamiento de gente relativamente perturbada, el tener una relación de trabajo estrecha con un hospital para que el paciente pueda ser brevemente hospitalizado, si es necesario, para alejarlo de un peligro particular. El trabajar en ello activamente, puede hacerse en ese contexto de protección. Por supuesto la farmacoterapia y, en algunos casos muy raros, la terapia electroconvulsiva, puede indicarse.

*Nota:* Al tratar pacientes suicidas, tiene que recordarse que aún existen muchas variables que no entendemos por completo. Como en cualquier trastorno serio, tienen que aceptarse algunas pérdidas. Un joven en el umbral de una prometedora carrera médica, se quitó la vida en un cuarto de hotel con una sobredosis de pastillas para dormir. La nota suicida que dejó, había sido escrita ¡10 años antes! Nadie que haya trabajado con él o que lo conociera personalmente por el tiempo de su muerte había notado algún cambio en su conducta ni sabía de algún motivo que pudiera haber precipitado su muerte trágica en el momento que ocurrió.

# 11

## Condiciones que permiten la P.B.I.U. ambulante en psicóticos

---

### CONSIDERACIONES TEORICAS

La psicoterapia breve intensiva y de urgencia de los psicóticos con perturbaciones agudas, puede ser una de las experiencias terapéuticas más satisfactorias. Con frecuencia es posible efectuar pérdidas dramáticas de síntomas y mejoría general de las manifestaciones agudas del trastorno en forma rápida. También es cierto que después de que la fase aguda ha sido tratada con éxito, permanecen los rasgos caracterológicos de naturaleza compleja y es común que requieran un tratamiento prolongado y paciente. La presente discusión se dirige sólo a las circunstancias necesarias para el tratamiento de la fase aguda de un episodio psicótico.

La primera pregunta que debe surgir en el tratamiento de un psicótico con perturbación aguda sobre una base ambulante, ya sea en el consultorio privado, agencia social o clínica, será si el paciente es adecuado para esta clase de tratamiento.

Por tanto quiero dirigirme a las condiciones necesarias que permiten realizar la psicoterapia ambulante breve intensiva y de urgencia con psicóticos agudos. Si no se encuentran tales condiciones, no se aconseja este tipo de psicoterapia sino algún otro método como alternativa.

#### DIEZ CONDICIONES QUE PERMITEN LA PSICOTERAPIA BREVE INTENSIVA Y DE URGENCIA EN PACIENTES PSICOTICOS

1. Un paciente razonable cooperador, no amenazante: facilita la comunicación
2. Cuando menos una relación estable en la vida del paciente
3. Una relación estrecha con un hospital cercano
4. Optimamente, una red de trabajo 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. Una situación adecuada de vivienda
10. Terapia a base de fármacos en combinación con psicoterapia

#### 1. Un paciente razonable cooperador, no amenazante: facilita la comunicación

Una de las condiciones favorecedoras más obvias es que se debe tener un *paciente razonable cooperador y no amenazante*. Por razonablemente cooperador me refiero a que al menos venga a las sesiones o desee que un tercero lo traiga. Sin embargo, puede ser posible iniciar la P.B.I.U. con un paciente que no desea venir a la terapia. Algunas veces es necesario visitar al paciente en su propia casa, cuando menos para iniciarla. Cuando esto no es posible, una manera efectiva de traer a un paciente que no lo desea al consultorio, es instruir a un familiar a pedir al paciente que lo acompañe a ver al psicoterapeuta para él —el familiar—. Por lo general es cierto que el familiar se encuentra profundamente preocupado y está siendo sincero cuando le dice al paciente que desea una ayuda para tratar algunos problemas propios. A menudo este último desea venir como un acompañante silencioso. Los intercambios iniciales son entre el terapeuta y el familiar. El primero debe poseer la habilidad de involucrar eventualmente al paciente hasta que se convierta en el interactor principal y después en el único.

Otra posibilidad de involucrar al paciente en el tratamiento, si lo anterior no resulta, es emplear *interpretaciones mediatas*. Si el paciente se rehúsa a venir solo o aun acompañado, puede ser posible aprender lo suficiente de las psicodinámicas del mismo a partir de que el familiar sugiera afirmaciones o interpretaciones que pueda el paciente relevar. Si el familiar se reporta de nuevo con el terapeuta, puede usarse para mediar la terapia de manera que el paciente pueda sentirse beneficiado hasta el punto de que desee venir a tratamiento acompañado del familiar. Entonces el terapeuta puede proceder.

El hecho que muchos psicóticos inicien las sesiones sin hablar o apenas comunicándose no significa una contraindicación para la terapia. Aun una amenaza potencial no lo es, siempre y cuando se arreglen las condiciones necesarias que mencionaré, respecto a ciertas precauciones y posible uso de fármacos. Por supuesto, incluye pacientes que con frecuencia sufren delirios y alucinaciones. La mayor parte de nosotros está consciente del hecho, que en muchos pacientes los delirios y alucinaciones no interfieren de manera necesaria con una conducta social al parecer normal. Existen bastantes que piensan que son Jesucristo o que creen que pueden entender lo que los pájaros dicen, pero a pesar de esto pueden continuar en su trabajo y llegar con puntualidad a sus citas. No obstante que algunos pueden estar no tan bien como para venir en su auto o en autobús, pueden sin embargo, sacar provecho de la psicoterapia ambulante si alguien los trae al consultorio.

La premisa es, que siempre que sea posible es mejor evitar la hospitalización, con tal que el paciente no sea homicida o suicida activo, o esté tan perturbado para hacer un daño inadvertidamente. El problema es que en

cualquier hospital se ofrece muy poca psicoterapia competente. En instituciones afiliadas a universidades, son los residentes los que tratan directamente al paciente, aunque bajo supervisión. A pesar de que puedan ser competentes, el hecho es que aún están en un nivel muy bajo de su entrenamiento general. En instituciones privadas no existen suficientes psicoterapeutas disponibles o los que hay son de dudosa competencia. El costo de hospitalización a menudo alcanza una cantidad de \$100,000 dólares al año. Además la regresión y la ganancia secundaria de haber sido "cuidado" produce otros problemas. Muy a menudo el reingreso del paciente a la comunidad puede producir una nueva recaída si no se trata con suficiente habilidad.

## 2. Una relación estable en la vida del paciente

Menos obvio y por lo general menos tomado en cuenta es la necesidad casi absoluta de cuando menos *una relación estable en la vida del paciente* —una persona, padre, hijo, cónyuge o amigo íntimo— alguien a quien se pueda recurrir si las circunstancias lo requieren. El terapeuta debe ser capaz de hablar a quien desee vigilar al paciente en casa, ya sea por inquietudes sobre el suicidio u otras situaciones potencialmente dañinas, que pueda tomar el papel de ayuda si el paciente requiere hospitalización o quizá sirva como influencia constructiva en su vida. Sin al menos una persona estable relacionada con él, he encontrado, mediante experiencias amargas, que es posible que dejen al profesional en situaciones casi imposibles de resolver, con más responsabilidades de las que uno puede sostener razonablemente, y menor seguridad de la necesaria en la situación de tratamiento.

## 3. Una relación estrecha con un hospital cercano

La tercera condición para cualquier persona que quiera tratar psicóticos con perturbaciones agudas es que se tenga una *relación estrecha con un hospital cercano*, incluyendo un hospital general que desee aceptar pacientes psiquiátricos. Es esencial en el tratamiento de psicóticos agudos que se desee tener riesgos razonables. Estos incluyen la posibilidad de que algunos pacientes se muestren perturbados en el curso del tratamiento, ya sea por razones adventicias o intrínsecas al mismo. El terapeuta puede ocuparse de la psicoterapia de personas con perturbaciones agudas, sólo si se siente lo suficientemente seguro. Necesita un arreglo que le permita casi en forma instantánea la hospitalización del paciente, si es necesario. En ocasiones, con sólo dos o tres días de hospitalización puede conseguirse una diferencia crucial. Esta provisión en realidad ayuda a dar más libertad terapéutica con menor ansiedad al paciente terapeuta. El hospital proporciona cierta protección inmediata para el paciente y le da al terapeuta la li-

bertad de ocuparse en intervenciones que pueden ser útiles para el paciente.

A pesar de que la libertad terapéutica tiene que incluir en ocasiones intervenciones que pueden desconcertar al paciente, yo no creo en la inducción intencional de regresiones, no estoy seguro de que éstas inducidas en forma terapéutica, y las disociaciones, no puedan formular los fundamentos para las mismas de una manera más sencilla en otros tiempos, y por tanto no las considero como una modalidad terapéutica deseable.

Sin embargo, sí creo en el valor de las interpretaciones catárticas, es decir, interpretando material inconsciente directamente a la John Rosen,<sup>47</sup> sin esperar hasta que se vuelva preconscious, como se acostumbra en el tratamiento de personas menos perturbadas.

Además de la importancia de tener fácil acceso al hospital es deseable que sea una situación en la cual se pueda continuar viendo y tratando al paciente en tanto que se encuentra ahí. Esta clase de situación es a menudo difícil de conseguir ya que los hospitales de enseñanza insisten siempre en que sus residentes y personal atiendan sólo a los pacientes. En vista de este hecho, los hospitales privados, que podrían ser menos deseables, deben preferirse. En tanto que el paciente se encuentra hospitalizado por un trastorno agudo, delirando o alucinando activamente, se pueden hacer intervenciones cruciales que acelerarán el proceso terapéutico. Por supuesto es esencial que no se sienta abandonado, por lo que es en extremo benéfico el tener contacto continuo con él. Por tanto cualquier persona que quiera encargarse del tratamiento de los psicóticos agudos, tiene que cultivar una relación estrecha con un hospital que le permita un ingreso rápido y un cuidado continuo de su paciente, terapéutica y psicofarmacológicamente.

Otro aspecto que puede ser aún más difícil que los dos primeros respecto a la hospitalización es que debe procurarse obtener que el paciente sea dado de alta tan pronto como sea posible. Por lo general, los trámites administrativos pueden dificultar el retirar un paciente del hospital con rapidez. Sin embargo, quienes son adecuados para la psicoterapia ambulante breve pueden ser con facilidad dañados por una hospitalización muy larga que induce a la pasividad debido a las condiciones.

## 4. Red de trabajo familiar

Este punto es en realidad una elaboración del segundo, sobre la necesidad de que haya cuando menos una persona a la cual el terapeuta pueda dirigirse y que se haga responsable en cierta medida del paciente. Si existe una red completa de *trabajo familiar* disponible resulta muy benéfico. La terapia en red familiar tiene un muy bien reconocido lugar en tratamientos, en especial si la patología interfamiliar juega un papel importante, es esencial que otros miembros de la familia acudan a la situación terapéuti-

ca. Esto puede realizarse de diferentes maneras. Se puede elegir el hacerse cargo ya sea de terapia conjunta con un miembro de la familia, o terapia familiar per se. Bajo ciertas circunstancias, el terapeuta original desearía trabajar con la familia entera, en otras, puede ser más adecuado tener otros miembros de la familia o inclusive la familia entera tratada por otro. Ambos terapeutas deben consultarse mutuamente para trabajar en equipo, aunque no de manera necesaria bajo el mismo techo.

### 5. Un terapeuta auxiliar

El punto anterior me conduce a una de las técnicas menos conocidas y practicadas, y es la utilización de un *terapeuta auxiliar*, es decir, tener dos terapeutas tratando a la misma persona en forma simultánea. El terapeuta auxiliar puede llamarse sólo durante episodios particularmente críticos. Esto puede deberse a una transferencia especialmente aguda de psicosis, o en ocasiones, a una contratransferencia de un problema particular del terapeuta principal. El papel del terapeuta auxiliar es tratar en concreto con el fenómeno de transferencia psicótica que puede ser muy difícil para el paciente, y quizá para él mismo, de ser manejado en forma directa. Entretanto el terapeuta principal continúa trabajando con los problemas que produjeron la psicosis de transferencia aguda.

La psicoterapia diádica, en especial en un consultorio, puede ser un tipo solitario de esfuerzo, cargado de toda clase de emociones incluyendo la ansiedad para el terapeuta y paciente. Por tanto, es útil tener un terapeuta auxiliar con rutina, que pueda diluir si es necesario, la transferencia y contratransferencia. Si se trabaja en forma rutinaria con psicóticos agudamente perturbados, es útil introducir un terapeuta auxiliar desde el principio de la relación explicando al paciente que este colega se encontrará disponible si el terapeuta principal se enferma, sale de vacaciones o por alguna otra razón no se encuentre disponible. Tal disponibilidad, por supuesto, es crucialmente importante con los más perturbados. Esta clase de arreglos se hacen con mayor facilidad en una clínica o agencia social que en la práctica privada, pero no es imposible.

### 6. Conciencia de los recursos familiares y sociales

En especial para los psiquiatras en la práctica privada, es importante estar consciente de los posibles *recursos en la vida del paciente (familiares, amigos, etc.) y en la comunidad*. Los trabajadores sociales y psicólogos son probablemente los más conscientes de estos sistemas de apoyo social, como agencias, centros de rehabilitación, casas de asistencia, centros de recreación y en forma eventual rehabilitación vocacional. Es importante hacer uso de estos servicios durante el tratamiento y sobre todo al final del mismo, cuando el paciente necesita un escenario en el cual pueda continuar su mejoría y recuperación.

### 7. Centros y líneas telefónicas de urgencia

Una variación del tema de tener acceso a un terapeuta auxiliar son los *centros y líneas telefónicas de urgencia*. La mayor parte de las comunidades disponen de tales servicios. Estos se encuentran por lo general en la cubierta interior del directorio telefónico, casi siempre funcionan las 24 horas del día. El contacto telefónico debe ser respaldado por un centro psiquiátrico de urgencia disponible en una clínica o agencia social y, de ser posible, un equipo móvil que pueda visitar al paciente en su casa y, en una situación extrema, hospitalizarlo.

### 8. No sea un héroe

Considero muy importante tener *fácil acceso a un sistema de alarma*, en caso de que el paciente se vuelva agudamente perturbado y quizás peligroso. La habilidad para tratar personas con este trastorno depende de la seguridad relativa del escenario dentro del cual se realiza la terapia, y la capacidad del terapeuta para tolerar sentimiento de ansiedad e incomodidad. Bajo cualquier circunstancia, *es esencial no tratar de ser heroico*. El terapeuta nunca debe permitir que existan situaciones peligrosas para su propia seguridad. Un terapeuta ansioso puede no funcionar efectivamente. Un escenario inseguro también hace a un paciente difícil porque puede temer a su pérdida de control de impulsos. En especial en centros de urgencia grandes y activos, es mejor tener un personal de seguridad disponible. En escenarios con menos probabilidad de tener pacientes muy perturbados, es ventajoso el tener una oficina que no esté en lugares muy aislados. Puede ser útil dejar la puerta entreabierta, con tal que se tenga cierta privacidad. De nuevo, tal provisión es también buena para el paciente, quien se siente menos atemorizado del terapeuta y de sus propios impulsos, cuando percibe que la situación es relativamente segura.

### 9. Situaciones de vivienda

Este punto trata con un problema muy difícil —*lo adecuado de la vivienda del paciente*, es decir, dónde vive y debe vivir para mejorías óptimas. La estructura familiar es a menudo demasiado patológica y puede ser casi imposible realizar un trabajo terapéutico constructivo en dos o tres horas a la semana. Por tanto, es esencial que si la situación actual de vivienda del paciente es inadecuada, sea transferido a otro escenario. A primera vista esto parece imposible. Yo sugiero un estudio cuidadoso de todos sus familiares, amigos y recursos comunitarios en un intento por encontrar un lugar para que el paciente viva y duerma mejor que con su familia inmediata si ella es agudamente patogénica. Si no hay familiares o amigos apropiados, las casas de adopción y de asistencia son preferibles.

No puedo insistir demasiado sobre la importancia de una situación de vivienda adecuada para el paciente, para no hacer el proceso terapéutico



más difícil de lo necesario o ineficaz. Encontré que este factor llamado escenario saludable es tan importante que si uno de mis pacientes tiene un familiar con una vida adecuada en otro estado, estoy a favor de que se cambie a vivir con él y continúe con otro terapeuta.

## 10. Fármacos

Por último, debe mencionarse el uso de los fármacos como una condición muy importante para la psicoterapia con pacientes agudamente perturbados. Mi analogía favorita del papel de la medicación en la psicoterapia es que un fármaco juega el mismo papel para facilitar la operación psicoterapéutica que un anestésico en una intervención quirúrgica. Permite realizar intervenciones dolorosas pero necesarias, y aun tener un paciente cooperador. Antes que los anestésicos generales estuvieran disponibles, era no sólo traumático sino en ocasiones fatal, realizar una operación abdominal sin que la musculatura se encontrara apropiadamente relajada. Una situación similar se presenta para algunas intervenciones psicoterapéuticas. Las interpretaciones pueden ser muy dolorosas y angustiantes para un paciente —quizá más de lo que soporta. Esto tal vez provoque un episodio de violencia hacia sí mismo u otros y conduzca a un estado psicótico más agudo. En otros ejemplos, sin el beneficio de la medicación psicotrópica, es posible que el paciente esté por lo general ansioso, necesitado o deprimido para ser capaz de comunicarse. Algunos pueden sentirse aterrorizados por abordar cierto material reprimido crucial de ventilar y analizar. En tales casos, es posible utilizar fármacos para disminuir el abordaje de la ansiedad o en el caso de los antidepresivos, proporcionar al paciente “energía” para relacionarse.

Se debe tener cuidado de no medicar al paciente hasta un punto donde la mayor parte de las funciones del yo se interfieran y la prueba de la realidad y el sentido del yo se afecten por el fármaco psicotrópico.<sup>14</sup> No es deseable tener un paciente que se sienta confuso o “fuera de lugar”, tan letárgico que no sienta ninguna motivación para el trabajo psicoterapéutico. Pero es posible elegir los fármacos de manera que se mejoren algunas funciones del yo, facilitando así el proceso terapéutico. El aumento del control de impulsos, por ejemplo de agresión, puede efectuarse con litio o fenotiacinas. Lo último puede también mejorar los procesos del pensamiento, ayudando al paciente a pensar en forma lógica y razonar deductivamente (habilidades básicas para entender las interpretaciones terapéuticas).

En resumen, antes de iniciar una terapia con psicóticos agudamente perturbados además de diagnosticar, en el sentido estricto de la palabra, también deben evaluarse todos los riesgos y ventajas en la situación de vida del paciente. Todas las dificultades que quizá surjan en el proceso del tratamiento deben valorarse y planearse con cuidado.<sup>17</sup> La evaluación precisa

y diseño del tratamiento puede ayudar a eliminar muchos problemas, pérdida de tiempo y aun tragedias.

Sin embargo, si se consiguen al menos las condiciones mínimas mencionadas, el tratamiento breve intensivo ambulante de los psicóticos agudamente perturbados puede ser una experiencia en realidad satisfactoria para el paciente y el terapeuta. En la mayor parte de los ejemplos, después de que el trastorno agudo ha sido tratado, es deseable involucrarse en una psicoterapia psicoanalítica amplia para tratar con los problemas estructurales, dinámicos y caracterológicos.

# 12

## La psicoterapia breve intensiva y de urgencia (P.B.I.U.) de los estados psicóticos agudos

### ESTADOS PSICOTICOS AGUDOS

#### CONSIDERACIONES TEORICAS

Los psicóticos agudos pueden tratarse a menudo con éxito por la psicoterapia breve intensiva sobre una base ambulante, si la naturaleza del trastorno y el escenario social del paciente lo permiten (ver parte II, cap. 11). Este es uno de los ejemplos donde la P.B.I.U. tiene su función dentro de la psiquiatría comunitaria, conservando muchos pacientes fuera del hospital o en la prevención de la cronicidad mediante una intervención rápida.

#### DIEZ FACTORES ESPECIFICOS EN EL MANEJO TERAPEUTICO DE LOS ESTADOS PSICOTICOS AGUDOS

1. Establezca contacto
2. Mantenga continuidad
3. Inspire confianza mediante la comprensión e interpretación
4. Estructure la vida del paciente
5. Esté disponible
6. Involucre personas significativas
7. "Entablillado"
8. El terapeuta como yo auxiliar
9. Fármacos
10. Hospitalización breve

#### 1. Establezca contacto

Los psicóticos agudamente perturbados se presentan con más frecuencia en un estado de pánico, y muchos de los puntos mencionados en la discusión de los estados de pánico pueden aplicarse aquí (ver parte II, cap. 16). El paciente psicótico en estado de pánico, está consciente que algo está mal en él. Las nuevas experiencias —como entender a los pájaros, sentirse lleno de fuerza o poseer una gran energía— le asustan. Se siente en un mundo extraño. Ha perdido la continuidad y lucha por recapturarla: por ejemplo, la ideación paranoide es una manera adaptada/inadaptada por la que el paciente trata de que lo que le aflige tenga sentido.

Muchos psicóticos agudos manifiestan tener "experiencias ajá", es decir, un gran sentimiento de revelación, el cual es otro intento defensivo de que lo que les sucede tenga significado: pueden súbitamente sentir que son Dios, que son inspirados por éste, o algún otro cambio drástico que puede explicar sus fenómenos psicóticos.

Le corresponde al terapeuta *tratar de establecer contacto con el pensamiento del paciente psicótico* para lanzarle una ancla de salvación que lo mantenga a flote, es decir, hacerlo sentir seguro y comprendido. Es útil si el terapeuta puede interpretar aunque sea un poco y haga saber al paciente que está con él, que no lo considera fuera de lugar. Quizá tenga que hablar "esquizofrénicamente" y entrar en simbolismos para establecer cierta empatía. Si esto puede efectuarse, se habrá hecho bastante.

Un paciente señaló que el radiador junto a mi silla en ocasiones se tornaba rojo. Le señalé que él imaginaba esto cada vez que se sentía enojado y que su percepción sobre el radiador era su propia conciencia de tornarse rojo de ira. Esta interpretación disminuyó considerablemente la 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 muy aliviado cuando le dije: "Sin embargo, yo sé que Ud. es un compañero muy masculino". Respondí al hecho de que 9 meses enyesado se referían a su sentimiento de ser una mujer embarazada y así le confirmé en forma indirecta su masculinidad. (Naturalmente, yo tenía otra información que apoyaba la noción de que él se sentía femenino y embarazado)

#### 2. Mantenga continuidad

Establecer y mantener continuidad es una parte muy importante del proceso discutido, ya que el paciente sufre una experiencia de discontinuidad. Es importante asegurarle que sus delirios y alucinaciones pueden tener sentido y que su mal se relaciona con algunos eventos de su vida presentes o pasados, por ejemplo, con un paciente maniaco ruidoso, que comenzó a sentirse grande porque se sintió pequeño cuando perdió su trabajo o cuando tuvo alguna otra experiencia perturbadora o minimizadora, puede tratar de establecerse continuidad no sólo entre la realidad y las alu-

cinaciones, sino también entre sus antecedentes y sintomatología presente; señalársele que las voces que escucha son en realidad las exhortaciones continuas que acostumbraba escuchar de su madre o padre. (Por lo general, estas voces se relacionan con los regaños maternos).

Es muy importante obtener del paciente —o de algún familiar o amigo— información sobre lo que ocurrió justo antes que se manifestara la experiencia psicótica. Un paciente que de súbito creyó que era Jesucristo y amaba a toda la gente, acababa de tener una experiencia de furia y su delirio era un intento obvio de negación de ésta. Una paciente que creía que todos la observaban acababa de ser “abandonada” por su hijo, se sintió sola y quería que todos le mostraran interés. Un estudiante universitario que se sentía Cristo, se volvió incoherente poco después que encontró una compañera en su cama. La experiencia fue muy fuerte para su superyo y acentuó su ascetismo de manera psicótica.

Si el terapeuta puede entender con exactitud lo que precipitó la quiebra psicótica, podrá ayudar al paciente a tratar con sus conflictos y ansiedades.

### 3. Inspire confianza mediante la comprensión e interpretación

Una vez más este punto se relaciona con los 2 anteriores. La interpretación y la evidencia de comprensión del paciente establecen contacto y proporcionan la continuidad que necesita con ansiedad. Le asegura el saber que el terapeuta no se asusta de su sintomatología y que lo guiará a través de su “soledad” psicótica.

### 4. Estructure la vida del paciente

A menudo una sobrecarga emocional ha desorganizado la vida del paciente. Algunos, como los que padecen una psicosis por un trastorno depresivo atípico, pueden ser en realidad psicóticos principalmente porque estuvieron sobrecargados y no fueron capaces de estructurar su vida por sí mismos.

Los esquizofrénicos quizá no posean una función sintética del yo suficiente, para “dominar sus actos al mismo tiempo” y los maníacos pueden emplear negación y evitación. Por lo que es importante ayudar al paciente a crear una situación de vida soportable, en términos de tareas que deban llevarse a cabo y en sus condiciones de vida. Quizá sea necesario aconsejarle que se mude o busque un lugar apropiado para vivir. El paciente psicótico necesitará por lo general un programa rígido de trabajo, como una parte del proporcionarle la estructura de que carece internamente.

### 5. Esté disponible

El terapeuta debe estar disponible para el paciente psicótico, ya que éste se encuentra en estado de pánico, a menudo es incapaz de enfrentar

los problemas cotidianos y se siente con facilidad agobiado. El paciente obtiene una gran seguridad y fuerza al saber que el terapeuta está disponible para él si lo necesita, aun en la noche para una breve conversación telefónica o durante el fin de semana si se presenta alguna urgencia. Es esencial que alguien se encuentre ahí para él; si no es el propio terapeuta, entonces las líneas telefónicas de urgencia u otros servicios pueden proporcionar una función útil a este respecto.

### 6. Involucre personas significativas

Este punto se relaciona con el anterior. Involucrar personas significativas tendrá la ventaja de dar al paciente una red de apoyo. Como se mencionó, éstas también pueden ser útiles en crisis suicidas, y ayudar a modificar el ambiente de la situación dentro de la cual vive el paciente. Desde luego, quizá se tenga que ayudarlas a cambiar para permitirles proveer un escenario diferente y mejor para las interacciones de la vida del paciente.

### 7. “Entablillado”

Al recomendar un “entablillado” para el manejo terapéutico de los psicóticos agudos, me refiero a la forma en que un doctor trabajaría con un brazo y pierna dislocada o fracturada, para aliviar momentáneamente la distensión con este apoyo.

Para mitigar la tensión de un paciente, quizá tenga que sugerirse una disminución en su carga de trabajo, y eliminar o reducir cualquier situación en su vida que esté haciendo demandas excesivas físicas o emocionales. En el caso de una ama de casa con exceso de trabajo, yo recomendaría un auxiliar en los quehaceres domésticos. Sugiero cualquier situación que proporcione cierto descanso al paciente para que las fuerzas naturales de curación del yo tengan la oportunidad de reconstruirse.

### 8. El terapeuta como yo auxiliar

Siempre que el paciente sea incapaz de resolver las cosas por sí mismo, el terapeuta debe actuar como un yo auxiliar en términos de prueba de la realidad, juicio y aun con detalles concretos de la vida del paciente. Si éste no es capaz de arreglar una situación apropiada de vida y trabajo por sí mismo, el terapeuta debe funcionar como su yo auxiliar siempre que sea necesario y ayudarlo a hacer estos arreglos. Las trabajadoras sociales pueden ser también muy útiles en este aspecto y ayudar al paciente en la organización de aspectos concretos de su vida cotidiana.

### 9. Fármacos

Estos pueden usarse como una parte de las condiciones que permiten la psicoterapia breve intensiva con psicóticos agudos, o para permitir al pa-

ciente vivir dentro de la comunidad en lugar de ser hospitalizado en tanto que está bajo cuidado ambulatorio.

Las fenotiacinas, haldoperidol y otros fármacos se utilizan muy a menudo no sólo en tratamientos de trastornos blancos que a menudo funcionan en forma temporal, sino para crear la atmósfera dentro de la cual pueda efectuarse la psicoterapia. El uso general que yo hago de ciertos fármacos ha sido con frecuencia mal entendido como una falta de tratar con síntomas blancos porque por ejemplo, recomiendo clorpromacina o litio por sus propiedades de control de la agresión. Dinámicamente pueden utilizarse estos fármacos por su efecto sobre los impulsos, en tanto que se usan los barbitúricos para disminuir las defensas. El litio y la clorpromacina inhiben la agresión, en tanto que los barbitúricos como el alcohol, disminuyen las defensas y provocan agresión o hacen posible que el paciente se comunique. Estos últimos se usan en tratamientos con catatónicos mudos en forma de pentotal por vía bucal o intramuscular. Desde que comenzaron a utilizarse los fármacos psicotrópicos, se olvidó el uso de los barbitúricos.

#### 10. Hospitalización breve

Como se discutió en la parte II, capítulo 11, la psicoterapia ambulatorio-energética de psicóticos, puede requerir episodios breves de hospitalización. Lo que se dijo en ese capítulo se aplica al presente.

# 13

## La psicoterapia breve intensiva y de urgencia (P.B.I.U.) de las enfermedades físicas o cirugía

### ENFERMEDADES FÍSICAS O CIRUGIA

#### CONSIDERACIONES CONCEPTUALES

La psicoterapia breve intensiva, a menudo en la forma de psicoterapia de urgencia, juega un papel importante en la psiquiatría y en especial en los casos de enfermedad física y cirugía.

La necesidad de P.B.I.U. puede surgir en varias formas y en diferentes etapas de una enfermedad. Se utiliza a solicitud del médico o paciente. Se indica en pacientes en estado de pánico cuando se les ha informado de una posible afección maligna o intervención quirúrgica. Quizá sea necesario una intervención breve de psicoterapia preoperatoria o posoperatoria, o cuando una enfermedad física o secuela operatoria se convierten en una perturbación crónica psiquiátricamente incapacitadora.

Ciertos principios básicos afirman que es esencial comprender la naturaleza del problema en términos de la historia general de la vida del paciente. El significado específico de la enfermedad o cirugía debe explorarse para cada individuo.

Es útil tener presente algunos principios generales: el impacto de experiencias aterradoras puede enfrentarse con negación, seguidas de depresión o encontrarse con una ansiedad reactiva inmediata. Por otro lado, se

presenta el caso de que no se responda con cualquier reacción emocional, pero esto puede traducirse en formas psicósomáticas o psiquiátricas crónicas, o bien conducir a una curación deficiente o falta de conformidad con las instrucciones médicas.

Ciertas enfermedades, en especial las crónicas, pueden tratarse con *antropomorfización*. Durante el curso de la enfermedad se establece una relación entre el paciente y su órgano afectado, similar a aquella entre padre e hijo. El órgano afectado toma el papel del hijo enfermo que necesita cuidado. Esto se hace manifiesto en frases como: "mi estómago no puede tolerar . . ." O dicho órgano puede tomar el papel de un padre tiránico: "mi hígado no me permite comer eso". El órgano afectado primero se antropomorfiza y después se describe como si tuviera vida independiente, con preferencias y sensibilidades propias.

La enfermedad provoca cambios en la autoimagen, imagen corporal e imagen del órgano y todos estos cambios deben explorarse. En enfermedades crónicas puede tener lugar una "organización" total de defensas y estudiarse los crecimientos como los anillos de un árbol. En tales casos los objetivos de la psicoterapia breve intensiva deben elegirse juiciosamente: una migraña crónica puede ser la expresión sintomática de un aislamiento durante toda la vida, el cual es muy fuerte de soportar, en una situación de vida irreversible. Por lo general, las medidas de apoyo son la mejor manera de tratar a estas personas.

Se ha desarrollado una gran literatura sobre el tratamiento psicológico de las personas muy enfermas y debe tenerse presente cuando se aplica la P.B.I.U. con este grupo de pacientes.

En el caso de una cirugía inminente, el terapeuta debe explorar los miedos generales del paciente sobre la misma. El miedo a morir en una cirugía puede variar de los miedos a morir en general. La sensación de ser abierto se toma de nociones de fantasías infantiles y experiencias reales infortunadas, por ejemplo, una amigdalectomía muy traumática siendo niño.

La cirugía es un trauma psicológico y físico. En este tipo de situación de crisis, el terapeuta se llama a menudo para actuar como una unión entre el paciente, su familia, el cirujano y el personal del hospital que participa. El terapeuta sirve como un mitigante de las ansiedades de todos los involucrados y puede ayudar a abrir canales de comunicación que de otra manera permanecerían cerrados. A pesar de que el terapeuta debe involucrarse con todos los aspectos de esta situación crítica, su énfasis principal debe ser sobre el paciente y la familia del mismo.

El terapeuta no puede reemplazar al médico ante los ojos del paciente. Sin embargo, un conocimiento suficiente de los procedimientos quirúrgicos proporciona una base para la comunicación. El paciente a menudo se muestra reacio a discutir ciertos aspectos de la cirugía con su cirujano, incluyendo cualquier ambivalencia que pueda tener, ya que su vida depende

de él. El terapeuta por tanto puede aclararle al paciente las áreas que él no quisiera discutir.

Los cirujanos pueden parecer demasiado optimistas sobre la cirugía, o evitan divulgar ciertos aspectos indeseables de la operación por miedo de asustar al paciente y su familia. El terapeuta que atiende un paciente preoperatorio en hospitales está tratando con una situación de crisis a pesar de que el paciente puede no estar consciente que existe. El área de confidencialidad paciente-terapeuta se modifica por acuerdo bajo estas circunstancias para incluir, informar y preparar a todo aquel que le concierne. Así éstos se convierten en participantes afectivos en la experiencia del paciente con la cirugía.

Las esperanzas del paciente sobre la cirugía y sus efectos posteriores son indicaciones valiosas para el terapeuta. El debe desarrollar una relación preoperatoria fuerte con el paciente, el cual está mejor preparado médicamente para enfrentar la cirugía si ya lo estaba psicológicamente. El papel educativo y de apoyo del terapeuta se refuerza si le proporciona su número telefónico.

La experiencia de despertar después de una cirugía, en una unidad de cuidado intensivo —desorientado, fatigado, inmovilizado, rodeado de máquinas, con posible dolor intenso y en completa dependencia de otros— causa miedo aun cuando el paciente ha sido preparado. Es importante que se le informe de cómo se va a sentir cuando despierte de la operación. El ambiente posoperatorio de una unidad de cuidado intensivo debe también explicarse en detalle. Al ser orientado en espacio y tiempo, el paciente es menos vulnerable a reaccionar psicóticamente, las "estructuras" como un reloj, calendario y ventanas conducen a una reorientación adecuada. En forma similar, el terapeuta se convierte en la unión de apoyo entre la experiencia preoperatoria y posoperatoria.

Las necesidades del paciente de servicio médico continuo provocan tensiones entre él, su familia y el personal del hospital, por lo que el terapeuta sirve como un vehículo de aclaración y resolución de ansiedades o conflictos.

En situaciones donde aparece una psicosis posoperatoria, el terapeuta debe considerar posibles factores físicos de naturaleza tóxica. La antipatía hacia el paciente por parte del personal del hospital, puede afectarlo y contribuir también a una psicosis posoperatoria.

En el paciente frágil, el apoyo continuo del terapeuta es importante en la fase posoperatoria y debe incluir visitas de seguimiento. Si persiste algún conflicto o incomodidad, debe llamarse al cirujano y a la familia del paciente para reconfortarlo.

### DIEZ FACTORES ESPECÍFICOS EN EL MANEJO TERAPEUTICO DE LAS ENFERMEDADES FISICAS O CIRUGIA

1. Explore el concepto del paciente sobre la enfermedad o cirugía inminente
2. Explore el significado personal y el papel que juega la enfermedad (ganancias secundarias, etc.)
3. Eduque al paciente
4. Establezca contacto con el médico o cirujano
5. Explore el significado de la anestesia
6. Ideas y miedos específicos a la muerte
7. Clases específicas de enfermedades y cirugías
8. Organos con significado sexual
9. Afecciones malignas
10. Enfermedades del corazón

#### 1. Explore el concepto del paciente sobre la enfermedad o cirugía inminente

El significado específico de la enfermedad o cirugía del paciente debe identificarse en forma terapéutica. Así, un varón que identifique su enfermedad con la de su madre puede conducir a falsas expectativas y a una identificación femenina patógena. Un tuberculoso quizá necesite que le enseñen que su concepto del orificio sangrante en su pulmón en realidad revela concepciones infantiles de genitales femeninos y castración. Los sueños proveen detalles concretos que facilitan interpretar tal material inconsciente. Por supuesto el estilo del lenguaje del terapeuta debe ser sencillo al interpretarlo.

Una herida con significado narcisista a menudo juega un gran papel. En una mujer se puede manifestar respecto a la belleza, y en un hombre al "machismo", en cada caso debe analizarse la enfermedad con respecto al significado realista y al simbólico.

Con frecuencia el órgano afectado se sobreestima en el curso de una enfermedad. Cuando existe una enfermedad del hígado, por ejemplo, tenderá a perfilarse muy grande en la imagen que se forma el paciente. Esta distorsión conceptual puede demostrarse con facilidad si el terapeuta le pide que dibuje el cuerpo humano, incluyendo el órgano o parte afectada.<sup>48</sup>

Hacer que el paciente dibuje imágenes de su aflicción corporal, ayudará a aclarar el concepto que tiene de ésta: puede dibujar una coronaria con un émbolo en la arteria que parece un ataque fático. Quizá dibuje una afección maligna (cáncer), haciendo que parezca una boca abierta con dientes, revelando fantasías canibalísticas sobre ésta.

Un paciente asqueado por la idea de padecer úlcera gástrica, reaccionó con náusea a la sospecha de tener líquido fluyendo dentro de su estómago. Sentía que la úlcera gástrica era repugnante porque la igualaba con las úlceras de la pierna que había visto en un familiar anciano.

#### 2. Explore el significado personal y el papel que juega la enfermedad (ganancias secundarias, etc.)

Un fenómeno característico de todas las psicopatologías y enfermedades orgánicas es la *ganancia secundaria*. Ganar atención, evadir responsabilidades, controlar y tiranizar a la familia, y situaciones similares son muy comunes y puede verse en forma dramática en el "seguro de neurosis" o "síndrome de pensión", donde la enfermedad provoca ciertas ventajas al paciente y puede operar de manera inconsciente para retardar su recuperación. Por lo tanto, la investigación de las ansiedades del paciente debe incluir un examen del significado superficial que la enfermedad tiene para él, y los factores que se derivan de nociones anteriores que han sido reprimidas profundamente y encuentran una representación contemporánea en la capa psíquica.

La pasividad reforzada, en especial de naturaleza prolongada, puede implicar una gran amenaza para un paciente, y para otro, representar una gratificación infantil que aprovecha al máximo.

Las operaciones específicas pueden parecer en particular amenazadoras a ciertas personas por razones de idiosincrasia. Por ejemplo, una paciente se volvió psicótica después de una hemorroidectomía. Ella sólo había podido tener orgasmos por estimulación anal. Esta operación la percibió como un acto sexual y un ataque terrible a su sexualidad. Los delirios y alucinaciones posoperatorios en este y otros casos similares, por lo general involucran al cirujano y tienen un toque paranoide.

### 3. Eduque al paciente

La estructura de las ideas inconscientes, preconscientes o aún conscientes del paciente sobre su enfermedad deben establecerse mediante sus antecedentes, con la ayuda de técnicas proyectivas como la prueba de Dibujar un Hombre y el Test de Apercepción Temática. Una vez identificadas las concepciones erróneas, el terapeuta puede iniciar un periodo de educación. Por ejemplo, una discusión sobre la anatomía de una coronaria y una reparación anastomótica (comparada con la curación de un hueso fracturado) puede mejorar la imagen corporal del paciente.

Un paciente educado se muestra a menudo más cooperativo. No seguir de manera adecuada la medicación o cualquier otro tratamiento es con frecuencia resultado de falta de comprensión por parte del paciente. Si el médico responsable no cumple su papel de "educador", le corresponde al terapeuta asumir esta responsabilidad para ayudar al paciente y obtener una alianza terapéutica.

### 4. Establezca contacto con el médico o cirujano

Es mejor no tener problemas con el personal del hospital. En consecuencia, el terapeuta debe comunicar sobre sus visitas profesionales a la administración y como cortesía profesional, al cirujano e internista a cargo del caso. Si los cirujanos están particularmente preocupados por el estado mental del paciente, han tenido alguna experiencia personal con la psicoterapia, o ambos, comprenderán relativamente bien el propósito de las visitas del terapeuta. Sin embargo, a menudo los cirujanos son narcisistas y concretos en sus pensamientos, incluso con otros médicos.

Si los otros médicos perciben al psicoterapeuta como un "ayuda" se facilitará su papel. Para ser más efectivo, el terapeuta tendrá que familiarizarse con las dificultades de condiciones médicas o quirúrgicas especiales.

### 5. Explore el significado de la anestesia

Es necesario explorar los miedos específicos del paciente respecto a la anestesia. Muchos de éstos, pueden surgir y ser muy problemáticos. De es-

te modo, los pacientes le temen a las sensaciones de asfixia, ardor en la garganta y pulmones esforzándose por obtener aire. Algunas personas eligen la anestesia espinal porque prefieren permanecer despiertos para ver lo que sucede a su alrededor incluyendo a su cirujano. Se sienten mejor permaneciendo conscientes como previsión a no volver a despertar nunca más. Otras, no quieren saber nada de lo que está sucediendo y prefieren un sedante intravenoso seguido de una inhalación de anestesia.

El terapeuta debe estar familiarizado con los procedimientos preoperatorios, incluyendo la sedación y los tipos de anestesia disponibles. Tanto él como el paciente deben pedir al cirujano que comente con ellos sobre los procedimientos y anestésicos para permitirles anticipar ansiedades particulares. El anestesiólogo debe explicar las diferencias alternativas de anestesia a la cirugía. En ocasiones, por ejemplo, se aplica una preanestesia recalmente y ciertos pacientes se incomodan más por esto que por la cirugía en sí. Con los anestésicos modernos, el despertar después de una cirugía no es necesariamente desagradable. Si es posible, es útil tener en la habitación a algún familiar para cuando el paciente despierte. Despertar en una unidad de cuidado intensivo, desorientado, fatigado, inmovilizado, con posible dolor agudo, y en completa dependencia de otros, es una experiencia que causa temor aun cuando el paciente se ha preparado para ella. El ambiente posoperatorio de una unidad de cuidado intensivo debe discutirse en detalle. Al sentirse orientado, el paciente es menos vulnerable a reaccionar con pánico al despertar de la anestesia. Al menos cuando regresa a su habitación, alguien familiar debe estar presente para confortarlo. El terapeuta mismo puede convertirse en la unión de apoyo entre los estados preoperatorios y posoperatorios.

*Nota:* respecto al miedo hacia la anestesia, he notado que con frecuencia una experiencia infantil con una amigdalectomía ha provocado un recuerdo muy traumático: el sentimiento de sofocación bajo la mascarilla de éter, la sensación de algo ardiente y ciertos recuerdos de luchas constituye un modelo de temor para muchos.

### 6. Ideas y miedos específicos a la muerte

Como se señaló, contrario a lo que puede esperarse, la muerte tiene diferentes significados para la gente. Para muchos, significa soledad: "sólo en una tumba fría"; para otros, incluye cierta envidia de los que disfrutarán de los placeres después de que el enfermo se haya ido. De manera más idiosincrática, algunos temen ser devorados por gusanos, otros, el que puedan ser enterrados vivos con las ansiedades que acompañan a la claustrofobia. Una mujer se encontraba preocupada en gran medida por la idea de permanecer desnuda y expuesta sobre la mesa de la funeraria. Otro paciente temía que sus "cajones" fueran descubiertos en desorden.

El proceso de muerte puede ser temido como una forma de tortura o principalmente por miedo a la pérdida de control. En cada paciente preo-

cupado con su miedo particular de muerte y morir, es esencial explorar el significado específico del miedo.

Existe una amplia literatura disponible sobre cómo tratar al paciente moribundo y le corresponde al terapeuta familiarizarse con ella.

### 7. Clases específicas de enfermedades y cirugías

Estadísticamente, las operaciones abdominales (hasta el advenimiento de la cirugía de corazón abierto) se consideraron la mayor amenaza quirúrgica y tenían la más alta frecuencia de psicosis posoperatorias. El terapeuta debe explorar las fantasías del paciente sobre las operaciones abdominales. Las amputaciones también son altas en la lista de procedimientos que precipitan la psicosis, como lo son también la diabetes y la diálisis.

Con respecto a la diálisis es realmente atemorizante que la sangre de la persona pase a través de un aparato tipo lavandería. Los estados tóxicos necesarios para la diálisis, contribuyen con frecuencia a los rasgos típicos de una psicosis orgánica.

La diabetes grave, en especial la juvenil, es uno de los trastornos que se acompaña de problemas especiales respecto a la obediencia del paciente. Las complicaciones de contraer acidosis o hipoglucemia grave tienen la cualidad de ser amenazantes para la vida, y deben tratarse con el paciente.

### 8. Organos con significado sexual

Una enfermedad o cirugía que involucre los órganos sexuales toma un significado particular por el papel libidinoso, social y moral que juega en la sexualidad. Las enfermedades venéreas tienen un lugar especial. En tanto que el "complejo de lepra" relacionado con la sífilis ha disminuido con el advenimiento de la penicilina, el herpes genital ha alcanzado ahora ese nivel. El sentimiento de culpa sobre la promiscuidad puede tener un papel importante, el concepto de ensuciar a otros. Puede despertar furia e incluso reacciones paranoides.

Los padecimientos del pene y la vagina, son de gran inquietud. Una ovariectomía puede implicar conceptos erróneos por parte de la paciente, e inclusive una histerectomía sin la operación anterior, percibirse o experimentar como una forma de castración. La manipulación y el examen instrumentales, como sondeo, cistoscopia o la inflación de las trompas, conllevan una gran posibilidad de ideas irracionales.

Algunos tipos específicos de cirugía de los órganos sexuales, estimulan reacciones normales. Una operación de la próstata provocará temores de impotencia y revivirá viejas ansiedades de castración. Las operaciones de los senos, se perciben a menudo como una amenaza para la femineidad de la paciente. Es necesario discutir con el paciente todos los aspectos estéticos y las posibles complicaciones de la operación.

### 9. Afecciones malignas

La intervención profesional en el caso de un individuo diagnosticado con una afección maligna, sigue por lo general, uno o dos procedimientos. El primero permite que el paciente responda y se ajuste a su estado a su manera, con la ayuda del terapeuta quien hace lo posible sólo para mejorar la respuesta adaptativa. El segundo se aplica cuando el paciente no puede sobrellevar la crisis de enfermedad mortal y se entrega a una negación masiva. En ambos procedimientos se le permite al paciente llevar la dirección, sin embargo, siempre se le debe hacer sentir la presencia de apoyo del terapeuta. Este debe hablar sobre los avances médicos con el paciente, sin dar o provocar falsas esperanzas de vida. Puede ayudar a educarlo acerca de la naturaleza de su mal y anticipar sus preguntas con el fin de aliviar su ansiedad o ayudarlo a discutir las prioridades del tratamiento. En muchos de los mejores hospitales existe un enlace excelente entre el oncólogo y los servicios de psiquiatría.

Una vez más, es necesario identificar el significado subjetivo específico de la afección maligna. Para algunos pacientes con cáncer, las características agresivas orales de su personalidad, pueden exagerarse en esta enfermedad, de manera que la perciben como un fenómeno devorador, taladrante y destructivo. Para otros, en quienes predominan las características sado-masoquistas, el cáncer puede percibirse como una introyección brutal sádica y agresiva. En forma similar, hay que afrontar el significado específico de la muerte. No hay que olvidar todo lo que se ha dicho sobre los temores o el miedo a la muerte y a morir: El problema de la negación no sólo concierne al paciente y sus familiares sino también al oncólogo, cirujano y terapeuta.

Los problemas de contratransferencia de los pacientes moribundos son muy fuertes y emocionalmente agotadores. Se necesita un autoanálisis muy cuidadoso para funcionar en forma óptima y con el grado mínimo de dolor y ansiedad.

### 10. Enfermedades del corazón

El corazón tiene un especial significado simbólico y emocional, aparte de su función vital real.

Los pacientes cardíacos se sienten con frecuencia deprimidos y temerosos por su cercanía con la muerte. Debe dárseles una comprensión total y un pronóstico de su estado lo más optimista posible. Los pacientes coronarios, en especial los jóvenes, quienes se sienten menos amenazados mortalmente y en consecuencia menos vulnerables, no deben tranquilizarse dándoles confianza que podría ser más perjudicial que benéfica. El paciente cardíaco más joven con frecuencia no puede asimilar con facilidad lo que le ha sucedido. En este caso la intervención puede implicar interpretación de la negación sin atemorizarlo indebidamente.



El terapeuta debe anticipar el sentimiento de depresión del paciente después de darse de alta, y estar preparado para asumir un papel de apoyo en el tratamiento de vigilancia. Al paciente que se le informa que se debilitará y cansará con facilidad después de un ataque cardíaco, estará en mejor posición para afrontar estos síntomas en caso que se presenten a su regreso a casa. El terapeuta debe motivarlo a seguir un programa de ejercicios prescrito por el médico o a comprobar que se le ha recomendado. Muchos pacientes se muestran reacios a realizar esfuerzos físicos, pero el terapeuta puede ayudar a vencer los temores del paciente explicándole que una actividad adecuada de hecho fortalece el corazón. En consecuencia, el terapeuta puede ayudar al paciente a evitar que se convierta en un inválido crónico por su temor y pasividad excesivos.

Las enfermedades del corazón tienen algunas secuelas únicas: se experimenta primero, como una grave amenaza a la vida, relacionada como es, con una muerte súbita. Las ideas erróneas sobre el diagnóstico en sí —por ejemplo confusión de una cardiopatía reumática con una enfermedad de las coronarias— pueden causar un temor inadecuado. Sin embargo, con más frecuencia, los factores intrapsíquicos que tienen sus raíces dinámicas en un temor reprimido de debilidad, abandono y castración y que son ahora revividos, explican temor incapacitante a la muerte.

En tanto que los amputados, que por ejemplo, no suelen pensar que el trabajo deteriora su salud, los pacientes cardíacos lo consideran con frecuencia un riesgo. Su enorme temor de que cualquier ejercicio pueda acortarles la vida, determina un problema especial en su psicoterapia y en especial su rehabilitación. Por otra parte, un paciente cardíaco con una necesidad defensiva de negar su enfermedad puede ser autodestructor, por ejemplo, el enfermo que insiste en empujar un piano.

Por la naturaleza misma del órgano involucrado las enfermedades cardíacas implican otro problema único. El corazón es el símbolo de las emociones humanas básicas —amor, afecto y odio— y por tanto sustenta la primacía sobre los demás órganos del cuerpo. El aparato cardiovascular es un participante especial en los síndromes afectivos: arritmia, taquicardia y disnea son equivalentes somáticos de ansiedad y no necesitan atribuirse a enfermedades cardíacas. Estudios psicosomáticos demuestran que el aparato cardiovascular responde a situaciones de estrés con un aumento de la frecuencia cardíaca, presión sistólica y del gasto. Los cambios y trastornos fisiológicos en el ritmo autónomo pueden a su vez provocar aprensión y establecer un circuito psicosomático que pone en reto las habilidades diagnósticas más perceptivas. Con manifestaciones de ansiedad que estimulan los síntomas cardíacos, y estados crónicos de tensión que afectan las respuestas fisiológicas internas, el problema diagnóstico provoca ayudas comprensibles que alimentan los procesos hipocondríacos del paciente cardíaco.

Otro problema que contribuye a la incapacidad desproporcionada de algunos pacientes cardíacos son los factores iatrogénicos. Es muy posible que los médicos contribuyan más a la invalidez del paciente cardíaco que de cualquier otro tipo de enfermo. Esto se debe tal vez a que, como grupo, los médicos son más propensos que la población general a desarrollar cardiopatías y tienden en conjunto a ser muy aprensivos sobre la posibilidad de padecer una crisis coronaria. Tienen la capacidad para proyectar en sus pacientes sus propias ansiedades según sus necesidades psicológicas, y aconsejar a sus pacientes que sean indebidamente restrictivos.

Bellak y Haselkorn<sup>13</sup> encontraron que los pacientes con antecedentes premórbidos de una conducta sobrecompensatoria, competitiva y agresiva (utilizada como una negación contra una excesiva pasividad subyacente) se mostraban más amenazados emocionalmente por una enfermedad de las coronarias. Para estos pacientes fueron negadas las descargas de ansiedad por la enfermedad cardíaca. El conflicto psíquico resultante contribuyó más al problema somatopsicológico.

La cirugía de corazón abierto con frecuencia despierta graves problemas emocionales. Debido a la función del corazón de mantener la vida, las imágenes de que se detenga, se extraiga del cuerpo, de ser unido a un corazón artificial, intensifican la cuestión de vida y muerte para el paciente. Muchos enfermos temen al daño cerebral por la anestesia muy prolongada que requiere esta cirugía. La incisión torácica y la imagen de las costillas serruchadas, afecta de manera espectacular la imagen corporal. De hecho, no son raros los episodios de delirio después de este tipo de operación.

# 14

## La psicoterapia breve intensiva y de urgencia (P.B.I.U.) de sucesos catastróficos en la vida

---

### SUCESOS CATASTROFICOS EN LA VIDA

#### CONSIDERACIONES TEORICAS

El impulso comprensible, al tratar con alguien que sufre el impacto de una experiencia catastrófica, es enfocar el suceso inmediato. El hecho es, desde luego, que también debe verse en el contexto de la experiencia de toda la vida del paciente, y explorar su significado específico. El incidente actual debe entenderse en términos de sus distorsiones aperceptivas por todos los acontecimientos anteriores, ya que cualquier suceso catastrófico tendrá significados diferentes para personas distintas.

Como en todas las situaciones graves, se necesita tacto para actuar. Alguien que acaba de sufrir la pérdida de un familiar o tener un accidente serio no debe ser interpretado, ni pedírsele que comente algo al respecto. Para un buen comienzo es adecuado proporcionar comprensión, apoyo emocional y prometer ayuda en el futuro.

Cuando las circunstancias lo permitan, es aconsejable ver la reacción a la catástrofe en relación a la situación de vida de la persona y al suceso que la provocó. Por ejemplo, el veterano de Vietnam entrevistado en el Apéndice, tuvo seguramente terribles experiencias en combate y al parecer razones para tener pesadillas recurrentes debido al estrés del peligro de ataque.

Sin embargo el temor de un ataque de *guerrilla* tomó la forma específica basada en uno anterior hacia su madre a quien él soñaba en su infancia como un *gorila* que lo atacaba. En el caso de este hombre, la experiencia catastrófica de Vietnam debe verse en términos de su lucha con la pasividad y la agresión en su infancia.

Inclusive con víctimas de campos de concentración, ha quedado claro que las experiencias anteriores de su vida y la estructura de su personalidad afectaron en gran medida sus terribles experiencias en dichos campos. Aquellos que tenían vidas previas bien ajustadas, superaron las bestialidades de los nazis de mejor manera que los que tuvieron antecedentes traumáticos.

Al tratar con víctimas de sucesos traumáticos, se deben tener presentes sus diferentes fases de respuesta. Esto lo señalaron Friedman y Linn<sup>26</sup> en su estudio con los sobrevivientes del desastre *Andrea Doria*. Hablan del choque psíquico inicial, de una variedad de respuestas y distorsiones patológicas y de la fase de recuperación. Hilberman realizó observaciones similares en situaciones de violación.<sup>29</sup>

#### DIEZ FACTORES ESPECIFICOS EN EL MANEJO TERAPEUTICO DE SUCESOS CATASTROFICOS EN LA VIDA

1. Catarsis
2. Significado específico del suceso
3. Exploración de "responsabilidad" y culpa
4. Secuela crónica
5. Respuestas específicas a la pérdida de empleo y jubilación
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

### 1. Catarsis

La catarsis es un concepto interesante. Significa literalmente, una limpieza o purga y es de esperarse que el simbolismo se tomó del tubo digestivo. Freud utilizó el tratamiento catártico muy al principio de su carrera, cuando aún empleaba la sugestión e hipnosis y hacía a sus pacientes revivir ciertos sucesos para manejarlos emocionalmente. Este tratamiento se basó sobre la idea de que los fenómenos perturbadores se suprimen o reprimen con frecuencia. Este concepto se compara con el "modelo hidráulico" o "Zeitgeist" de Helmholtz y Boltzman que supone que la energía suprimida liberada al hacerla consciente, no causa más problemas. Muchos han criticado al modelo en el campo teórico. En efecto, el psicoanálisis vino a depender mucho más de un modelo estructural más sofisticado y de la interpretación de las defensas.

El hecho es que el concepto de catarsis permanece útil clínicamente. Fue muy usado en la psiquiatría de la línea del frente durante la Segunda Guerra Mundial, y el concepto fundamental en el manejo terapéutico de los pilotos que se estrellaban. Con pentotal sódico aplicado por vía intravenosa, pudieron superar la experiencia traumática y así "borrarla de su sistema". Lo lamentable es que la catarsis por sí sola no es suficiente para producir un cambio verdadero. Cuando mucho conduce a un alivio temporal seguido casi siempre por una recurrencia de los síntomas u otros nuevos, a menos que se utilicen en combinación otras intervenciones dinámicas.<sup>9</sup>

No obstante, la catarsis puede jugar un papel significativo dentro del contexto de una aproximación terapéutica sofisticada. Hasta el punto donde el paciente se ha recuperado de su impacto inmediato por algún incidente catastrófico, puede ser útil hacer que reviva el suceso con el fin de evitar la negación o represión y darle la oportunidad de manifestar emoción. Quizá existe mucha ira, apropiada o no, que debe expresarse. Es importante participar oportunamente en el duelo. Los sentimientos de culpa pueden expresarse en forma adecuada.

Es tarea del terapeuta ayudar al paciente a discutir para participar en la catarsis, y sólo después de ello, volver a otras maniobras terapéuticas. Esto requiere tacto y habilidad para elegir el momento oportuno con el fin de que la catarsis sea útil de manera óptima.

### 2. Significado específico del suceso

Cualquiera que sea la crisis que trae al paciente a terapia, es importante tratar de entender el impacto de la crisis actual en términos de la situación de vida del paciente. Una víctima de un accidente puede responder sintiendo principalmente una amenaza a su habilidad de estar bajo control, en tanto que otra tendrá temores de mutilación o problemas de narcisismo. La palabra "principalmente" merece especial atención: cada crisis por

lo general involucra 5 ó 6 factores básicos cuyo rango de importancia variará de persona a persona, lo que es importante para una, no lo será para otra.

El terapeuta debe saber cuál es el factor *generalmente* relevante para cada crisis; sin proposiciones generales no existe ciencia. En este sentido, el terapeuta utiliza los conocimientos y reglas de su profesión tanto como el cirujano las guías para la secuencia óptima de las intervenciones quirúrgicas; áreas y estructuras anatómicas en las que trabajará, consideraciones fisiológicas relativas al estrés y factores que causan complicaciones.

Jacobson y sus colaboradores<sup>32</sup> en el Benjamin Rush Institute identificaron las aproximaciones a las *crisis genéricas e individuales* como guías a la aplicación de las intervenciones. El concepto genérico sostiene que cada tipo de crisis provoca sus propios y únicos patrones de respuesta. El concepto individual marca la importancia de los sucesos biopsicosociales en la vida de la persona. Al mismo tiempo que se utiliza un marco de referencia general, el terapeuta debe ser flexible para adaptar e incorporar conceptualmente las respuestas individuales de cada paciente que se derivan de su pasado biopsicosocial.

Por ejemplo, ser el sujeto de una acción de divorcio, involucra sentimientos de rechazo y problemas de separación. Para un esposo, el que su pareja entablara un pleito —antes que los abogados se pusieran de acuerdo con ambos cónyuges para negociar las condiciones— significó que ella no confiaba que fuera justo y razonable. Su preocupación personal con sentimientos de integridad y honestidad, provocó una crisis grave, por lo que fue necesario comprender por qué este suceso actual, produjo tal inquietud intensa sobre su honradez. ¿Qué factores históricos de su vida causaron que él percibiera la situación de esta manera? Los sentimientos usuales de rechazo y separación fueron secundarios a esta pregunta.

Aunque muchos sucesos que provocan crisis pueden atravesar dinámicamente sobre estas líneas, la mayor parte de las situaciones críticas de la vida es posible agruparlas bajo tres encabezados: aquellos que involucran violencia y despertar de temores para una vida, salud y sentido del yo, pérdida de autoestima y de amor o seres queridos.

Un accidente grave, asalto o violación; una enfermedad grave o incidente que amenace la vida, o el efecto desorganizador de drogas alucinógenas pueden hacer surgir temores sobre el sentido del yo, acompañados con frecuencia de sentimientos de despersonalización y temores de desorganización regresiva. Las crisis que provocan pérdida de la autoestima y sentimientos de rechazo o separación incluyen pérdida de trabajo, divorcio, decepción amorosa, problemas financieros y vejez entre otros.

Con frecuencia los problemas médicos y quirúrgicos atraviesan estas líneas e involucran temores de muerte, incapacidad y desfiguración. Ciertas situaciones como el aborto y decisiones sobre métodos extremos de siste-

mas de apoyo de la vida, quizá estimulen conflictos que impliquen conciencia, agresión e identificación.

La hospitalización produce a menudo crisis en la autoestima y ha sido descrita vívidamente por médicos y pacientes.<sup>44</sup> Estar repentinamente considerado como una unidad que ha de ser movida, girada, inyectada, expuesta y en ocasiones tratada de manera insensible, produce ansiedad, furia o depresión. Los estados físicos graves, como afecciones malignas, padecimientos cardiacos o enfermedades neurológicas, con frecuencia provocan distorsiones y ansiedades muy particulares.

### 3. Exploración de "responsabilidad" y culpa

La experiencia inconsciente de culpa es un fenómeno muy extendido que tiene sus orígenes desde tiempos remotos. Cuando ocurría un terremoto o una tormenta destructiva, las personas los interpretaban como furia de los dioses, que era presumiblemente el resultado de haber pecado de alguna manera. Entonces trataban de reducir su culpa ofreciendo sacrificios a sus dioses.

Este sentimiento primitivo, inconsciente no específico de culpa, juega un papel en la vida de casi toda persona. En general, mientras más estricta sea una persona consigo misma, más sentirá que es "mala" y por lo general se presentarán también ciertos sentimientos de culpa relacionados con pensamientos sexuales o agresivos y algunos rasgos masoquistas.

Entonces, muy a menudo, estas características se unirán por sí mismas a un suceso intercurrente, y la víctima infortunada de alguna catástrofe se complicará la vida y hará cosas peores para sí misma, uniendo al suceso sentimientos de culpa invariables. El pensará, "si hubiera girado a la izquierda en vez de a la derecha, el accidente no hubiera sucedido" a pesar de que objetivamente no es culpa de la víctima y las circunstancias estaban fuera de su control. En un caso, un hombre que había detenido apropiadamente su carro ante la señal de alto, fue golpeado en un costado por un vehículo que se aproximaba. No obstante, se torturaba a sí mismo pensando que no debió haber salido a esa hora del día a comprar algo que para entonces consideró "frívolo". Se culpaba especialmente porque su hijo sufrió una herida en dicho accidente. Es frecuente sentir una variedad de "culpa de sobreviviente". En la misma vena, una embolia coronaria puede ser responsable de una dieta indulgente, y también una violación por vestirse seductoramente.

En cada caso, es importante encontrar los sentimientos de culpa conscientes que puedan considerarse en la respuesta al suceso catastrófico, para tratarlos lo más pronto posible.

### 4. Secuela crónica

Cualquier suceso catastrófico, en especial si no se ha "trabajado en ello" puede conducir a toda una variedad de trastornos crónicos. El artícu-

lo que puede considerarse pionero en este aspecto, incluyendo a un gran número de personas, fue el de E. Lindemann.<sup>37</sup> El examinó a los sobrevivientes y familiares de las víctimas del incendio del Boston Coconut Grove, y encontró que quienes usaron la negación como un mecanismo de defensa y fracasaron al trabajar en ello, probablemente sufrían una alta frecuencia de trastornos psicossomáticos, síntomas neuróticos, depresión y otros trastornos psiquiátricos, con frecuencia reavivados por ansiedades infantiles. También la importancia de trabajar en ello, ha sido reconocida en conexión con la violación (ver más adelante). Con frecuencia de la experiencia de violación se derivan graves aislamientos sociales, fobias y problemas sexuales.

La detención y el efecto continuo de los sucesos catastróficos sobre los veteranos de Vietnam, se encuentran todavía presentes, aún más que una década después, de que el último soldado regresó a casa. Sus secuelas crónicas son del mayor interés para los psiquiatras que los tratan en los hospitales de la Veterans Administration y otros sitios.

Probablemente no existe una víctima de un campo de concentración que no haya quedado con cicatrices permanentes de su experiencia catastrófica de diversos grados: en una parte relacionados con la naturaleza de su experiencia particular, en otra, a su estructura de personalidad preexistente y otras circunstancias.

Por tanto, en el caso de sucesos catastróficos, es importante ayudar al paciente a tratar con la experiencia aguda, trabajando en ello por vía de apoyo catártica, y cualquier otra medida terapéutica adecuada para disminuir la secuela crónica continua.

### 5. Pérdida de empleo y jubilación

Una pérdida, es una pérdida, es una pérdida, comenta Gertrude Stein. La pérdida de empleo no es la excepción. Por esta razón todas las dinámicas discutidas en el capítulo de depresión en relación a la pérdida (ver pág. 48) pueden aplicarse aquí, incluyendo la disminución de la autoestima, el sentimiento de haber sido defraudado, decepcionado y la ira que se genera conjuntamente con estos sentimientos.

Obviamente, la pérdida de empleo significa más que una amenaza financiera. En nuestra cultura, una persona se mide según el trabajo que desempeña. Un empleo significa un determinado papel, una identidad y un cierto lugar dentro de una jerarquía. Proporciona una estructura bien definida, que la mayoría de las personas requiere. Se necesita un lugar a donde ir por la mañana, un lugar a donde retirarse por las noches y tareas específicas que realizar, sin lo cual muchas personas se sienten perdidas. Muchos empleos dentro de su contexto, apoyan aspectos significativos de autoestima. El jefe de familia, que es quien acostumbra traer el sustento a casa, se siente seriamente amenazado por una pérdida de empleo.

De hecho, esta pérdida ha sido reconocida como un problema tan grave o trauma, que firmas de gran prestigio diseñan programas de personal especialmente para aquellas personas de quienes tienen que deshacerse. A este programa se le llama de modo eufemístico, "el programa de situar fuera". El empleado a punto de ser despedido tiene acceso a asesoría psicológica, y ayuda en otros aspectos de recolocación y reestructuración de su vida. Existen un gran número de firmas que se dedican precisamente a proporcionar este servicio de suavizar el "despido" y ayudar con restablecimiento y reorientación.

En la P.B.I.U. de la pérdida de empleo, el terapeuta debe enfrentarse a problemas de autoestima, cambio de papeles entre otros, según su rango de importancia en cada individuo.

Respecto a los problemas de jubilación: existe en la actualidad una población de más de 25 millones de personas mayores de 65 años de edad. El Acta de Seguridad Social de 1935 (en E.U.A.) designó esa edad para el retiro, ya que mucha gente se siente vieja para entonces. Hoy, sin embargo, además de que se ha incrementado la expectativa de vida, un gran porcentaje de personas mayores de esta edad, gozan de una salud física y mental excelentes, a diferencia de décadas anteriores, y no necesitan ni quieren desperdiciar su tiempo en una invalidez inducida.

El resultado de lo anterior, es que la jubilación causa un grave trastorno y malestar. De pronto, la persona pierde condición social, la estructura de su vida cotidiana y cuando menos reduce ciertos ingresos. Algunas empresas grandes ofrecen programas de asesoría respecto al retiro, sin embargo casi nadie piensa en ello hasta que se le presenta la situación, lo que a menudo sucede con una crueldad catastrófica. Ciertas personas reaccionarán con depresión, otras con padecimientos físicos o psicósomáticos. Algunas se mudarán a casas de retiro como las que se encuentran en lugares soleados. Desafortunadamente, eso significa con frecuencia, que perderán sus lazos sociales y sufrirán sentimientos de desplazamiento.

Los problemas de jubilación abarcan aspectos sociológicos, económicos y psicológicos. Existe una fuerza nueva de trabajo que desea suplir a la más vieja, y no existe ninguna terapia individual que trate eficazmente con el problema. Esto requerirá una acción social que haga en realidad una diferencia.

Por de pronto, cada persona afectada por la jubilación, tiene que afrontar sola sus circunstancias individuales. Por supuesto, quienes planean, anticipan y ordenan su jubilación están preparados en forma adecuada y se encuentran mejor que quienes sencillamente no lo hicieron. En general, el paciente debe ser ayudado a estructurar y manejar su nuevo programa de tiempo. Puede variar el grado de estructura que cada persona necesita para establecerse y mantenerse; el terapeuta debe discutir estos requerimientos con el paciente, y ayudarlo a establecer el plan y las actividades que mejor se adapten a ellos. La mayoría de la gente se condiciona

a través de los años, a equiparar el trabajo con la recompensa monetaria; el terapeuta puede ayudar a cambiar el énfasis en este aspecto; en la jubilación el trabajo puede igualarse más con el placer. El terapeuta quizá necesite sugerir fuentes de actividad, por ejemplo, actuar como cuidador de ancianos y numerosas actividades voluntarias adicionales. Si el paciente desea y es capaz físicamente de trabajar por un salario, hay que ayudarlo a lograrlo. Sin embargo, el terapeuta debe estar alerta del sentimiento de pérdida de identidad del paciente jubilado que puede ser una razón para buscar trabajo remunerado. Si es el caso, tiene que ayudarlo a establecer un nuevo aspecto, u otro, de su identidad mediante diversas actividades placenteras.

## 6. Pérdida por muerte: duelo

La pérdida de un ser amado es en diversas formas una catástrofe grave que interrumpe la continuidad de la vida, es decir la base esencial del funcionamiento diario. La persona en duelo debe adaptarse a esta pérdida de continuidad de la relación con la persona fallecida. Es un recordatorio traumático de la propia vulnerabilidad y mortalidad. Además, con frecuencia altera la vida social, económica y emocional de la persona. En el caso de la pérdida de un cónyuge, cambian de pronto las relaciones que se tenían como pareja, con un gran número de personas.

Estos y muchos otros aspectos del duelo incluyen, de hecho, "trabajar en ello", es decir una nueva adaptación para que se acostumbren a la situación actual, encontrando otros modelos de relación. Además tienen que definirse los sentimientos hacia la persona fallecida. Cuanto más ambivalentes sean, más difícil será la lucha, ya que los sentimientos de agresividad y negativos provocan culpa. Es inevitable cierta ira por haber sido abandonados por quien falleció, y por enfrentarse con todos los miles de problemas que surgen por ello, esto debe ser tratado también.

Cuando se pierde un hijo, la identificación con él y con las esperanzas y expectativas propias, así como la pérdida de una inversión emocional muy fuerte, son golpes muy severos.

El terapeuta no debe intervenir activamente en el trabajo de duelo, en tanto el paciente lo esté llevando a cabo por sí mismo. Sólo intervendrá en esta dinámica cuando se ha resuelto parte de la fase más aguda, y el paciente parece necesitar ayuda, entonces sólo se le proporcionará en una forma apasible muy cuidadosa. Cuando está indicada la intervención terapéutica, las áreas que deben explorarse incluyen la reacción al objeto perdido, el significado particular de la relación de objeto con el desaparecido, reacciones del superyó, y como se mencionó, a los sentimientos de pérdida, decepción, de furia y desesperanza.

En caso de pérdida de padres ancianos, es posible que haya tenido lugar un proceso que suele denominarse "duelo preliminar" y disminuido la

agudeza de la reacción. Ya que a medida que se observa que una persona que envejece pierde su salud y su capacidad, se empiezan a suprimir lentamente los lazos emocionales y a sentir duelo por la pérdida parcial de la persona capaz e importante. Es importante no olvidar este hecho, para no confundirlo con la negación, o la falta de trabajar en ello.

Si el duelo por la pérdida de un padre se hace adecuadamente, una persona puede en realidad surgir con mayor individuación. En nuestra cultura, o al menos en la cultura pasada, la pérdida de un padre con frecuencia permitía que finalmente un hijo madurara, llegara a ser sí mismo.

Si el trabajo de duelo no se lleva a cabo bien se transforma en depresión y deben considerarse todos los factores comentados en depresión (ver pág. 45).

#### 7. Respuestas específicas al asalto y robo

Bajo circunstancias similares fueron robadas cinco casas en mi vecindario. Un vecino que tiene en general una buena adaptación a la vida, no se sintió personalmente amenazado y tomó sin mayor problema el incidente. Otro, hablaba de ello con frecuencia. Elaboró una fantasía diferente en la cual pondría una trampa al próximo intruso: el ladrón caería en una puerta con trampa que lo clavaría a unas estacas. Este vecino es un hombre de negocios muy eficiente y asertivo, y el robo lo sintió como una amenaza a su masculinidad. La razón por la que elaboró fantasías en donde derrotaba a su oponente es su costumbre de compensar la pasividad con agresión.

La personalidad del individuo determinará el grado del impacto y la naturaleza de su respuesta hacia los sucesos traumáticos. Mientras más grande sea el temor a la pasividad, mayores serán los efectos de robo, asalto y otros crímenes. Es importante señalar que algunas personas son patológicamente no conflictivas sobre la pasividad. Un paciente participó en diversos actos de "valentía" y había disfrutado experiencias de guerra que ponían en peligro la vida, con frecuencia apagaba el motor de su avión cuando volaba y lo utilizaba como deslizador; era notable y genuina la falta de temor que tenía este mismo paciente, por un gángster con quien se relacionó. Pasivo en muchos aspectos, era bisexual, y su falta de "protesta masculina" o espíritu de macho pudo haber sido la razón por la que la pasividad casi no implicara una amenaza para él.

Los problemas de autoestima suelen aparecer con más frecuencia en los hombres involucrados en crímenes violentos que en las mujeres. Culturalmente aún se espera que el hombre sea fuerte, que pelee y se defienda a sí mismo. Si un hombre falla al ser atacado, tiende a sufrir cierta depreciación en su autoimagen. Ser vulnerable es menos amenazador para una mujer en términos de los problemas de autoestima.

Por último, los "testigos" de un acto violento se afectan tanto emocionalmente, que sus problemas deben considerarse tan serios como los de las

víctimas. La compañera de habitación de una paciente, fue asesinada en el departamento que ambas compartían; esta última la encontró muerta. La experiencia provocó una gran desorganización en ella y el trastorno afectó a toda su familia. Todo lo que el terapeuta puede hacer en tal circunstancia trágica, es ayudar al paciente, trabajando en ello, la experiencia en términos de sus propias psicodinámicas, antecedentes e historia general de su situación de vida.

Como en el caso de agresiones sexuales, con frecuencia es muy delicado proceder a explorar posibles invitaciones, conscientes o inconscientes para delinquir contra la persona y la propiedad. El terapeuta debe trabajar con el juicio defectuoso del paciente y los factores que incluyen motivaciones inconscientes contribuyen a ello. En otras circunstancias, debe analizarse el significado especial de cualquier tipo de violencia hacia una persona determinada a la luz de su historia personal.

#### 8. Respuestas específicas a la violación

La violación se contempla en la actualidad como un crimen de violencia y no primordialmente un acto de naturaleza sexual. El movimiento de liberación femenina fue el responsable de esta consideración más amplia de violación. Ha quedado claro que no es el carácter femenino provocativo lo que la causa; la mayoría de los violadores atacan a la primera mujer que encuentran en su camino, independientemente de su apariencia y edad. Por otro lado, el espíritu predominante de la liberación femenina hace más difícil discutir el hecho de que pueden jugar un papel importante, en algunas situaciones sociales donde la víctima violada no es sólo atacada en un parque oscuro, la seductividad inconsciente de la mujer o el mal juicio, posiblemente combinados con impulsos inconscientes.

Cuando parece que la mujer pudo haber sido seductora, es importante explorar las psicodinámicas específicas. Como en todos los sucesos actuales graves, el impacto de la experiencia debe analizarse en relación a la personalidad total y antecedentes de la paciente; deben establecerse denominadores comunes y trabajar en ello. Debe prestarse atención especial a los rasgos de carácter masoquista y sentimientos inapropiados de culpa que pudieran relacionarse con un posible disfrute masoquista de la violencia. Debe explorarse en especial la existencia de fantasías previas de violación.

Por lo general, la violación provocará sentimientos de impotencia y pánico en relación directa con la historia individual. En situaciones tempranas infantiles —seducción, juegos sexuales forzados y escena primaria entre otros—, pueden revivirse intensamente.

*The Rape Victim*, de Elaine Hilberman,<sup>29</sup> investiga el contexto socio-cultural de la violación y esboza los avances logrados en la ayuda a las víctimas. Las reacciones a la violación se agrupan en 4 fases:

1. La fase anticipatoria o de "amenaza" describe el equilibrio fino entre la necesidad de proteger la ilusión de invulnerabilidad y la conciencia

de la realidad amenazante, con algún intento de protegerse a sí misma (y prepararse para) del peligro.

2. La *fase de impacto* provoca un mayor estado de alerta como mecanismo de defensa, seguido de una disminución del mismo, aturdimiento, desinterés, perturbaciones afectivas y de memoria, y una desorganización general. En estudios de víctimas de violación, 25% no sufrió trastornos, 25% tuvo ansiedad paralizante, histeria y confusión, el 50% restante sólo estuvo aturdido y desconcertado.
3. En la *fase de retroceso* existe un regreso a la expresión emocional y a la conciencia. Es aquí donde el terapeuta puede ser particularmente útil para ayudar a la paciente en su reconstrucción. Dependiendo de cómo la misma perciba los sucesos, conductas y sentimientos, habrá una disminución aguda en la autoestima y autoconfianza, con una secuela psicodinámica concomitante, o un incremento adaptativo en estos factores.
4. En la *fase postraumática*, el paciente se ha reconstituido al máximo y puede evocar el suceso reparando todo el daño temporal hecho.

La secuela de violación no resuelta y sin trabajar en ello, puede presentarse con síntomas como claustrofobia, aislamiento social, ataques de ansiedad, pesadillas y furia dirigida libremente sobre el problema de impotencia y violación.

Es una tarea importante del terapeuta apoyar a la paciente para decidir si se dirá a la familia, el esposo o novio, amigos o hijos y evaluar las implicaciones de no hacerlo. Por ejemplo, el esposo "macho" de una mujer la culpaba de su violación y la veía como devaluada, por lo que ésta se sentía incapaz de hablarle sobre tal acto de violencia. Entonces empezó a actuar furiosamente en su trabajo, donde ocurrió el suceso. Ella se sentía en un conflicto doloroso, y en realidad estaba en una situación difícil. Necesitan dirigirse y apoyarse con realismo, las inquietudes o preocupaciones sobre la publicidad periodística, los rumores en la comunidad y el ostracismo social y profesional. Un posible embarazo, enfermedades venéreas, la cuestión de la persecución legal del violador, y los peligros de venganza por informar la violación, son temores que aparecen en forma habitual y deben ser explorados y resueltos.

#### 9. Respuestas específicas a los accidentes

Los accidentes son a menudo una forma de "acting out". Por ejemplo, se cree que muchos accidentes automovilísticos son intentos de suicidio o suicidios. El terapeuta debe explorar profundamente todos los detalles que rodean al "accidente", incluyendo en especial el contenido del pensamiento y las preocupaciones del paciente antes, durante y después del suceso. Las fantasías y los sueños serán también de utilidad al efectuar la evaluación.

La negación debe ser interpretada fielmente, para evitar fenómenos semejantes a las neurosis traumáticas y efectos posteriores prolongados. El

paciente debe ser ayudado por el terapeuta para trabajar en ello. Como se mencionó, Lindemann<sup>37</sup> encontró en su estudio clásico del incendio del Boston Coconut Grove, que los sobrevivientes y familiares de las víctimas mostraron una alta frecuencia de trastornos psicossomáticos y estrictamente psicológico/psiquiátricos si no se trabajaba en ello y se elaboraba el duelo. Las víctimas de crímenes y experiencias violentas padecen en forma semejante, por lo que es fundamental trabajar en ello. En ocasiones, un accidente precipitará el resurgimiento de ansiedades infantiles que resultan en miedos de impotencia y pasividad, a la castración, y de control de impulsos pobre. Como siempre, la tarea principal del terapeuta es encontrar los denominadores comunes entre el suceso precipitante y las situaciones históricas en la vida del paciente, para ayudarlo a entender y tratar su trauma.

#### 10. Respuestas específicas a la amenaza de catástrofes ecológicas

Una de las características de nuestra década es la amenaza de catástrofes ecológicas que conllevan la advertencia de muerte inmediata o un estado moribundo muy prolongado. El temor de accidentes nucleares por plantas como la de Three-Mile Island es una fuente continua de ansiedad. La posibilidad de accidentes nucleares o incluso una guerra de este tipo, se ha llamado la epidemia final.

Este temor de holocausto nuclear ha afectado a toda una generación. Frases como, "que tengas un buen día", "cuídate", "preocúpate por el día de hoy" entre otros, son reflejos lingüísticos de esta inquietud.

En ocasiones, se han presentado pánicos reales por el mal funcionamiento de los controles en los reactores nucleares. Algunos, han tenido que vivir con otras amenazas para sus vidas como la contaminación muy difundida por dioxina. Poblaciones completas manifestaron pánico y se han evacuado para evitar daños físicos. En 1983, en una escuela de Yonkers, Nueva York, se descubrió que se desprendía asbesto del techo, antes se consideraba que era una gran protección contra el fuego, pero en años recientes, se ha demostrado que provoca enfermedades en los pulmones y a la larga posiblemente cáncer pulmonar. Padres y alumnos se enfurecieron y organizaron reuniones violentas. Los ejemplos anteriores deben multiplicarse en diversas formas.

Por tanto, es muy posible que un número cada vez mayor de pacientes se presente en clínicas y consultorios privados, con reacciones de pánico de un tipo u otro, como respuesta directa a amenazas ecológicas. Como en todas las situaciones catastróficas, es posible que las fantasías terroríficas, excedan incluso la simple realidad. Será importante ayudar no sólo con una confianza realista, sino reduciendo las fantasías irracionales que complican la habilidad para enfrentar la realidad.

En estas circunstancias, el mejor método de elección puede ser la psicoterapia breve e intensiva de grupo con cierto número de personas afectadas.

# 15

## La psicoterapia breve intensiva y de urgencia (P.B.I.U.) las fobias (e histerias de ansiedad)

### LAS FOBIAS (E HISTERIAS DE ANSIEDAD)

#### CONSIDERACIONES TEORICAS

Las fobias e histerias de ansiedad, se encuentran muy relacionadas dinámica y fenomenológicamente.<sup>24</sup> También se hallan con frecuencia interrelacionadas y coexisten en la misma persona. Por ejemplo, los síntomas hipocondríacos; como una forma de histeria de ansiedad, conducen con frecuencia a una evitación fóbica de las condiciones vistas como posibles conductoras a la enfermedad temida. Por tanto, discutiré estas dos condiciones en forma intercambiable.

Frecuentemente las fobias son problemas viejos, *pero en ocasiones alcanzan condiciones de urgencia*: por ejemplo, el ejecutivo que tiene que volar a Europa a una conferencia y desarrolla un temor agudo a volar; el aprieto de un vendedor en Manhattan que de pronto siente pánico al tener que subir a un elevador; el temor repentino de viajar en el metro que hace imposible a una secretaria de Nueva York mantener su trabajo.

En una ocasión traté a un académico que sintió un pánico repentino ante la idea de presentar un artículo ante una audiencia, y a un estudiante universitario que fracasaba debido a una ansiedad aguda por los exámenes. Otra paciente, una ama de casa, se encontraba virtualmente incapacitada por una agorafobia que interfería con sus compras, y a un hombre de ne-

gocios incapaz de manejar de su casa a su trabajo a 29 km de distancia, por su fobia de conducir autos.

*Algunas proposiciones generales son aplicables a todos los tipos de fobias*: el temor tiene que involucrar una tendencia temida. Puede ser una tendencia agresiva, como en el caso del temor a conducir: toda la potencia del auto puede quedar fuera de control y matar a alguien. O existir una variedad de temores sexuales: el temor a conducir puede implicar la fantasía de sentirse mareado y tener que salirse a la orilla del camino. Un hombre teme que cuando esto ocurriera, algún patrullero vendría en su ayuda y lo pondría en una ambulancia, una expresión de temores a la pasividad y también homosexualidad latente. De manera similar, una mujer puede temer que una vez que se encuentra a la orilla del camino, se encontrará indefensa y a merced de cualquier agresor, inclusive uno que pudiera molestarla sexualmente.

El ama de casa agorafóbica era capaz de andar por las calles cuando calzaba tacones bajos y ropas de aspecto andrajoso, pero no podía hacerlo cuando calzaba tacones altos y vestida con arreglo, en la última situación, su temor era el que no estuviera firmemente sostenida sobre sus pies, se cayera y quedara en peligro.

El hombre que temía subir a un elevador, experimentaba una cierta claustrofobia, relacionada a su temor de ser agobiado o asfixiado. Otras personas pueden tener diferentes componentes en sus temores y ansiedades hacia elevadores o trenes subterráneos, y el temor de volar, difícilmente encaja en una fórmula.

#### DIEZ FACTORES ESPECIFICOS EN EL MANEJO TERAPEUTICO DE LAS FOBIAS

1. Dinámicas específicas de las diferentes fobias
2. Fobias específicas como parte de un contexto familiar y cultural
3. Patogénesis individual sobredeterminada de las fobias
4. Pida al paciente que afronte la situación fóbica y se comunique de nuevo
5. "Trabajando en ello" mediante "insights" obtenidos en la situación fóbica actual
6. Fármacos para alivio sintomático de algunas fobias
7. Símbolos y defensas contrafóbicas
8. Fobias migratorias
9. Panfobias
10. Delirios somáticos



### 1. Dinámicas específicas de las diferentes fobias

Como una fobia específica, la *agorafobia* es posiblemente la que con más frecuencia se encuentra. Puede tomar la forma de una incapacidad para cruzar las calles, viajar cualquier distancia lejos de casa; salir de ella sin la compañía de una persona que sirva como símbolo contrafóbico. En casos de agorafóbicos, con frecuencia se provocará el recuerdo de antecedentes de *fobias a la escuela*, lo que sirve para aclarar el hecho de que la separación/individuación y el temor de perder un objeto amado, por lo general la madre, juegan un papel importante en la constelación de la personalidad.

De manera clásica, creemos que el miedo de los impulsos regresivos dificulta dejar a la madre por temor a que ella sea la víctima de los deseos de muerte propios —en tanto que uno no está mirando. Es muy importante explorar sentimientos de ambivalencia hacia la figura materna, cuando se toma la historia.

Es fascinante que muy a menudo el sólo viajar *lejos* de casa, es suficiente para provocar ansiedad en pacientes agorafóbicos. Una vez que se encuentran en el viaje de regreso, se sienten bien.

En especial en pacientes femeninos, los problemas de *exhibicionismo*, juegan un papel determinante en la agorafobia. Como se mencionó, el miedo principal es que la persona se desmaye en la calle, si se explora un poco más a fondo, lo que sale a la luz es que teme que al caer se suba su falda o que un hombre la levante y se aproveche sexualmente de ella.

Respecto al miedo de separación, los agorafóbicos pueden conducirse bien cuando se acompañan de una figura contrafóbica. Traté a una mujer mayor que podía andar por las calles e ir al supermercado si llevaba empujando una carreta de bebé vacía. Al parecer, la sola idea de sostenerse en algo (en este caso algo representativo de un hijo) le posibilitaba transportarse.

La pasividad y el temor/deseo de pasividad juegan un papel importante en ambos sexos. Comprende un número de variaciones sobre el tema de desamparo, al que le temen tanto como desean la dependencia.

El *temor a conducir* comprende a menudo todos los componentes de una agorafobia pero además tiene, de manera primordial, un temor a la agresión: toda la potencia del auto a sus órdenes produce fantasías de estrellarse contra alguien. El fenómeno principal es por lo general un miedo a la pérdida de control bajo estas circunstancias.

La *claustrofobia*, que ocurre con mucha frecuencia, se asocia en ocasiones a la agorafobia. En pocas palabras, la idea de Philip Wiley sobre la “*asfixia*” proporciona la etiología más frecuente de claustrofobia —un sentimiento de ser controlado, sentirse apretado, incapaz de respirar; esto se relaciona directamente con más frecuencia, con el haberse sentido así, en especial hacia la figura materna.

Las *fobias al elevador* y el *temor a volar* con frecuencia contienen elementos de claustrofobia, propiamente a estar encerrado y con dificultad para salir, dinámicas similares ocurren con la ansiedad hacia trenes subterráneos. Además de factores específicos, el temor a volar incluye el temor general de desamparo y la posibilidad de estrellarse o caerse, es decir, disminuyendo de este modo, por completo la pasividad. Para algunos, la sensación de elevarse en el aire tiene significado sexual respecto a la erección y eso provoca ansiedad. En *fobia a elevadores*, la gran cercanía con otras personas puede producir temores sexuales además de ansiedades claustrofóbicas. La estimulación asociada con el sentimiento de elevarse puede producir inconscientemente temores sexuales, en especial en adolescentes. De hecho, el temor a viajar en ferrocarril, hasta el grado en que las personas aún lo hacen, también se relaciona con mayor frecuencia a estimulación sexual inducida por el movimiento rítmico del tren. Esto también se aplica a los trenes subterráneos, aunque los aspectos de claustrofobia son de los que suelen quejarse más.

### 2. Fobias específicas como parte de un contexto familiar y cultural

Además de las dinámicas individuales, varios tipos de fobias se adquieren por “contagio”: puede aparecer en familias enteras y *ciertas fobias específicas deben entenderse como parte de un contexto familiar*. También deben considerarse ciertas condiciones culturales. Por ejemplo, en algunos grupos étnicos existe un patrón básico de permanecer cerca de casa y del núcleo familiar, siendo difícil señalar la diferencia entre lo que es culturalmente normal para ellos y lo que debe considerarse como fobia patológica, excepto cuando el paciente se queja sobre el temor de ser egodistónico.

En ciertos casos, la conducta fóbica puede adquirirse por una identificación con una figura paterna. El temor de una madre a la muerte o una enfermedad, o a dejar la casa por largos periodos, pueden repetirse en su descendencia.

### 3. Patogénesis individual sobredeterminada de las fobias

A pesar de que existen proposiciones generales para la mayoría de las fobias, y algunas para las específicas, hay también *aspectos individuales para cada reacción fóbica*, que se dan en ciertos individuos y no en otros.

Al estudiar el *inicio* de la fobia (o histeria de ansiedad) se revelarán con más claridad las características individuales. Mientras más específicamente se establezca el *inicio*, se obtendrá más “insight” sobre el significado concreto. El ejecutivo que de pronto sintió temor de volar a Europa había volado con frecuencia antes; pero este vuelo incluía París y él percibía tal ciudad como peligrosamente pecadora; por lo que su temor se debía sólo parcialmente al hecho de volar en sí.

Un mecánico sintió de pronto temor a morir de un ataque cardíaco un sábado a las 10:30 a.m. (podría considerarse esto como una histeria de ansiedad en lugar de una fobia) y se apresuró a la clínica de urgencia donde al examinarlo lo encontraron en perfectas condiciones de salud. Costó mucho trabajo establecer las circunstancias de su reacción. El me relató que, justamente antes de sentir sus palpitaciones del corazón, un tanque de gasolina había ido a cargar a la estación donde trabajaba. Al principio me pregunté si su ansiedad estaba de casualidad relacionada con un miedo de explosión. Esta hipótesis no estaba sustentada. Entonces resultó que su jefe se encontraba de vacaciones y él se había quedado a cargo de la gasolinera; me pregunté si tenía ciertas recriminaciones al regreso de su jefe o de casualidad, algunas fantasías de reemplazarlo, lo que le haría sentirse culpable y ansioso. Ambas hipótesis tampoco fueron ciertas.

Ahondando más, finalmente empecé a comprender las dinámicas importantes. Salió a la luz que un amigo suyo había venido y lo había bromado. El paciente acababa de donar un poco de sangre para la tía enferma de este hombre, y así lo habían hecho otras personas, pero este amigo en particular, había sido rechazado por el hospital por alguna razón. El paciente repentinamente se sintió bien aprovechándolo, y este sentimiento se aunó a una situación reciente en la que pensó que se había aprovechado de él su anterior esposa a la que aún mantenía. En esta ocasión se revivieron fuertes deseos de ser cuidado ya que en su infancia había padecido privaciones y sobreindulgencia por parte de su madre. En su caso, entonces, la histeria de ansiedad se relacionó con el deseo de pasividad y su gran ira oral. Tal ira probablemente precipitó las palpitaciones, que él interpretó como una enfermedad cardíaca. A medida que desaparecieron, el paciente también sufrió una agorafobia muy relacionada dinámicamente que le hizo continuar siendo dependiente.

Una paciente tenía un temor agudo a volar, que se había desarrollado justo antes de salir a unas vacaciones prolongadas en Europa. En un examen más minucioso, se encontró que lo que la trastornaba no era ni el temor a la pasividad ni una variedad de claustrofobia, sino una constelación muy particular. No tenía temor a volar en su camino a Europa sobre diversas partes del país; el único tramo del vuelo que le atemorizaba era el de Barcelona a Madrid y después al Norte de África. Lo que realmente temía era que si el avión se estrellaba sobre la meseta montañosa alta de España, tendría que enfrentar una muerte dolorosa por inanición o falta de agua. Este temor surgió después de una profunda investigación. Ella era lo suficientemente inteligente para darse cuenta de que si el avión se estrellaba, ella moriría en el impacto y nunca tendría que enfrentar sus temores.

Otro paciente con temor a volar, sólo temía volar sobre el océano. Tan irracional como la paciente anterior, a lo que él temía era a la idea de ser devorado por tiburones, vivo o muerto, y esto era lo que le causaba verdaderamente el temor.

Ya que los anteriores son ejemplos extremos de la especificidad de los temores irracionales y a menudo inconscientes, espero que indiquen la necesidad de ir más allá de la exploración de la fórmula general en la reacción fóbica.

#### 4. Pida al paciente que afronte la situación fóbica y se comunique de nuevo

Algunas consideraciones generales: en todos los casos, después de una exploración inicial de las dinámicas del problema, *se tiene que pedir al paciente que enfrente la situación fóbica y se comunique después, lo cual proporciona un material adicional para su comprensión.*

Es muy sencillo en la psicoterapia, hacer que el paciente entienda intelectualmente el problema. Es esencial que el paciente se atreva a encarar la situación que provocó la ansiedad durante el tratamiento. Técnicamente no es fácil decidir cuándo es el mejor momento para pedir al paciente que enfrente la situación temida, sea el metro o el elevador —los cuales son más fáciles de enfrentar que un vuelo internacional por razones obvias. Yo sugeriría la siguiente guía: cuando ya se haya “trabajado en ello” con lo básico, debe exponerse al paciente lo más mínimamente posible; por ejemplo, viajar una estación en el metro, subir por el elevador uno o dos pisos. Después debe comunicarse y decir cómo se sintió —cualquier emoción que haya acompañado a la experiencia proporcionará material nuevo para “trabajar en ello”.

Aparte de “trabajar en ello”, esta situación tiene elementos de desensibilización en términos de la teoría del condicionamiento. El paciente debe ser alentado lentamente y puede esperarse que soporte una mayor ansiedad, y proporcionar material que disminuya posteriormente la misma. Esta es una de las muchas áreas donde coinciden las aproximaciones psicoanalítica y conductista.

#### 5. “Trabajando en ello” mediante “insights” obtenidos en la situación fóbica actual

“Trabajar en ello” mediante “insights” logrados en la situación fóbica actual es muy importante y se relaciona con la idea del reacondicionamiento. Ya se comentó al inicio el método de “trabajar en ello” como parte general del proceso terapéutico (pág. 38): la aplicación del “insight” a diversas situaciones, incluyendo la vida diaria y la situación transferencial.

Lo que se comentó ahí suele ser cierto específicamente para trastornos fóbicos. Cada “insight” adquirido en forma cognoscitiva tiene que aplicarse en estas situaciones. Debe existir un intercambio constante entre los procesos de aprendizaje por “insight” y por condicionamiento, a fin de obtener óptimos resultados terapéuticos.

### 6. Fármacos para alivio sintomático de algunas fobias

Los fármacos, en especial los antidepresivos y energizantes, son de gran utilidad en el alivio sintomático de ciertas fobias. De gran ayuda en casos donde las fobias interfieren con el funcionamiento cotidiano, incluyendo el poder realizar un empleo. No es probable que los fármacos logren más que el alivio sintomático hasta que se haya aplicado la psicoterapia. Sin embargo, no quisiera subestimar la utilidad de ellos, en especial si las fobias causan alteraciones mayores en la vida de la persona. Hay algunos pacientes fóbicos que son casi resistentes a la psicoterapia, breve o a largo plazo, y el uso de fármacos es a veces, el único remedio posible.

El fármaco que ha sido más útil para tratar fobias y obsesiones es la clorimipramina (Anafranil), que se utiliza en casi todo el mundo, pero que no ha sido aprobado por la FDA (del inglés Food and Drugs Administration - Administración de Alimentos y Fármacos) en E.U.A.

Cuando, por alguna razón, los fármacos tricíclicos no son efectivos o contraindicados, los ansiolíticos pueden usarse en el manejo de las fobias temporal o a largo plazo.

Los pacientes con agorafobia que no tienen quien les acompañe al consultorio, pueden, con la ayuda de los fármacos, cuando menos venir a la psicoterapia. En este caso los fármacos funcionan como condiciones favorecedoras de ésta.

### 7. Símbolos y defensas contrafóbicos

Un paciente fóbico puede, al principio, tener que venir acompañado al consultorio por una persona que funcione como una protección contrafóbica, hasta que los fármacos o la interpretación hagan esto innecesario. Es una superstición muy difundida el que una moneda, medalla o pata de conejo, protegen desde accidentes hasta de mal de ojo. El símbolo contrafóbico funciona de la misma manera, ya sea un objeto o una persona.

El despachador de la gasolinera que se mencionó, llevaba consigo un pequeño libro de naturaleza inspiradora. Cuando se sentía ansioso, buscaba algún párrafo inspirador lleno de moral y otras exhortaciones. Con el libro muy cerca de él podía conducir y atender sus otras actividades cotidianas.

### 8. Fobias migratorias

Algunos pacientes fóbicos sufren, al principio, ataques de ansiedad libre, flotante, y por lo general después de cierto tiempo, esta ansiedad se "fija" en forma de histeria de ansiedad o en ocasiones de una fobia. En otras, la ansiedad se convierte en depresión. El hecho es que hay que recordar que todos los síntomas son *intentos de afrontar*: en ocasiones un síntoma y en ocasiones otro, afrontan la ansiedad básica. En las personas

más trastornadas, el dispositivo de afrontamiento al que finalmente llegan para fijar su ansiedad, es un sistema paranoide.

Lo mismo sucede con las fobias. Hasta cierto punto, mientras más limitada sea una fobia, es menor lo que afecta el estilo de vida. En tanto más generalizada, será más dañina. Algunas personas no pueden llegar a una configuración óptima de fuerzas de temores y defensas contra ellas, y por tanto padecen histerias de ansiedad y fobias que cambian con frecuencia en forma de fobias migratorias.

Los aspectos hipocóndriacos sobresalen de lo anterior. Algunos pacientes son en especial frustrantes para sus médicos porque un día llegan gravemente preocupados sobre un tumor cerebral, y dos días después de un ataque al corazón inminente. Tan pronto como son atendidos de estas ansiedades, desarrollan una preocupación por un cáncer rectal o por leucemia. Mi tendencia ha sido hablar de estos temores como "fobias migratorias". Habiendo analizado muchos pacientes, a la larga encontré que estos temores pueden reducirse a un temor a la castración, el cual se atribuye inconscientemente a una parte tras otra del cuerpo. El hecho es que se debe lidiar con la ansiedad básica que interfiere en forma automática con el patrón continuamente cambiante de las preocupaciones de enfermedades corporales.

En este contexto, no debe tomarse literalmente "ansiedad de castración". A lo que en realidad se relaciona, suele ser cierta ansiedad vaga de la niñez por ser lastimado. No necesita referirse específicamente a una pérdida del pene o, ya que la castración se relacionaría más adecuadamente con ello, de los testículos. En mujeres, esto también puede implicar simplemente el ser lesionada en alguna forma. Esto es con frecuencia, el resultado de haber escuchado a los padres en sus relaciones sexuales, la escena primaria, y en alguna forma de cierta ansiedad vaga de lo que están haciendo, algo amenazador y doloroso a la persona.

### 9. Panfobias

Las panfobias son parecidas a las fobias migratorias, excepto por el hecho que el paciente siente temor de muchas cosas a la vez. Puede sentir temor a enfermarse por tocar objetos supuestamente contaminados conjuntamente con el temor de que se caigan unos ladrillos. Puede existir una claustrofobia a la vez que una agorafobia, etc. El caso prototipo del billonario Howard Huges, sirve como un ejemplo concreto y del conocimiento público. El insiste en usar guantes de algodón, ingerir los alimentos más simples, y rodearse de protección contra las enfermedades, gérmenes u otro tipo de contaminación. Obsesiones y fobias van de la mano, por lo que se ha sugerido que tales condiciones merecen considerarse como "esquizofrenia" o como lo que en alguna ocasión se describió "esquizofrenia seudoneurótica". En la actualidad, los pacientes informan padecer de un

trastorno limítrofe. Excepto por cierto efecto sobre aspectos aislados de la disfunción, la terapia breve y para ese problema a largo plazo, sólo tiene pocas posibilidades de lograr una diferencia; y en éste caso únicamente tratando con las dinámicas básicas complejas y muy primitivas.

### 10. Delirios somáticos

Los delirios somáticos, al igual que las panfobias, pertenecen a las condiciones más desconcertantes, bizarras y terapéuticamente frustrantes. Es importante no confundirlos con una fobia o histeria de ansiedad. Esto sucede muy a menudo, para desgracia del paciente y terapeuta.

Una paciente se quejaba de estreñimiento molesto y cólicos abdominales concurrentes. Había tomado una cantidad excesiva de laxantes pero no sentía alivio. Consultó médico tras médico a la vez que varios psiquiatras. La idea de no haber tenido una evacuación intestinal suficiente, la obsesionaba todo el día. Veía a las personas en T.V. y pensaba que eran afortunados; se veían felices por haber tenido una evacuación satisfactoria. Si encontraba gente en la calle, la asaltaba el mismo pensamiento. Una anamnesis dolorosa y exploración aclararon que, cuando menos inconscientemente (y no *del todo*), ella pensaba que tenía algún abultamiento u organismo viviendo dentro de sus intestinos y que eso era de lo que ella quería deshacerse. Hablando analíticamente, esto era un símbolo de una fantasía primitiva de embarazo, pero con un feto que identificó con un carácter devorador agresivo, que trasladaba en ocasiones a una preocupación sobre una afección maligna. El tratamiento muy prolongado no tuvo éxito alguno. Después de haber sido rechazada cuando menos por media docena de cirujanos, finalmente encontró uno que la operó y extirpó un gran tramo de intestino. Unas semanas después de la cirugía, él me llamó con desesperación. La paciente había regresado a su preocupación por sus intestinos y defecaciones.

Otro paciente se torturaba con el temor de contraer rabia. Constantemente se lavaba las manos e iba de un doctor a otro para que le aseguraran que no la padecía.

Un hombre se preocupaba por la sensación de que su lengua era muy grande para su boca, y se sentía incómodo con la boca abierta y cerrada.

Otro paciente tenía la preocupación de que sus zapatos estaban demasiado justos, demasiado holgados o ambos. En ocasiones no podía realizar ningún trabajo. Tan pronto como amarraba sus agujetas sentía que le apretaban y al soltarlas sentía que le quedaban flojos. En este caso es posible que los pies tuvieran un significado fálico, cómo la lengua del otro paciente, y que ellos se preocuparan respecto a la naturaleza superficialmente fálica y pregenital.

Como es de suponerse, la psicoterapia no tuvo éxito con estos pacientes, de quienes se dice que padecen un delirio monosintomático. Todos

ellos, al parecer, no tenían ninguna otra alucinación o delirio, y además de sus delirios somáticos su contacto con la realidad estaba intacto.

Menciono este trastorno para aclarar que desafortunadamente, en mi experiencia, la naturaleza de la psicoterapia a corto o largo plazo, no tiene nada que ofrecer a tales pacientes. Sin embargo, un informe indica que un fármaco llamado Pimozida, puede ser eficaz para tratar estos trastornos que de otra manera serán resistentes. Este hecho ha sido sugerido por el Dr. Alistair Munro,<sup>55</sup> quien llama a estos trastornos como, "Psicosis Hipcondriacas Monosintomáticas (P.H.M.). Mis observaciones concuerdan con las suyas, en que también habla de un delirio hipcondriaco *aislado*. El sugiere una dosis matutina de Pimozida entre 2 y 12 mg.

# 16

## La psicoterapia breve intensiva y de urgencia (P.B.I.U.) del pánico

---

### PANICO

#### CONSIDERACIONES TEORICAS

El pánico puede ocurrir en el paciente en varias formas. Los tres tipos principales son: endógeno, exógeno y pánico mezclado.

##### 1. El pánico endógeno:

Se caracteriza por la manifestación de un sentimiento de pavor, el cual por lo general incluye manifestaciones somáticas como dificultad en la respiración, palpitaciones del corazón, ruborización: existe el temor de que algo terrible sucede, como una muerte inminente, algún desastre o el "volverse loco". Es muy semejante a la ansiedad libre, flotante; pero mucho más grave. En todos los casos, la causa del pánico o ansiedad es *desconocida* para el paciente. Este trastorno sucede a menudo en psicosis incipientes, pero también puede ocurrir con gran intensidad en individuos no psicóticos.

##### 2. El pánico exógeno:

Es precipitado por un suceso externo, como violación, asalto, accidente, entre otros.

##### 3. El pánico "mezclado":

Lo utilizo cuando me refiero a pánicos inducidos por drogas callejeras específicamente. Puede ocurrir en ocasiones con el uso de fármacos prescritos. Me refiero a él como "mezclado" porque sabemos por un lado, que la droga lo ha provocado, y por otro, que provee el surgimiento de fantasías únicas a la personalidad del paciente. Por tanto, estas fantasías o sentimientos son endógenas y exógenas, y alternadas lo atemorizan. En consecuencia, se debe tratar con los trastornos tóxicos y psicodinámicos. Desde luego, también se puede estar tratando con recuerdos repentinos donde no se ha ingerido ninguna droga en forma reciente, pero ciertas condiciones externas precipitaron el efecto incitador del pánico que causó la ingestión anterior. Son bien conocidos los aspectos potencialmente perturbadores de la marihuana, LSD, polvo de ángel, acelerador y cocaína. Incluso algunas drogas populares pueden inducir palpitaciones que las personas interpretan como ansiedad. Paradójicamente, hay quienes reaccionan con ansiedad ante cualquier sedante. Esto ocurre esencialmente, debido a que experimentan un sentimiento de pérdida de control y extrañeza.

#### DIEZ FACTORES ESPECIFICOS EN EL MANEJO TERAPEUTICO DEL PANICO

1. Establezca la causa inconsciente del pánico endógeno
2. Continuidad entre el pánico inmediato, factores precipitantes y antecedentes
3. Explicación intelectual como parte del establecimiento de la continuidad
4. Pánico exógeno: significado inconsciente del suceso externo
5. Relacione el pánico exógeno con los factores endógenos, haciéndolo egodistónico
6. El pánico endógeno como parte de una psicosis incipiente
7. Esté completamente disponible para el paciente
8. Proporcione una estructura
9. Interprete la negación
10. Utilice catarsis o catarsis mediata

### 1. Establezca la causa inconsciente del pánico endógeno

Existe una cantidad de patrones dinámicos que son las causas principales del pánico endógeno:

1. *Temor a la pérdida del control de impulsos*, ya sea de naturaleza sexual o agresiva.
2. *Reacciones de aniversario*, que se presentan la mayor parte de las veces como depresión, pero en ocasiones se manifiestan como pánicos y estados psicóticos. Existe una evidencia estadística excelente de que un número importante de personas ingresan a hospitales psiquiátricos en fechas de aniversario.
3. *Ansiedad de separación*, en especial en los individuos que necesitan relaciones simbióticas.
4. *Drogas*, como la marihuana, LSD o amfetaminas, pueden provocar estados alterados de la mente, recuerdos repentinos y en consecuencia estados de pánico agudos. En ocasiones, las fenotiacinas pueden provocar paradójicamente reacciones de pánico. Estos sentimientos de pérdida de control se deben al efecto de la droga y en ocasiones también a los barbitúricos de acción rápida.
5. *Reacciones de superyo severo* en respuesta al incremento de sentimientos y conductas sexuales o agresivas. Esto puede tomar varias formas, como temor al embarazo, a enfermedades venéreas o a un pánico libre, flotante sin contenido manifiesto.
6. *Masoquismo moral*, del cual es un aspecto la neurosis de éxito. Cualquier logro nuevo, incluyendo el progreso terapéutico, toma un significado edípico prohibido al que se responde con pánico. Esto puede ocurrirle a personas que han logrado algún progreso en cualquier área de su vida. Si ocurre en respuesta al proceso terapéutico, se le llama "respuesta terapéutica negativa".
7. *Una disminución súbita en la autoestima*. Esto puede conducir a la larga a una depresión y, bajo ciertas circunstancias, a un trastorno maniaco. El pánico puede ser el primer fenómeno en el inicio de la psicosis. Algunas personas neuróticas, por otro lado, padecen pánicos frecuentes que no conducen a trastornos más graves.
8. *Despersonalización*, por lo general un surgimiento de sentimientos inaceptables de agresión de una parte del yo contra otra. Jacobson<sup>31</sup> señala que si la agresión emana del superyo y se dirige hacia el yo, el paciente padecerá principalmente sentimientos de culpa.
9. *Desrealización*, aun en las formas más leves como déjà vu, puede producir pánico secundario por la mera naturaleza de la experiencia subjetiva.
10. *Sucesos traumáticos* muy fuertes pueden provocar pánico.

### 2. Continuidad entre el pánico inmediato, factores precipitantes y antecedentes

Es esencial demostrar con claridad al paciente la continuidad existente entre el pánico inmediato, los factores precipitantes y la historia de su vida. Ello cuando menos proporciona al paciente cierta sensación de control sobre lo que parece atemorizantemente egodistónico.

En mi práctica, el asesinato del presidente Kennedy provocó reacciones de pánico en tres pacientes, abrumados por la sensación de un desastre inminente. Con uno existía identificación con el asesino, y temía que se desataran sus impulsos agresivos. Después de un periodo de abstinencia sexual había estado esperando pasar la noche con una mujer, pero ahora dudaba. Con otro, la idea central era: "si un hombre tan poderoso como Kennedy puede ser asesinado, que se puede esperar de "un don nadie como yo". El tercer paciente experimentó la pérdida del presidente Kennedy como una remembranza de la muerte de su madre ocurrida en su infancia y que lo dejó con un sentimiento de desprotección y abandono.

Las características de las circunstancias exógenas, y la forma y contenido del pánico deben unirse en la interpretación con las dinámicas específicas y antecedentes genéticos del paciente. Así, el paciente que se identificó con el asesino del presidente Kennedy, recordó un suceso en el que tenía 4 años de edad y su padre golpeó a su madre durante una pelea.

### 3. Explicación intelectual como parte del establecimiento de la continuidad

La sola explicación intelectual y la comprensión, por lo general, no se consideran herramientas en la psicoterapia dinámica, sin embargo en el caso del pánico, la discontinuidad de la experiencia es responsable de gran parte del trastorno; por lo que una comprensión intelectual tiene generalmente un efecto de dar seguridad al paciente ayudándole a ver la continuidad: se siente "menos loco".

### 4. Pánico exógeno: significado inconsciente del suceso externo

En un pánico exógeno, es importante tener presente que es esencial entender el *significado inconsciente que tiene el suceso exterior para un paciente en particular*. Esta situación se trató con anterioridad en este libro, respecto a los sucesos externos como las enfermedades físicas, asalto, etc., y es aplicable también en este punto.

El pánico exógeno deriva en gran parte su carga emocional del significado inconsciente que tiene para el paciente. Un joven, por ejemplo, encontró su carro destruido en un acto de vandalismo, el pánico que experimentó estaba relacionado con su identificación con éste. Sintió que podría también ser víctima de este tipo de agresión en cualquier momento.

### 5. Convierta el pánico exógeno en endógeno, haciéndolo egodistónico

El terapeuta puede emplear ciertas técnicas para ayudar al paciente a hacer el pánico egodistónico. Puede decirle: "sí, esta es una situación terrible, pero creo que si le preguntamos a 10 personas que hayan tenido una experiencia similar, la mayoría reaccionaría en forma diferente a la suya". Con lo anterior, el terapeuta puede romper los lazos entre la experiencia de pánico estrictamente subjetiva del paciente y otras respuestas e introducir alguna perspectiva. Tal distanciamiento también ayuda al proceso de convertir al pánico de exógeno a una conciencia de sus aspectos subjetivos. El factor endógeno, el conflicto inconsciente o impulso que causa ansiedad irracional o pánico, tendrá un efecto desorganizador sobre el funcionamiento mental del paciente en proporción a la fragilidad de la personalidad premórbida del mismo.

En resumen, con un pánico exógeno, la tarea principal del terapeuta es enfatizar que otras personas han tenido experiencias similares y manifestado menos ansiedad, y explorar la reacción particular del paciente en el contexto de la situación específica que induce el pánico y dentro del contexto más amplio de su historia personal, conflictos preexistentes e idiosincrasia de distorsiones aperceptivas.

El joven que respondió al daño de su carro con pánico, debe darse cuenta que, lo que lo atemoriza no es vivir en Nueva York, sino sus temores generales de pasividad y castración.

### 6. El pánico endógeno como parte de una psicosis incipiente

En el caso de pánico endógeno como parte de una psicosis incipiente, la causa inconsciente que no se percibe muy bien, origen de la inquietud del paciente, es su temor de que aparezca repentinamente el proceso primario y deteriore en forma crítica su juicio y contacto con la realidad. También contribuye al pánico el temor de una posible pérdida de control de impulsos: "puedo empezar a saltar y gritar o golpear a la gente".

La principal maniobra terapéutica será mostrar al paciente la continuidad entre su temor y las circunstancias o experiencias precipitantes, ello debe tener un efecto tranquilizante, ayudándolo a sentir que, después de todo, no está "perdiendo su dominio".

### 7. Esté completamente disponible para el paciente

La primera regla que debe seguir el terapeuta en una situación de pánico es estar completamente disponible para el paciente. Ya que éste se siente completamente indefenso, debe hacerse sentir que el terapeuta se encuentra ahí para ayudarlo.

Si llama a medianoche en estado de pánico, el terapeuta simplemente debe escucharlo un tiempo hasta descubrir la naturaleza del mismo. Debe

entender la naturaleza exacta del ambiente físico que rodea al paciente y la disponibilidad de otras personas: ¿se encuentra en un lugar extraño?, ¿en un lugar público?, ¿está en cama con las luces encendidas?, ¿se encuentra alguien con él, o cercano a él?, ¿un amigo a quien puede llamar?, etc. Una vez investigados estos aspectos esenciales, el terapeuta puede intervenir en alguna forma. Hablando con el paciente por teléfono, puede ofrecer apoyo y algunas veces "insight".

El estar solo incrementará el pánico del paciente; el terapeuta debe pedirle que permanezca con alguien por un tiempo. Debe pedírsele que vuelva a llamar después de que haya llamado a otra persona o llegado a la casa de un amigo o familiar. Esta muestra de interés y preocupación por parte del terapeuta ayudará enormemente al paciente. La intervención debe seguirse mediante una cita para verlo lo más pronto posible.

### 8. Proporcione una estructura

En una situación de pánico, será muy útil cualquier estructura que el terapeuta pueda proporcionar. Los primeros bombardeos sobre Londres durante la Segunda Guerra Mundial causaron estragos emocionales. Después que se establecieron reglas bien definidas para la conducta durante el bombardeo, el pánico de la población civil desapareció virtualmente. Además, si los adultos mostraban pánico durante el ataque, los niños también lo hacían. Pero si los padres permanecían calmados con un proceso definido a seguir, los niños de igual manera.

En forma similar, se debe ayudar al paciente a incrementar sus señales de alarma. El ser capaz de detectar señales de que está empezando a experimentar ansiedad le ayuda a anticipar y evitar un pánico total.

Cuando un paciente viene a una primera sesión en estado de pánico, el terapeuta debe, como en todas las situaciones de crisis, tratar los acontecimientos más inmediatos. Conocer al paciente, obtener datos sobre el mal principal y los que se relacionen con él, la historia de su vida y los factores precipitantes relacionados con su pánico actual, y las razones que lo hicieron decidir buscar ayuda profesional en ese momento. Revisar para el paciente, la naturaleza del pánico, estableciendo continuidad entre sus temores presentes y las experiencias anteriores, dando un sentimiento de control sobre el pánico, asegurándole que *se puede controlar, que esto tiene conexiones causales* y que no debe experimentarse como una fuerza extraña o como algo superior a sus fuerzas o a su comprensión y empezar a "trabajar en ello".

### 9. Interprete la negación

El terapeuta debe estar alerta a la operación de negación y represión e interferir activamente en ellas cuando son excesivas, señalando al paciente

que su pánico surge siempre cuando un estímulo o excitación se niega o reprime.

#### 10. Utilice catarsis o catarsis mediata

Debe alentarse la expresión catártica de los afectos e ideaciones asociadas con el pánico. El procedimiento establece al terapeuta como una persona útil e interesada en el caso, le permite apreciar el contenido dinámico y forma del temor y, al mismo tiempo, proporciona una descarga de tensión suficiente para que el paciente sea receptivo a intervenciones terapéuticas posteriores.

Si una invitación directa a la catarsis no es aconsejable por la naturaleza frágil del yo del paciente, la *catarsis mediata* es lo más recomendable como se discutió (ver capítulo 7).

*Pie de página:* la moda actual de ver las condiciones de ansiedad como resultado de síntomas físicos es tan contraproducente que amerita el presente pie de página. El problema de la "válvula mitral prolapsada" como una causa de los ataques de ansiedad sirve como el mejor ejemplo. No hay duda que cualquier situación que provoque palpitaciones puede conducir a experimentar ansiedad. Los analistas saben que el despertar inconsciente del deseo sexual conduce a palpitaciones y respiración agitada pudiendo experimentarse como ansiedad libre, flotante.

Históricamente, han existido dos teorías generales básicas para la ansiedad: la más conocida fue la teoría de Cannon de la producción de adrenalina ante una situación de peligro.<sup>21</sup> La adrenalina se segregaba como parte del reflejo de "pelear o volar", conduciendo a una gran coagulación y a cambios circulatorios, etc. La principal rival de esta teoría fue la de James-Lange<sup>35</sup> que sostenía que la experiencia subjetiva de ansiedad era el resultado secundario de cambios fisiológicos, como palpitaciones, tensión muscular, etc. Es en esta segunda aproximación, donde se basa el énfasis actual en los aspectos físicos de la ansiedad, a sabiendas o no.

Mi propia experiencia con el despertar de la ansiedad, se remonta a los experimentos de Maraño con la inyección de adrenalina. En ciertas personas ésta producía ansiedad, en otras no.<sup>40</sup> Estoy satisfecho con que la *experiencia subjetiva de la ansiedad ocurre*, aun después de la inyección de adrenalina, *sólo* si la persona tiene otro estímulo de ansiedad, incluyendo ideación inconsciente y después traduce la experiencia de palpitaciones a la Gestalt de "ansiedad". Las personas sin una experiencia cognoscitiva previa de ansiedad experimentan las mezclas de novocaína y adrenalina utilizada por los dentistas como palpitaciones desagradables, pero no las describen como ansiedad.

El tratamiento de la ansiedad con propranolol y otros fármacos afecta sólo parte de la experiencia general de ansiedad —es decir, los síntomas fisiológicos— pero de todas maneras es necesario el tratamiento psicodinámico para tratar el problema completo y no sólo con el estímulo somático.

Para una discusión detallada de la interacción de los aspectos cognoscitivos y biológicos de la ansiedad, ver Kandel, Eric R. *From metapsychology to molecular biology: Explorations into the nature of anxiety. Amer. J. Psychiatry.* 140:1277-1293, 1983.

# 17

## La psicoterapia breve intensiva y de urgencia (P.B.I.U.) de los sentimientos de irrealidad del yo y del mundo

### LOS SENTIMIENTOS DE IRREALIDAD DEL YO Y DEL MUNDO

#### CONSIDERACIONES TEÓRICAS

El individuo en un estado de despersonalización se siente cambiado en contraste con su estado de bienestar anterior. Se siente observador; en efecto, un espectador de sí mismo. Siente una pérdida de su propia identidad. Con frecuencia, piensa que ya no tiene un yo al que pueda referir fuerzas y conducta directiva. Siente que ciertas partes de su cuerpo o de su mente son ahora extrañas y que no le pertenecen. En estados extremos sentirá que ya no tiene un cuerpo o que no está vivo. Estos sentimientos se pueden extender al medio, el cual aparecerá de igual manera como extraño al paciente donde parecerá haber perdido sus características de realidad. Puede creer que no hay mundo; experimenta desrealización.<sup>5</sup>



**DIEZ FACTORES ESPECIFICOS ACERCA DE:  
SENTIMIENTOS DE IRREALIDAD  
DEL YO Y DEL MUNDO**

1. Coexistencia de sentimientos de irrealidad del yo y del mundo
2. Un continuo de patología
3. Estados de elevación y conciencia cambiada del sí mismo o del cuerpo
4. Aspectos agresivos, sexuales, exhibicionistas y de separación
5. Trastornos del sentido del sí mismo como trastorno intrasistémico del yo
6. Separación relacionada a factores físicos
7. Estados de irrealidad inducidos por fármacos (fármacos de prescripción y de la calle)
8. Fenómenos *déjà vu* y *déjà reconnu*
9. Consideraciones terapéuticas generales
10. Tratamiento con fármacos

**1. Coexistencia de sentimientos de irrealidad del yo y del mundo**

Siento que es imperativo pensar sobre la despersonalización (y desrealización) como una variación, más o menos extrema de los cambios en la autopercepción y los sentimientos de irrealidad como variantes similares de la percepción del mundo que ocurren en forma constante en la vida normal. Estos cambios pueden estar a menudo en un nivel preconsciente, donde el grado de conciencia depende de circunstancias y variaciones individuales de la introspectividad. Los cambios en la autopercepción se asocian siempre con los cambios en la percepción del medio. Viendo la despersonalización y los sentimientos de irrealidad como un aspecto especial del problema general de la percepción, podemos ampliar nuestra comprensión del fenómeno para ver su relación dinámica y genética con otras variantes de ésta y como una parte de la teoría general de la personalidad en vez de como una forma de psicopatología *per se*.

La vida diaria obliga a asumir diversos papeles en cada individuo, con los cambios concomitantes del ser mismo en relación con el ambiente y coincidiendo con cambios en la autoconciencia, autoconcepto y autosentimientos. Estos papeles cambiantes incluyen los de igual, inferior y superior, figura pública y padre, consumidor y vendedor y muchos otros; de hecho, nuestro papel cambia sutilmente en relación a cada persona que tratamos y en cualquier escenario en el que nos desenvolvamos. Existen además los cambios de papel más dramáticos, de salud a enfermedad, de civil a soldado, de hombre libre a prisionero, joven a viejo.

Aún los sentimientos leves de autoconciencia con su autopercepción alterada pueden acompañarse de una distorsión perceptual de la percepción del individuo del mundo que lo rodea, y reacciones u observaciones. En estos casos, la despersonalización, sentimientos de irrealidad y proyección se encuentran ligados en forma muy complicada como una distorsión perceptual general del yo y del medio.

**2. Un continuo de patología**

Un ejemplo común de despersonalización leve, es el que se da por temor en el escenario, donde el cambio simultáneo de papel y percepción del yo y del medio es claramente evidente. La persona afectada siente no sólo que es otra la que está hablando o actuando y que la voz no suena como la suya, sino además que los minutos parecen horas y que unos pasos parecen kilómetros. Las percepciones del yo, del espacio y del tiempo se encuentran alteradas.

Se obtienen diversas ventajas al ver la despersonalización como una variación en un continuo de autoconciencia. La primera es que obvia la tendencia a identificar a la despersonalización sólo con trastornos psiquiátricos específicos. Puede decirse que los sentimientos de despersonalización más o menos graves pueden ocurrir bajo ciertas circunstancias y relacionar-

se a grados variantes de la gravedad de la patología. Esta formulación permite llegar a un punto importante: un paciente con antecedentes de experiencia con sentimientos de despersonalización, por sí misma, no tiene un valor diagnóstico específico. La gravedad de la despersonalización probablemente se relaciona en forma proporcional al grado en el cual el paciente muestra evidencias de trastornos causados por problemas orales y también en el que padece perturbaciones de los límites del yo. Estos, a su vez, se relacionan más o menos en forma directa con la gravedad de la neurosis o psicosis.

Una segunda ventaja de considerar a la despersonalización como un fenómeno perceptual general, es que elimina la tendencia a definirla de manera muy limitada como un proceso psíquico específico o inclusive simplemente como una defensa.

Una tercera ventaja es que nos permite ver los diferentes caminos que condujeron a este fenómeno. Los sentimientos de despersonalización pueden ser producidos por una amplia variedad de drogas, particularmente las psicotomiméticas (dietilamida del ácido d-lisérgico [LSD] y otras). Como se mencionó, también pueden producirse por mecanismos fisiológicos simples. En una persona con gran ansiedad y rigidez en los músculos del cuello puede haber la suficiente perturbación de la propiocepción por la rigidez de la nuca, con los consiguientes vértigo y desorientación, que explique un sentimiento de separación. Un paciente que hiperventila puede tener una sensación de atolondramiento con parestesia y otras particularidades sensoriales resultantes de la alcalosis. Puede haber suficiente espasticidad muscular para alterar la propiocepción. Este cambio es posible que origine una modificación en la autopercepción y sentimientos de despersonalización, que en ocasiones se acompaña de vértigo por falta de enfoque ocular. Los pacientes histéricos ven con frecuencia los objetos cercanos como si estuvieran muy retirados. La diplopía y la visión borrosa resultantes, pueden provocar sentimientos de irrealidad.

*Terapéuticamente*, tales sentimientos de despersonalización se tratan de una mejor manera por medios directos. Por ejemplo, interfiriendo con la hiperventilación o alcalosis mediante el uso de relajantes musculares, sedantes u otros fármacos, pueden alterarse las distorsiones sensoriales, aliviando así éstas en los sentimientos de autoconciencia.

Las perturbaciones en el sentido del sí mismo, también se relacionan directamente con problemas en las relaciones objetales: en tanto más primitiva sea la relación objetal más grave será la perturbación del sentido de realidad del sí mismo. En las personas gravemente narcisistas, la línea límite puede desaparecer casi por completo y la persona confundirá lo que le sucede a otra, con lo que le sucede a él: se convierte en la otra persona, como alguien en una película.

En las relaciones objetales principalmente simbióticas, puede experimentarse la separación como una pérdida parcial del sí mismo con ansie-

dad grave. En las relaciones primordialmente anaclíticas el sentimiento de irrealidad se relaciona casi siempre con sentimientos de agorafobia. En las relaciones ambivalentes, el síntoma que se presenta con más frecuencia es también la agorafobia, como si el paciente dijera, "tengo que verte si no cómo sabré que mis deseos hostiles no te han matado".

Los sentimientos más graves de despersonalización, son entonces fundamentalmente importantes en las relaciones narcisistas y simbióticas. En la P.B.I.U. es posible aliviar los síntomas agudos pero las alteraciones más profundas, requerirán tratamiento a largo plazo.

### 3. Estados de elevación y conciencia cambiada del sí mismo o del cuerpo

Los fenómenos disociativos pueden aparecer en una gran variedad de formas, cubriendo un amplio espectro de experiencia y conducta. Las formas leves más comunes incluyen a menudo una combinación de despersonalización y desrealización —por ejemplo, sentimiento de "extravagancia", no estar "con él", "estar fuera mirando hacia adentro", sentir que "mi cabeza está llena de algodón" o "encerrado en una pared de cristal". Algunas personas (por lo general histéricas) con sentimientos relativamente leves de desrealización, de hecho provocan la experiencia, sin saberlo; por ejemplo, si una persona mira de cerca un objeto en tanto que enfoca hacia el horizonte, las pupilas se dilatan y la imagen cercana aparece borrosa, fuera de foco. A su vez, lo borroso de la imagen en la retina provoca sentimientos de irrealidad, de ser eliminado del ambiente. El explicar el proceso al paciente y demostrándole que pueden producirse los síntomas, logrará un efecto de seguridad. Una medida más efectiva es tratar las dinámicas de la negación.

Otros pacientes describen fenómenos más perturbadores, como la percepción de que todo se mueve a lo lejos. Los objetos aparecen como si se vieran por la parte opuesta del telescopio. El paciente se siente muy extraño y como que el mundo que lo rodea no es real. Tienen sueños perturbadores en los que las figuras y los objetos se ven muy pequeños. Estos fenómenos pueden interpretarse como un sentimiento de falta de relaciones de objeto.

Cuando las personas se encuentran en una ciudad grande o extraña, ocurren a menudo sentimientos de desrealización. Por esta razón muchas personas temen a Nueva York. Caminar por Wall Street, por ejemplo, con sus edificios altos y calles estrechas, hace que uno se sienta como una figura en una pintura de Steig. Algunos estudiantes universitarios experimentan estos sentimientos cuando se alejan de casa por primera vez, separados de pronto de un poblado pequeño, familiar y con una vida más estructurada. Aunque comunican ansiedad, las observaciones más detenidas muestran que lo que experimentan son sentimientos de desrealización, despersonalización o ambos. Es cierto que la ansiedad por sí misma puede poner

de relieve fenómenos fisiológicos, que a su vez producen una experiencia disociativa. Es útil interpretar la sensación de pequeñez en el primer caso, y explicar el proceso fisiológico del segundo.

Un fenómeno clásico de despersonalización es no tener noción del cuerpo o partes del mismo. En primer lugar la boca y después la mano. La boca es el órgano obviamente más asociado con las necesidades orales pasivas y la agresión oral, el deseo de devorar o ser devorado. Así, el entumecimiento de los labios y la boca es una defensa o separación de los deseos pasivos dependientes, de la agresión oral o ambos. Ya que la mano es el órgano ejecutor de la agresión, despersonalizarla o no sentirla es también una forma de defenderse de los sentimientos de agresión separando virtualmente una parte del sí mismo.

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

#### 4. Aspectos agresivos, sexuales, exhibicionistas y de separación

El fenómeno de la despersonalización aparece con frecuencia con el surgimiento de impulsos agresivos, problemas de separación y menos específicamente de situaciones de hambre de estímulos o deprivación.

En ocasiones del surgimiento de impulsos agresivos poderosos que no son aprobados y que entonces se dirigen en contra del sí mismo, estos impulsos establecerían una situación en la cual una parte del sí mismo ve a la otra con desaprobación y connotaciones agresivas. La parte observadora se torna en muy crítica de la parte extraña. Hasta cierto punto, esta es una señal de algún trastorno alarmante, muy similar a la teoría de la señal de ansiedad de Freud. Aquí, la sensación de despersonalización sirve como una señal de que algo anda mal, de que existe un fuerte conflicto entre algún impulso y el superyo. Esta observación de parte del sí mismo que es inaceptable, puede verse en los términos del concepto de núcleos del yo de Glover<sup>27</sup> —las diferentes partes del yo que se funden cuando la personalidad se desarrolla bien. Cuando no todo va bien, no se funden, o no lo suficiente, de modo que en situaciones de estrés se difunden o disocian los núcleos del yo. Un ejemplo extremo es el de *Sybil*, un caso de personalidad múltiple.

En la personalidad múltiple, los estados separados del yo se expresan como si fueran personalidades diferentes. En ciertas circunstancias, si estos estados separados del yo (aparte del que se está manifestando), se recuerdan en vez de reprimirse, un estado del yo puede criticar a las otras partes, y en consecuencia, el individuo tendrá sentimientos de extrañeza de sí mismo. La separación de una y otra parte del sí mismo y la desaprobación subsecuente de una hacia la otra, puede conducir al "acting out". A pesar de que una separación tan extrema no es tan común, existe, y en ciertos individuos puede conducir a amnesias graves, algo semejante a la personali-

dad múltiple o ambas. También puede convertirse en un puente hacia el "acting out", donde un estado inconsciente del yo surge y se apodera en una forma programada. Estos fenómenos se deben por lo general a sentimientos de agresión. Si la persona se encuentra enojada con quienes la rodean, estos sentimientos de despersonalización son una forma de eliminarlo de la situación inductora de enojo.

*Terapéuticamente*, la catarsis mediata (ver cap. 7) y la Interpretación son los medios más efectivos para tratar los problemas mencionados.

Perturbaciones similares ocurren cuando aparecen problemas de separaciones, porque en realidad el terapeuta no se encuentra disponible debido a enfermedad o vacaciones, porque el paciente se va, o porque este último ha tenido una separación significativa de una persona importante en su mundo, o está "trabajando en ello" problemas anteriores de separación. En un caso dramático de esta naturaleza, un paciente desarrolló súbitamente sentimientos de despersonalización. Tenía una sensación alarmante de muerte de los labios y boca asociado con la salida de vacaciones del terapeuta y la amenaza de separación. Había experimentado sentimientos similares cuando partió a la universidad, y cuando salía a la escuela de niño. Estos sentimientos se relacionaban con la separación de su madre, quien lo amamantó hasta que cumplió cinco años.

Cuando los pacientes sufren sentimientos de despersonalización, a menudo intentan con urgencia recuperar cierta sensación de identidad y tratan de hacer frente a esta experiencia molesta. Aunque los psicóticos sufren un grado más alto de despersonalización que los pacientes menos gravemente perturbados, los no psicóticos también pueden presentar estos síntomas esforzándose para superarlos en diferentes formas. Por ejemplo, una persona se mira obsesivamente en un espejo. Cuando se encuentra muy alterada se preguntará si está viendo su propio rostro, hará muecas y se tocará la cara.

Un paciente, sin duda, casi psicótico, trató sus sentimientos de despersonalización, de "no ser real" estrellando el cristal de la ventana con su mano descubierta. La sensación de no ser real se disipó por el dolor que sintió al romperlo. Clarence Schulz<sup>50</sup> del Sheppard Pratt Hospital, señaló que las personas que tienen dificultades con la despersonalización se tocan y abofetean con frecuencia para incrementar la propiocepción. Pararse bajo la ducha es otra manera de tratar sentimientos de irrealidad y límites corporales deficientes. Algunas personas muy perturbadas pasarán tres o cuatro horas bajo la ducha, sintiendo bienestar por el contacto del cuerpo con el agua y la sensación de tibieza. Por supuesto, estas y otras manifestaciones similares, pueden ocurrir en regresiones psicóticas. La P.B.I.U. puede tratar la despersonalización y desrealización como exacerbaciones agudas de un proceso crónico, pero no atender al proceso crónico en sí.

En contraste, algunas experiencias de despersonalización inducidas por diferentes formas, con frecuencia se describen como *placenteras* por mu-

chas personas. Los efectos causados por drogas ejemplifican esto, pero también en los niños puede verse la despersonalización cuando disfrutan el sentimiento de mareo cuando giran en el aire o se suben en platos giratorios. Las experiencias religiosas y estéticas intensas también pueden inducir estos sentimientos. La "libidinización de la ansiedad" sucede cuando se enfrenta un peligro, como colgarse de un camión en movimiento o escalar una montaña, se convierte en una forma placentera de jugar con la ansiedad. En tanto que el individuo piensa que puede manejar la ansiedad, mediante su capacidad, la habilidad para tolerarla es una experiencia placentera.

Un proceso similar sucede cuando se ve un drama o se lee una obra de ficción. Penetra el *suspense voluntario de incredulidad*, pero al mismo tiempo, el individuo sabe que es simplemente la narración de un drama. Los sentimientos de irrealidad se conservan placenteros dado que se mantiene el dominio sobre ellos. Muchas personas que provocan deseos de irrealidad tomando drogas, viendo una película de suspense, entre otros, lo hacen acompañados obteniendo resultados placenteros. Pero al hacerlo solos producen disforia y quizá pánico. De hecho, cualquiera de estos estados autoprovocados pueden quedar fuera de control y crear ansiedad o pánico.

##### 5. Trastornos del sentido del sí mismo como trastornos intrasistémicos del yo

Cuando la función de autoobservación del yo se incrementa, con frecuencia provoca un sentimiento de despersonalización. Parece robar a la persona el sentimiento necesario de "automaticidad" de la conducta. El paciente se queja de escuchar todo en su cabeza antes de decirlo. Se siente artificial, removido y desprovisto de emociones apropiadas.

En este estado, una parte del sí mismo observa a la otra, en ocasiones como una defensa contra la agresión. Clínicamente, los pacientes se quejan entonces de autoconciencia, falta de espontaneidad e incapacidad para "estar con ello". Se sienten afuera viendo hacia adentro, como actores en una obra.

*Terapéuticamente*, la tarea principal es ayudar al paciente a "ponerse en contacto" con estos sentimientos de separación, haciéndolos aceptables.

##### 6. Separación relacionada a factores físicos

Ciertas personas reaccionan a la marihuana o a otras drogas callejeras con pánico porque les provoca sensaciones de extrañeza, lo que también puede suceder debido a procesos fisiológicos simples, como se mencionó.

*Terapéuticamente*, es necesario tratar con medicación, "charlar", educación y tratar los factores subyacentes inconscientes.

##### 7. Estados de irrealidad inducidos por fármacos (fármacos de prescripción y de la calle)

Muchas personas tienen experiencias disociativas relacionadas con el tomar una cierta variedad de drogas. Estas provocan distorsiones del medio, conduciendo a sentimientos de desrealización y perturbaciones en los límites corporales, conduciendo a experiencias de despersonalización. Los efectos laterales de drogas como la marihuana y los alucinógenos (LSD o mezcalina, por ejemplo) no se limitan de manera necesaria al tiempo en que la droga se encuentra activa farmacológicamente. Pueden ocurrir "recuerdos repentinos" los que causan un retorno a estas experiencias perturbadoras cuando el paciente está tenso por alguna circunstancia, incluyendo, en ocasiones, periodos en la psicoterapia en sí que producen ansiedad.

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

Muchos fármacos bajo prescripción producen un cambio en la retroalimentación propioceptiva. Inclusive el diazepam (Valium) por su efecto relajador de músculos, puede producir cambios propioceptivos que conducen secundariamente a trastornos del sentido del sí mismo.

Los antidepresivos, energizadores o ambos, pueden producir palpitaciones y, posiblemente debido a hiperventilación, una sensación de ligereza de la cabeza, o de tenerla envuelta en algodón —básicamente, una sensación de despersonalización.

En estos casos está indicado, prohibición del fármaco en cuestión, educación y en el caso de drogas callejeras, programas complejos de tratamiento.

##### 8. Fenómenos déjà vu y déjà reconnu

El fenómeno déjà vu (la sensación de haber visto algo con anterioridad) y el fenómeno déjà reconnu (la sensación de haber vivido algo anteriormente) parecen ocupar un lugar entre la despersonalización y la proyección. La experiencia posee sobre todo la calidad de extrañeza; parece misteriosa, provoca ansiedad y a menudo hace que uno se sienta tan raro hasta el punto de la despersonalización. En este caso, la percepción externa puede verse afectada por fantasías pasadas o por congruencia con experiencias anteriores. Conviene una interpretación de la conexión entre las dinámicas contemporáneas y genéticas. El fenómeno déjà vu puede prestarse para una ilustración de cómo casi todas las personas pueden tener sentimientos de irrealidad bajo ciertas circunstancias —por ejemplo, cuando el sistema moderno de transporte rápido permite a una persona moverse de una cultura o ambiente a una extraña, en un periodo corto de tiempo.

### 9. Consideraciones terapéuticas generales

Por lo general es muy útil proporcionar al paciente cierta conciencia intelectual del proceso de despersonalización, asegurándole que su caso no es único y que el fenómeno no es individual, sino algo que el terapeuta entiende bien, que ha sido encontrado en muchos otros casos y puede observarse bajo ciertas circunstancias normales —al despertar de un sueño profundo o anestesia, de una hiperventilación, tensión muscular y distorsiones perceptuales. El efecto de los diversos fenómenos fisiológicos se puede demostrar al paciente.

Se le puede mostrar que la hiperventilación provocará una alcalosis, un cambio en el pH de la sangre, que a su vez provoca una amplia gama de fenómenos, desde un hormigueo en diferentes partes del cuerpo, espasticidad de diversos músculos, hasta cefaleas y tensión en los músculos fuertes del cuello.

Si la hiperventilación tiene un papel frecuente en la inducción de la despersonalización, puede enseñarse al paciente una técnica de respiración específica: espirar a través de una pajilla o cualquier otra abertura pequeña que ofrezca resistencia a la espiración (después de una inspiración libre) permitiendo la espiración libre en los últimos momentos de ésta. Esto estimulará el reflejo de Hering-Breuer en los pulmones y conducirá nuevamente a un tipo de respiración regular y automáticamente controlada que interferirá con el inicio de la alcalosis y la despersonalización. Los estados agudos de despersonalización provocados por la hiperventilación y la alcalosis pueden contrarrestarse mediante la bien conocida técnica de respirar dentro de una bolsa de papel o simplemente conteniendo la respiración, acumulándose así más dióxido de carbono en la sangre aliviando la alcalosis y con ello los sentimientos vagos que la acompañan a la despersonalización.

### 10. Tratamiento con fármacos

A menudo pueden aliviarse los síntomas inmediatos, donde la despersonalización es inducida principalmente por una experiencia que provoca ansiedad, con el uso de fármacos como meprobamato (Miltown, Equanil) y diacepóxido (Librium), entre otros.

La tarea terapéutica, aun con la ayuda de los fármacos, es difícil si los sentimientos de despersonalización se deben a la necesidad de relaciones simbióticas. En tales casos, probablemente sea necesario "trabajar en ello" el problema dinámico.

Hasta el punto en que estos problemas se encuentran dinámicamente cercanos a los de la depresión, pueden ser útiles los antidepresivos.

## Apéndice

### Entrevista muestra

En seguida se encuentran algunas observaciones con respecto al proceso y contenido de una entrevista inicial —observaciones que destacan algunos de los aspectos del funcionamiento del paciente y ciertos puntos técnicos. Se podría decir y escribir mucho más, de hecho, elaborar toda una monografía sobre esta entrevista, pero las notas son concisas a propósito para ser útiles en ejemplificar determinados aspectos del proceso, y no para ofrecer una discusión exhaustiva.

Estoy agradecido con este hombre anónimo por permitirnos aprender de sus experiencias muy variables. En un sentido más amplio, el estudio breve de este caso nos muestra que inclusive sucesos terribles de la vida, como combatir en la línea del frente en Vietnam y su impacto traumático, se comprenden mejor en términos de la estructura total de la personalidad, dinámicas e historia de la vida.

El entrevistado es un veterano de la guerra de Vietnam, de 30 años de edad, amputado, entrevistado ante un público de 400 personas, como parte de un seminario de terapia breve. Tales circunstancias limitaron algunas vías de interrogación. Todas las posibilidades características de identificación han sido suprimidas y la entrevista se filmó con el permiso del paciente.

**Dr. Bellak:** ¿Sería Ud. tan amable de decirme qué lo trajo aquí en primer lugar?

**Paciente:** Mi matrimonio . . . mi esposa y yo nos separamos por mis problemas de que me volví pasivo hasta el punto de que si ella quería hacer algo, simplemente lo aceptaba para evitar discusiones. Cuando estaba en Vietnam me explotó una mina. E hice muchas cosas allá que en

*realidad no me gusta hacer.*\* Me he convertido en un pacifista mental porque temo que *si me enfurezco me da miedo de lo que haría*,† porque en Vietnam yo maté en ocasiones debido a circunstancias penosas, como la de que varios de mis camaradas murieran en explosiones. Estando situado en una posición en la que había matado . . . haber hecho cosas que caían entre la justificación por conservar la vida y lo que no lo era. Llegué a un punto donde desarrollé una resistencia en mí hasta el extremo que *no amaría, no odiaría*.‡ Y llegó hasta . . . hasta el punto donde simplemente no podía vivir en esa atmósfera. Tenía que exteriorizar algo de odio o de temor. Porque llegué al extremo en que no amaba. No se puede amar sin odiar.

**Dr. Bellak:** Bien, eso me da una idea. Es mi deber hacerle preguntas y tratar de entender lo más que pueda. Bajo ciertas circunstancias, si existe algo que no quiera comentar, puede hacerlo.

Muy bien, me ha proporcionado algo de los antecedentes generales. Exactamente, ¿cuándo vino Ud. aquí, recuerda la fecha?

**Paciente:** El 10 de diciembre.

**Dr. Bellak:** El 10 de diciembre. ¿Cuál fue la causa final que lo trajo aquí?

**Paciente:** La causa final fue que he estado separado de mi esposa desde julio antes de venir, y de julio a diciembre mis nervios llegaron hasta un punto que bebí mucho. Estando sentado en el bar mis manos temblaban hasta que no las podía controlar. Estrellé un vaso tratando de mantenerlas quietas. Mis nervios . . . temía a la violencia. Desmayos. Mis nervios me estaban acabando.

**Dr. Bellak:** ¿Podría decir qué lo hizo tan nervioso? Especialmente, ¿entre julio y diciembre?

**Paciente:** No saber si podría vivir conmigo.

**Dr. Bellak:** Eso es muy interesante.

**Paciente:** Estaba tratando de hacerme a no amar u odiar. Lo bloqueé totalmente. Llegué al punto donde *no tenía emociones*.‡ No sentía.

**Dr. Bellak:** ¿Dónde vivía entonces?

**Paciente:** Tenía un departamento . . .

**Dr. Bellak:** ¿Vivía Ud. solo?

**Paciente:** Vivía solo.

**Dr. Bellak:** De todas maneras, debe haber habido algo más. Algo que lo hizo venir un día en diciembre, después de haber estado perturbado todo ese tiempo.

**Paciente:** Mi esposa había venido antes y básicamente ella me habló de venir, con la idea de que me darían algunas respuestas mejores.

\* Esta observación indica intraagresión.

† Esto sugiere temor a la pérdida del control de impulsos.

‡ Esto representa anhedonia, un resultado de la represión de la furia del paciente.

**Dr. Bellak:** Pero ¿hubo algo en especial que lo hizo venir en diciembre y no en julio?

**Paciente:** Había llegado al punto en que partí . . . por diciembre, descubrí que no podía racionalizar algunas de las cosas que hacía. Cuando estaba casado, había creído que eran racionales.

**Dr. Bellak:** Como ¿qué?

**Paciente:** En lo que se refiere a Nam. Estuve en diversas posiciones donde fuimos agredidos. Trabajé en lo que llamamos equipos cazadores-asesinos en Vietnam. Se salía con un hombre. Fui a cinco misiones. En dos de ellas regresé solo. Perdí a dos hombres . . . amigos míos.

**Dr. Bellak:** Así que eso aún estaba en su mente.

**Paciente:** Por esto sentí . . . había llegado al punto donde temía amar a alguien, por temor a perderlo. En Nam, nos encariñábamos unos con otros rápidamente. Todos los tipos con quienes trabajé, y trabajaron conmigo. Sabía cosas de ellos que no sabía de mi propio hermano, y ellos sabían cosas mías. Y después de perder a tanta gente, rehusaba acercarme a alguien . . . temeroso de acercarme y perderlos.

**Dr. Bellak:** Bien. ¿Vivía Ud. completamente solo o veía amigos? Desde que se separó de su esposa . . .

**Paciente:** Prácticamente, me encontraba solo. Durante los primeros tres o cuatro meses.

Estuve en el hospital desde la víspera de Año Nuevo hasta el 28 de junio. Recuperándome . . . cerca de seis meses . . . me amputaron una pierna . . . una mina me la había volado . . . regresé y mi esposa y mis padres habían hecho todos los arreglos para la boda. Yo no lo sabía.

**Dr. Bellak:** *Pero Ud. conocía a la chica, espero.*\*

**Paciente:** Sí, conocía a la chica. (*risas*)

**Dr. Bellak:** Bien. (*risas*) Estaba pensando en un amigo mío japonés a quien su mamá selecciona la chica.

**Paciente:** Bajé de 95 a 48 kg de peso durante el tiempo que estuve en el hospital.

**Dr. Bellak:** ¿En el hospital?

**Paciente:** Y no había muchas discusiones. En realidad no quería pelear ni discutir con nadie ya más. Y básicamente permanecí así.

**Dr. Bellak:** Ellos arreglaron todo ¿y Ud. lo aceptó? ¿es eso lo que me está diciendo?

**Paciente:** Sí, éramos buenos amigos y nos conocíamos, ya habíamos salido. Bueno, en realidad sólo un mes antes de que entrara al ejército, pero yo lo hubiera pospuesto un poco. Dos o tres meses.

\* Esta fue probablemente una de las observaciones más inapropiadas que hice, para aliviar mi propia tensión. En parte puede haber sido constructiva al señalar —enfocar— el papel manipulador al parecer excesivo de los padres y esposa del paciente.

**Dr. Bellak:** Creo entender que si Ud. no hubiera estado en las condiciones en que se encontraba ¿podría haber rechazado el matrimonio?

**Paciente:** Más que probablemente, porque cuando estaba en el hospital, yo nunca preguntaba y ellos siempre hablaban de eso. Esperaron un año . . . ella esperó . . . esperamos . . . para darme tiempo de adaptarme a la vida y sus problemas.

**Dr. Bellak:** Bien, así que aceptó. ¿Pero cuáles eran sus recelos, sus dudas?

**Paciente:** Bueno, gran parte de mi vida había sido atleta. Corría en pista el primer año que estuve en el ejército. Había corrido a campo traviesa. No sabía si podía aceptar no correr, no poder salir y jugar. Básicamente el pensar en trabajar . . . probablemente podría trabajar como cualquier persona, pero no sabía si podría hacer las otras cosas que me importaban tanto.

**Dr. Bellak:** ¿Cómo afectó eso al hecho de que Ud. se casara o no?

**Paciente:** No sabía si quería que alguien me soportara de ese modo y no estaba seguro que siquiera yo deseara ser de esa manera.

**Dr. Bellak:** Y entonces ¿cómo funcionó el matrimonio?

**Paciente:** Bueno, hasta el día en que partí, mi esposa sintió que teníamos un gran matrimonio. Por lo general yo aceptaba cualquier cosa que ella quería hacer. *En realidad no quería discutir por temor de enojarme porque temía a lo que pudiera hacer si me enfurecía.*\* Simplemente cedía y permitía que ella hiciera las cosas a su manera. Pero eventualmente esto llegó al punto en que *empecé a odiarme aún más por ceder a las cosas*, que en realidad no quería, en realidad no me gustaban.

**Dr. Bellak:** ¿Podría darme algunos ejemplos?

**Paciente:** Bueno, ella era católica y yo bautista. Ella nunca insistía en que yo fuera a la iglesia, pero siempre quería que lo hiciera y yo básicamente las veces que fui . . . en verdad no, se diría que, bajo presión . . . pero en realidad no quería ir . . . Pero me cansé de decir no.

**Dr. Bellak:** ¿Alguna otra cosa? ¿qué hay del conflicto entre ustedes dos?

**Paciente:** Bueno, me gustaba montar a caballo y las cosas relacionadas con el atletismo. Todavía me gustan. Me gusta esquiar y pasear en lancha y cada vez que buscaba algo que pudiéramos hacer juntos, a ella le daba miedo. Como los caballos. Compré dos caballos y cabalgó alrededor de 90 m y paró, el caballo la lanzó y ya nunca quiso volver a montarlo. Me exasperaba que no tratara de hacer las cosas que podríamos hacer juntos. Simplemente llegué al punto en que si quería hacer algo, lo hacía yo solo.

**Dr. Bellak:** Y hacia el final, en julio, ¿cuál era el punto principal de las diferencias?

\* Esto indica otro caso —entre muchos— del temor del paciente a perder el control de impulsos. Su agresión se torna intraagresión.

**Paciente:** Yo había . . . habíamos mandado hacer unos planos para una casa que estábamos construyendo y cada vez que hablábamos de ellos, ella decidía que quería cambiar un poco algunas cosas y los regresamos a los dibujantes cinco veces. Y empecé a estar de acuerdo con ella, sólo para no discutir y básicamente no era la manera que yo hubiera deseado. Sé de casas porque yo solía construirlas.

**Dr. Bellak:** ¿Es ese su campo? ¿a qué se dedica?

**Paciente:** Soy carpintero. Construyo muebles.

**Dr. Bellak:** ¿Es a lo que se dedica todavía?

**Paciente:** Como un pasatiempo. Soy básicamente un militar retirado.

**Dr. Bellak:** Bien, ¿qué es lo que Ud. diría que lo aflige más actualmente?

**Paciente:** (*Pausa prolongada*) en la actualidad no puedo llegar al punto en que me agrada a mí mismo.

**Dr. Bellak:** Bien, veamos eso. Si tuviera que hacer una lista, ¿qué es lo que más le desagrada de Ud. en especial?

**Paciente:** Estoy muy cerrado . . . me he vuelto pasivo. (*Empieza a llorar*) Sabe, esa no es mi manera normalmente. Normalmente hablo claro, ¿sí? Soy muy sincero.

**Dr. Bellak:** Así que no se agrada por eso. Por haber cedido.

**Paciente:** Llegué al punto en que *no me agradaba por ceder todo el tiempo.*\*

**Dr. Bellak:** Bien, ¿qué más?, ¿es eso lo que le molesta aún?, ¿piensa en ello?

**Paciente:** Sí.

**Dr. Bellak:** ¿Ahora?

**Paciente:** Sí.

**Dr. Bellak:** ¿Ayer?

**Paciente:** Sí . . . bueno, no hablamos ayer.

**Dr. Bellak:** ¿Todavía se hablan su esposa y Ud.?

**Paciente:** Todavía nos hablamos. Yo tengo a mis hijos el fin de semana.

**Dr. Bellak:** Pero ¿cuál de las cosas que le desagradan de Ud. pasó por su mente?

**Paciente:** Creo que una parte es el miedo a mí mismo. El no ser capaz de controlarme.

**Dr. Bellak:** Entonces ¿qué haría?

**Paciente:** En lugar de estar alrededor de personas donde estaría es una posición donde temería . . . preferiría estar solo.

**Dr. Bellak:** Puedo entender eso. Pero —y sé que esto lo lastima— podría Ud. decir específicamente ¿qué es lo que teme? ¿a hacer?

**Paciente:** Desintegrarme. Volverme loco accidentalmente.

**Dr. Bellak:** Y entonces ¿qué haría?

\* Esta observación muestra una de sus muchas referencias explícitas e implícitas a sus sentimientos de pasividad.

Paciente: Asesinar a alguien fuera de instinto en vez de . . .

Dr. Bellak: ¿Cómo? ¿cómo?\*

Paciente: Con mis manos.

Dr. Bellak: ¿Cómo?

Paciente: Existen varios métodos que nos enseñó el ejército.

Dr. Bellak: ¿Cuáles pensó utilizar?

Paciente: Hay ciertas áreas. Como la manzana de Adán de las personas. Con ambas manos quebrar la tráquea. Y varios métodos de triturar la caja torácica y quebrar la espalda. Con las manos sobre su cuello, jalar hacia atrás. Me he encontrado en dos ocasiones atacando la garganta de un hombre cuando me he enfurecido.

Dr. Bellak: Queremos entender. ¿Podría ser un poco más gráfico?

Paciente: Bien, la primera vez me encontraba en un bar. Alguien más entró (*suspira*) . . . era un homosexual y me hizo una proposición. Enfurecí. Si no hubieran estado ahí dos amigos míos y me hubieran detenido, lo habría matado.

Dr. Bellak: En este caso ¿cómo?

Paciente: Bueno, lo había agarrado por la garganta y subido contra la pared. Tenía mis manos alrededor de su garganta (*su voz se quiebra*) y yo trataba de . . . Y la otra ocasión. Yo había entrado al bar y un hombre y otra mujer discutían, el hombre la golpeó y yo me lancé sobre él. Traté de matarlo. Lo tenía asido por dentro de su garganta más que por fuera . . . y esto me asustó hasta el punto en que rehusé enfurecerme. Eso sucedió en el primer año después de salir del hospital. Llegué al grado en que simplemente no salía ni socializaba con la gente. Me quedaba en casa. . . .

Dr. Bellak: ¿Se ha mejorado esto ahora?

Paciente: Tengo mayor control ahora. De mis sentimientos. Puedo bloquear todo. Pero al bloquear me quedo en una situación donde tengo que luchar conmigo mismo.

Dr. Bellak: Bueno, Ud. describió eso con claridad —ese sentimiento o sensación de vacío que queda cuando ha tratado de dejar a un lado el amor y el odio. Lo hizo bastante claro. ¿Tiene Ud. amigos?

Paciente: Tengo cuatro personas en quienes confío lo suficiente como para llamarlos amigos.

Dr. Bellak: ¿Hombres?

Paciente: Tres son hombres, una es mujer.

\* Aquí intento obtener la situación tan concreta como sea posible, para evocar emociones e involucrarlas en la comunicación del paciente. También estoy preguntando detalladamente para poder evaluar el potencial de este hombre para la violencia.

Dr. Bellak: ¿Qué sueño anoche?\*

Paciente: No recuerdo si soñé. Sólo soñé dos veces desde que regresé de Vietnam.

Dr. Bellak: ¿Me los quiere narrar? En el momento en que se sienta incómodo . . .

Paciente: Uno fue hace cuatro años cuando mi esposa y yo nos separamos por un tiempo. Créo que fue un día después que la llevé a Pittsburgh y la dejé con sus padres. Tomé el tren de regreso. Esa noche . . . cuando estaba en Nam fui alcanzado varias veces mientras dormía y me habí tué a dormir con una pistola.

Dr. Bellak: Con "alcanzado" ¿quiere decir atacado?

Paciente: Sí, mientras estuviéramos dormidos. Y empecé a soñar acerca del día en que fui alcanzado en Vietnam. Por alguna razón, algo provocó un ruido en la casa y salí de la cama y disparé seis veces, hice seis orificios.

Dr. Bellak: ¿En el sueño?

Paciente: No, en realidad. Y eso fue lo que me asustó. Yo había salido de la cama. Dormíamos en sacos en Vietnam y siempre tenía conmigo un M15 allá y aquí una 38, y cuando nos alcanzaban, yo salía rodando de la cama y empezaba a disparar. Antes de darme cuenta de que ya no estaba en Vietnam, ya había salido de la cama y disparado seis veces hasta que se atoró el gatillo. E *hice seis orificios en la puerta lateral de mi casa. Afortunadamente no había nadie.* †

\* Este es un cambio muy brusco de dirección. En este punto, sentí que había obtenido toda la información que pude respecto a los factores precipitantes. Es parte de mi concepto de una entrevista dirigida que el terapeuta la redirija en ocasiones aun en esa forma tan abrupta.

† En este punto, es necesario evaluar el grado en que este hombre puede realizar "acting out" en un impulso, ya sea en contra de sí o de otras personas. Debe tenerse presente que:

- a. El paciente tuvo este sueño, disparó y vació su pistola sólo *después* de que su esposa se fue de la casa. Este hecho deja una apertura a dos interpretaciones:
  1. El actuó sólo cuando se sintió relativamente seguro de que no podría en efecto dañar a alguien, o
  2. La acción pudo haber sido motivada principalmente por enojo causado por la partida de la esposa.
- b. Todos los "acting out" del paciente ocurrieron cuando había estado bebiendo. Además de aconsejarle que no beba el terapeuta también tiene la oportunidad de utilizar lo que en el texto se menciona como "sensibilización a las señales" o prediciendo con la esperanza de equivocarse. Se debe decir al paciente que se enfurezca cuando ve que alguien débil es maltratado. Se puede tratar de comunicarle el concepto de identificación. Aquí puede emplearse también la intervención de a catarsis mediata para ayudar al paciente a deshacerse de su furia por haber sido pasivo en algunas situaciones.

En este punto, uno debe preguntarse, "¿qué tan peligroso es este hombre? y ¿debe ser hospitalizado?" Tendremos que buscar más señales en el resto de la entrevista.



Dr. Bellak: Bien, eso fue la noche después de que dejó a su esposa con sus padres en . . .

Paciente: Hace cuatro años.

Dr. Bellak: ¿Algún otro?

Paciente: Tuve uno cuando todavía estaba en el hospital. Bueno, tuve varios que volvían a ocurrir como el mismo sueño. Era el día en que fuimos alcanzados, atravesando el campo minado. El día que fui alcanzado tenía 20 hombres patrullando . . . 20 hombres . . . siete de ellos murieron . . . y los 12 restantes regresamos amputados. Mutilados. Una pierna . . . ambas piernas y brazos. Y el sueño era sobre lo mismo. Sobre todo el dolor.

Dr. Bellak: ¿Recuerda Ud. algunos sueños de su infancia?\*

Paciente: Cuando era muy pequeño —soñé ser atacado por un gran gorila. Un puñado de gorilas.

Dr. Bellak: ¿Gorilas?

Paciente: Atacado por un puñado de gorilas. Creo que tenía el hábito de ver muchas películas de Tarzán. Ese sueño en realidad me impresionó.

Dr. Bellak: Bien, eso me dice algo. *Realmente la pasó usted mal.* † Conozco un poco sobre esto. Aún soy consultor de West Point y lo era durante la guerra de Vietnam así que vi a varias personas cuando regresaron y también durante la Segunda Guerra Mundial, probé lo suficiente por mí mismo como para saber de lo que me está hablando. No es tan drástico.

¿Sería Ud. tan amable de darme un resumen muy breve de su historia de vida? ‡

Paciente: Nací en 1948. Tengo 30 años. Vivía en . . . hasta antes de ingresar al servicio.

Dr. Bellak: ¿Su familia?

Paciente: Tengo un hermano y una hermana mayores, y una menor.

Dr. Bellak: ¿Qué tan mayor es su hermano?

Paciente: Mi hermano es dos años mayor que yo. Mi hermana es ses años mayor que yo, y mi hermana menor es seis años menor que yo.

Dr. Bellak: ¿Y sus padres? ¿qué clase de personas son?

Paciente: Desde el punto de vista de cualquier gente, son muy compacientes y fáciles de sobrellevar. Mi padre en realidad lo es. A mi madre le gusta decidir por todo el mundo y molestar bastante.

Dr. Bellak: ¿Y cómo era su relación con Ud.?

\* En este punto, vuelvo a hacer una pregunta en cierta forma abrupta. A propósito del sueño, debe notarse el denominador común de ser atacado, en este sueño infantil y en el de Vietnam.

† Esta es una observación para ayudar a establecer una alianza terapéutica.

‡ Hago un cambio de dirección nuevamente, para conservar la entrevista en forma eficiente.

Paciente: En ocasiones teníamos, o yo tenía . . . problemas al crecer, me neté en dificultades en la escuela.

Dr. Bellak: Dos términos que no entiendo. Problemas al crecer y metiéndose en dificultades en la escuela. ¿Qué significa eso?

Paciente: En la escuela, siempre había sido pasivo, pero en dos ocasiones tuve problemas por peleas.

Dr. Bellak: *Pasivo ¿significando qué?\**

Paciente: Complaciente. No me gustaba pelear, no quería pelear. No quería discutir. No quería ser un tirano. No —trataba de llevarme con la gente.

Dr. Bellak: *Le recordaré esto después, ¿está bien?\** Pero ¿en dos ocasiones tuvo peleas?

Paciente: Y en ambas ocasiones sentí que eran justificadas y después me expulsaron de la escuela.

Dr. Bellak: ¿Lastimó a los chicos?

Paciente: No como para que tuvieran que ir al hospital. Sólo dos ojos amarrados, eso es todo.

Dr. Bellak: Bien (*risas*). ¿Cuál fue la peor cosa que su madre le hizo a Ud?

Paciente: Esa pelea —en esa ocasión sentí que había justificación para la pelea, cuando llegué a casa mi padre estuvo de acuerdo conmigo, pero aún así mi madre me dio una golpiza.

Dr. Bellak: ¿Cómo lo golpeó?

Paciente: Con un cinturón.

Dr. Bellak: ¿Qué edad tenía Ud. entonces?

Paciente: La primera vez probablemente 13 años. La segunda como 15.

Dr. Bellak: Ud. era “un gran tipo”.

Paciente: Básicamente, no era para que me lastimara con la paliza. Era para lastimarme por dentro. Me reclinaba en su silla para que lo hiciera. No lo hacía.

Dr. Bellak: No hacía ¿qué?

Paciente: No me golpeaba cuando estaba ahí. Yo básicamente . . .

Dr. Bellak: *Así que Ud. más o menos estaba de acuerdo en ello.\**

Paciente: Sí . . .

Dr. Bellak: ¿Con sus pantalones? ¿Tenía puestos sus pantalones?

Paciente: *Sin mis pantalones.* †

Dr. Bellak: Si describiera —*si aplicara tres palabras descriptivas a su padre*, ‡ ¿cuáles escogería?

\* El paciente ha utilizado el término “pasivo” varias veces ahora. Se lo señalo en este punto para prepararlo para interpretaciones posteriores.

† Este pequeño detalle de un chico de 15 años siendo golpeado en su trasero desnudo habla bastante respecto a la atmósfera familiar y al factor sádico, con las consecuencias para la personalidad del paciente.

‡ Una táctica que empleo con frecuencia.

Paciente: (Silencio).

Dr. Bellak: Las primeras que vengan a su mente. No lo haga muy difícil.

Paciente: Pasivo, en términos de mi madre. En comparación. Fuerte. Sociable en términos de los demás.

Dr. Bellak: ¿A qué se dedica él?

Paciente: Está retirado actualmente.

Dr. Bellak: ¿A qué se dedicaba?

Paciente: Teníamos una tienda de abarrotes en Pittsburgh. Después cuando nos mudamos a Philly, él y mi hermano abrieron una compañía de construcciones, en la que yo trabajaba.

Dr. Bellak: ¿Y su madre? ¿si Ud. la describiera? Ya dijo que era quijosa. ¿Qué más?

Paciente: Dos caras. Era de una manera exteriormente para todo el mundo y de otra manera interiormente. ¡Increíble! Esperaba que todos vivirían de una manera y ella quería vivir de otra.

Dr. Bellak: ¿Hizo Ud. el bachillerato?

Paciente: Sí.

Dr. Bellak: Y ¿qué hizo entre el bachillerato y su ingreso al ejército?

Paciente: El tiempo entre el bachillerato y el tiempo en que fui reclutado... Bueno, me fui de casa cerca de seis meses antes de graduarme. La razón de que me fuera fue un pleito que tuve con mi padre y él me abofeteó. Esa fue la primera vez que me había golpeado en cinco o seis años. Y me fui porque *temía pegarle también. Yo quería pegarle también... pero lo amaba. (empieza a llorar)* Lo amaba pero quería golpearlo. *Fue por eso que me fui.\**

Dr. Bellak: ¿Por qué le pegó a Ud.?

Paciente: Teníamos esa tienda de abarrotes allá. Trabajábamos juntos en las mañanas. El creía que las personas eran superhombres. Te podía que hicieras 10 cosas, regresaras en cinco minutos y pensaba endos más para que hicieras.

Dr. Bellak: Entiendo.

Paciente: Creo que tenía 17 años. Un día en la tienda finalmente le dije que ya no podía más, que sólo tenía dos manos y no cuatro. Y reo que esa fue la primera vez que le respondí, y me abofeteó.

Dr. Bellak: Así que ¿era buen tiempo para ingresar al ejército?

Paciente: Trabajé durante año y medio en una compañía petrolera, después del bachillerato, y entonces me llamaron a filas.

Dr. Bellak: Pensemos en las cosas que ha estado Ud. diciendo.

Paciente: Bueno, básicamente, lo que no me gustaba de la forma en que estaba viviendo era que me había vuelto totalmente pasivo.

\* Una situación que se repite en el presente, en la actualidad el paciente también tiene un conflicto entre el amor y el odio, y su uso de la defensa de apartarse, la que utilizó antes respecto a su padre.

Dr. Bellak: Si puedo interrumpirlo, si me lo permite, en realidad no le pregunté lo suficiente sobre su esposa. ¿Podría darme un resumen muy breve?, ¿qué clase de mujer es ella?

Paciente: Mi esposa tiene 28 años, es atractiva. Ella tiene una noción diferente de lo que es el amor.

Dr. Bellak: ¿Cuáles son sus antecedentes? Veamos las cosas simples.

Paciente: ¿Sus antecedentes? Después del bachillerato, trabajé en un banco.

Dr. Bellak: ¿Qué clase de familia?

Paciente: Su padre es italiano, madre alemana. Y muchos de nuestros problemas se derivan de ellos porque nunca le mostraron amor. Se rehúsan totalmente —ignoran que el sexo existe. Según ellos, no saben cómo nacen los niños, sólo los incubaron. Ella no entendía eso. Sus padres nunca se besan en público o abiertamente ni muestran afecto de ninguna clase. Totalmente cerrados, fríos, sin sentimientos.

Dr. Bellak: Si tuviera que describir cómo los padres de ella son diferentes, ¿qué diría?

Paciente: Su padre básicamente dominante, autoritario. Muy tacaño. Hasta el punto en que sé que hubo ocasiones en que sus hermanos menores le pedían dinero, como 25 centavos para un refresco o algo, y nunca permitía que vieran cuánto tenía, se volteaba y sacaba la moneda.

Dr. Bellak: ¿Y su madre?

Paciente: Su madre es como el padre, pero no tan agresiva.

Dr. Bellak: ¿Y su esposa? ¿si pudiera describirla brevemente?

Paciente: Al principio cuando nos casamos, no era agresiva. No era agresiva de ninguna manera. Temía cualquier clase de sexo. No sabe en realidad cómo mostrar afecto. Simplemente lo obstaculiza.

Dr. Bellak: El sexo ¿era problema?

Paciente: Sí.

Dr. Bellak: Ordinariamente, profundizo en ello, *pero creo que no necesitamos hacerlo de acuerdo a las circunstancias.\**

Pero ya que ha hablado de ello, ¿mencionó tener hijos?

Paciente: Sí, tengo dos niñas

Dr. Bellak: ¿De qué edad?\*

Paciente: De cinco y casi dos años.

Dr. Bellak: ¿Cómo se llevan ustedes?

Paciente: (Suspira) Las niñas y yo nos llevamos bien. Las tengo conmigo los fines de semana —viernes y sábado.

Dr. Bellak: Bien, regresemos a lo que Ud. cree que hemos podido aprender de lo que me ha dicho. † Después de todo, es mi trabajo, el ser de ayuda para Ud., entre otras cosas.

\* Me refiero a la naturaleza pública de la entrevista.

† Preparo al paciente para una interpretación, estableciendo la alianza terapéutica e incrementando la conciencia del paciente.

Paciente: (*Silencio*).

Dr. Bellak: Bueno, lo voy a hacer más sencillo. Después de todo, tengo un poco más de perspectiva. Es más fácil para quien está fuera. También se supone que debo saber algo de ello. Veamos si podemos concordar en algunas cosas. Mire, de lo que Ud. se queja más y que lo trajo aquí es el temor de que su furia se salga de control y reaccione con violencia. Y tiene algunas buenas razones para él. Vietnam fue una experiencia terrible. En ocasiones casi se le escapó de control y tuvo sueños muy perturbadores, en uno de los cuales fue atacado y en otro Ud. disparó su 38.

Paciente: Sí, y en el otro sueño —bueno era el mismo sueño pero cuando estaba en el hospital.

Dr. Bellak: Bien, ahora, curiosamente cuando me platicó algo de su pasado, en particular de la escuela, empezó diciendo que la mayor parte de las veces era Ud. pasivo. Entonces un par de veces usted golpeó bastante a algunos individuos. Su entera preocupación ahora y en su matrimonio, es que estaba siendo demasiado pasivo. El sentir mucho coraje, y en tanto más lo contuviera por temor a perder su control, mejor se sentía. Cuando niño, soñó que unos gorilas lo perseguían. Y esto lo asustaba.

Paciente: ¡Sí, terriblemente!

Dr. Bellak: En cierta forma, encuentro semejanza entre ese sueño de alguien grande, como un gorila, atacándolo y el de ser alcanzado, atacado también.

Paciente: *Básicamente, ambos son acerca de ser atacado.\**

Dr. Bellak: Eso es.

Paciente: Ambos son formas de ser atacado. Una por un animal y la otra por un hombre.

Dr. Bellak: Sí. Incidentalmente, ¿a quién se parecía el gorila del sueño? Lo primero que venga a su mente.

Paciente: Un mono grande.

Dr. Bellak: ¿Es alguien que Ud. conoce?

Paciente: No.

Dr. Bellak: Muy bien. (*Risas*).

Paciente: Sólo se veía como un gorila peludo grande.

Dr. Bellak: Así que existe cierta continuidad. En tanto que Vietnam indudablemente empeoró las cosas . . .

Paciente: El temor a ser atacado. El pensar en ello.

Dr. Bellak: Y también, todo el eje gira alrededor de la agresión, la pasividad. En la escuela, Ud. dice que la mayor parte del tiempo era pasivo, que es una forma curiosa de llevarlo a cabo, no todo mundo podría actuar de esa forma. Eso continúa en su matrimonio que es donde ha

tenido la relación más estrecha. Ud. empezó diciendo, según recuerdo, que sus padres lo arreglaron, permaneciendo Ud. pasivo y aceptándolo todo. Cuando describió a su esposa dijo que ella no era agresiva. Parece que usted piensa mucho en ello. Mencionó que no era agresiva y que después lo fastidiaba con los cambios constantes acerca de los planos y diferentes cosas. Quiero señalar que el ser agresivo o pasivo es al parecer un temor que le llega a la mente con gran facilidad. Es prácticamente el eje principal. Ahora, ¿qué me dijo sobre sus padres que pueda tener relación con eso?

Paciente: Sólo que mi padre era pasivo con mi madre.

Dr. Bellak: ¿Qué efecto pudo haber tenido eso en Ud.? ¿En su personalidad?

Paciente: Me afectó en el sentido de que casi hice lo mismo con mi esposa. Como la manera en que mis padres discutían continuamente.

Dr. Bellak: Si lo digo en mi manera vulgar, diría que Ud. se pudo haber dicho a sí mismo cuando era niño, "Que el diablo me lleve si soy tan dejado de una mujer como mi padre lo fue". ¿Correcto?

Paciente: Y terminé haciendo lo mismo. Ya sea eso, o permitirme llegar a eso.

Dr. Bellak: Ya fuera eso, o al menos así lo sintió Ud.

Paciente: Correcto.

Dr. Bellak: ¿Cuál sería su conclusión?

Paciente: Que temo ser como mi padre. Temo ser presionado.

Dr. Bellak: Bien, ¿podría *presionar\** (yo) eso un poco? Que Ud. teme ser pasivo. Uno de los hombres que llegó a Ud. en el bar era homosexual.

Paciente: Sí, pero entonces sólo tenía 21 años. Nunca tuve relaciones con otro hombre. Nunca quise. Nunca . . .

Dr. Bellak: Si amplió las cosas un poco —le molestó la idea de que él creyera que de alguna manera Ud. se interesaría en algo no masculino. Es al punto que quiero llegar. ¿Y en la ocasión en que Ud. casi tomó al otro tipo por la manzana de Adán?

Paciente: Eso fue acerca del hombre que golpeaba a una mujer. Me enseñaron a no hacer eso nunca.

Dr. Bellak: Bueno, aparte del hecho de que . . . psicológicamente ¿qué cree que puede ser? Mire, Ud. vio a alguien que era atacado. Cuando Ud. y yo vemos un accidente automovilístico en la carretera ¿qué hacemos?†

Paciente: Paramos y vemos si podemos ayudar.

Dr. Bellak: Pero si ya está ahí una ambulancia y una patrulla, ¿qué hacemos de todas maneras?

Paciente: Paramos y vemos si alguien está herido.

\* El paciente está desarrollando cierto "insight".

\* ¡Esta es una palabra muy imprudentemente utilizada por mí!  
† Intenté introducir el concepto de identificación, pero fallé por completo.

**Dr. Bellak:** Sí, pero por lo general todos bajan la velocidad un poco porque piensan "Caray, esto me podría suceder. Tal vez no deba conducir tan rápido". Uno se identifica, como decimos los psiquiatras, con la otra persona. ¿Podría haber algo parecido cuando Ud. vio que el tipo golpeaba a la mujer?

**Paciente:** ¿Aparte de la situación actual?

**Dr. Bellak:** Bueno, podría equivocarme, pero lo que me pregunto es si no se identifica uno con el desvalido. No quiere ver que golpeen a la mujer, porque piensa, "diablos, yo no quiero que me golpeen".

**Paciente:** Yo no quiero que me lastimen, pero yo no quiero lastimar a nadie tampoco.

**Dr. Bellak:** Bien, veamos si estamos de acuerdo en algunas cosas. Una es que Vietnam fue una experiencia terrible. Puede provocarle muchas cosas a . . .

**Paciente:** (*Interrumpe*) La gente tiene que hacer muchas cosas que no debería tener que hacer.

**Dr. Bellak:** Lo sé, pero esto pudo haber causado más que una impresión en su personalidad porque Ud. ya había tenido el temor de ser atacado, como prueba en el sueño del gorila, que fue recurrente en su infancia. Sintió que tenía que pararse ante su madre, hacia quien tenía sentimientos mezclados inexplicablemente. Sentimientos mezclados. Se acomodaba en la silla y permitía que ella le pegara, pero al mismo tiempo debe haber sentido mucha ira.

**Paciente:** Furia, porque no entendía por qué. Yo sentía que era justificado lo que había hecho.

**Dr. Bellak:** Bueno, entre otras cosas . . . Vietnam las empeoró como para que Ud. se presentara con ese patrón. Después tuvo la sensación de que fue empujado al matrimonio. Empezó con recelo de haberse dejado empujar a ello, inmediatamente después se vio en una situación y en una relación muy parecida a la que había visto entre sus padres.

¿Qué suma todo esto? Si Ud. y yo cambiáramos mentalmente de lugar, y Ud. fuera el psiquiatra, ¿qué pensaría de todas las cosas que ha escuchado hoy?\*

**Paciente:** ¿En lo que se refiere al matrimonio?

**Dr. Bellak:** No, en lo que se refiere a entender lo que pasa con Ud.

**Paciente:** ¿Lo que sucede conmigo?

**Dr. Bellak:** Sí, y lo que podríamos hacer al respecto.

**Paciente:** (*Silencio*).

**Dr. Bellak:** Bien, en vista del hecho de que vemos que algunos de los problemas que le afectan ahora y lo afectaron en su matrimonio existían en cierta forma en su juventud, en su vida inicial, ¿en qué piensa que deberían trabajar usted y su terapeuta?

\* Esta es a menudo una estrategia útil para incrementar el "insight".

**Paciente:** En llevarme al punto donde básicamente me libere lo bastante para sentir.

**Dr. Bellak:** ¿Cómo propone que se haga eso?

**Paciente:** La única forma en que puedo hacerlo es aprender a no tener miedo de alcanzar algo y a ser herido.

**Dr. Bellak:** ¿Existe alguna otra manera? Obviamente lo que le aflige ahora, tiene sus orígenes en la infancia. Entendiendo que muchas de las cosas que le sucedieron cuando era niño hacen que lo de Vietnam sea más difícil de tolerar y asimilar en la actualidad —y todavía lo afecta lo que sucedió en su infancia. En tanto mejor pueda entender como sobrenfatisó o distorsionó algunas de las cosas que le suceden ahora porque ya estaba preparado en la infancia —los gorilas y todo eso— menor será la ira que sentirá. Creo que esa ira ha existido desde su infancia, y se incrementó con todo lo sucedido en Vietnam. No sé si Ud. se hubiera podido casar con cualquier mujer . . .

**Paciente:** En ese punto.

**Dr. Bellak:** En cualquier ocasión, y no venir con las mismas expectativas. "Debo cuidarme de pensar que ella no es un hacha de guerra que me ronda". Porque eso es a lo que Ud. estaba acostumbrado. Así que en tanto mejor trate de entender sus sentimientos actuales en términos de su pasado, añadiendo lo de Vietnam como buena medida psicológica, mejor tratará las tensiones que tiene, las que parecen ser una cuestión de pasividad, agresión —realmente el eje sobre el cual gira su vida. Algunas personas también tienen ese problema, incluso sin haber estado en Vietnam, si han tenido una infancia similar. Este es un hecho, cuanto más lo piense tanto mejor.

¿Quiere saber quién adivino que era el gorila de su sueño? Creo que Ud. también puede hacerlo. ¿Puede decirme? La primer persona que venga a su mente.

**Paciente:** *Mi madre.*\*

**Dr. Bellak:** Oh, claro. Y le apuesto que si pudiéramos penetrar en el sueño con suficiente detalle, encontraríamos cosas que la identificarían. Y pienso que incluso algunas veces usted la identifica en su mente con algún vietnamita †. Bueno se torna un poco complejo. Pero esas son algunas de las cosas en las que ustedes dos pueden continuar. Entretanto, estoy seguro que puede realizar cualquier tipo de deporte para librarse de parte de la tensión. Creo que es una buena medida. Como golpear un saco de arena.

Ud. es diestro, según sé.

\* La discusión parece haber disminuido la represión y aumentado la conciencia.

† La interpretación concisa ideal que debí haber hecho era: "Pienso que todo lo que hizo fue cambiar los gorilas con guerrillas".

Paciente: Sí.

Dr. Bellak: ¿Jamás fue zurdo?\*

Paciente: No.

Dr. Bellak: Bien, pienso que es probablemente hasta donde podemos llegar ahora. Pienso que por haber visto problemas similares al de Ud., hay grandes esperanzas de que los dos —Ud. y su terapeuta— puedan realmente exteriorizarlo.

Sabe, no existe alguien que sea tan duro como para no ser pasivo de alguna forma. No importa qué tan duro sea el tipo.

Paciente: Básicamente, yo no temo ser pasivo. El problema es que por lo general soy demasiado pasivo.

Dr. Bellak: Bueno, en parte creo que tuvo que serlo porque con su madre . . . entonces eso lo hizo sentir como nada y usted tenía que enojarse realmente. De tal forma que si ustedes dos pueden exteriorizarlo para que Ud. no se sienta demasiado pasivo ni muy agresivo, pienso que todas las cosas deberán ir muy bien.

Muchas gracias de nuevo. Realmente le agradezco su disposición para hablar de estas cosas.

Paciente: Muchas gracias a usted.

---

\* Esta fue una noción breve de que los problemas del paciente con el control de impulsos pueden relacionarse a cualquier aspecto de una disfunción cerebral mínima. Discuto esto en forma más completa en otro libro.<sup>1</sup>

#### REFERENCIA

1. Bellak, L. Adult psychiatric states with MBD and their ego function assessment. En 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. Bellak, L. The concept of projection: An experimental investigation and study of the concept. *Psychiatry*. 7:353-370, 1944.
3. 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.
4. Bellak, L. Free association: Conceptual and clinical aspects. *Int. J. of Psychoanal.* 42:9-20, 1961.
5. Bellak, L. Depersonalization as a variant of self-awareness. In: *Unfinished Tasks in the Behavioral Sciences*. Edited by A. Abrams. Baltimore, Williams & Wilkins, 1964.
6. 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.
7. 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.
8. Bellak, L. (Editor and Contributor) *Psychiatric Aspects of Minimal Brain Dysfunction in Adults*. New York: Grune & Stratton, 1979.
9. Bellak, L. Editorial: Point of view: Ventilation is not enough. *Roche Report, Frontiers of Psychiatry*. Edited by H. Henderson. 10:14, 1980.
10. 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.
11. Bellak, L. & Baker, S. *Reading Faces*. Holt, Rinehart & Winston, 1981. Soft cover: Bantam Press, 1982.
12. Bellak, L. (y P. Faithorn). *Crises and Special Problems in Psychoanalysis and Psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel, 1980.
- 12A. Bellak, L. & Goldsmith, L. (Editors) *The Broad Scope of Ego Function Assessment*. New York: John Wiley & Sons, 1983. (In Press).
13. Bellak, L. & Haselkorn, F. Psychological aspects of cardiac illness and rehabilitation. *Social Casework*. 37:483-489. 1956.
14. Bellak, L., Hurvich, M. & Gediman, H. *Ego Functions in Schizophrenics, Neurotics, and Normals*. New York: John Wiley & Sons, 1973.

15. Bellak, L. & Jacques, E. On the problem of dynamic conceptualization in case studies. *Character Pers.* 1:20-39, 1942.
16. 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.
17. Bellak, L. & Meyers B. Ego function assessment and analysability. *The International Review of Psycho-Analysis*. 2:413-427, 1975.
18. Bellak, L., Prola, M., Meyer, E. J., & Zuckerman, M. Psychiatry in the medical-surgical emergency clinic. *Arch. Gen. Psychiatry*. 10:267-269, 1964.
19. Bellak, L. & Small, L. *Emergency Psychotherapy and Brief Psychotherapy*. New York: Grune & Stratton, 1978.
20. Bibring, E. The mechanism of depression. In: *Affective Disorders*. Edited by P. Greenacre. New York: International Universities Press, 1953.
21. Cannon, W. B. *Bodily Changes in Panic, Hunger, Fear and Rage*. New York: Appleton, Second Edition, 1929.
22. Davenloo, H. *Basic Principles and Techniques in Short-term Dynamic Psychotherapy*. New York: Spectrum, 1978.
23. English, H. B. & English, A. C. *A Comprehensive Dictionary of Psychological and Psychoanalytic Terms*. New York, London, and Toronto: Longmans Green, 1958.
24. Fenichel, O. *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. New York: W. W. Norton & Company, 1945.
25. Freud, A. *The Ego and the Mechanisms of Defense*. New York: International Universities, 1936.
26. Friedman, P. & Linn, L. Some psychiatric notes on the *Andrea Doria* disaster. *Amer. J. Psychiatry*. 114:426-432, 1957.
27. Glover, E. (1930) Grades of ego differentiation. In: *On the Early Development of the Mind*. New York: International Universities Press, 1956.
28. Hartmann, H. *Ego Psychology and the Problem of Adaptation* (1939). Reprinted New York: International Universities, 1964.
29. Hilberman, E. *The Rape Victim*. Washington, D. C. American Psychiatric Association, 1976.
30. Hinsie, L. E. & Campbell, R. J. *Psychiatric Dictionary*. Third Edition. New York: Oxford University Press, 1960.
31. Jacobson, E. *Depression: Comparative Studies of Normal, Neurotic, and Psychotic Conditions*. New York: International Universities Press, 1971.
32. Jacobson, G. F., Strickler, M. & Morley, M. E. Generic and individual approaches to crisis intervention. *Am. J. Public Health*. 58:2, 1968.
33. James, W. (1918) *The Principles of Psychology*. Volume II. Dover Publications, 1950.
34. Jones, E. *The Life and Work of Sigmund Freud*. Volume II. New York: Basic Books, 1955.
35. Leighton, A. H. *An Introduction to Social Psychiatry*. Springfield, Illinois, Charles C. Thomas, 1960. p. 110.
36. Lewin, B. *The Psychoanalysis of Elation*. W. W. Norton, New York, 1950.
37. Lindemann, E. Symptomatology and management of acute grief. *Am. J. Psychiatry*. 101:141-148, 1944.

38. 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.
39. Mann, J. *Time Limited Psychotherapy*. Cambridge, Mass., Harvard Univ. Press, 1973.
40. Maranon, G. The psychology of gesture. *J. of Nerv. and Ment. Disease*. 122: 469-497, 1950.
41. Minuchin, S. *Families and Family Therapy*. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1974.
42. Oberndorf, C. P. *A History of Psychoanalysis in America*. New York: Grune & Stratton, 1953.
43. Parad, H. J. (Editor) *Crisis Intervention: Selected Reading*. New York: Family Service Association of America. 1967.
44. Pinner, M. & Miller, B. (Editors) *When Doctors are Patients*. New York: W. W. Norton, 1952.
45. Pollock, G. *On Freud's Psychotherapy of Bruno Walter*. Annual of Psychoanalysis, Volume III, 1975.
46. Rapaport, D. Present-day ego psychology (1956) In: *The Collected Papers of David Rapaport*. Edited by M. Gill. New York: Basic Books, 1967.
47. Rosen, J. *Direct Psychoanalytic Psychiatry*. New York: Grune & Stratton, 1962.
48. Rosen, V. H. Psychiatric problems in general surgery In: *Psychology of Physical Illness*. Edited by L. Bellak, New York: Grune & Stratton, 1952.
49. 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.
50. 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. Mosher, New York: Jason Aranson, 1975.
51. Shneidman, E. Suicide notes reconsidered. *Psychiatry*. 36:379-394, 1973.
52. Shneidman, E. Psychotherapy with suicidal patients. In: *Specialized Techniques in Individual Psychotherapy*. Edited by B. Karasu & L. Bellak. New York: Brunner/Mazel, 1980.
53. Shneidman, E. & Farberow, N. L. Clues to suicide. *Public Health Reports*. 71:109-114, 1956.
54. Sifneos, P. *Short-term Psychotherapy and Functional Crisis*. Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1972.
55. Trainor, D. MHP said to be responsive to pimozide therapy. *Psychiatry News*. August 1, 1980.

*Nota:* En todo el texto se han utilizado diversos términos técnicos, por lo general psicoanalíticos, probablemente bien conocidos por los lectores. Si hay excepciones, por favor consultar: *A Glossary of Psychoanalytic Terms and Concepts*. The American Psychoanalytic Association. Editado por B. E. Moore y B. D. Fine. New York, Segunda edición, 1968.

## Indice de autores

---

- B -

Bellak, L., 24, 25, 91  
entrevistador, como, 131-146  
Bibring, E., 47  
Boltzman, 94

- C -

Campbell, R. J., 54  
Cannon, W. B., 120

- D -

Davenloo, H., 2, 38

- E -

English, A. C., 54  
English, H. B., 54

- F -

Farberow, N. L., 64  
Friedman, P., 93

Freud, Anna, 5  
Freud, S., 5, 35, 94, 126

- G -

Gediman, H., 24, 25  
Glover, E., 126

- H -

Hartmann, H., 5  
Haselkorn, F., 91  
Heimholtz, 94  
Hilberman, E., 93, 101  
Hinsie, L. E., 54  
Hurvich, M., 24, 25

- J -

Jacobson, Edith, 46, 48, 51, 116  
Jacobson, G. F., 95  
James-Lange, 120  
Leighton, A. H., 13  
Lewin, B., 50, 51, 61, 63  
Lindemann, E., 97, 103

## - L -

Linn, L., 93

## - M -

Mahler, Gustav, 5  
 Malan, D. H., 2  
 Mann, J., 2  
 Marañon, G., 120  
 Munro, Alistair, 113

## - O -

Oberndorf, C. P., 33

## - R -

Rapaport, D., 23  
 Rosen, J., 71

## - S -

Schultz, C. G., 127  
 Shneidman, E., 60, 64, 65  
 Sifneos, P., 2

## - W -

Walter, Bruno, 5  
 Wiley, Philip, 106

## Indice

## - A -

Acting out, 39, 42, 54-63, 65, 127, 137  
 Agorafobia, 2, 20, 21, 105, 106, 125  
 Agresión, 17, 21, 29, 37, 41, 42, 46 a 48, 58, 63, 64, 74, 80, 89, 91, 93, 96, 99, 100, 105, 106, 112, 116, 117, 122, 126-128, 134  
 Alcoholismo, 2, 22  
 Anamnesis, 9, 16, 17, 20, 62, 112  
 Anhedonia, 132  
 Ansiedad, 4, 20-22, 26, 35, 43, 59, 65, 70, 72-74, 78, 81-83, 85, 87, 89-91, 96, 97, 102, 114, 118 a 120, 125-130, 142  
 ataques de, 8, 9  
 castración, de, 3, 85, 88, 90, 103, 111, 118  
 exámenes, por los, 104  
 histerias de, 104-113  
 separación, de, 2, 20, 31, 116  
 terapia de excitación de la, 2  
 Antecedentes familiares, 19, 21, 22, 62, 64  
 Aplicación de represión, 29, 40, 42  
 Apoyo, 1, 40, 42, 43, 79, 82, 87, 89, 92, 97, 102, 119  
 Aprendizaje, teoría del, 2  
 Aproximación cognoscitiva, 4  
 Asociación libre, 35, 39  
 Aspectos administrativos, 7, 13, 14, 71  
 Autoestima, 3, 14, 24, 29, 45-48, 50 a 52, 55, 95-98  
 Autoidentidad, 24  
 Autorrepresentaciones, 4, 23, 46, 48

## - C -

Camas mojadas, 11, 12, 21  
 Catarsis y catarsis mediata, 29, 40, 41, 47, 51, 56, 57, 63, 71, 93, 94, 97, 115, 120, 127-138  
 Cerebral mínima, disfunción, 61, 146  
 Cirugía, 81-91, 112  
 Claustrofobia, 102, 105-109, 111  
 Competencia-supremacía, 24, 25  
 Concluir, 26, 30, 31  
 Condicionamiento, 39, 109  
 Constancia objetal, 24  
 Contrafóbicos, síntomas y defensa, 106, 110  
 Contratransferencia, 26, 72, 89  
 Crisis, intervención en, 10  
 Culpa, 88, 94, 96, 99, 101, 108, 116

## - D -

Defensas, 5, 12, 22, 24, 25, 47, 50, 51, 77, 80, 82, 90, 94, 102, 110, 124, 125, 128  
 Despersonalización, 24, 48, 95, 116, 121-130  
 endógena, 44, 51  
 reactiva, 44, 51  
 Desplazamiento, 98  
 Desrealización, 24, 116  
 Diagnóstico, 22, 61, 74, 90, 124  
 Distorsiones aperceptivas, 3, 26, 36, 48, 92, 118  
 Duelo, 11, 93, 99, 100



## - E -

Educación, 3, 34, 37, 40, 42, 51, 83, 84, 86, 89, 128, 129  
 Enfermedades físicas o cirugía, 81-91  
 Entrada, 13  
 Eritrofobia, 21  
 Escena primaria, 3, 11, 101, 111  
 Esquizofrenia, 13, 22, 24, 61, 78, 111, 129  
 Estímulos, barrera a los, 24, 25  
 Evitación, 78  
 Evolución del síntoma principal, 20, 21  
 Exhibicionismo, 20, 21, 106, 122, 126 a 128

## - F -

Fármacos, 6, 16-18, 29, 40, 43, 45, 56, 58, 59, 62, 65, 66, 69, 74-76, 79  
 dependencia de, 2  
 fobias, para, 105, 110  
 irrealidad por, 122, 125, 128-130  
 pánico, y, 115, 116  
 Fobia(s), 55, 97, 104-112  
 agorafobia, 2, 20, 21, 105, 106, 125  
 claustrofobia, 102, 105-109, 111  
 elevador, al, 107  
 eritrofobia, 21  
 escuela, a la, 20, 106  
 migratoria, 110  
 panfobias, 111  
 síntomas y defensas contrafóbicos, 106, 110  
 temor a,  
 conducir, 105, 106  
 volar, 107, 108  
 Funcionamiento,  
 autónomo, 24, 25  
 defensivo, 24, 25  
 sintético-integrativo, 24, 25, 30, 31

## - G -

Ganancias secundarias, 28, 70, 84-86

## - H -

Hipomaniaco(s), 49  
 maniaco, y, 50  
 Historia, preguntas sobre la, 9, 20, 21, 23, 27, 93, 106  
 Homicidio, 10, 69, 70  
 Hospitalización, 8, 12, 16, 18, 56, 59, 62, 65, 66, 69-71, 73, 76, 80, 96, 116, 137

## - I -

Identificación, 26, 41, 85, 96, 99, 107, 117, 137, 143  
 Insight, 3, 6, 21, 27, 31, 34, 38, 39, 43, 47-49, 107, 109, 119, 124, 142, 144  
 Intraagresión, 29, 45-48, 64, 132, 134  
 Intrayecciones, 5, 41, 46, 47, 52, 63, 89, 134  
 Intrayecciones, 5, 41, 46, 47, 52, 63, 89

## - J -

Juicio, 24, 25, 79, 101, 118

## - L -

Limítrofe, 25, 112

## - M -

Maniaco, hipomaniaco y, 50, 51, 77, 78, 116  
 Medicamentos, 14, 43, 74, 86, 128  
 Modificación de conducta, 3  
 Muerte, 48, 61, 63, 66  
 desafío a la, 100  
 deseos de, 106  
 temor a la, 84, 87-91, 93, 95, 99, 100, 107, 108

## - N -

Narcisismo, 45, 50-52, 85, 86, 124  
 narcisismo secundario en, 50  
 Narcisista, 24  
 conducta, 37  
 Necesidad de logro, 2  
 Negación, 11, 45, 47, 51, 78, 81, 89 a 91, 94, 97, 100, 102, 115, 119, 125  
 Neurosis,  
 caso de una, 22, 59, 116  
 transferencia, de, 54  
 Neuróticos, 1, 8, 23-25, 36, 54, 97, 102, 116, 124

## - O -

Obsesivos, 17, 21, 55, 61, 110-112, 127  
 Omnipotencia, 17, 57

## - P -

Panfobias, 111  
 Pánico, 3, 4, 12, 17, 21, 39, 42, 60, 62, 63, 65, 77, 78, 81, 101, 103, 104, 114-120, 128  
 ataque de, 10  
 endógeno, 114, 116, 118  
 exógeno, 114, 117, 118  
 mezclado, 115  
 Paranoide(s), 49, 55, 58, 61, 77, 86, 88, 111  
 transferencial, 26  
 Personalidad(es),  
 históricas, 55, 124, 125  
 múltiple, 126  
 Personas significativas, 53, 62, 65, 76, 79  
 Prevención,  
 primaria, 6, 7, 11, 12  
 secundaria, 6, 7, 11, 12  
 terciaria, 6, 7, 12  
 Primitividad, 24, 62, 63

Principal recurso, 41  
 Proceso,  
 disociativo, 27  
 pensamiento, del, 24, 25  
 Proyecciones, 47, 91, 123, 129  
 Prueba,  
 Dibujar a un hombre, de, 86  
 realidad, de la, 24, 25, 63, 79, 113, 118  
 auxiliar, 40, 41, 59  
 Psicoterapia de insight, 3, 6, 31  
 Psicótica, transferencia, 72  
 Psicóticos, 1, 8, 12, 22, 23, 25, 67-75, 82, 83, 88, 114-116, 118, 124, 127

## - R -

Regresión, 70, 71, 73, 95, 106  
 Regulación y control de las tendencias, 24, 25  
 Relaciones objetales, 24, 25, 45, 48, 49, 51-53, 99, 124, 125  
 Representaciones del objeto, 4, 46  
 Represión, 42, 90, 94, 119, 126, 132, 145  
 Resistencia, 8, 13, 14, 132  
 Rorschach, manchas del, 37

## - S -

Sensibilización a las señales, 40, 42, 56, 57  
 Sentido de realidad, 24, 25  
 Sentimientos de irrealidad, 121-130  
 Separación, 32, 122, 126-128  
 Simbióticas,  
 elecciones de objeto, 24  
 relaciones, 52, 116, 124, 130  
 Síntoma(s), 4-8, 10, 12, 30, 35, 67, 78, 80, 82, 94, 110, 120, 125, 130  
 principal, 20  
 síntomas secundarios, y, 21  
 Sistemas, teoría de, 2, 4, 17, 21, 45, 52, 53

- Stein, Gertrude, 97  
 Sueño, 12, 23, 26, 30, 31, 36, 85, 92,  
 102, 137, 138, 142-144  
 Suicidio, 10, 11, 22, 44, 46, 57, 58, 60  
 a 66, 69, 70, 79, 102  
 Superyó, 21-23, 29, 41, 45-48, 56,  
 58, 61, 63, 78, 99, 116, 126  
 Supresión, 94
- T -
- TAT, 27, 86  
 Técnicas proyectivas, 34, 37, 86  
 Teoría,  
 James-Lange, de, 120  
 relaciones objetales, de las, 4, 23  
 Terapéutica,  
 alianza, 9, 19, 26, 27, 29, 31, 35, 42,  
 86, 138, 141  
 neutralidad, 32, 35, 62, 64, 65  
 Terapéutico, contrato, 9, 19, 27, 28  
 Terapia,  
 apoyo, de, 6  
 conductual, 4, 6, 28  
 conjunta, 3, 17, 28, 29, 31, 40, 43,  
 45  
 diádica, 17, 28, 31, 45, 52, 53, 65,  
 72  
 electroconvulsiva, 66  
 familiar, sistema de, 40, 43, 71, 72  
 Terminación y conclusión espontánea,  
 28
- Trabajar con lo aprendido, 31, 34, 38,  
 39, 46-49, 66, 96-103, 105, 109  
 127, 130  
 Transferencia, 19, 23, 26, 27, 38, 46 a  
 49, 52, 55, 63, 109  
 negativa, 26  
 positiva, 26, 30, 32, 52  
 Trastornos,  
 afectivos, 51  
 déficit de atención, por, 22, 55, 59,  
 78  
 maniaco depresivos, 22  
 pensamiento, del, 43, 59
- V -
- Vida, sucesos catastróficos en la, 92 a  
 103  
 Violación, 11, 93, 97, 101, 102
- Y -
- Yo, 22, 23, 79, 120, 122, 124, 126  
 fuerza del, 63  
 funciones del,  
 componentes, y sus, 23-25, 74  
 evaluación de las, 23  
 ideal del, 23, 48  
 regresión adaptiva al servicio del, 24,  
 25

Esta obra ha sido editada por  
 El Manual Moderno, S.A. de C.V.  
 y se han terminado los trabajos de esta  
 quinta reimpresión de la primera edi-  
 ción el 6 de mayo de 1992, en los talle-  
 res de Impresora Azteca, S.A. de C.V.,  
 Poniente 140 No. 681-1, México, D.F.