

CUADERNOS DE SALUD MENTAL DEL 12

Nº 7 (2013)

UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE SALUD MENTAL

Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental

Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid)

Casos clínicos del Seminario de Psicoterapia 2011-12



María Díaz, Helena Domínguez, Francisco Gómez,
Blanca Quintana, Javier Ramos, M^a Dolores Rianza,
Carolina A. Rojas y Ernesto J. Verdura



**Hospital Universitario
12 de Octubre**

 **Comunidad de Madrid**

Coordinador "Cuadernos de Salud Mental del 12":
Dr. L. Santiago Vega González (svega.scsm@salud.madrid.org)

AGC Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario 12 de Octubre
Web oficial: <http://www.madrid.org/hospital12deoctubre/psiquiatria>
Madrid (España)

Publicación sin fines comerciales: material de uso exclusivamente docente.
Las identidades de los casos clínicos están ocultadas para respetar la confidencialidad.

Imagen de portada:
<http://3.bp.blogspot.com/-wGOFWG54vdY/UHZ4ShKXIAI/AAAAAAAAAXs/F9yJ0FcCW5s/s640/colores.jpg>

Marzo 2013

INDICE

| | |
|--|----|
| Prólogo Javier Ramos García | 4 |
| Definición. Conceptos básicos. Relación y alianza psicoterapéutica Javier Ramos García | 6 |
| Criterios de indicación en psicoterapia. Formulación de un caso. Esquema de presentación del material clínico Javier Ramos García | 13 |
| Depresión en una mujer con rasgos dependientes desde la Terapia Cognitiva de Beck Carolina Andrea Rojas Rocha | 25 |
| Tratamiento de un caso de agorafobia a través de la Teoría del Apego Blanca Quintana Sáiz | 39 |
| De Giorgio Nardone a Salvador Minuchin: un caso de depresión desde la Terapia Breve Estratégica y la Terapia Estructural Francisco Gómez Holgado | 46 |
| Terapia Cognitiva en psicosis. Caso clínico y revisión teórica Helena Domínguez Perandones | 58 |
| El TOC, uno más de la familia. Entendiendo la función del síntoma en la homeostasis familiar María Díaz Medina | 66 |
| Déficit narcisista y análisis desde el Enfoque Modular Transformacional Ernesto José Verdura Vizcaíno | 80 |
| Aprendiendo a querer a un otro. Evaluación y proceso de un caso de Psicoterapia Dinámica Breve María Dolores Rianza Pérez | 95 |

PROLOGO

Resulta un ejercicio historiográfico complejo situar los orígenes y los hitos fundamentales de la preocupación por la formación en psicoterapia en el Hospital 12 de Octubre de Madrid. Se trata de una historia larga, que ha contado con la implicación de muchos y muy prestigiosos profesionales, que se ha ido forjando con sucesivas generaciones de residentes, al principio con los de Psiquiatría solamente, después también con los de Psicología Clínica, últimamente ya con los recién incorporados residentes de Enfermería de Salud Mental. Una historia con momentos brillantes y otros más oscuros y dificultosos, pero que ha ido conduciendo, de una manera ya indiscutible e inequívoca, a la consolidación del compromiso del Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental (AGCPSM) de este hospital con la presencia de la asistencia psicoterapéutica de calidad en el sector público y con las vertientes docente e investigadora de esta forma de tratamiento psicológico.

Uno de los efectos de este compromiso ha de observarse en la progresiva y creciente estructuración del seminario estable de psicoterapia, constantemente enriquecido, a lo largo de los años, por elementos e ingredientes que son inseparables de la actividad asistencial, docente y de investigación en Salud Mental tal y como puede ser entendida en el seno de la Sanidad Pública. De estos factores, sería ineludible subrayar el valor añadido que aporta, por un lado, la pluralidad de los profesionales dedicados a la práctica psicoterapéutica en el AGCPSM y, por otro, la magnitud y diversidad de la población atendida en nuestro ámbito. Dos buenas razones para explicar el porqué tanto del rigor con el que se observa la importancia de escuchar más a los pacientes que a las propias teorías como de la decisión con que se elude todo reduccionismo de escuela.

La convivencia de un buen número de psicoterapeutas formados en líneas teóricas muy diversas es probablemente una de las grandes riquezas de la Salud Mental en el sector público. Sin perder seriedad y compromiso con la propia escuela, los profesionales del hospital y de los diferentes Centros de Salud Mental del área estamos habituados a dialogar entre nosotros, estamos interesados en comprendernos, somos curiosos a la hora de pensar qué nos puede aportar el otro. Y, sobre todo, tenemos siempre en mente (tanto que ya casi no le damos importancia) qué es lo que puede ser útil para cada paciente individual en cada momento concreto. La diversidad nos compromete con el paciente, con el sufrimiento del paciente. Y tal vez debamos encontrar ahí la razón básica por la que, desde cualquiera de los modelos, compartimos una suerte de seña de identidad psicoterapéutica común: el

cuidado de la relación terapéutica como elemento central desde el que poder desplegar una intervención, cualquiera que ésta sea.

Desde cualquier orientación, proponemos siempre un abordaje psicoterapéutico que se basa en el paciente que consulta y en la relación con ese paciente que consulta. La formación en psicoterapia en el AGCSM en el Hospital 12 de Octubre parte de esa piedra angular. Y sólo desde ésta se plantea un seminario que incluye muy diversas orientaciones e intervenciones y que toma sentido desde el trabajo con el material clínico que aportan los residentes. Un material que conforma los casos clínicos que aquí se presentan y que uno desearía fuesen leídos, como decía Freud, como relatos cortos; con el entusiasmo al que anima su calidad literaria; pero también con el respeto y la atención que se requieren cuando nos acercamos a la complejidad sensible del sufrimiento humano.

Javier Ramos García

Psicólogo Clínico

Coordinador Seminario de Psicoterapia ¹

¹ Coordinadores del Seminario de Psicoterapia (UDM Salud Mental H.U. 12 de Octubre) durante el curso 2011-12: Dr. Ignacio Mearin (médico psiquiatra), Dr. Javier Ramos (psicólogo clínico, profesor asociado CC. De la Salud UCM) y Dra. Natalia Sartorius (médico psiquiatra).

DEFINICION, CONCEPTOS BASICOS. RELACION Y ALIANZA PSICOTERAPEUTICA

Javier Ramos García
Psicólogo Clínico. AGCPSM H.U. 12 de Octubre

Sería grato poder eludir la cuestión que nos convoca a dar una definición del concepto de psicoterapia. Supone toda una tentación ceder al deseo de atajar, con escurridizo disimulo, y alegar que no tiene sentido dar respuesta a lo evidente. Y, sin embargo, no sería de recibo tratar de abrir un texto que compila casos clínicos abordados desde una comprensión y una técnica psicoterapéutica y no comenzar por el principio, por la propia noción de psicoterapia.

En la modernidad no existe probablemente una definición más elegante de psicoterapia que la de "la cura por la palabra", una propuesta cuyo origen legendario nos conduce a Bertha Pappenheim, la paciente a quien cabe atribuir la invención de esta idea. Una cura por la palabra certera dicha por el psicoterapeuta pero, más aún, por la palabra que el clínico puede disponerse a escuchar y que sale de los labios del paciente. Ahí está otra de las claves de la psicoterapia moderna: el abandono de la mirada del médico en favor de la escucha de la narración del paciente. Esa escucha que exigía Fanny Moser, la otra paciente que, en la historiografía oficial, destaca como inventora de la psicoterapia contemporánea.

La primera de estas pacientes tenía a Josef Breuer como médico, mientras que la segunda era atendida por Sigmund Freud, y ambos autores, y en gran parte gracias a ellas, son los impulsores del gesto revolucionario que supuso (y aún supone) escuchar a los pacientes y tomar en cuenta científicamente sus relatos y sus teorías sobre el sufrimiento propio (Roudinesco y Plon, 1996).

Inspirándose en el modelo darwiniano, Freud quiso ubicar el psicoanálisis -como primera formulación teórica de la que emana la psicoterapia contemporánea- entre las ciencias de la naturaleza, o al menos asignarle un estatuto de ciencia "natural". Y sin embargo, como heredero de las medicinas del alma, pertenecía a otra tradición científica, según la cual el arte de curar consiste menos en demostrar la validez de una deducción que en elaborar un discurso capaz de dar cuenta de una verdad simbólica y subjetiva del paciente (*Ibíd.*). Autores como Popper, como abanderados de la corriente revisionista a la que el psicoanálisis ha debido enfrentarse, han creído ver ahí la debilidad psicoanalítica básica, convencidos de que acusar a esta forma de psicoterapia de ser una mera hermenéutica suponía un ataque incontestable y una refutación definitiva. Nada más cierto

que lo contrario: probablemente, en nuestro intento de aproximarnos a una definición válida de psicoterapia, sin duda alguna, será más sencillo cumplir nuestro propósito si asumimos que la epistemología en la que es posible encuadrar esta técnica se ubica en el marco, no tanto de las *ciencias naturales*, sino de las *ciencias hermenéuticas* (Talarn, 2009).

En ese sentido, Gadamer (1971), que culmina el proyecto de Heidegger de colocar a la Hermenéutica en el centro de la Filosofía, plantea que sólo es posible acceder a la verdad a través de la conversación. Gadamer señala que comprender a otro pasa necesariamente por una fibra relacional que se concreta en la posibilidad de una fusión de horizontes, de tal forma que el horizonte de aquel a quien escuchamos y nuestro propio horizonte pueden aproximarse hasta conformar uno solo; y define la Hermenéutica como la búsqueda de la verdad a través de la Dialéctica, entendiendo ésta como el arte de dialogar, de saber llevar una conversación, lo cual sería, por lo demás, la esencia técnica de la psicoterapia.

A partir de esta idea básica, y con la pretensión de dar cabida en nuestro seminario a múltiples enfoques y múltiples propuestas técnicas, resulta ineludible la tarea, tal vez más accesible a partir de lo expuesto, de identificar aquellos elementos fundamentales presentes en la estructura de toda psicoterapia (y que, por tanto, pueden guiarnos en el esfuerzo por definir lo que la psicoterapia es).

Más allá de la obviedad, podríamos concluir que tales elementos, básicos y por completo necesarios serían:

- El paciente.
- El terapeuta.
- La relación psicoterapéutica.
- El proceso psicoterapéutico.
- El encuadre –en toda su complejidad- en el que se despliega la psicoterapia y en el que adquieren su sentido los restantes elementos: hablamos ya de “la clínica del detalle”.

Estos factores, comunes a toda psicoterapia, remiten a la idea básica de que todas las líneas psicoterapéuticas comparten algo, de que es posible esbozar una gramática común a cualquier abordaje psicoterapéutico (Cancrini, 1991), en un planteamiento al que no puede aludirse sin mencionar a Jerome Frank como autor (junto a su hija Julia) del texto de 1961

Salud y persuasión. En esos momentos, en un escenario en el que los enfrentamientos y las muestras de hostilidad entre los diferentes movimientos psicoterapéuticos alcanzaban un punto álgido, el libro de Frank impactó provocando un terremoto al lanzar dos afirmaciones provocadoras: En primer lugar, se concluía que todos los enfoques psicoterapéuticos a considerar podían asumirse como igualmente eficaces, y se sugería, como razón explicativa para lo primero, que eran los factores comunes a todas las psicoterapias aquellos a los que se podía atribuir el éxito de la intervención.

Así, Jerome y Julia Frank (1961) plantean que una psicoterapia estará definida por la presencia de: 1) un terapeuta, definida como la persona que cura, con conocimientos y capacidades para desempeñar esa labor, asumida como tal por el paciente y por su grupo social; 2) un paciente, que sufre y que busca alivio en la figura del terapeuta; y 3) un proceso, que se desarrolla y se asienta en la relación terapéutica y en el que la palabra y ciertos rituales son los elementos básicos con los que se pretende producir un cambio en las actitudes, las emociones, las conductas del paciente.

Se insiste en la idea de que este proceso no puede iniciarse ni desarrollarse si no es en el contexto de una relación particular que se ha de desarrollar entre el paciente y el terapeuta, que estará marcada, básicamente, por la confianza del paciente en la competencia del terapeuta para ayudarlo. Tal relación se desplegará en un marco, en un encuadre que es asumido por la sociedad como un lugar de curación; algo que facilitará que el *setting*, en sí mismo, se constituya en generador de una expectativa de alivio. Todas las psicoterapias se basan en el funcionamiento de un mito sobre la salud y la enfermedad, y ese mito debe encuadrarse en una cultura que ha de ser compartida por el paciente y el terapeuta.

De esta forma, la propuesta de Frank permitiría una validación de múltiples formas de psicoterapia. Lo cual no debería servir de excusa para lanzarse al arrebató del relativismo ingenuo ni para abrazar un nihilista "todo vale": los autores no dejan de aclarar que toda psicoterapia, para hacerse acreedora de este título, ha de implicar un procedimiento que emane de una cierta propuesta teórica. En una declaración de principios interesante y que apuesta por lo irrenunciable del largo camino de formación que todo terapeuta debe hacer en una determinada teoría psicológica de comprensión del funcionamiento del ser humano.

En cualquiera de los casos, sí resulta destacable en lo que antecede, la absoluta jerarquía de la vertiente relacional en toda forma de psicoterapia. El vínculo, la alianza, el lazo relacional que conecta al paciente y al terapeuta no es sólo la *conditio sine qua non* de una psicoterapia, sino que es uno de sus argumentos fundamentales.

Así en Freud (1913), que señalaba que *"nunca debe intervenir antes de haberse establecido en el paciente una transferencia utilizable, un rapport en toda regla con nosotros"*. *"El primer fin del tratamiento es siempre ligar al paciente a la cura y a la persona del médico. Para ello no hay más que dejarle tiempo. Si le demostramos un serio interés, apartamos cuidadosamente las primeras resistencias y evitamos ciertas torpezas posibles, el paciente establece enseguida, espontáneamente, tal enlace"*. *"El terapeuta debe evitar cualquier actitud que no sea de simpatía y de cariñoso interés hacia su paciente"*.

Así, desde luego, en Winnicott (1954), al que conviene volver siempre para revisar su decálogo sobre el marco en que se desarrolla el trabajo psicoterapéutico psicoanalítico freudiano y en el que muestra una (deliciosa) visión microscópica de lo que envuelve (y se envuelve en) una sesión psicoterapéutica:

1. A una hora prefijada diariamente, cinco o seis veces a la semana, Freud se colocaba al servicio del paciente. (La hora era fijada a mayor conveniencia del analista y del paciente.).
2. El analista se hallaba allí, puntualmente, vivo, respirando.
3. Durante el breve período de tiempo fijado (cerca de una hora) el analista se mantenía despierto y se preocupaba por el paciente.
4. El analista expresaba amor por medio del interés positivo que se tomaba por el caso, y expresaba odio por su mantenimiento estricto de la hora de comenzar y la de acabar, así como en el asunto de los honorarios. El odio y el amor eran expresados honradamente, es decir, no eran negados por el analista.
5. El objetivo del análisis era el establecer contacto con el proceso del paciente, comprender el material presentado, comunicar tal comprensión por medio de las palabras. La resistencia entrañaba sufrimiento y podía ser suavizada por medio de la interpretación.
6. El método del analista era la observación objetiva.
7. Esta labor se realizaba en una habitación, no en un pasillo, sino en una habitación que estuviese tranquila y en la que no hubiese riesgos de ruidos súbitos, pero no en una habitación tranquila como un sepulcro y a la que no llegasen los ruidos normales de la casa. La habitación estaría iluminada apropiadamente, pero sin que la luz diese directamente en el rostro y sin que fuese una luz variable. La habitación no tenía que estar a oscuras y estaría confortablemente caldeada. El paciente se tumbaba en un diván, es decir, estaba cómodo, si podía estarlo, y probablemente una manta y un poco de agua estarían a su alcance.

8. El analista (como es bien sabido) se abstiene de juzgar moralmente la relación, no se entromete con detalles de su vida e ideas personales y no toma partido en los sistemas persecutorios incluso cuando los mismos aparecen en forma de verdaderas situaciones compartidas, locales, políticas, etc. Naturalmente que si hay guerra, se produce un terremoto o muere el rey, el analista se entera.
9. En la situación analítica el analista es mucho más digno de confianza que el resto de la gente en la vida normal; en general es puntual, está libre de arrebatos temperamentales, de enamoramientos compulsivos, etcétera.
10. Hay en el análisis una distinción muy clara entre la realidad y la fantasía, de manera que el analista no recibe ningún daño a causa de algún sueño agresivo.
11. Es posible contar con la ausencia de una reacción del tálion.
12. El analista sobrevive.

Así en Luborsky (1984), que sugiere redefinir el apoyo en psicoterapia como todos aquellos aspectos del tratamiento y de la relación con el terapeuta vividos por el paciente como de ayuda para él.

Y así en el núcleo de la investigación sobre procesos-resultados en psicoterapia contemporánea, en la que la alianza terapéutica, el encaje entre terapeuta y paciente, la posibilidad de ambos de fundir sus horizontes (Gadamer, 1971), de generar experiencias en las que "hacen algo juntos" (Stern, 2004), aparece como el factor central en la facilitación del cambio en un proceso de psicoterapia (Wampold, 2001).

Si pensamos que la psicoterapia puede ser entendida como un proceso que transcurre a través de una serie de fases, en cada una de las cuales habrán de lograrse algunos objetivos que requerirán la realización de unas tareas a través del desarrollo de ciertas actividades que pueden incluir la aplicación de una serie de técnicas (Fdez. Liria y Rguez. Vega, 2002); si concebimos la psicoterapia como ese proceso constituido por una fase inicial (en la que se consolida la alianza terapéutica y se establece un objetivo de trabajo), una fase intermedia (en que se construye una definición del problema y se aborda un intento de cambio) y una fase de terminación (en que se culmina el tratamiento y se trabaja la despedida); si nos planteamos de este la psicoterapia como ese proceso complejo en el que se articulan múltiples componentes, no debemos olvidar nunca que el primero de esos factores, el que requiere especial atención desde el inicio, el que vehicula todo el trabajo psicoterapéutico, es el vínculo entre terapeuta y paciente, la relación terapéutica.

A partir de ahí, una forma posible de pensar la psicoterapia, independientemente de la orientación teórica de la que se parta, es concebirla como un proceso relacional-

mentalizante. En ese sentido, la psicoterapia, cualquiera que sea su forma, trataría de la reactivación de la mentalización. Efectivamente, como propone Fonagy (1999) Tanto si miramos al protocolo de terapia dialéctica-comportamental de Marcia Linehan , a las recomendaciones de John Clarkin y Otto Kernberg para la psicoterapia psicoanalítica, o a la terapia cognitivo-analítica de Anthony Ryle, todos...

- (1) intentan establecer una relación de apego con el paciente;
- (2) intentan utilizarla para crear un contexto interpersonal donde la comprensión de los estados mentales se convierta en un foco;
- (3) intentan (principalmente de forma implícita) recrear una situación donde se reconoce al *self* (al yo subjetivo) como intencional y real para el terapeuta y que este reconocimiento sea claramente percibido por el paciente.

"Mentalizamos cuando somos conscientes de los estados mentales en nosotros mismos o en los demás; cuando pensamos sobre los sentimientos, por ejemplo" (Allen, Fonagy y Bateman, 2008), cuando somos capaces de conectar con nuestra propia subjetividad o con la del otro.

Cuanto mayor sea nuestra capacidad para tomar contacto con nuestros estados mentales y nuestras emociones, cuanto mayor sea nuestra capacidad para afrontarlos, para manejarlos, para darles cabida en nuestra narración biográfica, en el modo de relatar nuestras relaciones, de reflejar nuestra experiencia y en nuestra descripción identitaria (de nuestro *self*), cuanto mayor sea, en fin, nuestra capacidad de dar un espacio psicológico a lo psicológico, menor será la necesidad de rechazar o disociar, de repetir, de gestionar de un modo mórbido, de escenificar con un otro o de tramitar a través del cuerpo esos elementos psicológicos (Wallin, 2007).

La capacidad de mentalización sería, pues, un elemento clave para la salud mental, que está en la base, por ejemplo, de la capacidad para regular las emociones.

Retomando la idea de J. Frank de que lo que funciona en las psicoterapias son los "factores comunes" a todas ellas, Fonagy vendría a plantear que el elemento común fundamental a todo enfoque psicoterapéutico es el trabajo en el incremento de la capacidad de mentalización. Para ello es preciso que el terapeuta posea, a su vez, una buena capacidad de mentalización, que tenga una "actitud mentalizadora". Del mismo modo que son los padres con esa capacidad los que posibilitan, ofreciéndose como una "base segura", un espacio intersubjetivo para la exploración de la mente y el desarrollo de una función reflexiva en sus hijos (Fonagy recoge así una tradición psicoterapéutica que lleva a la

técnica en psicoterapia los elementos básicos de lo que ha de ser el desarrollo psicológico infantil).

Sería una forma de plantearlo. En cualquier caso, y antes de iniciarse este proceso, se precisará enfrentar un trabajo previo, que es el que da forma a la fase de indicación de la psicoterapia como tratamiento de elección. En esa fase habrán de aclararse las razones para indicar (o no) un abordaje psicoterápico, lo cual incluye la especificación del tipo, la "dosis", o la posibilidad de que la psicoterapia sea combinada con farmacoterapia.

En función de la propuesta del paciente, debería valorarse, por ejemplo, si la expresión del sufrimiento parte de o se articula con elementos psicológicos, emocionales, relacionales. Si es narrada en un registro psicológico, con referencia a desencadenantes o agravantes. Si el paciente demanda de un espacio para pensar y hablar de ciertas conflictivas relevantes (criterio de gravedad) o que interfieren de modo importante con el desarrollo de una vida saludable. Si se muestra una capacidad para ponerse en cuestión y para establecer una relación terapéutica. Si hay una capacidad para proponerse como motor de cambio (actitud activa).

En función del terapeuta, por su parte, sería preciso identificar la posibilidad que este tiene de comprender psicológicamente el modo en que se ha gestado el problema por el que se demanda. La posibilidad de ayudar en algo al paciente a través de la psicoterapia, teniendo en cuenta los costes que ésta tendrá para aquél. La posibilidad de construir con el paciente una demanda razonable. La posibilidad de establecer un foco de trabajo. La posibilidad de desplegar con el paciente un diálogo psicoterapéutico.

Sólo entonces, y tras esa reflexión, podrá procederse a indicar razonadamente un abordaje psicoterapéutico.

CRITERIOS DE INDICACIÓN EN PSICOTERAPIA. FORMULACIÓN DE UN CASO. ESQUEMA DE PRESENTACIÓN DEL MATERIAL CLÍNICO

Javier Ramos García
Psicólogo Clínico. AGCPSM H.U. 12 de Octubre

A lo largo de estos años, hemos sentido, naturalmente, la necesidad de apoyarnos en diferentes textos dedicados a la psicoterapia; y más específicamente, de nutrirnos de trabajos centrados a la docencia de la psicoterapia. En este sentido, por cercanía, por rigor y por la vocación de un trabajo psicoterapéutico aplicable en el ámbito público, el texto de Hugo Bleichmar de 1997 y el libro de Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega 2002 han sido para nosotros dos pilares fundamentales. Algunos de sus capítulos han sido, para los docentes y los residentes de nuestro seminario de psicoterapia, de obligada lectura, curso tras curso, hasta el punto de que hemos extraído de ellos las líneas directrices fundamentales desde las que proponer la formulación de los casos y desde las que elaborar un diseño de presentación del material clínico.

Así, y declarándonos deudores de antemano de estos textos y sus autores, sugerimos siempre a nuestro residentes que se impongan a sí mismos el ejercicio, la muchas veces difícil tarea, de trabajar el material clínico, de profundizar en él, de estudiarlo y estirarlo hasta que sea posible dar cuenta, a partir de él, de una serie de cuestiones que pasamos a detallar a continuación.

1. FILIACIÓN

Se trata de una suerte de foto actualizada y simplificada, de una instantánea muy básica que permita dar cuenta de quién es el paciente, qué edad tiene, de dónde procede, dónde vive, con quién, a qué se dedica.

2. ¿CÓMO SE PRESENTÓ EL PACIENTE?

2.1. Aspecto, descripción física, actitud corporal, forma de mirar, modo de hablar.

Se trataría aquí, como sugiere Bleichmar en su guía de presentación de material para supervisión (Bleichmar, 1997; págs. 367-371), de acercarse más al espíritu de un novelista

que radiografía a un personaje, con ciertos recursos impresionistas, alejándose un poco de formas y terminologías clínicas y teóricas encorsetadas y poco sugerentes.

2.2. Modo de relacionarse con el terapeuta: sumiso, pasivo, dominante, desconectado afectivamente, sobreinvolucrado, desafiante, confiado, suspicaz...

2.3. Entrecomillado de alguno de los primeros párrafos de la narración del paciente. Resulta siempre interesantísimo, cuando no crucial, acercarse al modo exacto en que el paciente, con sus palabras, relata su problema y su sufrimiento. No debe olvidarse nunca la idea de que "lo que cuenta" un individuo no se comprende del todo sin atender a "cómo lo cuenta" y también a lo que calla, a los huecos significativos que quedan en su relato. Deslizamos asimismo, dentro de esta idea, la percepción clínica compartida por muchos psicoterapeutas de que en esos primeros fragmentos del discurso del paciente se halla, muy frecuentemente, lo esencial del problema, lo fundamental de la demanda, lo básico de la propuesta vincular que el paciente hace.

3. MOTIVO DE CONSULTA

3.1. Motivo manifiesto: síntomas, malestares, rasgos de personalidad, conflictos interpersonales. Sería también definible como la forma en que el paciente concibe y presenta su razón o sus razones para solicitar consulta con su médico, su psiquiatra o su psicólogo.

3.2. Motivo latente (hipótesis del terapeuta). Requiere ya de una pretensión hermenéutica, de una lectura psicológica, de una vocación por dotar de un sentido a lo que el paciente trae como sufrimiento o malestar. Implica, como planteaba Bléger (1964), la articulación de la escucha del entrevistador con las vertientes vivenciales y de observación de éste, de tal forma que todas estas líneas puedan destilarse en una propuesta explicativa de qué es lo que ha impulsado al paciente a venir a consulta.

4. ANÁLISIS DE LA DEMANDA

4.1. ¿Cuándo?, ¿por qué ahora? Cadena de acontecimientos. No dejamos de acogernos aquí al clásico planteamiento médico de "qué le trae aquí", "desde cuándo le sucede esto que le trae aquí", "con qué es posible relacionar esto que le trae aquí". Bajo una propuesta aparentemente tan sencilla no dejan, sin embargo, de iniciarse (y de instigarse) procesos de profundo calado psicoterapéutico. Al preguntar y preguntarnos acerca de estas cuestiones estamos ya animando al paciente a pensar acerca de sí, acerca

de las posibles conexiones de sus síntomas con otros aspectos de su vida. Y a reflexionar acerca de la razón por la que un cierto equilibrio vital se rompe y genera, en la ruptura, la necesidad (percibida subjetivamente) de que un experto sanitario (tal vez un psicoterapeuta) entre en escena y restituya ese equilibrio.

4.2. Sujeto y objeto de la demanda. Aspecto fundamental, ya que no son escasos los pacientes que acuden a consulta a instancias de otro, delegando en ese otro la iniciativa y la motivación de cara a un tratamiento. Se trata de algo muy frecuente, por supuesto en el caso de niños y adolescentes, pero también en adultos, y cabe incluir entre los que empujan al paciente a consultar no sólo a familiares, amigos; o a diversas instancias judiciales o laborales: también el paciente puede presentar su demanda como la del médico derivante, eludiendo así todo protagonismo en la consulta. Algo a encarar de manera obligatoria y prioritaria, ya que la empresa de un trabajo psicoterapéutico se compadece francamente mal con un paciente que no puede hacer suyo el deseo de tratamiento, de ponerse en cuestión, de pensar sobre sí.

4.3. Expectativas. Se trata de algo esencial, en especial en el ámbito público, dada la limitación de recursos y las restricciones propias de nuestra cartera de servicios. Y, sin embargo, no es esta la única razón. Las expectativas (las más palpables y las menos evidentes) que el paciente despliega en su encuentro con nosotros habla de una forma rica y contundente de su mundo interno, de sus formas de vínculo, de sus necesidades de apego. O también de su necesidad de ocultar otras necesidades menos manejables y más dolorosas, pero tal vez también trabajables e importantes.

4.4. Listado y jerarquización de problemas. A construir siempre con el paciente, a plantear como una tarea que sólo tiene sentido si se afronta conjuntamente, en un esfuerzo colaborativo que incluye a terapeuta y paciente, permite, además, dar concreción a nuestro trabajo y perfilar una hoja de ruta. Algo aún más relevante si tenemos un objetivo psicoterapéutico que debe cumplirse en un tiempo limitado y breve.

5. CONTEXTUALIZACIÓN

5.1. Cómo, cuándo, dónde, con quién... se ponen de manifiesto los problemas. Se trata no sólo de acotar la circunscripción en la que los problemas se despliegan, sino de abrir también, de algún modo, áreas vitales libres de conflicto. Permite aclarar las esferas más problemáticas de la vida del paciente (laboral, familiar, sentimental, etc.), e introducir el factor relacional e intersubjetivo en la tentativa de comprensión del sufrimiento del individuo.

5.2. Hipótesis explicativa del paciente. ¿Por qué cree ella/él que le sucede? Se trata de preguntar directamente al paciente acerca de la idea que se hace de las causas de su problema. Una vez más, el sentido de la pregunta no se agota en el deseo de conocer la explicación más racional y consciente que el paciente propone para su sufrimiento o malestar. En la pregunta, en el interés del clínico por el modo en que el paciente se explica lo que le pasa, el terapeuta abandona el lugar de experto incuestionable que impone desde su sabiduría una definición de la realidad. Se atenúa la asimetría, se anima al paciente a asumir un lugar más activo y decisivo, se valida su visión del problema, y se declara la intención y la necesidad de un trabajo conjunto en el que resulta esencial el fortalecimiento de la función reflexiva y la capacidad de mentalización del paciente (Allen, Fonagy y Bateman, 2008; Fonagy, 2001).

6. BÚSQUEDA DE PAUTAS-PROBLEMAS

6.1. Patrón de acontecimientos que tienden a repetirse. Como señalaba Bléger (1964), todo ser humano tiene una personalidad que se sistematiza en una serie de pautas, o en un conjunto o repertorio de posibilidades, especialmente de carácter relacional. Hemos de estar atentos de cara a la identificación de esos patrones: el paciente que naufraga en un mar de angustia cuando terminan los caminos trazados y debe decidir qué rumbo tomar; el que huye hacia adelante ante la desgracia derrochando energía a costa de sí mismo; el que construye constantemente su vida con el objetivo (no necesariamente consciente) de brillar y cumplir con autoexigencias muchas veces inasumibles; el que hace síntomas somatomorfos en situaciones de alta tensión emocional...

6.2. Patrón de relación interpersonal. De ineludible relevancia pues, como propone Mitchell (1988), son las relaciones con los demás la materia prima fundamental de nuestra vida mental. En Psicología Clínica y en psicoterapia, la unidad básica de estudio no puede ser el individuo como entidad separada, sino un campo de interacciones dentro del cual surge el individuo, y pugna por relacionarse y expresarse. El deseo siempre se experimenta en el contexto de la relación, y este contexto define su significado. La mente está compuesta de configuraciones relacionales. La persona sólo es inteligible dentro de la trama de sus relaciones pasadas y presentes. La búsqueda analítica implica el descubrimiento, la participación, la observación y la transformación de estas relaciones y de sus representaciones internas. El paciente que se somete con gusto al criterio de los otros para evitar así el conflicto; el que cuida a los demás para no contactar con sus propias necesidades de cuidado; el que acepta relaciones nocivas y degradantes como precio a pagar si puede así cubrir sus necesidades de apego...

6.3. Transferencia-contratransferencia. De algún modo, puede suponer la concreción, en el "aquí y ahora" de la relación terapéutica, de ese patrón de relación interpersonal que el paciente suele desplegar. En un sentido muy amplio, se hace referencia con el término transferencia a las emociones y actitudes afectivas que el paciente vivencia o actúa en su relación con el terapeuta. Al hablar de contratransferencia se alude a los sentimientos que el terapeuta experimenta en la interacción con el paciente, a la reacción emocional con que resuena ante la propuesta relacional que el paciente pone en escena en la consulta. Muy frecuentemente el paciente no es consciente de la presencia y la importancia de esa corriente afectiva, y menos aún de sus orígenes. Ignora el modo en que asigna roles al terapeuta, la forma en que su modo de relacionarse y actuar se ve condicionado en función de esos roles asignados.

7. FUNCIONES, GANANCIAS, REFUERZOS

Desde múltiples orientaciones teóricas se asume con naturalidad la idea esbozada ya por Freud de que el síntoma, conceptualizado éste en un sentido lato, cumple siempre una función, de tal modo que el sujeto que lo sufre extrae también de él una cierta ganancia. Se habla así, tradicionalmente, de beneficio primario y secundario de la enfermedad (Laplanche y Pontalis, 1968) estableciéndose, en el caso del beneficio primario, una diferencia entre las partes interna y externa de ese beneficio. La interna haría referencia al mecanismo de "huida en la enfermedad" de conflictos penosos, mientras que la externa "estaría ligada a las modificaciones que el síntoma aporta en las relaciones interpersonales del sujeto". "Así, una mujer oprimida por su marido, puede conseguir, gracias a la neurosis, mayor ternura y atención, al mismo tiempo que se venga de los malos tratos recibidos". La frontera que separa esta segunda vertiente del beneficio primario del llamado beneficio secundario resulta difícil de trazar, y Freud estableció la diferencia entre ambas ganancias siempre de forma aproximada. En cualquier caso, lo subrayable es que es preciso enfatizar el hecho de que todo síntoma, por doloroso que éste sea, por mucho sufrimiento que produzca, cumplirá también un rol en la pragmática existencial del paciente, generando ganancias que reforzarán la persistencia del mismo.

8. BIOGRAFÍA

Dado que es innegable que todo individuo es el producto de una historia, no es posible acercarse de forma seria a la problemática de un paciente sin reclamar una narración biográfica que dé cuenta de sus orígenes y vicisitudes a lo largo de su vida.

8.1. Genograma. Es deseable conocer con detalle, al menos, la estructura familiar del paciente desde la generación de los abuelos. Su historia ha determinado la de los padres, y ésta ha determinado la del paciente. Especialmente relevante es la idea de Bowlby de que los patrones de apego básicos se establecen en las relaciones de infancia y, asimismo, la impulsada por Fonagy de que nuestra capacidad reflexiva, nuestra capacidad de mentalización, es una adquisición transgeneracional: pensamos en nosotros mismos y en los otros en términos de deseos y creencias porque (y en la medida en que) nosotros fuimos pensados como seres intencionales por nuestros cuidadores primarios (Fonagy, 1999).

8.2. Hipótesis de relación del problema con la biografía. Los problemas humanos, el sufrimiento individual, el malestar del sujeto, los síntomas que aquejan a la persona, surgen y se consolidan en un punto del trayecto vital de la biografía del paciente. Pasan a formar parte de esa biografía, pero están a su vez determinados por esa biografía, y sería deseable comprenderlos sin desgajarlos de esa biografía. Todo suceso capaz de desafiar el equilibrio del individuo, incidirá de un modo especialmente demoledor si impacta sobre un sujeto vulnerable, más aún si se da una grado de concordancia entre el estresor desequilibrante y la vulnerabilidad de que adolece el paciente. Así, por ejemplo, en un paciente con rasgos dependientes, que ha carecido en su infancia y adolescencia de figuras de apego sólidas, estables y confiables, podrá comprenderse mejor la aparición de un episodio depresivo de entidad clínica ante la pérdida o la anticipación de la pérdida de una relación que aporta seguridad y protección (Blatt, 2004).

8.3. Perspectiva transgeneracional. A ser tenida siempre en cuenta, resulta especialmente relevante en algunos casos. Pacientes que han vivido situaciones de maltrato y reproducen (como víctimas o como agresores) relaciones de maltrato, pacientes que se han identificado con padres desvitalizados y depresivos, pacientes que estallan iracundos a su pesar tras haberse criado en entornos en los que los estallidos eran frecuentes, pacientes que se autorreprochan incesantemente como consecuencia de haber tenido padres hipercríticos...

8.4. Momentos evolutivos. Las transiciones evolutivas son, *per se*, potencialmente dificultosas y ansiógenas. La entrada en la adolescencia, la terminación de los estudios universitarios, la incorporación al mundo laboral, el inicio de una relación de convivencia, el nacimiento de los hijos, un divorcio, la jubilación, etc., pueden actuar como precipitantes de un cuadro sintomático que conduzca a la solicitud de ayuda psicoterapéutica.

8.5. Creencias religiosas, culturales, ideológicas... Matizan el modo de funcionar del individuo, sus códigos morales, su relación con la sociedad y la cultura en que viven. Una

situación de acoso laboral será probablemente sufrida, vivida y encarada de un modo diferente por un sindicalista y militante de izquierdas y por un individuo de tímidas convicciones neoliberales.

8.5. Autopercepción biográfica. Nos topamos nuevamente con el hecho de que trabajamos con la *realidad psíquica* del paciente, y no tanto con su realidad histórica. Un paciente ha podido sentir que su madre era terriblemente fría, o su padre brutalmente autoritario pese a que uno u otro estuviesen realmente en un registro mucho menos afilado. Del mismo modo, un individuo constantemente descuidado y maltratado, tratado con una crudeza humillante, puede haber construido una narración biográfica anodina e incluso dulce.

9. HIPÓTESIS PSICODINÁMICA

Con independencia de que el abordaje psicoterapéutico de elección vaya a seguir finalmente una línea de características cognitivistas, conductuales o sistémicas; aun cuando nos decantemos por una estrategia circunscrita al apoyo; incluso si se resuelve optar por un tratamiento exclusivamente farmacológico; en cualquiera de los casos, debemos imponernos a nosotros mismos la obligación de (al menos intentar) comprender al paciente. En un sentido profundo, dicha comprensión no puede completarse sin la articulación de una hipótesis psicodinámica en la que se dé cuenta de los siguientes elementos.

9.1. Características del yo: fortalezas y debilidades, mecanismos de defensa y conflictos, déficits, apegos, ansiedades, relación con el superyó. Claves intrapsíquicas que van a permitir un diagnóstico complejo, estructural y genuinamente psicológico, observando tanto el costado psicoanalítico, como el que se despliega desde la Teoría del Apego y la Psicología del Desarrollo. Se atiende así a los aspectos más frágiles de la estructura psíquica básica del individuo, pero también a sus recursos y potenciales saludables, con el objetivo de determinar si predomina en el paciente un nivel de personalidad de corte neurótico, psicótico o borderline (Gabbard, 2004).

Se trata de observar qué mecanismos de defensa, qué procesos de ocultamiento a la conciencia de representaciones displacenteras emplea fundamentalmente el paciente, de cuáles abusa, cuáles emplea con rigidez e insistencia: ¿Desplaza sus angustias hacia temáticas anodinas, en un modo obsesivo? ¿Tiende a lo evitativo y lo fóbico? ¿Canaliza sus sufrimientos a través del cuerpo mediante somatizaciones? ¿Proyecta su agresividad hacia el exterior en un estilo paranoide? Hay mecanismos de defensa específicamente vinculados a determinadas personalidades patológicas, del mismo modo que es posible distinguir

mecanismos más primitivos de otros más maduros. En una estructura neurótica predominan las defensas de nivel alto, como la represión, la formación reactiva y el desplazamiento; en una organización fronteriza, en cambio, predominan las defensas primitivas, como la identificación proyectiva, la escisión, la idealización y la devaluación (Gabbard, 2004).

Igualmente, habremos de afinar si la ubicación de la problemática del paciente se sitúa más en el terreno del conflicto (con la autoridad, con la sexualidad, con la agresividad, con la culpa, con la exigencia, etc.) o en el campo de lo deficitario (desnutrición afectiva, constante necesidad de apoyo externo, etc.).

Del mismo modo, conviene aclarar cuál es el estilo de apego fundamental, tanto en la relación terapéutica como en las interacciones y vínculos que tienen lugar fuera de la consulta y que el paciente describe en su relato.

9.2. Relaciones de objeto: relaciones familiares, de amistad, sentimentales, con la autoridad, etc. Transferencia-contratransferencia. Inferencias acerca de las relaciones con objetos internos. ¿Cómo se relaciona el paciente con los otros y, dentro de la terapia, con el terapeuta? ¿Se somete? ¿Se coloca en una posición dominante? ¿Colabora? ¿Sabotea? ¿Busca ser protegido y calmado o quiere ser él quien calma y protege? ¿Y esas formas de relación? ¿Son estables o cambiantes? ¿Qué tipo de situaciones pueden mover al paciente a un modo u otro de posicionamiento relacional? Es importante preguntarse desde qué identidad construye su relato el paciente (si como sujeto abnegado, sufriente, perseguido, descontrolado, etc.) e, igualmente, analizar en qué lugar está colocando al terapeuta en el vínculo. En relación a esto último, no debe orillarse nunca la observación del terapeuta acerca de cómo él mismo se siente en las sucesivas entrevistas o sesiones de psicoterapia, ya que este aspecto puede proporcionar información valiosa tanto del paciente como de aspectos del terapeuta que deben ser trabajados. Sería importante poder conectar lo más posible con los sentimientos experimentados en la relación con el paciente (entusiasmo, satisfacción, pena, rabia, aburrimiento, ternura, excitación) a fin de poder pensar sobre ellos sin que se deslicen en forma de actuación. Igualmente, éste puede ser un primer paso para que el terapeuta pueda analizar si es frecuente sentirse de un determinado modo con cierto tipo de pacientes, y en si esto se enlaza de alguna forma con conflictos personales o con ciertos aspectos de la propia historia biográfica.

9.3. Características del self: cohesión, narcisismo, autoestima, autorregulación emocional. Hablaríamos aquí de la imagen que de sí tiene el paciente: de qué modo se ve y qué valoración otorga a esa imagen. A partir del relato del paciente, podemos concluir si esa imagen integra de una forma cohesiva tanto los aspectos más positivos y apreciados

por el paciente como los menos agradables de observar en sí mismo. O bien si ciertos rasgos del *self* son disociados y reprimidos o proyectados en el otro. Es preciso matizar si esa imagen de sí es estable o cambiante, si oscila entre la grandiosidad y la denigración o se presenta rígidamente establecida. En relación con la presencia de un *self* cohesionado y dotado de una envoltura libidinal saludable se articula el potencial para la regulación de las emociones y la protección ante la frustración y la angustia. Para calmarse en momentos de inquietud o para relativizar y no estallar destructivamente cuando el otro no responde a los deseos, necesidades o expectativas.

10. DEFINICIÓN DE OBJETIVOS

10.1. *Objetivos, focos.* Al terminar un proceso de evaluación con la indicación de abordaje psicoterapéutico, es fundamental delimitar lo más claramente posible los objetivos y focos de trabajo que nos podemos plantear. Para ello, ha de tenerse en cuenta, naturalmente, las características del paciente, su motivación, las herramientas y habilidades de que dispone el terapeuta, las limitaciones propias del contexto en el que desarrollaremos el tratamiento, la duración del mismo, etc. Este planteamiento cobra especial relevancia si la idea es proponer una terapia de tiempo limitado.

10.2. *Estrategias terapéuticas.* Es preciso analizar y detallar la forma en que podemos y debemos ejecutar la acción terapéutica que permita, al encarar ciertos focos problema, alcanzar nuestros objetivos de tratamiento. ¿Optaremos por cuidar especialmente, en la relación, la posibilidad de que el paciente viva una experiencia emocional correctiva? ¿Privilegiaremos un trabajo más reflexivo, cognitivo, interpretativo? ¿Enfatizaremos la necesidad de que el paciente ensaye diversas conductas en su vida cotidiana, fuera del espacio terapéutico?

10.3. *Pronóstico y dificultades previsibles.* Intentamos asumir en todo momento un espíritu investigador y científico en el trabajo psicoterapéutico, lo cual no pasa sólo por el rigor con el que enfrentamos nuestra tarea, o con la curiosidad con que tratamos de comprender a qué responden ciertos síntomas o funcionamientos alterados, sino también con un modo de operar en el que nos planteamos hipótesis relativas al pronóstico y anticipamos posibles dificultades que pueden convertirse, asimismo, en focos de trabajo.

11. CONTRATO TERAPÉUTICO

Es francamente importante que el paciente sepa a qué atenerse y comprenda qué puede esperar de nosotros y qué se espera de él. Aclarar la idea explicativa que

proponemos para su problema, explicar el modo en se va a trabajar, iluminar los focos que queremos abordar resultará de gran ayuda. No debemos olvidar que la mayoría de los pacientes desconocen la lógica y el funcionamiento de una psicoterapia, las características especiales de la relación terapéutica o la importancia respetar los límites del encuadre. Winnicott se refería a éste como "aquello que me permite pensar", en el sentido de que un marco de trabajo claro proporciona la tranquilidad que precisa una tarea de este tipo, y también en la idea de que, a partir de él, se posibilita la comprensión de las posibles transgresiones. Concretar la frecuencia de las sesiones, su duración, el número de citas de que se dispone, qué hacer si se producen ausencias, etc., aporta tranquilidad tanto al terapeuta como al paciente. Y abre la puerta a dar un sentido a las faltas de puntualidad, los errores con las horas o las dificultades para terminar puntualmente las sesiones.

12. EVOLUCIÓN DE LA TERAPIA

12.1. Dentro de la sesión. Resulta de especial interés atender al modo en que el paciente abre la sesión y, desde luego, a la forma en que va encadenando los diferentes temas. Como apunta Bleichmar (1997), la secuencia del desarrollo de la entrevista es esencial: si a un tema sigue otro, la variación puede mostrar la conexión en la mente del paciente de dos temáticas aparentemente muy distantes, o ser también una forma de defenderse, de evadirse, de compensar lo anterior. El paciente va reaccionando a lo que él mismo dice y también a lo que piensa que puede ser la reacción del terapeuta.

12.2. A lo largo de la terapia. Continuidad, separaciones, transferencia-contratransferencia, momentos clave. Periódicamente se impone la necesidad de revisar el rumbo que ha ido tomando el tratamiento tanto en que se refiere a las temáticas tratadas como al aspecto relativo al vínculo terapeuta-paciente. Las preocupaciones que el paciente exponía el primer día, ¿se mantienen inalteradas o han dejado paso a otras nuevas y que parecían no tener relevancia a priori? ¿De qué forma vive el paciente la cancelación de una cita o la interrupción del tratamiento por unas vacaciones? ¿Qué dinámicas transferenciales y contratransferenciales se van dando? ¿Podemos identificar una sesión de importancia especial que de algún modo supuso un punto de inflexión y que pueda servir después como referente?

12.3. Despedida y finalización. Se trata de la fase final de la psicoterapia, y tiene, como tal, una entidad en sí misma. Se debe trabajar con antelación, explorando los sentimientos que pueda provocar (rabia, tristeza, desvalimiento, sentimiento de abandono) y atendiendo a posibles giros relacionados (reaparición de los síntomas que llevaron al paciente a consultar, irrupción "inesperada" de nuevos problemas a tratar, etc.). Es importante,

asimismo, pensar con calma si se precisa una potencial derivación a otro recurso tras el alta o en la disponibilidad que puede ofertarse en caso de que el paciente desee contactar de nuevo con el terapeuta.

13. TRANSCRIPCIÓN DE VIÑETA DE DIÁLOGO EN LA TERAPIA. Como último punto, y para terminar. Es enormemente útil transcribir, con el mayor nivel de detalle posible, un fragmento de diálogo psicoterapéutico que refleje ciertos problemas o bien dinámicas típicas del tratamiento. De hecho, se aprecia como algo cada vez más conveniente la idoneidad de grabar en audio o (mejor aún) vídeo las sesiones, de tal forma que se haga posible presentar un material sin filtros y libre de las posteriores e inevitables reestructuraciones hechas por el terapeuta.

BIBLIOGRAFIA

--Allen JG, Fonagy P, Bateman A. *Mentalizing in Clinical Practice*. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2008.

--Blatt S. *Experiences of Depression*. Washington: American Psychological Association; 2004.

--Bleichmar H. *Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas*. Barcelona: Paidós; 1997.

--Cancrini L. *La psicoterapia: Gramática y sintaxis*. Barcelona: Paidós; 1991.

--Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. *La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2002.

--Fonagy P. Persistencias transgeneracionales del apego. Una nueva teoría. *Aperturas Psicoanalíticas* 1999; 3. Disponible en www.aperturas.org nº. 3.

--Fonagy P. Apegos patológicos y acción terapéutica. *Aperturas Psicoanalíticas* 2000; 4. Disponible en www.aperturas.org nº. 4.

--Fonagy P. *Attachment Theory and Psychoanalysis*; 2001. (Trad. Cast. *Teoría del apego y psicoanálisis*. Barcelona: Espaxs; 2004).

- Frank JD, Frank JB. *Persuasion and Healing. A Comparative Study of Psychotherapy*. Baltimore: JHUP; 1961.
- Freud S. La iniciación del tratamiento; 1913. En *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva; 1973.
- Gabbard GO. *Long-Term Psychodynamic Psychotherapy. A basic text*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2004.
- Laplanche J, Pontalis J-B. *Vocabulaire de la psychanalyse* ; 1968. (Trad. Cast. *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Labor; 1971).
- Luborsky L. *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy. A Manual of supportive expressive treatment*. New York: Basic Books Inc.; 1984.
- Mitchell SA. *Relational Concepts in Psychoanalysis*, 1988. (Trad. Cast. *Conceptos relacionales en psicoanálisis*. México: Siglo XXI; 1993).
- Roudinesco E, Plon M. *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós; 1996.
- Stern DN. *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. New York: W.W. Norton & Company; 2004.
- Winnicott DW. Aspectos metapsicológicos y clínicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico; 1954. En *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Paidós; 1999.

DEPRESIÓN EN UNA MUJER CON RASGOS DEPENDIENTES DESDE LA TERAPIA COGNITIVA DE BECK ²

Carolina Andrea Rojas Rocha
PIR-1 Psicología Clínica

1. FILIACIÓN

Mujer de 38 años, natural de Valencia que al consultar se encontraba en proceso de separación desde hacía 7 meses. Actualmente vive con su hija de 8 años. Trabaja como Secretaria. Cursó estudios hasta COU.

2. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA PACIENTE?

2.1. Aspecto, descripción física, actitud corporal, forma de mirar, modo de hablar...

"D" es una mujer muy delgada, de ojos grandes, de aspecto frágil. En su mirada se puede leer angustia e incertidumbre. Tiene una expresión en sus ojos de extrañeza, como si no entendiera qué está sucediendo. Siempre espera a que le indique que tome asiento y al hacerlo se mantiene aferrada a su bolso, en un principio no parece cómoda, poco a poco va tomando una postura más relajada a través de las sesiones.

2.2. Modo de relacionarse con el terapeuta

La paciente es colaboradora, buen contacto visual, me trata de usted. Parece sumisa.

2.3. Entrecuillado de alguno de sus primeros párrafos

"... No me gustaría verme como mi madre. Cuando se separó, mi madre no trabajaba y se quedó con 3 hijos y mi padre se fue con otra..."

"No sé si voy a ser capaz, no sé si la niña va a salir perjudicada por mi forma de actuar...se que lo hice mal pero no creía que iba a pasar esto... No lo hice con mala intención..."

"Es que no creo haberlo hecho tan mal... ¿Soy tan mala?"

3. MOTIVO DE CONSULTA

3.1. Motivo manifiesto

La principal queja de la paciente es que desde la separación siente mucha angustia y miedo por el futuro; por ejemplo, le preocupa no poder dar a la niña seguridad, no se siente capaz de sobrellevar su problema. También manifiesta profundos sentimientos de soledad, abandono y tristeza por la ruptura de pareja, explica que no entiende "cómo puede

² Caso clínico presentado en el Seminario de Psicoterapia el 29 de Febrero de 2012.

Residente: Carolina Andrea Rojas Rocha (PIR-1 Psicología Clínica).

Supervisor docente: Javier Ramos.

Supervisor clínico: Sara Solera.

estar pasando esto", que antes ella era feliz. Además comenta *"tener la autoestima muy baja"* y miedo a tomar decisiones porque antes las tomaba su ex pareja.

- Síntomas: Al momento de la primera consulta la paciente presenta tristeza, apatía, anhedonia, sentimientos de culpa, pérdida de apetito (ha perdido 10 kilos en 3 meses) Insomnio de conciliación y despertar precoz, con pesadillas relacionadas con su ex pareja. Angustia, miedo al futuro. Presenta dolores de estómago.

- Conflictos interpersonales:

- Separación conflictiva: En un principio su ex pareja le dijo que quería que siguieran siendo amigos. Sin embargo ha cortado la comunicación con ella, al parecer debido a que no han llegado a un acuerdo respecto a la pensión por la hija, ella no quiso aceptar lo que su ex pareja le ofrecía. La paciente manifiesta su sorpresa respecto a la actitud de su ex pareja y repite constantemente; *"no entiendo por qué me hace esto, qué le he hecho yo, no he sido tan mala"* La familia de él le ha retirado la palabra, no le contestan el teléfono cuando llama. Para ella es una pérdida añadida pues desde que se casó se apegó mucho a ellos compensando los conflictos que tenía en su familia de origen.

- Él la ha demandado. Según la paciente él la acusa de querer lucrarse con el conflicto, también la acusa de no tener capacidad para cuidar a su hija y la amenaza con quitársela.

- Evita conflictos interpersonales ocultando información: Durante el matrimonio ella intentaba no *"molestar"* a su marido con problemas domésticos, pues pensaba que él no lo llevaba bien, que se ponía muy nervioso y le daba muchas vueltas a las cosas.

La paciente durante su matrimonio se ha distanciado de su familia de origen debido a que estos presentaban problemas de los cuales ella quería escapar. La madre abusa del alcohol, el hermano está en la cárcel, etc... Todos estos *"detalles"* se los ocultaba a su ex marido.

También le ocultó a su ex pareja una deuda que generó con entidades de crédito fácil ante la necesidad de cubrir gastos domésticos (ella a pesar de ganar menos que su ex pareja, pagaba la hipoteca) hasta que no le quedó más remedio que decirle lo que ocurría.

Diagnóstico:

Eje I: Depresión

Eje II: No hay diagnóstico. Rasgos de personalidad Dependiente

Eje III: No hay diagnóstico

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo (Falta de convenio regulador) posibles dificultades económicas.

Eje V: 55

3.2. Motivo latente (hipótesis del terapeuta)

La paciente está pasando por un duelo respecto a la pérdida de su pareja y a la familia de este, agravado por su personalidad dependiente y estrategias evitativas de afrontamiento ante los problemas. Cuando era pequeña vivió situaciones difíciles en su familia, las cuales *"resolvió"* *"escapando de la situación"* primero refugiándose en la figura de sus abuelos y luego en la de su marido y la familia de este, como viviendo una realidad paralela. Ahora es la primera vez en su vida en que se ve verdaderamente sola ante problemas que resolver, de vuelta a la realidad de su familia de origen con la que ha tenido

que volver a contactar y con la ruptura de un vínculo en el cual ella depositaba su seguridad.

4. ANÁLISIS DE LA DEMANDA

4.1. ¿Cuándo?, ¿Por qué ahora? Cadena de acontecimientos

Refiere que hace unos meses, a los dos días de volver de unas vacaciones aparentemente apacibles, el marido le dijo que necesitaba tiempo. En un principio la paciente no entendía por qué, explica que él no le ha aclarado los motivos de su decisión. Finalmente sacó la conclusión de que él está con otra.

La paciente acude a consulta con psiquiatría derivada de forma preferente por su médico de cabecera. La paciente explica que antes de la ruptura estaba todo bien: *"antes lo tenía todo, ahora se me ha venido el mundo abajo"*.

4.2. Sujeto y objeto de la demanda

La paciente fue derivada por el psiquiatra. Da la sensación que al principio viene a consulta porque se lo ha dicho el doctor. De todas maneras cumple con las citas y viene puntual. Sin embargo nunca queda claro hasta que punto es consciente de su papel en la recuperación.

4.3. Expectativas

La paciente explica que quisiera no sentirse tan mal, que se le quitara la angustia y los miedos, *"no verlo todo tan negro"* y a su vez cree que tiene problemas de autoestima, en reiteradas ocasiones menciona que sus familiares e incluso el abogado le han dicho que tiene que mejorar en ese aspecto y tener más seguridad en si misma, lo cual presenta como un problema a resolver. Parece que se aferra a una expectativa mágica de no sentir dolor por la pérdida, no tener miedo, no pasar por el conflicto. *"Quisiera que todo fuera como antes"*

5. CONTEXTUALIZACIÓN

5.1. Cómo, cuándo, dónde, con quién... se ponen de manifiesto los problemas

Hasta antes de la separación la paciente refiere que todo iba bien. Sin embargo parece que vivía preocupada por mantener un equilibrio en el hogar para que su marido no se molestara y no surgiera ningún tipo de conflicto. Luego de la separación se viene todo abajo. La paciente parece estar continuamente rumiando respecto a la situación, lo difícil que será para ella superarlo y la actitud de él y su familia. Las escenas más angustiosas para ella en el día a día son:

- Verlo cuando él deja a la niña: dispara en ella sentimientos de abandono y soledad, cree que él le tiene asco.
- Tener que resolver algún trámite relacionado con la separación: Se siente ineficaz ante estas tareas, siente mucha angustia.
- En casa, situaciones que recuerdan el vacío que deja la pérdida de su ex. Por ejemplo, no puede mirar su lado vacío de la cama.
- Discusiones con la madre.
- Momentos en que teme perder a su hija; si discuten, si llega tarde, etc...

5.2. Hipótesis explicativa del paciente. ¿Por qué cree ella que le sucede?

Sus explicaciones respecto al problema oscilan entre la culpabilidad y la incredulidad de lo que su ex pareja "le hace". Ubica el origen de su sufrimiento en su ex pareja, en el que él no esté a su lado e intente vengarse de ella. Algunas veces comenta que "él me ha quitado la autoestima...".

6. BIOGRAFÍA

6.1 Biografía

La madre de la paciente queda embarazada a los 16 años de ella, no era un embarazo deseado. Su madre le ha comentado que hacía cosas para ver si tenía un aborto espontáneo, como no comer o saltar. Finalmente, viendo que todos sus intentos eran fallidos se casó con el que es su padre. Tuvo a la paciente en un parto normal. "D" comenta que su madre le ha dicho que luego se ha alegrado de haberla tenido porque ella es diferente a sus hermanos (para mejor) que sí habían sido buscados.

Cuando tenía un año nació su hermano J. En ese momento la llevaron a una guardería donde, se aislaba del resto y no comía, por lo que estuvo muy poco tiempo. La madre le dice que ella estaba celosa de su hermano, pero ella no lo recuerda.

De su infancia no comenta mucho de forma espontánea, refiere que a los 6 años ingresó en colegio. No tiene un recuerdo claro de si para ella fue difícil o no, sólo sabe que ella era una niña muy reservada, y que iba y volvía al colegio con una profesora, siempre acompañada.

A los nueve años, los padres se separaron. Recuerda malos tratos entre ellos pero no malos tratos físicos hacia ella o sus hermanos.

La paciente veía sufrir a su madre por la separación, seguía queriendo al padre, lo perdonaba y luego volvían a romper. Recuerda que en este proceso de separación su madre llegó a tomarse un bote de pastillas. Cuando la separación fue definitiva, tuvo que empezar a trabajar pues el padre se desentendió por completo de sus obligaciones.

La paciente fue una buena estudiante, hasta que en 4º o 5º comenzó a "vaguear", debido a que tuvo que hacerse cargo de sus hermanos, cuidándolos mientras su madre se iba a trabajar. Para ella esa fue una etapa muy difícil, sus hermanos no le hacían caso y ella veía cómo a sus compañeros de clase los iban a buscar sus padres, en cambio a ella nadie la recogía en el colegio.

Los recuerdos de su madre tiene un antes y un después del divorcio. De antes sólo son buenos, idealizados: "*Siempre pendiente de nosotros, limpiando, cariñosa*". Luego de la separación comenzó a trabajar. Desde entonces comenzó a llegar tarde, salía con las compañeras de trabajo y bebía mucho. Llegaba borracha, se desentendía del cuidado de sus hijos y delegaba en la paciente las responsabilidades domésticas.

Respecto al padre sólo tiene recuerdos negativos. "*Era un viva la virgen, salía, engañaba a mi madre, estaba con otras mujeres*". Una vez lo despidieron y el dinero lo utilizaba para ir a Portugal con otra en vez de pagar la hipoteca de la casa. Tuvieron varios embargos de los cuales la abuela materna los tuvo que rescatar. Luego de la separación conoció a una mujer con la que se fue a vivir. La madre los enviaba a ella y sus hermanos a pedirle la pensión. Con él no ha tenido mucha relación. Luego de la separación él pasó a ser nadie para ella.

Cuando la madre comenzó a salir, según cree la paciente, para sacar celos a su padre, ella intentaba quedarse en casa de sus abuelos o de sus tíos. En esa época su hermano J comenzó a meterse en las drogas y con 13-14 años ella acompañaba a su madre a buscarlo por el barrio.

Cuando la paciente cumplió 15 años los abuelos maternos decidieron que se fuera con ellos de forma permanente. Los momentos en que la paciente estaba con ellos los recuerda como muy buenos, su abuelo era como un padre para ella, le daba todo el cariño y estabilidad que ella no tenía en su casa. La madre tenía muchos celos de la abuela porque la paciente la prefería *"me sentía acompañada, como si no tuviera problemas, todos los problemas dejaban de existir, se pasaban"*.

Cuando la paciente se fue de la casa materna a la abuela le había dado un infarto, por lo cual la madre siempre se dijo a sí misma que su hija se había ido para cuidar a la abuela, pero en realidad la paciente se iba para escapar de su vida caótica con la madre y los hermanos. *"Me fui a vivir a casa de mis abuelos, una casa más normal, como la de mis amigas..."*.

Comenta que desde entonces comenzó a tener una vida *"como cualquier persona, no tenía problemas..."*. La relación con la madre era distante y con los hermanos nula. Esto a ella no le causaba dolor, más bien fue una experiencia de alivio. Antes lo había pasado muy mal, incluso le costaba volver a la localidad donde vivía con la madre. Actualmente mantiene este rechazo, intenta evitar pasar por ahí.

Al finalizar COU comenzó a trabajar como secretaria en despacho donde trabajaba su madre. A ella le gustaba mucho su trabajo, su independencia y el dinero que ganaba era para ella, no tenía que dar nada a los abuelos, ahorra y podía comprar lo que quería.

Respecto a las relaciones de pareja explica que antes de conocer a su marido había salido con otros chicos pero con ninguno había tenido una relación. A su ex pareja lo conoció a los 18 años en un disco. Al principio no se llevaban bien, pero estuvieron como novios durante 5 años. Él vivía con su madre y su hermano, ella con sus abuelos.

Un día pasaron por fuera de la iglesia "x" y como a ella le gustaba la virgen que se veneraba ahí entraron. Dentro se encontraron con un cura con el cual entablaron conversación y sin planificación previa alguna salieron con fecha para la boda.

Siempre a su ex pareja lo intentaba mantener al margen de su familia. El sabía que con su padre no tenía relación, pero nunca le contó los problemas con el alcohol de su madre o que su hermano estaba en la cárcel y tenía problemas con las drogas.

Al casarse se fueron a vivir juntos. La convivencia en un principio fue bien, aunque a ella le costaba estar lejos de los abuelos. Luego de 5 años de matrimonio la paciente queda embarazada. Fue un embarazo deseado. Luego del parto por cesárea la niña rechazó el pecho de la paciente, esto lo vivió con mucha angustia, como un rechazo y una falta personal... *"me rechazaba... y yo no sabía dar el pecho... como lo hacía su hermana o su familia"* (de su ex pareja).

Comenta que sus familiares le dicen que desde que nació su hija ella tuvo un cambio radical, se volcó por completo en la niña y le costó mucho volver al trabajo. Comenta que, sin embargo él *"siguió con su vida igual"*, mantenía sus rutinas personales: por ejemplo, *"podía ir al gimnasio porque tenía un horario más fácil"*.

La relación transcurrió sin conflictos aparentes durante diez años. La paciente se centró en su hija, su pareja, y toda su vida giraba en torno a esto. Sus amigos eran los amigos de él, luego de la muerte de sus abuelos a su familia la dejó de lado y se apegó a la de él.

Ella siempre intentaba evitar que su esposo se enterara de problemas domésticos para no molestarlo, e intentaba acomodar su vida y sus horarios para no incomodarlo. Explica, por ejemplo, que un año participó dos meses en un campeonato de pádel de su empresa, lo cual le generó mucha angustia porque tenía el tiempo justo para volver a casa y quedarse con la niña para que su esposo pudiera irse a tiempo al gimnasio.

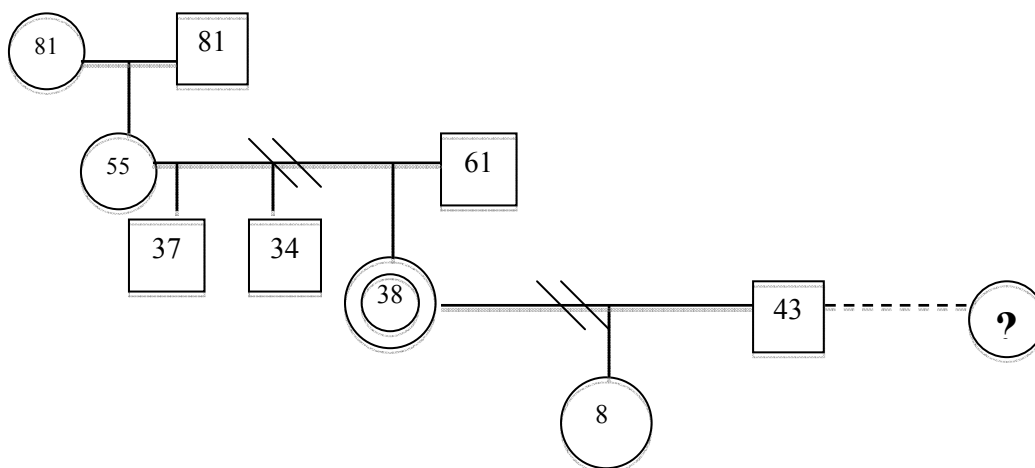
La paciente se hizo cargo del pago de la hipoteca, que está a nombre de él. Llegó un momento en que no pudo con la deuda pero no quiso pedir ayuda directamente a su esposo, para que no pensara que malgastaba el dinero o que no era capaz de resolverlo, entonces se endeudó con entidades de crédito fácil. Esta deuda comenzó a ser cada vez más grande, hasta que hace 2 años tuvo que pedirle que la avalara. El se molestó pero no pareció en ese momento un motivo de ruptura. Luego de separarse, él le ha dicho que ella podría haberlo arruinado. Esta situación le genera mucha culpa, a pesar de que en algunos momentos intenta justificarse y minimizar el problema explicando que la deuda no es tanta ni por tanto tiempo.

Unos 6 meses antes de la primera entrevista, luego de unas vacaciones en apariencia tranquilas, su esposo le pidió que se separaran, la paciente explicó que él nunca le ha dado una razón concreta, pero que sí se ha quejado de que ella era muy fría, que no le contaba sus cosas, que no era ahorradora, que lo podría haber arruinado. También tiene como hipótesis que él conoció a otra mujer a través de un chat.

En teoría acabaron siendo amigos, sin embargo, cuando él le propone un monto como manutención ella lo rechaza, explicando que cree que no podrá pagar las deudas ni seguir pagando el colegio de la niña (privado). La familia de él ha cortado las relaciones con ella, no le contestan el teléfono, todo esto es vivido con un profundo sentimiento de abandono.

El la ha demandado acusándola de no poder cuidar a la niña, etc.... Ella vive esto con mucha angustia, teme perder a la niña, tener que cambiarse de casa etc.

6.2. Genograma



Madre: 55 años, administrativa. *"ha sufrido mucho, es buena pero no me gustaría acabar como ella...aunque reconozco que si no fuera por ella ahora..."* Bebedora, tiene problemas al corazón

Padre: 61años. Actualmente no tiene relación con él. Recuerda que era agresivo, ausente.

Abuelo: Falleció con 81 años por problemas al corazón. *"Cabezota... me quería mucho, yo era su niña....mi abuela decía que lo que no hacía con su hija lo hacía con ella"*

Abuela: Fallecida 4 años antes, también por problemas de corazón. *"Era muy buena, mi mayor apoyo. Yo estaba muy bien con ellos, me sentía muy protegida, quizás si estuvieran vivos no estaría así, los echo mucho de menos"*

Hermano: 37 años No tiene ninguna relación con él. Actualmente está en la cárcel. La paciente refiere que la separación de los padres le vino grande (tenía 8 años) y que a raíz de esto se metió en el mundo de las drogas. Ha estado varias veces en centros de rehabilitación. *"Es muy ausente, es como si donde está es donde quiere estar, cada vez que sale hace alguna"*. Estudió hasta 8º de EGB.

Hermano: 34 años. Vuelve a relacionarse con él a partir de la separación. *"Es un pasota, parece que se quiere comer el mundo pero es el mundo el que se lo come a él, quiere abrir un local con el dinero de mi madre...tuvo un local en una ciudad costera y no le iba bien"*

Hija: "D2" 8 años *"es muy mimosa, cariñosa y muy cabezota"* Duerme con "D". La paciente se quejaba de que D2 estaba cada vez menos obediente, más contestadora...

EX marido: 43 años. La paciente lo describe como bueno, normal, más tranquilo que ella, se toma las cosas con calma. Sin embargo en otras ocasiones comenta que prefería no contarle los problemas para que no se preocupara porque le da muchas vueltas a las cosas.

Familia de Ex marido: *"Su familia es normal"* a la suegra la describe como una mujer coqueta, guapa, con la cual entabló una relación más menos cercana, por lo menos la veía más que a su madre. *"me daba una sensación de estabilidad"*. Luego de que su Ex pareja se fuera a vivir con ella no hablan. Con sus cuñados tenía también muy buena relación, las relaciones también se han cortado.

6.3. Hipótesis de relación del problema con la biografía

La paciente ha crecido en el seno de una familia desestructurada, donde no pudo desarrollar esa confianza básica que en un principio los niños depositan en sus padres y que luego se vuelen la pauta con que se espera funcione el mundo y uno mismo.

La paciente más que dependiente, parecía bastante inhibida en su infancia y luego también en su pre adolescencia, haciéndose cargo de tareas que no le pertenecían, parecía reservada y seria. Creció en un ambiente donde siempre se relacionó con figuras totalmente idealizadas (abuelos, madre antes de la separación) o totalmente devaluadas (padre, hermano, madre luego de la separación).

Cuando podía escapaba de su realidad caótica y poco gratificante a la realidad acogedora y segura de la casa de los abuelos, quienes la cuidaban y protegían.

La paciente aquí aprende que puede refugiarse del dolor, sin necesidad de hacer frente de manera activa, con sólo refugiarse donde sus abuelos pudo conseguir lo que *"todas sus amigas tenían"*; una vida normal.

Cuando encontró pareja mantuvo escindida de su vida esa parte de su historia, que al fin y al cabo es una parte de si misma, que al no integrarla pasa a ser como una parte negativa no sólo de su madre y sus hermanos, sino también de ella misma, como un fallo irreparable, que sólo se mantiene a raya negándolo.

6.4. Perspectiva transgeneracional

Llama la atención algunos puntos que se repiten y otros que la paciente teme que se repitan que reflejarían la identificación que hace la paciente con su figura materna. La identificación puede ser considerada un factor indirecto en la generación de la depresión.

"La representación del sujeto como impotente en lo deseado puede tener su origen en la identificación con otro significativo que a su vez se sintió impotente" (1):

- Los padres de la paciente se separan cuando ella tenía 9 años. La misma edad que tiene hoy su hija. En el momento de la separación de sus padres, su madre era una figura devaluada, alcohólica, inestable emocionalmente, negligente en el cuidado de los hijos. Ahora ella tiene el temor de ser como su madre o de que le pase como a su madre, y de alguna manera, con su "*depresión*" se coloca en el lugar de enferma que siempre ocupó su madre. Ahora ante cualquier fallo, o comentario opositor de su hija anticipa catastróficamente que fallará como madre y que D2 la abandonará, como lo hizo ella con la suya.
- También sucede el padre deja a su madre por otra, lo mismo que le está pasando a ella. La madre al ser abandonada pierde el control de su vida, todo lo "*buena madre*" en ella se acaba...
- Celos: la madre de la paciente sentía celos de la abuela (su madre). Ahora la paciente siente celos de la abuela paterna de su hija. "D" duerme con su hija, ante esto le he planteado que intente separar los espacios; pero para ella el poner límites a su hija significa ponerse en una postura de desventaja respecto a su abuela, pues cuando la niña se va con su padre duerme en la cama con ella; "*¡Entonces cómo no lo voy a hacer yo!*".

7. FUNCIONES, GANANCIAS, REFUERZOS

El afrontamiento de los conflictos de tipo evitativo en un principio parecía una estrategia adaptativa de una niña-adolescente que no podía manejar los problemas de sus padres y se refugia en el seno protector de los abuelos. Sin embargo, esta estrategia se volvió rígida. Cuando comenzó a construir su hogar parecía muy reforzante el evitar todo conflicto con su pareja, seguramente vividos como muy amenazantes, ocultándole información, evitando molestarle, lo cual era también reforzado por un esposo que no se cuestionaba la actitud de su mujer, al cual seguramente le acomodaba que fuera así. Sin embargo sus esfuerzos fueron en vano, la relación se rompió a pesar de que para ella todo iba perfecto.

8. BÚSQUEDA DE PAUTAS-PROBLEMAS

8.1. Patrón de relación interpersonal

La paciente ha desarrollado un patrón relacional (1) característico de las personas con personalidad dependiente. Tiende a situarse en una posición sumisa, desequilibrada, evitando conflictos. Con este mismo objetivo parece haber ido delegando la toma de decisiones en su pareja, la elección de amigos, el uso del tiempo libre etc. También se observa en ella el sentimiento de responsabilidad si algo no funciona en la relación.

La relación con la ex pareja se puede clasificar como "*asimétrica*".

8.2. Transferencia-contratransferencia

La paciente suele ser cumplidora, espera paciente a que se le atienda, a que le pregunte, a que le pida que se siente. Luego en sesión a veces intentaba darme el papel de jueza, me preguntaba si era tan mala, si está tan mal. Creo que busca en mí respuestas que no es capaz de generar por sí misma. Las primeras veces me sorprendió con sus preguntas acerca de qué veredicto daba yo a la situación y me costó no caer en el papel de consejera.

En un principio la angustia de la paciente resultaba envolvente, generando una sensación de entrampamiento e imposibilidad de movilización. Una tarea como terapeuta fue la de no caer en la angustia y poder mantener una posición de observación para poder tolerar la "espera" de que fuera la paciente la que se de cuenta, la que descubra.

9. HIPÓTESIS COGNITIVA

La paciente a través de la relación con sus padres y las experiencias que vivió durante su niñez fue creando un modelo de sí misma, del mundo y del futuro (2) particular, un paradigma, una forma de ver y vivir. Dentro de los contenidos de los esquemas cognitivos de la paciente que se han ido dilucidando a lo largo de las sesiones, y que coinciden con esquemas cognitivos de personalidades dependientes (1) se puede encontrar:

- Visión de sí misma como inadecuada, indefensa, débil. Infravalorización.
- Visión de los demás: Al verse a sí misma como instrumentalmente incompetente se aferra a un otro que se supone servirá de guía y proporcionará los cuidados necesarios. A su vez, intenta dejar de lado a las personas y situaciones problemáticas, que no puede abordar. Pueden estar a la base creencias como "*solo puedo conducirme bien si tengo acceso a alguien competente*", "*si me abandonan moriré*".
- Inestabilidad de las relaciones, vínculos frágiles. Es necesario hacer todo lo posible para no molestar al otro.
- Mundo peligroso, inabordable al cual no podrá hacer frente si se encuentra sola

En base a estos esquemas rígidos, que son formas tanto implícitas como explícitas de organizar el mundo, la paciente ha desarrollado una estrategia para relacionarse con los demás; "*la solución al dilema de ser inadecuado en un mundo aterrador es encontrar a alguien que parezca capaz de afrontar la vida, la proteja y la cuide*" (1). Luego, para minimizar las posibilidades de abandono, ha estado siempre atenta a no molestar a su pareja, siempre ocultándole cosas que a ella le parecían amenazantes. "*no quería darle problemas, creí que podía con todo...*".

En el trasfondo existía un gran "*temor irracional*": si ella disgustaba a su marido, él la dejaría y ella se sentiría como su madre, sería incapaz de cuidar a su hija y a sí misma.

El organizar la experiencia en base a estos esquemas y estas estrategias hace que la situación de separación que está viviendo sea aterradora. Al depositar su bienestar completamente en manos de otro, luego del abandono, ha quedado expuesta a la situación que más teme.

Ahora comienza a vivir situaciones que no puede significar de una forma flexible, cualquier contratiempo lo vive como algo extremadamente amenazante. Surgen distorsiones cognitivas y experiencias emocionales desbordantes que atribuye a su poca capacidad de hacer frente a la vida.

Algunos ejemplos de situaciones y pensamientos automáticos detectados en entrevista y a través de auto registros:

| Situación | Pensamiento automático | Distorsión cognitiva |
|--|--|---|
| El padre no ha traído a la hora convenida a su hija (retraso de una hora) | No va a volver, se quedará con su padre | Pensamiento Catastrófico |
| Llega carta del juzgado | Todo se acaba No podré salir de esta | Pensamiento catastrófico |
| Llega el ex a dejar a la niña | Me tiene asco | Lectura del pensamiento |
| El jefe no quiere darle un justificante de las veces que ha faltado para cuidar de la niña | No podré conseguirlo no podré salir adelante, me quitará a la niña | Pensamiento catastrófico Minimización de posibilidades |
| Un día que él recoge a la niña y no quiere hablar con ella | Estoy segura de que el sería feliz si yo no estuviera, creo que es odio hacia mí, creo que se arrepiente de haberme conocido | Lectura del pensamiento |
| La llaman del colegio porque su hija está enferma | Seguro es algo grave | Pensamiento catastrófico |

10. OTRAS HIPÓTESIS COMPLEMENTARIAS

10.1 HIPÓTESIS SISTÉMICA

Desde una perspectiva sistémica se pueden visualizar una serie de fenómenos interesantes:

- Durante su matrimonio la paciente ocupó un lugar de sumisión en una relación asimétrica complementaria donde ella estaba muy poco diferenciada de su marido.

- **Triangulación:** Dentro del conflicto de separación **pueden** generarse intentos de crear coaliciones con la hija en contra del otro; por ejemplo, el padre intenta involucrarla en el conflicto de alguna manera, le pidió a la niña que jugaran a los detectives, que ella investigara a mamá y que luego se lo contara todo ya que a él mamá no le contaba las cosas...Según la paciente él intenta ponerla en su contra.

10.2 HIPÓTESIS PSICODINÁMICA

10.2.1 Características del yo: fortalezas y debilidades, mecanismos de defensa y conflictos, déficit, apegos, ansiedades, relación con el superyó

La paciente ha logrado desarrollar un yo lo suficientemente fuerte como para mantenerse de forma estable en un trabajo, tener una hija y formar una familia. Sin embargo parece tener una desconfianza base en si misma que proyecta hacia su futuro si se ve en soledad, lo cual me lleva a plantear la posibilidad de que se quede atrapada en un "duelo no elaborado" que consiste en que, personas que han vivido experiencias pasadas de pérdidas en momentos de inmadurez emocional y yoica, no tiene otra opción que mantenerse sometido de forma pasiva a esta. Queda inscrito en el psiquismo que nada se puede hacer. Ante la pérdida se vuelve a activar el mismo sentimiento de impotencia vividos en el pasado.

Mecanismos de defensa:

- Defensa simbiótica inconsciente (3) otro es utilizado para proveer sentimientos de seguridad, inexistente en la estructura psíquica, siendo incorporada transitoriamente gracias a la unión con el otro.
- Introyección (1): Mientras estaba con sus abuelos o su pareja, al aliarse con las competencias de estos, evita las ansiedades producidas por la idea de su propia impotencia.
- Negación (1): Estuvo dispuesta a encubrir o amortiguar persistentemente las situaciones difíciles por las que pasaba mientras mantenía el vínculo. Por ejemplo, el no contar la situación real de su familia a su marido o el no exponer el problema del pago de la hipoteca.

10.2.2 Relaciones de objeto

Las primeras experiencias afectivas de la paciente han sido frustrantes, hubo una falta de un "*ambiente facilitador del desarrollo*", creció con figuras poco contenedoras, que dificultaron el desarrollo de lo que Winnicott llamó "*la capacidad de estar solo*" (3) que es prerequisite para el establecimiento de la autoestima y de relaciones emocionales sanas, que se desarrolla mediante la internalización de la función de sostén materna. Por ejemplo, al verse sola actualmente la paciente tiene una intensa sensación de vacío e inadecuación que intentaba compensar con la figura de su marido vinculándose de forma sumisa con este.

10.2.3. Características del self

Desde la teoría del Self desarrollada por Kohut (3) se plantea que en casos como éste, los objetos del self, que son personas reales al cuidado del niño, en este caso, los padres de la paciente, no han cumplido adecuadamente su "*función especular*" (alimentando el incipiente narcisismo y fantasía de omnipotencia, empatizando y reforzando los avances en el desarrollo) ni la función idealizadora, al no ser unos padres susceptibles de modelo y admiración. En consecuencia, su self se vio profundamente alterado, apareciendo la baja autoestima y la búsqueda en la adultez de objetos del self que compensen las necesidades frustradas de idealización, por ejemplo en los abuelos o su ex pareja.

11. DEFINICIÓN DE OBJETIVOS

11.1. Objetivos, focos

Beck y Freeman sugieren delimitar objetivos muy claros y específicos al principio del tratamiento de personas con personalidad dependiente, ya que el progreso hacia la consecución de estos constituirían una evidencia de crecimiento personal (1)

A) **Desarrollo de un mayor sentimiento de autonomía y autoeficacia.** Dando herramientas para flexibilizar el discurso, ("*corregir*" distorsiones cognitivas) e incorporar nuevos puntos de vista que le ayuden a afrontar los conflictos presentes sin que las emociones la bloqueen.

B) Trabajar el **duelo** respecto a la ruptura de pareja. La elaboración del duelo requiere de un trabajo sobre los déficits en la representación y en la capacidad funcional del sujeto.

Tomando como referencia la teoría cognitiva de Worden (4) sobre las tareas del duelo, la paciente debe resolver especialmente:

Tarea III. Adaptarse a un medio en el que el "fallecido" está ausente:

- Adaptaciones Externas: A efectos de "la muerte" en la actuación cotidiana. Muchas personas en duelo se resienten por tener que asumir nuevas habilidades y roles. La paciente debe asumir por primera vez el vivir sola, está a cargo de su hija y afrontar no sólo la separación, sino el retomar contacto con su familia de origen.
- Adaptación Interna: Cómo influye en la imagen de sí mismo, en la autoestima y eficacia personal. El ex marido compensaba el déficit evolutivo de la paciente de autonomía y seguridad en sí misma. Surge la tarea de responder ¿Quién soy ahora?.
- Adaptaciones Espirituales: En las creencias, valores y supuestos sobre el Mundo. Evaluar si se pone en duda: -Si el mundo es un lugar benévolo – si el mundo tiene sentido – si se es importante.

Tarea IV. Recolocar emocionalmente al "fallecido" y continuar viviendo: Construir desde sí misma nuevos intereses y espacios que llenen el vacío que experimenta actualmente con tanta angustia. Propiciar la construcción de nuevos vínculos.

11.2. Estrategias terapéuticas

Dentro del marco general de la terapia cognitiva de Beck se han seguido las siguientes estrategias:

- Desarrollo de un vínculo con la paciente: para generar un espacio de confianza y escucha sin juicios.
- Estrategias conductuales: Si bien están indicadas para los pacientes que tienen una inhibición conductual elevada, se proponen 2 tipos de "tareas" de corte conductual con los siguientes objetivos:
 - o Regulación de horarios: La paciente se acostaba aproximadamente a las 8:30 PM con su hija, pues el encontrarse despierta sola en casa se angustiaba y entristecía, con la consecuente dificultad en el sueño (antes se acostaba a las 11:20 aproximadamente). Se sugirió intentar, de forma gradual, aplazar los horarios de ir a dormir, llenando esos espacios con actividades agradables (Listado de actividades agradables de Linehan) – Introduciendo la idea de que es para ella una tarea pendiente el construir algo nuevo, personal, en ese espacio ahora vacío. También con la intención de evitar que ese espacio lo llene su hija, en un puesto que no le corresponde.
 - o Insomnio: Indicaciones sobre higiene del sueño.
 - o Respiración lenta: Con el fin de permitir a la paciente ponerse en una posición más activa respecto a los síntomas de angustia que la desbordan. Explicando que el objetivo no es dejar de sentir ansiedad, sino poder seguir funcionando. Además ayuda a poner en marcha la auto observación en los momentos angustiosos.
 - o Refuerzo de actitudes activas y resolución de problemas: Dada la elevada sensación de ineficacia de y falta de control, es importante reforzar las situaciones en que la paciente pone en marcha sus propios recursos y resuelve situaciones, lo que en general ella suele minimizar.

- Explicación de la terapia cognitiva y lecturas sobre los pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas.
- Técnica de Re atribución de la responsabilidad: La paciente sistemáticamente busca el por qué de su ruptura y termina culpándose a si misma (no era lo suficientemente cariñosa, pedí el crédito...lo hice mal...) Se reformula que en las relaciones de pareja comúnmente se buscan culpables para los conflictos, pero que en realidad la responsabilidad del deterioro de la relación no es solo suya (o solo de su ex pareja).
- Auto registros y reestructuración Cognitiva (2): Como una forma de entrenar en la autoobservación de ciertos episodios. Permite que la paciente comprenda que sus emociones (angustia, tristeza) tienen sentido en el contexto del significado que da de forma implícita al mundo, el futuro y a si misma y que no son sólo experiencias incontrolables, sin sentido o muestra de lo poco eficaz o equilibrada que es ella.

Le propuse desarrollar un auto registro con el cual pudimos detectar cuales son la situaciones en que se siente peor, ver cuales son sus pensamientos automáticos, emociones y conductas en esos momentos, con el fin de descubrir cuales son los sesgos cognitivos sistemáticos que esta utilizando en esos momentos o el significado que tiene para ella esos eventos o situaciones.

En una segunda fase se propone registrar además pensamientos alternativos que ella misma debe generar para los pensamientos automáticos que vayan surgiendo entre sesiones, con la idea de ir desarrollando en ella la capacidad de elaborar nuevas narrativas antes de sacar conclusiones anticipadas negativas angustiosas

12. CONTRATO TERAPÉUTICO:

Se propuso a la paciente sesiones con frecuencia semanal de 45 minutos de duración. Se explicó que aproximadamente las 3 primeras serían principalmente de evaluación debido a que es importante comprender lo que le sucede para poder plantear líneas de intervención.

Antes de iniciar la intervención se le dio una devolución respecto a su caso, explicándole el duelo y la posible conexión de sus dificultades presentes con su historia, haciendo hincapié en la oportunidad que se presenta, al ella dar el paso de iniciar una terapia, para poder comprender y desarrollar nuevas habilidades y fortalezas. Luego se le explicó el modelo desde el cual trabajaríamos y la importancia de hacer las tareas (auto registros) para tener acceso de primera mano a la forma en como ella significa cada evento que le sucede.

13. EVOLUCIÓN DE LA TERAPIA

Desde un principio, pensando en el pronóstico, se observa que la personalidad de la paciente, su forma de funcionar en el mundo, no cambiaría de manera radical. Se aspiró a la flexibilización de su perspectiva y la posibilidad de comenzar a construir con ella una insipiente confianza en sí misma en base a nuevas experiencias y a la comprensión de lo que le sucede.

Luego de una primera etapa de evaluación y refuerzo del vínculo, se pasó a una etapa en que el objetivo era, sobre todo, modular las expectativas de la paciente intentando flexibilizar el pensamiento dicotómico que según Beck y Freeman (1), tienen las personas dependientes respecto a la independencia, creyendo que; o se es totalmente dependiente y necesitado de constante ayuda de los demás o se es totalmente

independiente, sin grados entre lo uno y lo otro, pudiendo llegar a esperar que con la terapia se puede alcanzar esto último, o cual la paciente manifestaba expresando sus deseos de no sufrir, de no pensar en él y de estar totalmente bien de forma mágica.

A su vez, se intentó que con la auto observación que permite el ejercicio del auto registro, pudiera poco a poco lograr una comprensión alternativa de lo que le sucede y abrir la posibilidad de colocarse como agente más activa de cambio. Se intentó reforzar en ella una actitud más curiosa hacia lo que le sucede y probar que sí hay más alternativas a sus puntos de vista. Sin embargo desde el principio estuvo en la posición de "incomprendida" víctima de un sufrimiento insoportable, que necesita consejo y respuestas.

Luego del juicio en que se dictaminaba el régimen de visitas y los demás puntos a resolver en la separación (la situación que generaba más angustia y ante la cual anticipaba las peores "catástrofes") la paciente deja de venir a las citas tanto en psicología como en psiquiatría. Lo cual era esperable coherente pues nunca dejó de poner la solución a su malestar en lo que pasaba "fuera".

Sin embargo varios meses después la paciente volvió a pedir cita en psicología debido a que comenzó a encontrar nuevas dificultades en el proceso de separación, volviendo a tener la sensación de angustia paralizante que era incapaz de regular. Reconoció que su decisión de no volver a consultar estuvo muy influenciada por el hecho de no querer que le recordaran los problemas ni hablar de ellos, aceptando que esto podía estar relacionado con su estilo evitativo de afrontamiento.

El hecho de regresar a terapia fue reforzado a la paciente que, a pesar de mantener una posición pasiva frente a la posibilidad de cambio y encontrarse muy paralizada ante la angustia, vuelve y acepta el encuadre, dando el primer paso hacia aceptar que puede comenzar un proceso de aprendizaje y cambio que dependen de ella.

Desde ese momento se hace más patente aun la necesidad de considerar como central el trabajo terapéutico a través de la relación, considerando la terapia como "una nueva oportunidad para el desarrollo emocional" (5) dentro de un ambiente terapéutico de "sostén" estable y fiable donde la paciente pueda ir experimentando situaciones que generen en ella autoconfianza, y donde tenga la oportunidad de desarrollar e integrar la capacidad de autorregulación que no aprendió de sus experiencias con sus figuras de apego tempranas.

14. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Millon T. Trastornos de personalidad: Más allá del DSM IV. 1ª ed. Barcelona: Masson; 1998.
- (2) Beck A, Rush A, Shaw B, Emery G. Terapia cognitiva de la depresión. 16ª ed. Bilbao: Desclee de Brouwe; 1996
- (3) Bleichmar H. Avances en psicoterapia psicoanalítica: hacia una técnica de intervenciones específicas. 1ª ed. Barcelona: Paidós Ibérica; 1998
- (4) Worden JW. El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia. 2ª ed. Barcelona: Paidós Ibérica; 2010
- (5) Ávila A. La segunda oportunidad para el desarrollo, metáfora del proceso terapéutico en Winnicott,. En: Liberman A, Abello, A. Winnicott Hoy. 1º ed. Madrid: Psimática; 2008.p. 85-95

TRATAMIENTO DE UN CASO DE AGORAFOBIA A TRAVÉS DE LA TEORÍA DEL APEGO ³

Blanca Quintana Sáiz
PIR-2 Psicología Clínica

1. FILIACIÓN

Paciente de 30 años, casada y con un hijo de tres años. Acude a primera consulta de Psicología Clínica en Enero de 2011. Derivada por su Médico de Atención Primaria, actualmente en tratamiento farmacológico por psiquiatra privado. Técnico farmacéutico, trabaja como comercial en una empresa farmacéutica, en el momento de consulta se encontraba en ILT actualmente en desempleo por decisión propia. Su marido tiene 34 años y es director ejecutivo en una multinacional, viven los tres en el domicilio familiar.

2. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA PACIENTE?

2.1. Aspecto, descripción física, actitud corporal, forma de mirar, modo de hablar...

En la primera entrevista en Enero de 2011, Lourdes acudió sola y puntual, esto va a ser una constante a lo largo de la terapia.

Su aspecto es un tanto desaliñado, viste chándal y zapatillas deportivas, lleva el pelo suelto y con mechas, la cara lavada. Se trata de una mujer alta y delgada, con movimientos desgarbados y expresión afable.

Su actitud corporal parece relajada, mantiene buen contacto ocular, habla de forma tranquila y muy educada da la impresión de amabilidad y cordialidad.

2.2 Forma de relacionarse con el terapeuta

Desde la primera consulta Lourdes se muestra educada y agradable, parece desbordada por su situación, su actitud es la de una búsqueda de ayuda, puede expresar su sufrimiento y angustia sin que yo me sienta invadida por ella.

2.3 Entrecomillado de alguno de los primeros párrafos

"Hace 11 años tuve ataques de pánico con agorafobia, desde Marzo me siento muy decaída porque tuve otra vez un ataque de pánico".

"Tengo un hijo de tres años, desde que nació he perdido un poco mi identidad, sólo soy mamá, no tenía tiempo para mí".

"No tengo ganas de hacer nada cuando siempre he sido muy activa, fuera de la logística del niño me costaba... me recuerda a la agorafobia que tuve, ahora mi círculo de seguridad era Eduardo (hijo)".

³ Caso clínico presentado en el Seminario de Psicoterapia el 18 de Enero de 2012.
Residente: Blanca Quintana Saiz (PIR-3 Psicología Clínica).
Supervisor docente: Javier Ramos García.

3. MOTIVO DE CONSULTA

3.1. Motivo Manifiesto

Lourdes acude derivada desde su MAP, ella nunca ha hecho psicoterapia y aunque no existe una demanda explícita por su parte tiene la vivencia de la insuficiencia de los psicofármacos.

Trae un lenguaje sobrepasado de diagnósticos y síntomas pero parece tener muy poco elaborado su sufrimiento.

Refiere haber tenido un ataque de pánico en Marzo que fue tratado en un primer momento por su MAP, desde Octubre está acudiendo a psiquiatra privado con tratamiento de Venlafaxina 75 Retard (1-1-0), Lorazepam 1 mg (0-0-1) y Zolpidem 10 mg (0-0-0-1). No ha vuelto a tener un ataque de pánico, pero persiste desde entonces una aprensión ansiosa a tener otra crisis.

Mantiene conductas agorafóbicas no tanto como evitación de una posible crisis de angustia sino en relación a la separación de su hijo, desde Marzo está en ILT.

Su estado de ánimo es disfórico, con anhedonia (excepto en todo lo relacionado con Eduardo), se muestra lábil y apática.

Diagnóstico (DSM-IV): Trastorno de angustia con "*agorafobia*", aunque no presente en el momento actual ataques de pánico, desde el último en Marzo sí que mantiene un inquietud persistente ante la posibilidad de una nueva crisis y cambio significativo del comportamiento desde entonces, cumpliría criterios A, B, C pero habría que hacer un buen d(x) diferencial en el criterio D respecto a un trastorno de ansiedad de separación, sobre todo por la especificidad de sus conductas agorafóbicas.

Para completar la clínica que trae también cabría el D(x) de Trastorno mixto ansioso-depresivo.

3.2. Motivo latente (hipótesis de terapeuta)

Lourdes presenta unos síntomas clínicos relacionados o reactivados con cambios vitales evolutivos como el hecho de ser madre. Tiene problemas para poder integrar en su identidad ser madre, esposa, mujer trabajadora. Así mismo, presenta particularidades en la forma de vincularse presentando un apego inseguro con su principal figura de amor en este momento, su hijo.

4. ANÁLISIS DE LA DEMANDA

4.1 ¿Cuándo?, ¿Por qué ahora?

Lourdes lleva desde los 20 años teniendo ataques de pánico, en aquel momento no demandó asistencia por razones que luego veremos. Como hemos dicho anteriormente no viene con una demanda específica para psicología clínica pero parece que dado su momento evolutivo sí existe una demanda subyacente de poder pensar en las repercusiones que su maternidad está teniendo.

4.2. Sujeto y objeto de la demanda

La derivación viene de su MAP, da la impresión de aceptar con buen agrado la intervención pero parece que a ella no se le había pasado por la cabeza hacer psicoterapia.

4.3. Expectativas

Lourdes no trae una demanda propia, simplemente me cuenta diagnósticos, síntomas y tratamientos que está teniendo. Intento entre las dos elaborar una demanda terapéutica, acordamos trabajar el ir recuperando actividades que ha dejado de hacer, poder pensar en cómo está viviendo ser madre y la relación con sus síntomas, poder reconstruir una identidad más allá de la de ser madre.

5. CONTEXTUALIZACIÓN

5.1 Primeros episodios

Ella refiere que hace 11 años tuvo Trastorno de Pánico con Agorafobia.: " *Me daba miedo todo, me daba miedo que mi padre comiera y se atragantara, me daba miedo que se me parara el corazón, estuve tres años así, me recetaron Lexatín y me enganché, yo solo quería dormir, cuando abría los ojos era un auténtico drama. Fue ahí cuando conocí a Camilo, él me ayudó a vencer la agorafobia.*"

Refiere que en su familia de origen nunca se sintió entendida ni apoyada, parece que eso le ha llevado a ocultar a toda su familia que se encuentra de baja y en tratamiento. Dice que los problemas psicológicos nunca han sido bien vistos dentro de la familia y que sin embargo ella recuerda a su madre tomando diazepam a escondidas y que su hermana con fibromialgia sí está legitimada en su tratamiento psiquiátrico, psicológico.

5.2 Reactivación

Cuando Eduardo tenía año y medio estuvo ingresado en el hospital durante tres días, ahí empezaron mis ataques de ansiedad. E. empezó a no andar, al tercer día me lo llevé a casa y volvió a andar. A partir del verano empezó el come-come de que tuviese que ir al colegio, sentí mucho miedo, mucha tristeza, ahí me tomaba algún *Lexatín*.

6. BIOGRAFÍA

Lourdes es la pequeña de 4 hermanos. Su padre tiene 81 años y su madre 69.

La hermana mayor Rocío, tiene 46 años está casada y no tiene hijos, desde hace 8 años en ILP por fibromialgia.

El siguiente se llama Rodrigo, tiene 44 años también está casado y tiene dos hijos, el mayor varón de 18 años y una chica de 16.

La tercera hermana se llama Cuca, de 41 años, con pareja y sin hijos.

Lourdes es la hermana pequeña, tiene 30 años y dice que no la esperaban, que su madre tuvo una depresión tras su nacimiento y que por problemas económicos se tuvo que poner a trabajar tras su llegada.

Su relación con ella nunca ha sido buena, "*siento que nunca hemos compartido nada*".

Su padre era propietario de una tienda de ultramarinos, aunque la relación con su madre nunca ha sido buena, dice que él nunca se ha involucrado, "*es infinitamente mejor persona que mi madre*".

Con la mayor apenas tiene relación ya que parece estar muy unida a su madre y siente cierta desconfianza, ya que si le cuenta algo en seguida se lo va a decir a su madre.

Con las dos medianas siempre ha tenido buena relación pero actualmente se siente excluida ya que parecen estar muy unidas.

Sobre su infancia dice que recuerda a su madre muy crítica con ella, que en el colegio se metían con ella por su aspecto físico peculiar que recuerda encerrarse en el baño a llorar. No me sabía defender.

Luego en el instituto todo cambió, ahí ya sí que me defendía. Cuando me puse a estudiar técnico de laboratorio pedí turno de tarde para estar con gente mayor.

En su relación con iguales, dice que siempre ha tenido amigas pero que nunca ha salido mucho, recuerda cuando empezaban a tener relaciones con otros chicos que ella se sentía desplazada y que lo pasaba mal, también recuerda estar muy unida a sus hermanos a pesar de la diferencia de edad.

Actualmente tiene una buena red social de amigos comunes que comparte con C.

Relación de pareja, *"conocí a Camilo con la agorafobia, él fue quien me ayudó a superarlo". "Hace tiempo (desde que nació E.) no siento a C. como pareja, parece que cada uno vive en su mundo y que no coincidimos. Él está muy volcado en el trabajo y yo nunca he sentido satisfacción en el trabajo. Creo que se siente desplazado en la relación que tengo con E., C. siempre ha tenido la libido muy baja y eso me ha hecho mucho daño. Nos queremos pero ya no le siento como una pareja sino como un amigo o un hermano"*.

6.2 Hipótesis de relación del problema con la biografía

Cuando Lourdes nació su madre se deprimió y además se tuvo que poner a trabajar por cuestiones económicas. Mi hipótesis es que ahí puede estar el origen de un apego inseguro y su posible vivencia de culpa. Creo que esto también ha podido tener repercusiones en su narcisismo afectado.

Parece que L. tiene problemas para las triadas, primero con sus padres y en la actualidad con sus hermanas y en su familia propia con E. y C.

En la evolución de sus síntomas podemos ver cómo la entrada de C. en su vida *"la salvó de la agorafobia"* y ahora su círculo de seguridad es E.

6.3. Perspectiva generacional

L. siente que su madre nunca ha compartido nada con ella, es decir nunca ha sentido que su madre haya podido sintonizar con sus estados afectivos, no podían comprender su agorafobia entonces y ahora lo lleva como un secreto ante la expectativa de no ser entendida y criticada.

Ahora con E. parece que intenta compensar esa falla en su madre. *"Tengo a mi hijo en una burbuja, creo que le estoy sobreprotegiendo. Ahora no quiere ir al colegio, mejor que en el colegio está conmigo porque yo le doy todo lo que quiere. Parece que lo que me ha faltado a mí se lo tengo que dar por triplicado"*. E. parece estar estableciendo un apego en el que los estados afectivos de su madre se ven reproducidos en sus separaciones. A grandes rasgos parece que está pudiendo construir un vínculo seguro con momentos de ansiedad de separación normales para su momento evolutivo.

6.4. Momentos evolutivos

En el momento evolutivo actual, tras la llegada de E., el núcleo familiar se ha reestructurado de forma sustancial. L. ha sufrido un aumento de las tareas y dificultades para mantener una vida laboral y social. Además se encuentra con que tiene que ser una figura de apego de C. (en simetría y reciprocidad) y figura de apego de E. (en asimetría y complementariedad)

6.5. Creencias religiosas, culturales, ideológicas...

L. es una mujer con un nivel socio cultural medio-alto, tiene intereses culturales de literatura, idiomas, cine, música... Da la impresión de ser una mujer culta por el lenguaje que utiliza.

Su nivel económico es medio-alto, no tiene problemas económicos, dispone de una casa donde veranear donde pasa largas temporadas.

No parece tener unas creencias religiosas que condicionen su forma de vida.

6.6. Antecedentes familiares.

En la familia de origen de L. parece existir una reticencia a hablar de los problemas relacionados con la salud mental.

Según L. su madre siempre ha tomado diazepam a escondidas, en una sesión dijo recordar ver a su madre tener un ataque de pánico y pensar que se iba a morir, esto genera una gran aprensión ansiosa a que E. le pueda ver con una crisis y se asuste.

La hermana mayor está diagnosticada de fibromialgia y *"lleva 15 años tomando antidepresivos"*, L. siente una legitimación por parte de su familia en el sufrimiento de su hermana que *"lleva 10 años de psicólogos y psiquiatras"* que nunca ha podido sentir con el suyo.

7. FUNCIONES, GANANCIAS, REFUERZOS.

Los ataques de pánico han tenido una gran repercusión en la vida de L. conoció a su novio y ahora marido con ataques y parece que le ayudó a vincularse con él ya que *"fue el único que me ayudó a normalizarlo"*

Actualmente, después de la baja (que le permitió estar más con E.), ha dejado el trabajo ya que según comenta *"nunca me ha gustado el trabajo en la farmacia, siempre hubiese querido hacer algo relacionado con lo social"*.

8. BÚSQUEDA DE PAUTAS- PROBLEMAS.

8.1. Patrón de acontecimientos que tienden a repetirse y patrón de relación interpersonal.

Revisando la historia clínica me he dado cuenta de las dificultades de L. para la triangulación en distintas situaciones interpersonales.

"Mis hermanas se han unido en contra de mí, todos los fines de semana están juntas y deberían llamarme, siento que me están poniendo verde, estoy celosa por esta situación me siento desplazada". "Me da rabia que mis hermanas no cuenten conmigo, siento que estás conmigo o no estás".

En el cumpleaños de E. *"se presentaron mis suegros y mi cuñada, yo no quería que viniesen las familias quería estar con C. en la fiesta, me estresa juntar cosas"*.

En las vacaciones de verano, *"no me siento cómoda con C. y mi familia, cuando voy a visitar a mis padres lo hago sin C., no quiero ir con él a verlos, noto como que mis padres atacaran a C. pero me siento yo atacada"*

8.2. Transferencia-contratransferencia

L. podría considerarse como "una buena paciente", es capaz de crear una buena alianza terapéutica, acude puntual a las citas y avisa si no va a acudir. Solamente una vez no acudió a consulta y no avisó, cuando trabajamos la ausencia explicó que como ahora la atiende por las tardes en el hospital eso le quita de estar con E. y que tendría que dejarle al cuidado de alguien cosa que en ese momento le hace sentirse ambivalente respecto a continuar con la terapia.

La contratransferencia es positiva, L. puede expresar su angustia sin hacerme sentir invadida, puede aceptar los señalamientos y está dispuesta al pensamiento y la reflexión, en esta aceptación hay espacio para el cuestionamiento sin invalidarme como terapeuta.

9. HIPÓTESIS

En un primer momento me planteé la necesidad de hacer un buen diagnóstico diferencial del Trastorno de Angustia y el de separación, tras esta revisión me estoy dando cuenta que no he explorado bien los momentos de separación-individuación anteriores a las primeras crisis con 23 años.

Mantengo la hipótesis inicial de un estilo de vinculación inseguro que estaría condicionando los ataques de pánico y la agorafobia.

Como características del yo: Podemos decir que tiene una aceptable fortaleza del yo, es capaz de demorar impulsos, tiene facilidad para el pensamiento reflexivo, es capaz de mantener relaciones significativas y un buen rendimiento laboral.

Como mecanismos de defensa destaca el aislamiento al hablar de su madre, es muy crítica con ella y aunque narra emociones negativas hacia ella nunca ha vivido ese afecto en consulta. Habla del daño que le produce su madre sin mostrar ningún sentimiento sobre ello.

También se ve la identificación proyectiva no sé si como mecanismo de defensa o como patrón interpersonal, esto ocurre con su madre pero sobre todo con su hijo. A lo largo de la terapia L. ha relatado vívidamente las dificultades de su hijo para separarse e ir al cole en los momentos en que ella se ha encontrado más angustiada, separándose de una manera más adecuada cuando ella se encontraba mejor, esto se le ha señalado en consulta y aunque ella *"no lo había pensado"* parece darse cuenta y me cuenta más ejemplos. Habla del ingreso de E. de cómo ella se angustió muchísimo y el niño dejó de andar hasta que ella se lo llevó a casa y volvió a andar.

Su narcisismo es frágil, se muestra muy crítica con su cuerpo y el tener problemas en sus relaciones sexuales con C. *"le daña profundamente"* no se siente deseada. Parece que esto está siendo compensado con E. *"Desde su llegada no tuvimos relaciones hasta el año y medio, ahora cuando E. se va a la cama yo le acompaño tenemos nuestro momento de contarnos cosas y yo me voy a la cama, cuando llega C. yo ya estoy dormida"*. *"Cuando C. está de viaje, E. y yo dormimos juntos, a mi me encanta y a él también, cuando llega C., E. no se quiere ir a dormir a su cama"*

En cuanto al sistema familiar parece que la estructura familiar está acostumbrada a relacionarse por diadas, donde se dan coaliciones madre-hija mayor, tres hermanos medianos que van formando diferentes alianzas y que L. soporta tan mal si no forma diada.

Mantiene relaciones con grupos de amigos comunes con C., parece tener buen apoyo social del que podría disponer pero L. no lo ve como una opción por miedo a "*mostrar sus vulnerabilidades*". No parece un tema que le preocupe mucho, en primer lugar siempre se encuentra su familia de origen y la propia.

10. TERAPIA

Durante este año que llevamos de terapia, L. ha tenido dos ataques de pánico, después del primero se hizo una intervención psicoeducativa sobre la evolución, duración y posibles desencadenantes, así como entrenamiento en respiración diafragmática, a este respecto L. ya poseía en su repertorio habilidades de control de la respiración aprendidas en Yoga. Al poco tiempo tuvo otro ataque y lo resolvió exitosamente, después de lo cual no ha vuelto a tener ninguno. Ahora me planteo si esta intervención debería haberla llevado a cabo en las primeras consultas.

En el momento de consulta había descendido de manera considerable sus actividades laborales, domésticas y de ocio. Trabajamos el poder flexibilizar y poder integrar distintas actividades más allá de "*ser mamá*". A este respecto cabe decir que finalmente dejó el trabajo y eso produjo un acercamiento a C. ya que le apoyó de una forma que ella no esperaba, actualmente cobra el paro y "*tiene en mente*" volver a trabajar. Sobre sus actividades ocio ha recuperado actividades deportivas que antes hacía, siempre y cuando sea en las horas en las que E. está en el colegio.

Hemos trabajado las relaciones de pareja, parece que los momentos en los que se hace posible el acercamiento es cuando L. tiene un problema ya sea el trabajo o en el momento actual que está teniendo un consumo perjudicial de cerveza y C. se acerca a ella para ayudarla y darle apoyo y es cuando más puede vivir a C. como su pareja.

Actualmente, en la última consulta, abordamos el conflicto entre seguir la terapia por la tarde y "*quitarse de estar con E.*", al final se ha resuelto continuar la terapia por las tardes, quizá esta sea la mejor intervención que he hecho hasta el momento, triangularme con L. y E. a través del encuadre.

11. BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association. DSM-IV: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 4ª Ed. Rev. Masson. Barcelona, 1995.

Botto A. Apegado a mí: Angustia, vínculos afectivos y psicopatología, Gaceta de Psiquiatría Universitaria. Año 6, volumen 6, nº 2 Junio de 2010.

Pérez Álvarez M, Fernández Hermida JR Fernández Rodríguez C, Amigo Vázquez I. Guía tratamientos psicológicos eficaces. 1 Ed. Tomo I, Ediciones Pirámide, Madrid 2003.

Fonagy P. Target M. Psychoanalytic Theories. Perspectives from developmental psychopathology. Whurr Publishers, London, 2003.

DE GIORGIO NARDONE A SALVADOR MINUCHIN: UN CASO DE DEPRESION DESDE LA TERAPIA BREVE ESTRATÉGICA Y LA TERAPIA ESTRUCTURAL ⁴

Francisco Gómez Holgado
PIR-3 Psicología Clínica

1. ¿Quién es JM? Datos personales, motivo de consulta y cronología.

JM es un varón de 23 años de edad, natural de Madrid, donde vive con sus padres y su hermano (Figura 1). De estado civil soltero, no tiene hijos. Mantiene una relación afectiva con una chica de 21 años, C, desde el verano de 2008 hasta ahora. Tiene estudios de bachillerato y en la actualidad trabaja como mozo en una empresa de mensajería y transporte.

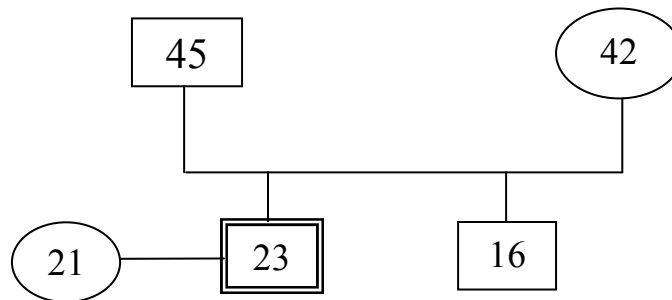


Figura 1: Genograma.

En cuanto a su presentación física, JM es un chico corpulento: mide 1,80 metros de estatura y tiene un ligero sobrepeso. Siempre acude a consulta con vestimenta *sport*. Es bastante educado y suele mantener el contacto ocular, sonriendo bastante.

En mayo del 2008 acude al M.A.P. (Médico de Atención Primaria) en el ambulatorio de Usera con el siguiente motivo de consulta: "**Neurosis depresiva**", con síntomas de angustia, agorafobia, aislamiento en el domicilio, crisis de ansiedad y cefaleas. En junio del mismo año inicia tratamiento psiquiátrico con paroxetina y lorazepam, en lo que constituye su primer contacto con Salud Mental. En enero de 2009, tras cuatro sesiones de seguimiento, recibe el alta. No realiza psicoterapia en todo el proceso.

Más de un año y medio después, en septiembre del 2010, vuelve a acudir al M.A.P. con un motivo de consulta similar: "**Taquicardia. Ansiedad + Depresión**". Se le deriva directamente para valoración y tratamiento psicológico. En octubre, casi un mes después, le entrevista el Psicólogo Interno Residente (PIR) con la supervisión de D. Jesús Fernández Rozas (Psicólogo Clínico).

El resumen de los principales hitos biográficos de JM puede verse en la tabla 1.

⁴ Caso clínico presentado en el Seminario de Psicoterapia el 16 de Febrero de 2011.
Residente: Francisco Gómez Holgado (PIR-3 Psicología Clínica).
Supervisor docente: Ignacio Mearin Manrique.
Supervisor clínico: Jesús Fernández Rozas.

- Nace en 1987.
- En primavera del 2004 inicia relación sentimental con J.
- En verano del 2004 sufre accidente de coche. Intervención quirúrgica y rehabilitación, debido a lesión en la espalda. Tiene que repetir segundo de bachillerato.
- En invierno de 2004 fallece una tía (materna) de cáncer.
- En 2006 acaba el bachillerato Comienza a trabajar ese mismo verano como peón de albañil en la construcción de un amigo del padre.
- En verano del 2007 finaliza relación afectiva con J.
- En primavera del 2008 tiene primer contacto con Salud Mental, estando de baja laboral.
- En verano del 2008 inicia relación sentimental con C.
- A principios de 2009 finaliza tratamiento psiquiátrico, recibiendo el alta médica.
- En verano del 2009 accede a su actual trabajo en empresa de mensajería.
- En otoño del 2010 inicia tratamiento psicoterapéutico.
- En enero del 2011 es contratado en empresa del tío.

Tabla 1: Cronología de JM.

2. "Breve definición de la terapia breve"

El enfoque psicoterapéutico a través del cual se ha trabajado con el paciente ha sido el sistémico. En concreto, se ha optado por la combinación de **terapia breve estratégica** y de **terapia estructural**. Antes de entrar de lleno en la terapia psicológica aplicada a JM conviene describir de manera concisa qué es eso de la terapia breve estratégica para después, más adelante, introducir la terapia estructural.

La terapia breve estratégica resulta ser una compilación de tres escuelas sistémicas diferentes que funcionan bajo una misma óptica posmoderna y posestructuralista y mediante un formato breve, de duración no mayor a las diez sesiones (19). Estas tres escuelas sistémicas son:

- 1) **Enfoque facilitador** o centrado en las soluciones. Esta forma de terapia sistémica centra su teoría y praxis en el concepto de las excepciones (13), es decir, fundamenta el trabajo terapéutico en todo aquello que el paciente y/o familia sí saben hacer y que queda bien reflejado en aquellas circunstancias en las cuales el problema no está presente o, al menos, es menos intenso, duradero y/o frecuente. Los máximos exponentes de esta escuela de psicoterapia son Steve de Shazer, Bill O`Hanlon y Brian Cade, entre otros, todos ellos asociados al BFCT ("*Brief Family Center Therapy*") de Milwaukee.
- 2) **Enfoque estratégico** o centrado en el problema. Toda la corriente estratégica pivota en torno al constructo de las soluciones intentadas ineficaces (SII) (4), (18). Para los terapeutas estratégicos el problema no es el problema sino el intento infructuoso de solución del mismo. Bajo esta premisa se justifica todo un paquete de intervenciones psicoterapéuticas que tienen en común dos aspectos básicos: la

detección y aprovechamiento de la postura del cliente (valores, mitos, teoría del cambio, etc.) y las prescripciones paradójicas. Las principales figuras asociadas al movimiento estratégico provienen del grupo de Palo Alto o MRI ("Mental Research Institute") como Paul Watzlawick, Jay Haley o Giorgio Nardone.

- 3) **Enfoque narrativo.** La terapia narrativa enfoca la psicopatología como una construcción constreñida de la realidad, donde impera una descripción saturada del problema que impide a la persona/familia desarrollar sus auténticas formas de relacionarse y ver el mundo. Todo ello se resume perfectamente bajo la sentencia de "*el problema es el problema y no la persona*". La mejor manera de reconstruir la identidad de la persona es a través de un proceso de re-narrar su historia. Todo ello se consigue fundamentalmente mediante la externalización (14), (20), la técnica narrativa por excelencia. La conversación exteriorizadora permitiría al paciente y a su familia adoptar la suficiente distancia con el problema que los atañe, induciendo una capacidad de discernimiento que les proteja de la influencia relativa del trastorno. Los mayores artífices de esta terapia sistémica son los australianos Michael White, David Epston y el británico Martin Payne, entre otros.

3. Sesiones 1- 6: El comienzo del juego.

1º Sesión (14/10/10)

Esta sesión fue llevada a cabo por el PIR con la supervisión directa del adjunto. En ella, JM comienza hablando a cerca de su estado depresivo previo y que en la actualidad, a su juicio, está sufriendo una **recaída** desde aproximadamente hace más de tres meses y que su principal queja actual es el **insomnio**, así como la presencia de lo que él etiqueta como **ansiedad**. Se procede a desgranar todo esto:

1 - **Insomnio:** El insomnio es el principal motivo de consulta. Se trata de un insomnio tanto de conciliación como de mantenimiento, aunque prepondera este último. Su evolución ha sido de alrededor de un mes y al principio lo intentó mitigar con orfidal (prescripción del M.A.P). La respuesta a la BDZ fue positiva sólo inicialmente ("*al principio bien, pero después mi cuerpo se acostumbra*"). La SII reconocida por el paciente es la de intentar buscar el sueño deliberadamente ("*Doy vueltas por la cama*"). Se localizan excepciones ("*El último fin de semana, con mi novia, me dormí sin hacer nada de esfuerzo. Y dormí estupendamente*").

2 - **Ansiedad:** El paciente concreta su ansiedad como "**obsesiones**". Tras introducir incertidumbre en la definición del problema (13) ("*¿Qué es lo que te produce la impresión de que tienes obsesiones?*") se detectan:

- Preocupaciones → Sobre distintas temáticas (trabajo, pareja, etc.). "*Tengo miedo de...*".
- Pensamientos intrusivos → Recuerdos de acontecimientos aversivos pasados (ruptura de ex novia, accidente de coche, muerte de la tía, etc.). "*No quiero pensar en esas cosas*".

Se localiza la SII de intentar eliminar a toda costa estos eventos privados de preocupación y rumiación. Con el objetivo de reducir la carga aversiva de tales contenidos mentales se procede a la redefinición (18) de las "obsesiones" como "preocupaciones", vocablo menos amenazante.

También se empleo la técnica cognitivo-conductual de la flecha descendente (1). Gracias a todo esto se alcanza la siguiente conclusión: los pensamientos intrusivos y las preocupaciones tienen que ver, mayoritariamente, con el miedo a que lo que JM nombra como que le "**rompan el corazón**" (por antecedente de ruptura afectiva del pasado) y a que se "**rompa la columna**" (por accidente automovilístico). Estas dos expresiones,

extraídas del lenguaje del paciente a través de la técnica del calcado (12), constituirán los "faros" que monitorizarán los avances de la terapia. Además se extraen varias SII: dejar de hacer cosas, interrogar a la novia actual sobre si le quiere o no, etc.

De nuevo, se buscan excepciones: varias veces es capaz de hacer deporte (correr, nadar, jugar al fútbol, etc.) sin pensar en las hipotéticas consecuencias físicas en la espalda o aún sintiendo dolor. Con respecto a este tema, el miedo a recaer de su lesión, se usó la **metáfora del futbolista lesionado** (en este caso, del "Pipita" Higuaín), aprovechando la afición futbolística de JM. Es decir, aprovechando la postura del paciente (4).

3 - **Recaída de la depresión**: Comenta la presencia de tristeza, la reducción en el nivel de actividades de ocio y la existencia de quejas somáticas (dolores de espalda e insomnio). Se buscan excepciones ("¿Qué hiciste para salir de la depresión?"), aludiendo a que se "mentalizo": no quería seguir así y se dedicó a retomar su vida, con actividades propias de su momento evolutivo (trabajo, pareja, amistades, etc.).

Antes de acabar la sesión se le propuso hacer la **proyección del futuro** (3), que insta al paciente a imaginarse un futuro sin la presencia del problema, para contemplar qué será diferente. Esas diferencias, conductualmente operativizadas, se convertirán en objetivos de la terapia. JM da las siguientes respuestas:

- "Me centraré más en el trabajo".
- "Tendré mejor ánimo y más ganas de hacer cosas".
- "Hablaré menos de mis preocupaciones a mi novia y a mi familia".
- "Dormiré mejor".

Para acabar la sesión se le hace un resumen de la misma y la prescripción de la intención paradójica (5) para combatir el insomnio.

2º Sesión (22/10/10)

El feedback sobre la utilidad de la prescripción paradójica es negativo. Para completar la evaluación se decide investigar en esta segunda sesión varios temas:

Novia actual → ¿Qué le preocupa en concreto? Miedo a perderla, a que le pase lo mismo que con su ex novia, a que se canse de él por sus "obsesiones" y lo deje. Miedo, en definitiva, a sentirse solo.

Ex-novia → ¿Qué pasó? ¿Cómo lo trató "mal"? "Fue borde, mala persona (...). Me humillaba delante de mis amigos y sus amigos". Ella lo dejó por un tiempo ("necesitaba tiempo") y le fue infiel. Pero, finalmente, y agotado por la situación, fue él quien rompió la relación. JM desde esta época tiene gran miedo a la humillación, al insulto, además de un intenso sentimiento de culpabilidad ("pude haber hecho más por retenerla").

Lesión de columna → ¿Tiene secuelas y dolor? ¿En qué grado? ¿En qué le interfiere? Tiene miedo a recaer de la lesión, habiendo reducido la frecuencia de las actividades deportivas. Juega mucho menos al fútbol que antes, viéndose "desentrenado". Existe cierta confusión médica, ya que algunos profesionales le dicen que no puede llevar vida normal y otros que sí.

Depresión de hace dos años → ¿Cómo fue? Comenta que la sintomatología depresiva se desencadena a partir de varios hechos concatenados: el accidente de coche, la muerte de su tía por cáncer y la problemática con ex novia; todo ello en el 2004. Apunta que su madre

tuvo "depresión", pero que se recuperó. Desde los acontecimientos del 2004, dice que la madre le ha sobreprotegido mucho.

Estas dos sesiones ayudaron a recopilar información importante sobre quién es JM y qué le pasa, así como el afrontamiento que hace de sus problemas. Se construyen varias hipótesis:

1º **Miedo al rechazo y a la soledad.** Se extrae de los temas relacionados con la novia actual y la ex novia. Suele "interrogar" a la novia sobre si le quiere y si le va a dejar. Comenta pormenorizadamente sus preocupaciones con la novia y con familiares (sobre todo con la madre) y amigos.

2º **Miedo a recaer en su lesión de espalda.** Lo que le impide tener el nivel de actividad física previo al accidente. Además tiene quejas sobre su bajo estado de forma física, su aspecto más deteriorado (dice haber engordado desde entonces) y el dolor de la espalda. Quejas que inundan su relación con los allegados.

3º **Intentos de solución de control de eventos privados.** Traducido en sus deseos de no recordar o pensar ciertas cosas, además de la inhibición comportamental como consecuencia del dolor físico. Escasa tolerancia a su percepción corporal.

4º **Contribución del sistema familiar.** Parece ser que la madre y la novia, fundamentalmente, contribuyen activamente al "juego" de la depresión de JM. Sería interesante averiguar de qué forma y con qué beneficios y costos.

La presencia de estos miedos justifica, desde un punto de vista estratégico, la prescripción de "la peor fantasía" (10), que consiste en pedirle que todos los días se exponga, sentado en una silla ("silla caliente"), a todos los eventos privados relacionados con sus mayores miedos: que C lo va a dejar, que va a recaer de la lesión de espalda, etc. Con este procedimiento se busca anular la SII de no pensar en los miedos o preocupaciones.

Se informa al paciente sobre la conveniencia de ir a un médico de confianza para que le confirme si puede hacer vida normal. También se le dice que vaya comentando en casa la posibilidad de que la familia y la novia vengan un día a sesión, para poder explorar e intervenir sobre las esas SII relacionales de sobreprotección.

3º Sesión (5/11/10)

Esta sesión fue clave para confirmar la hipótesis sobre el **patrón de SII de evitación experiencial** de JM: "*Hago cosas por no sentir miedo, por no sentirme triste, por no tener angustia en el cuerpo, etc.*", "*escucho música, salgo a correr, etc; pero luego ni se me pasa la tristeza ni la ansiedad*". El paciente no quiere tener determinados pensamientos, emociones y sensaciones, empleando para ello estrategias de evitación que no hacen sino, paradójicamente, retroalimentar dichos eventos privados. Esta evitación experiencial, típico concepto de la Terapia de Aceptación y Compromiso (21), es una auténtica SII desde el modelo sistémico breve estratégico.

Se hace todo un trabajo de psicoeducación en esta sesión, haciéndole ver al paciente como lo verdaderamente problemático es su intento de solución. JM queda muy sorprendido, ya que lo último que se esperaba, según él, es que en sus intentos bienintencionados por resolver su depresión se hundiera cada vez más en la misma.

Devuelve que ha sido incapaz de llevar a cabo el ejercicio de la "silla caliente", ya que le suscitaba mucha angustia, conectándose esto mismo con lo que se ha hablado de la evitación experiencial. La sesión finaliza con la prescripción de, ahora sí, una tarea más

ambigua, que no exija un comportamiento tan estereotipado por su parte, no yendo en contra de su estilo de colaboración terapéutica (4). En concreto, la técnica elegida es la tarea de observación (4), pidiéndole que se dedique simplemente a dirimir qué tipo de pensamientos y sensaciones aversivas le invaden y qué hace ante ellos.

4º Sesión (11/11/10)

Esta sesión podría definirse como "**el día de las confesiones**", ya que JM fue capaz de abrirse en la relación terapéutica, mostrando aspectos de su vida que le desagradan, sin recibir no más intervención que la de la escucha activa. Sus revelaciones fueron:

1º. Alto grado de desesperación por su **situación laboral**. En su trabajo está cometiendo errores físicos (por ejemplo, caídas en público) y de desconcentración (por ejemplo, erratas en los pedidos). Su miedo a la mofa, por parte de los compañeros, y a que se descubra su "depresión" es tal que vivencia el trabajo como algo totalmente aversivo, planteándose seriamente el abandonarlo.

Aquí, desde un punto de vista estratégico, se observan dos claras SII: la primera concierne al hecho de intentar ocultar la depresión ante los compañeros de trabajo. No habla de ello, simulando aspecto eutímico e incluso eufórico. La segunda, muy relacionada con la primera, es intentar sobreesforzarse en su rendimiento laboral, con el objeto de proyectar una imagen de perfecto empleado.

2º Abuso de **cannabis** durante tres años (2004-2007). El paciente justifica este consumo como un intento de no recordar determinados sucesos: el accidente automovilístico, la muerte de su tía, la ruptura afectiva, etc. Trae esto a consulta ya que, según él, pensó en lo que se trató el anterior día sobre la evitación experiencial.

JM verbaliza todo esto con gran culpabilidad, muy preocupado sobre si tendrá secuelas crónicas por ello, tanto afectivas como cognitivas. Se procede a una intervención de cariz más psicoeducativa conceptualizando el abuso como su SII más típica y explicando que después de tanto tiempo de abstinencia no tiene porqué haber secuelas. Además, se le explica que las principales consecuencias suelen ser cognitivas (déficit de atención, memoria, pensamiento, etc.) y que las afectivas, aunque son relevantes, no darían lugar a un auténtico trastorno depresivo, sobre todo a largo plazo.

JM sale muy aliviado de esta sesión. La familia, según él, no conoce este antecedente tóxico y pide por favor que esta información no salga del entorno psicoterapéutico. Se le recuerda el principio de confidencialidad y se refuerza esta expresión de sinceridad. A pesar de que JM se muestra muy desesperado y que apenas sigue las prescripciones terapéuticas lo ocurrido en esta sesión apuntala la alianza terapéutica, lo cual puede concebirse como un factor pronóstico para un trabajo psicológico más profundo en sucesivas sesiones.

A pesar de las "confesiones" del paciente y del miedo de que todo esto sea conocido por sus seres queridos se refresca la idea de tener sesiones de familia, a lo cual JM reacciona positivamente. Se le informa que para el próximo día sería conveniente, entonces, que vinieran a sesión cuantos más familiares mejor, incluida C, la pareja. Estas sesiones conjuntas tienen como objetivo comprobar la hipótesis sistémica de presencia de pautas de transacción familiar que favorecen la sintomatología ansioso-depresiva del paciente.

5º Sesión (22/11/10)

En dicha sesión sólo acude JM y su madre. La madre del paciente es una mujer de 42 años y ama de casa. Muestra una apariencia elegante, aderezando su aspecto físico con todo tipo de bisuterías y presentándose muy maquillada. Su lenguaje analógico está repleto

de muestras de afecto y de protección sobre el paciente. De su discurso se extraen dos datos significativos:

- Presencia de *antecedentes personales de depresión*. Este historial depresivo se narra como una sucesión de "episodios", no quedando claro si se trata de un "trastorno depresivo mayor recurrente" o de un "trastorno distímico". El más intenso de los episodios se dio en 2004, con el accidente de su hijo y la muerte de su hermana. Hoy por hoy, según cuenta, se encontraría en fase de remisión absoluta, totalmente asintomática.
- La *díada madre-hijo fusionada*, siendo la secuencia de interacción la siguiente: el hijo se queja y expresa sus miedos delante de su madre, la madre le consuela y lo tranquiliza, el hijo se alivia momentáneamente pero luego vuelve a la "carga". Este ciclo probablemente sea una de las variables relacionales que más contribuyen al estado psicopatológico de JM. La hipótesis, además, también abarca la posibilidad de que C, su novia, también esté jugando un rol parecido en su relación con JM.

De acuerdo con las hipótesis diagnósticas sistémicas y la escenificación (9) de la díada madre-hijo en sesión se llevan a cabo dos intervenciones:

1º Externalización → "**La Depresión invade a JM, lo ataca**". Gracias a las preguntas de influencia (21) se externaliza el problema como la "Depresión", compartiendo la díada un enemigo común. Esto ayuda a destruir el rol de JM como paciente identificado (PI), reduciendo la estigmatización y la culpabilidad y aunando los esfuerzos familiares hacia un mismo fin: vencer a la Depresión. A la madre se la persuade para que enseñe a su hijo "los trucos para vencer la Depresión" (dado su remisión sintomática), pasando de una relación de dependencia a una de colaboración. Usando las preguntas escalares (15) JM dice que en su guerra contra la Depresión está en un 1/10. Y con la proyección del futuro ("¿A qué os dedicaréis cuando la depresión abandone la casa?") la madre respondió "dejaré de estar yo encima de él" y el hijo dijo "no le pondré a mi madre la cabeza como un bombo".

2º Intervención paradójica → La hipótesis es que la madre "fuerza" a JM a tener pensamientos ("piensa en positivo") y tener sentimientos ("animate, pon buena cara") que sólo se pueden alcanzar espontáneamente. El paciente entra así en un estado de frustración constante por no poder alcanzar dichos eventos privados. Para la escuela estratégica todo esto se encuadraría en la categoría de problemas psicológicos de "**intentar forzar algo que sólo puede ocurrir espontáneamente**" (4). Es decir, la paradoja de "¡Sé espontáneo!". Congruentemente se hace la prescripción del ritual familiar nocturno (11), consistente en posponer toda expresión de preocupación, miedo o duda por parte de JM a un periodo temporal limitado (treinta minutos), ante un público muy concreto (su familia) y controlando las SII de refutar ideas irracionales, sosegar a la persona, etc.

El ejercicio se vende a la díada validando el sufrimiento de JM y su legítima necesidad de expresión. Pero añadiendo que un desahogo estructurado va a favor de ellos y en contra de la Depresión. Se termina la sesión concertando una cita donde acudan más miembros de la familia y C, no sin antes calibrar el impacto de esta intervención familiar en la persona de JM, a través de una sesión individual.

6º Sesión (29/11/10)

Viene solo. Refiere un mejor estado de ánimo. De un 1/10 en la escala ha pasado a un 2/10. Comenta que la "terapia" (así es como llama al ritual familiar nocturno) le está funcionando, hasta tal punto que muchas veces no agota la media hora y ya no sabe qué decir, mientras la familia le anima a que se siga quejando. Además, rastreando excepciones ("¿Como has pasado de un 1 a un 2?") JM refiere un cambio interesante: Ha dejado de ocultar su mala racha animicamente en el trabajo. Totalmente opuesto a la SII, este nuevo

afrontamiento le libera de la paradoja "¡Sé espontáneo!". Esto obedece a la directriz estratégica de "hacer publico en lugar de ocultar" (12).

Se le refuerza enormemente el paso dado, así como su caracter autodidacta. Por si fuera poco, se siente mas aceptado en el trabajo y esta intimando con un par de compañeros. Otra "arma contra la Depresión" ha sido ser capaz de hacer actividades fuera de casa. Como si de una programación conductual (1) se tratará, las actividades de ocio están aumentando su estado de ánimo. Se le explica (psicoeducación) el modelo de depresión de Lewinsohn (7), donde el nivel de actividades, la motivacion por hacer cosas y el estado de animo se retroalimentan. Se finaliza la sesión prescribiendo hacer "más de lo mismo que funciona"(13). La proxima cita será de terapia familiar.

4. Sesión 7: El cameo de Minuchin.

Salvador Minuchin puede considerarse como el pionero y, al mismo tiempo, máximo exponente de la **terapia sistémica estructural** (8), (9). Para los clínicos estructurales, el síntoma de un miembro del sistema familiar (PI) no es más que la manifestacion de una dinámica de funcionamiento patológico del sistema, un estancamiento en una etapa del ciclo vital y la mejor forma que ha tenido la familia hasta ahora para mantener la homeostasis. Por tanto, el objetivo de la terapia estructural no es tanto la eliminación del síntoma sino la reestructuración del sistema familiar. Los estructurales hipotetizan que trabajando sólo el síntoma, sin tocar la estructura, habría una *rotación del síntoma* (6) y no un auténtico cambio terapéutico.

7º Sesión (3/12/10)

En esta sesión acuden el padre, la madre, JM y la novia de este. Una breve presentación de los mismos (salvo de JM) sería esta:

1) *Padre*: De 45 años de edad, el padre de JM regenta una empresa de piezas de coches. Físicamente destaca por su alta estatura y su constitución ancha. Se comporta muy extrovertidamente, exhibiendo un sentido del humor bastante ácido, bromeando con su hijo constantemente y minimizando su dolor psicológico. Define el problema ansioso-depresivo de JM como "*cosas de jóvenes*".

2) *Madre*: Ya se la describió más arriba.

3) *Novia*: Tiene 21 años y estudia periodismo. Le va muy bien en sus estudios y lleva con JM desde el 2008. Evidencia comportamientos de sobreprotección sobre JM.

Varias fueron las maniobras terapéuticas de esta sesión:

· **Padre**: El contacto con el padre abre la hipótesis de un posible rol periférico. Muy centrado en su trabajo y en su vida social, pasa poco tiempo en casa, ese "reino de los depresivos" (JM y esposa). Se emprende la confirmación (9) de este padre, rescatando sus lados fuertes. A través de un autorrevelación, se le refuerza su interés por promocionar laboralmente y su pasión por el trabajo de cara al público. Tras apreciarse cierta acomodación (8) se pasa a estudiar la díada padre-hijo, bastante distante a priori. Llama la atención como el padre, a una edad parecida a la de JM en el presente, tuvo un episodio ansioso-depresivo mientras realizaba el servicio militar. En un submarino, y con lo angosto de la situación, el padre experimentó síntomas que podrían categorizarse como de agorafobia, además de una tristeza de carácter moderado-leve. Se procede entonces a hilvanar ambas experiencia, la de padre e hijo, de nuevo gracias al recurso de la exteriorización de la Depresión.

Además, para fortalecer esta diada padre-hijo se les propone que pasen más tiempo juntos, dentro de una nueva fijación de fronteras (9). En el contexto de la sesión padre e hijo acuerdan "irse de cañas" a la vez que ven un partido de fútbol (hobby que comparten). El acercamiento de esta diada también tiene el efecto de defusionar a madre e hijo, rompiendo así con las SII de sobreprotección.

· **Novia:** Tras confirmársela a través de aspectos como su estudios de periodismo y su afición por el manga japonés C reconoce, ante JM y los padres de este, que también padece de "ansiedad". No tiene inconvenientes, además, en expresar su enorme preocupación por JM. La hipótesis que se lanza sobre la figura de C en la problemática de JM es la de ser más "madre" que novia. Así pues, el paralelismo entre la relación que el paciente mantiene con su madre y la interacción que desarrolla con su novia es evidente, siendo un "*chico con dos madres*". El movimiento terapéutico pasó por hacer pública la sintomatología ansiosa de C y desequilibrar (9) a JM realzando su corta pero importante mejoría. Gracias a ello se invierte la complementariedad rígida (17) de la pareja de novios, incitando al paciente a que, ahora sí, se dedique a ayudar a su pareja en su particular lucha contra la ansiedad.

· **Madre:** La madre agradece la "terapia", por los buenos resultados. Refuerza la externalización de la Depresión, lo que permite la siguiente devolución, que rompe el rol de JM como PI: la Depresión y sus secuaces (por ejemplo, la Ansiedad) se han cebado con muchas más personas, no sólo con JM.

Se concluye la sesión con la redefinición de los cambios (12) provocados por la "silla caliente". La familia necesita saber por qué funciona la "terapia", para que no quede con la impresión de que es algo mágico e incontrolable. Se les explica la paradoja de "*¡Sé espontáneo!*". La sesión de terapia familiar se cierra agradeciendo a todos y cada uno su presencia y proponiendo futuras "reuniones familiares".

5. Sesión 8-10: La fase eufórica de la terapia.

8º Sesión (17/12/10)

A esta sesión vienen JM y la novia. El paciente manifiesta que se encuentra en un 5/10 en su guerra contra la Depresión. Se detecta rápidamente la SII de la diada JM-C: JM comienza a quejarse, C lo tranquiliza, dándole argumentos "antidepresivos", lo cual le fuerza a sentir alegría y a que no tengas pensamientos negativos. JM cae en un estado de frustración al no poder alcanzar esas cotas y además se enfada con ella. Se señala esta secuencia, comentando la pareja de novios que esto es lo que sucede con asiduidad. A pesar del incordio de la Depresión se refuerza cómo son capaces de estar unidos y lo enamorados que parecen, en un destacamiento de los lados fuertes (9). Esta redefinición gusta mucha a la pareja. Para reducir la influencia de la Depresión sobre la pareja se readapta y prescribe la "silla caliente" también a esta diada.

Se les insiste en que antes que nada, incluso de darse un beso, JM tiene que desahogarse durante quince minutos. En otro orden de cosas, se retoma la idea de cómo el paciente podría ayudar a su novia a vencer a la ansiedad. Esta ayuda no solo permitirá a la novia escapar de las garras de la ansiedad, sino que le prevendrá de una futura y posible depresión. Al paciente le asusta bastante la posibilidad de que su novia pase por lo que él ha pasado. Con esto se refuerza que JM adopte un rol de mayor peso y autoridad en esa diada.

Con la inminencia de las Navidades, JM tiene bastante miedo a una recaída. Una tarea típica del enfoque breve-estratégico en esta fase es prescribir una recaída (18). El día elegido para tal "experimento" es el domingo y se le pide que haga caso a todas las influencias de la Depresión: que no realice nada de ocio, que se queje mucho delante de su madre y de su novia, etc. Todo esto, por supuesto, debe avisarse antemano en casa. Se le

dice que la mejor manera de resolver un problema es metiéndose de lleno en él (10). La sesión acaba con las clásicas felicitaciones de Navidad.

9º Sesión (7/1/11)

Viene solo. El paciente se ubica en un 6/10. Aún desde la animadversión inicial ha sido capaz de realizar la tarea de la recaída. Se redefine la situación de forma que JM entendiera que tiene más control sobre la Depresión del esperado, ya que ha sido capaz de "bajar a los infiernos" para luego subir. El ejercicio de la "terapia" sigue siendo efectivo y se introduce un cambio: cuando ya no tuviera más quejas se podría emplear el tiempo restante para que la familia hable de los avances en la guerra contra la Depresión.

Además JM comenta que ve a la madre "más tranquila, menos preocupada y con mejor cara", que esta disfrutando más de su relación de pareja y que está interactuando más con su padre. En ese instante se trabaja la complementariedad (9), de cómo el comportamiento de uno afecta al resto del sistema. Para todo lo que funciona en la lucha contra la Depresión se prescribe hacer "más de lo mismo" y se emplea otra maniobra estratégica, para reducir aun más el miedo a las recaídas: el "go slow" (12) o "no apresurarse" (4), asemejando el proceso de la mejoría con la conducción de un automóvil, donde la rapidez excesiva, lejos de ser conveniente, se acaba convirtiendo en un riesgo casi fatal. Esta técnica es, también, incompatible con las SII de JM del "¡Sé espontáneo!".

10º Sesión (14/1/11)

Viene solo. Resalta su mejoría, concretada en un 6'75/10. Se busca operatividad ("¿Qué es lo que te produce la impresión de que has subido casi un punto?"):

- Se nota más animado y más auténtico. "Así era yo antes de que viniera la Depresión".
- Ha aumentado la frecuencia de las actividades lúdico-sociales. Niega consumo de tóxicos.
- Laboralmente su tío le ha ofrecido trabajo en una empresa de pinturas de coches. "Me gusta. Además estoy mas en contacto con mi padre".
- Su percepción de influencia sobre la Depresión se ha incrementado, pasando de una descripción saturada del problema a una descripción más "rala" (14). Haciendo cálculos se llega a la conclusión de que **ha pasado de luchar 24 horas al día, siete días a la semana, contra la Depresión a luchar sólo 2'5 horas al día, de lunes a viernes**. Esa franja se corresponde con el horario desde que sale de trabajar hasta que se acuesta, intervalo en el cual hay muy pocas actividades de ocio y es más vulnerable a las "tentaciones" de la Depresión.

6. ¿Y ahora qué?

El enfoque breve estratégico ha permitido un avance relativamente rápido en la mejoría de la sintomatología ansioso-depresiva de JM, pero no está todo dicho en este proceso psicoterapéutico. Varios puntos llaman la atención:

1º Aun esta en un 6'75/10. Se negocia con JM el alcanzar un **9/10** como una señal que anuncie el final de la terapia.

2º Todavía están vigentes todas las SII relacionadas con la **evitación experiencial** y, por tanto, con la paradoja de "¡Sé espontáneo!".

3º **Estructuralmente**, el mínimo trabajo que se ha desarrollado con la familia puede interpretarse como un arma de doble filo. Por un lado, y destacando lo positivo, las intervenciones familiares han funcionado como trampolín para los avances de JM. Pero, por otro lado, y desde una perspectiva más negativa, las sesiones familiares han abierto muchos interrogantes. Por ejemplo:

- ¿Para qué sirve el síntoma de JM? No cabe duda que el problema ansioso-depresivo del PI cumple una función en este sistema (6). ¿Qué beneficios obtiene la madre al tener que "cuidar" a su hijo?, ¿qué evita este padre mediante un rol periférico?, ¿cómo ayuda a C tener que hacer de "madre" de su propio novio?, ¿qué pasa con el hermano de JM?, etc.

- En consonancia con todo lo anterior cabría preguntarse desde qué contexto hay que leer la presencia de pseudoacuerdos en la pareja de padres con respecto a la definición de JM como "necesitado de ayuda", colocando al paciente en una situación de "chivo expiatorio". La hipótesis estructural más viable es la existencia de una triangulación entre la díada madre-JM, que formarían una colación en contra del padre (8).

- La triangulación, en teoría, permitiría a la pareja de padres no definir su relación (17) y evitar así la explicitación de un conflicto conyugal. ¿Qué estará intentando transmitir esta madre a su esposo a través de la sobreprotección sobre JM?, ¿qué mensaje trata de enviar el padre de JM a su mujer mediante su rol ausente?

- Y por último, otra de las hipótesis es una posible repetición de la pauta de relación de "supuesta inferioridad" que JM mantiene con su madre ahora con su C, su pareja. Esta complementariedad rígida de "cuidadora" versus "cuidado" quizá encubra un estancamiento en el ciclo vital de pareja, más específicamente una dificultad de transición de una etapa de "enamoramamiento" a una fase de "negociación" (16).

Todas estas nuevas "puertas abiertas" deberán ser tomadas en cuenta para decidir si se continúa o no con la psicoterapia, qué objetivos hay que plantear y qué modelo terapéutico sistémico es el más oportuno. Y todo ello, por supuesto, con la negociación y conformidad de JM.

7. Bibliografía.

(1) Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclée De Brouwer; 2005.

(2) Cade B y O´Hanlon WH. Guía breve de terapia breve. Barcelona: Paidós; 1995.

(3) de Shazer S. Claves para la solución en terapia breve. Barcelona: Paidós; 1986.

(4) Fisch, R, Weakland JH, Segal L. La táctica del cambio: Cómo abreviar la terapia. Barcelona: Herder; 2003.

(5) Frankl VE. El hombre en busca de sentido. Barcelona: Herder; 1999.

(6) Jackson D. [La cuestión de la homeostasis familiar] *The question of homeostasis family*. Psychiatric Quartely Supplement 1957; 31 (1): pp. 79-90.

(7) Lewinsohn PM, Gotlib IH, Hautzinger M. Tratamiento conductua de la depresión unipolar. En: Caballo VE (dir.). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol. 1. Madrid: Siglo XXI; 1997. p. 493-542.

(8) Minuchin S. Familias y terapia familiar. Barcelona: Gedisa; 2009.

- (9) Minuchin S, Fishman HC. Técnicas de terapia familiar. Barcelona: Paidós; 1983.
- (10) Nardone G. Miedo, pánico, fobias: La terapia breve. Barcelona: Herder; 2002.
- (11) Nardone G, Portelli C. Conocer a través del cambio. Barcelona: Herder; 2006.
- (12) Nardone G, Watzlawick P. El arte del cambio: Trastornos fóbicos y obsesivos. Barcelona: Herder; 1992.
- (13) O'Hanlon WH, Weiner-Davis M. En busca de soluciones: Un nuevo enfoque en psicoterapia. Barcelona: Paidós; 1990.
- (14) Payne M. Terapia narrativa: Una introducción para profesionales. Barcelona: Paidós; 2002.
- (15) Selekman M. Abrir caminos para el cambio: Soluciones de terapia breve para adolescentes con problemas. Barcelona: Gedisa; 1996.
- (16) Troya E. De qué está hecho el amor: Organización de la pareja occidental entre el siglo XX y el siglo XXI. México: Lumen Humanitas; 2001.
- (17) Watzlawick P, Beavin Bavelas J, Jackson DD. Teoría de la comunicación humana: Interacciones, patologías y paradojas. Barcelona: Herder, 1981.
- (18) Watzlawick P, Weakland y Fisch. El cambio: Formación y solución de los problemas humanos. Barcelona: Herder; 1976.
- (19) Watzlawick P, Nardone G. Terapia breve estratégica: Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad. Barcelona: Paidós; 2000.
- (20) White M, Epston D. Medios narrativos para fines terapéuticos. Barcelona: Paidós; 1993.
- (21) Wilson KG, Luciano MC. Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Un tratamiento conductual orientado a los valores. Madrid: Pirámide; 2002.

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN PSICOSIS: CASO CLÍNICO Y REVISIÓN TEÓRICA ⁵

Helena Domínguez Perandones
PIR-3 Psicología Clínica

INTRODUCCIÓN

Desde mediados de los años 90, se han venido desarrollando intervenciones psicológicas específicas, dirigidas al tratamiento de la sintomatología psicótica. En particular, la terapia cognitivo-conductual ha sido refrendada por numerosas investigaciones (llevadas a cabo principalmente en el Reino Unido) como tratamiento coadyuvante en pacientes con sintomatología psicótica positiva.

Más recientemente, se está tratando de probar la utilidad de esta terapia y sus técnicas en el ámbito de la práctica clínica diaria, obteniéndose hasta el momento resultados muy prometedores que avalan la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en psicosis, independientemente de las características específicas de pacientes y terapeutas.

A continuación, ilustraremos con un caso clínico y la revisión de su historia, la teoría y técnicas básicas de este enfoque terapéutico de las psicosis.

CASO CLÍNICO

1. Filiación

Mujer de 33 años, natural de Madrid. Soltera, sin pareja ni hijos. Vive en el domicilio familiar con sus padres. Es la menor de tres hermanos. Cursó estudios hasta COU, aunque hace unos meses los retomó y se ha matriculado en Psicología por la UNED. En el momento de iniciar el tratamiento, trabajaba como conserje en un instituto. Durante los veranos, hace labores administrativas en un hospital de la Comunidad de Madrid.

2. Presentación de la paciente

M. es una mujer rubia, de estatura media y con sobrepeso. Suele presentarse en consulta con un aspecto más bien descuidado, aunque aseado y sin llegar a la dejadez. De aspecto afable y delicado, y mirada triste, tímida y huidiza. Habla hipotónica y monotonal.

Es colaboradora y adecuada en consulta. Se comporta siempre de manera correcta y educada, guardando sistemáticamente las distancias pero sin resultar fría. Rara vez sonríe, aunque aprecia los comentarios distendidos o las bromas en consulta.

- Entrecorrido de alguno de sus primeros comentarios:

"A veces pienso que cuando los demás hablan, dicen las cosas por mí. No sé..."

"Quizá todo sea por mi inseguridad, por mi falta de autoestima..."

"Veo poco a mis amigas. No tengo a nadie con quien desahogarme..."

"Hay gente muy natural, muy expresiva; yo no soy así..."

⁵ Caso clínico presentado en el Seminario de Psicoterapia el 14 de Marzo de 2012.

Residente: Helena Domínguez Perandones (PIR-3 Psicología Clínica).

Supervisor docente: Juan José Beloso Roperó.

Supervisora clínica: Edurne Crespo Llanos.

3. Motivo de consulta

Tratamiento para controlar su evolución tras un primer episodio psicótico en julio de 2006 (ideación delirante autorreferencial centrada fundamentalmente en el ámbito laboral).

La demanda más inmediata de la paciente es lograr cierto manejo de sus interpretaciones autorreferenciales, que son de intensidad variable, y casi permanentes en el trabajo.

3.1. Síntomas

Además de la alteración en el contenido del pensamiento, M. presenta hipotimia, anhedonia, inactividad, baja autoestima, frecuente autodevaluación y reacciones de ansiedad ante situaciones nuevas o que requieren un afrontamiento activo. Considera que la mayoría de estos síntomas se relacionan directamente con sus interpretaciones y que, de desaparecer éstos, su estado psicológico general mejoraría de forma notable.

Por otro lado, la paciente muestra ciertos rasgos de personalidad dependiente, de los que no es del todo consciente (no obstante, los rasgos no parecen llegar a constituir un trastorno de la personalidad por dependencia, pese a haber sido éste el diagnóstico tras su primer ingreso).

3.2. Conflictos interpersonales:

- Escasa red social: dice tener "dos o tres amigas" con las que sale poco.
- Califica el ambiente en su casa como "estresante": atención y preocupación materna excesivas; discusiones entre sus padres que le generan ansiedad.
- Aunque mantiene una buena relación con su hermana, la ve poco y, en alguna ocasión, ésta le ha recriminado que "se queja demasiado".

3.3. Diagnóstico:

No claramente delimitado.

Al menos al inicio del tratamiento, no cumple criterios para esquizofrenia ni trastorno esquizoafectivo.

Por criterios, estaría más próximo al trastorno delirante tipo no especificado, pero la clínica no parece adecuarse a este diagnóstico:

- el delirio como tal no es estable; surge en brotes y después persisten interpretaciones de referencia abiertas a la crítica;
- el sistema delirante no está ni ha estado marcadamente encapsulado: por un lado, se relaciona con su personalidad de base, y, por otro, la emoción asociada a la autorreferencialidad está casi siempre presente en mayor o menor grado;
- no niega la "anormalidad" de sus creencias ni cuestiona la necesidad de recibir tratamiento.

En algún momento de su asistencia a salud mental, un profesional ha señalado que la forma de presentación del trastorno guarda muchas similitudes con el clásico **Delirio sensitivo de referencia de Kretschmer**, descrito en 1928:

«Este delirio surge como una reacción delirante sobre una personalidad sensitiva (asténicos, tímidos, inseguros, hipersensibles, escrupulosidad excesiva). Son comunes los

autorreproches ético-morales respecto a su conducta, con sentimientos de culpa y vergüenza».

«El carácter sensitivo que da nombre a este tipo de paranoia se aplica a esas "naturalezas delicadas, que, no sólo son profundamente impresionables por las experiencias vividas, sino que las elaboran en profundidad. [...] Los sujetos más representativos de este grupo son aquellos de carácter dócil, sensibles, [...] individuos que interiorizan su vida afectiva [...]. Disimulan durante mucho tiempo sus tensiones afectivas, no asimilan las experiencias importantes y no están en condiciones de manifestarlas libremente"».

Dado que en los últimos meses se está apreciando un aumento de las interpretaciones referenciales paranoides y un mayor deterioro psicosocial (en ILT, desde junio de 2011; muchas dificultades para estudiar; mayor aislamiento), es altamente probable que, en un futuro, el diagnóstico evolucione al de esquizofrenia.

4. Análisis de la demanda

4.1. Cadena de acontecimientos

- Julio 2006: Primer ingreso por "ideación delirante referencial, referida a su entorno laboral, que le crea gran angustia". "Interpretaciones delirantes en forma de comentarios desfavorables hacia su persona y competencia laboral". "Inquieta, desasosegada, irritable y malhumorada".

Más adelante, la misma paciente contará que todo empezó cuando su jefe le invitó a tomar una copa y pensó "que iba por otro lado". Ella se lo reprochó a él de "malas formas" y no se disculpó, así que la despidieron. "A partir de aquello, me miraban el contenido del bolso, el monedero... Lo sé porque la gente hacía comentarios de los mensajes que tenía almacenados en mi móvil". "No sé si lo hicieron por presionarme o porque no les caía bien. Al principio no me daba cuenta, pero fui hilándolo después".

- Agosto 2006: Inicia tratamiento psiquiátrico y psicológico en CSM. La adherencia es buena.

- 2007: Cambio de psiquiatra. Buena adherencia.

Durante este año, la paciente, aun presentando fluctuaciones periódicas (aunque sin patrón fijo) en cuanto a la mayor o menor presencia de sintomatología autorreferencial, se encuentra en general estable. La madre dice que la encuentra bien pero que "no llega a ser la de antes". "Es algo más cerrada, algo más callada".

- En los primeros meses de 2007, está peor, reconociendo que a veces cree que los profesionales se equivocan en el diagnóstico y que "su trastorno fue real". Sin crítica del episodio que desencadenó el ingreso.

- En marzo, acude de urgencia al ambulatorio porque una semana antes había creído que los de su antiguo trabajo habían colocado cámaras en su dormitorio y estaban falsificando su firma. Hacía crítica completa, pero describía una sensación de miedo más o menos constante.

- De marzo a diciembre de 2007, estable. La autorreferencialidad no desaparece pero disminuye. Priman los sentimientos de minusvalía (más centrados en su actividad laboral). Ella misma atribuye su sintomatología pasada y su tendencia a la interpretación referencial, a su inseguridad habitual y a su baja autoestima.

Es una época de incremento de la actividad y mejoría del estado de ánimo. La sintomatología ansiosa disminuye, aunque permanece la ansiedad anticipatoria ante la posibilidad de recaer. Mejora el contacto; más sonriente.

- 2008: Empeora. La autorreferencialidad es casi constante, aunque casi siempre logra hacer crítica.

- Enero: Refiere que una coordinadora del instituto donde trabaja estaba hablando con una mujer de la limpieza y que parecía decirle que M. no rendía como debiera. Afirma que luego escuchó cómo la limpiadora se lo contaba a otra compañera. La preocupación al respecto duró tres días.

- Continúa con cierta referencialidad de menor intensidad hasta junio, cuando los síntomas se extienden a otro ámbito: M. cree que en la academia donde estudia oposiciones, dos chicas que se sientan tras ella la critican con frecuencia. Estos pensamientos perduran hasta final de año y aparecen fenómenos aislados de difusión del pensamiento.

- 2009: Cambio de psiquiatra. Buena adherencia. Cierta mejoría. Persiste la autorreferencialidad, pero de baja intensidad y criticada aceptablemente.

- Marzo: Comienza trabajo con Psicología Clínica.

- Los sentimientos de incapacidad laboral y culpa por desempeñar mal su trabajo surgen ante el menor desencadenante.

- Noviembre: Claro empeoramiento que dura aproximadamente un mes. Mayor tendencia a interpretar la realidad de forma paranoide (no se adapta al entorno laboral e interpreta muchos comentarios de sus compañeros como críticas); más desanimada; sensación de escasa valía personal.

- 2010:

- Marzo: Reactivación de la clínica psicótica ante un incidente laboral poco relevante. Pasa un fin de semana muy malo, con interpretaciones paranoides y llegando a pensar de nuevo que podría haber cámaras en su casa. No alteraciones sensorio-perceptivas. Ánimo bajo durante un mes por la preocupación relativa a la recaída

- Abril: Cambio de psicólogo. Se inicia TCC.

- En mayo tiene unos días malos, con más referencialidad, que atribuye a todos los papeleos y gestiones que tiene que hacer al finalizar su contrato.

- Julio: Cambio de psicólogo.

- Bien hasta final de año.

- 2011/2012: Claro empeoramiento.

- Un incremento en la tendencia interpretativa, acaba derivando en sintomatología que roza lo psicótico durante distintos períodos de la primera mitad de 2011: a veces piensa que la medicación que se le está dando es un placebo y que los profesionales se han puesto de acuerdo con la farmacia; contrató una línea ADSL y luego la anuló porque comenzó a preocuparle que pudieran vigilarla a través de ella; reinterpreta prácticamente todo lo que oye y lo que dicen; ILT; puntualmente pierde la conciencia de enfermedad (*"Ahora duermo mejor porque me he dado*

cuenta de que no estoy enferma y eso me tranquiliza"); en ocasiones, parece minimizar y ocultar datos en consulta.

- Julio: Segundo ingreso: "*Síntomas psicóticos. [...] niveles anormalmente elevados de ansiedad, refiriendo fenómenos intuitivos y de lectura del pensamiento, así como hipersensibilidad, labilidad emocional y anhedonia*". "*Sentimientos de desbordamiento, impotencia e incapacidad [...] interpretación delirioide de las vivencias cotidianas [...]*".

- Tras el ingreso, unos meses de relativa mejoría, aunque hay hipotimia, anergia y miedo a la recaída. Le cuesta adaptarse al instituto. En noviembre, vuelve una importante tendencia referencial/paranoide.

- Durante los primeros meses de 2012, se encuentra más tranquila, quizá debido a un cambio en la pauta de medicación.

4.2. Seguimiento de la demanda:

Desde su derivación por Psiquiatría, casi al inicio de la enfermedad, la paciente ha tenido una buena adherencia al tratamiento psicológico y ha considerado beneficioso recibirlo, incluso en los escasos momentos en los que ha verbalizado dudas sobre la realidad de su trastorno. Esporádicamente, ha faltado a consulta sin avisar, pero ha llamado para solicitar una nueva cita y ha justificado sus ausencias.

4.3. Expectativas

La paciente quiere alcanzar cierto grado de manejo de sus interpretaciones autorreferenciales y trabajar su inseguridad y baja autoestima (a las que en más de una ocasión ha atribuido parcialmente la causa de sus alteraciones del pensamiento).

5. Contextualización del problema e hipótesis de la paciente

Dejando a un lado lo impredecible del inicio de los síntomas psicóticos, parece que el estrés se relaciona en M. con las situaciones nuevas que requieren de un afrontamiento activo. Los sentimientos de minusvalía y la hipotimia derivada de ellos, también parecen estar en clara relación con el contenido autorreferencial de sus pensamientos.

En referencia a su hipótesis explicativa, la paciente tiende a atribuir el trastorno a su inseguridad y baja autoestima, y, al menos en un principio, creía que, de solucionarse estos aspectos, su constante interpretación autorreferencial de la realidad, cesaría.

En la actualidad, su conciencia de enfermedad oscila, pero cuando reconoce su trastorno, suele culparse por ello (sobre todo tras las reagudizaciones).

6. Funcionalidad de los síntomas

Una vez más, sin obviar lo incontrolable de los síntomas psicóticos, parece que la constante interpretación autorreferencial de M., ejerce de "*confirmador*" de sus sentimientos de minusvalía y da vía libre a un aislamiento que resulta más sencillo, menos angustioso que afrontar los acontecimientos que le producen ansiedad.

En cuanto a los rasgos dependientes, su funcionalidad es clara: si son sus padres quienes se ocupan de ella, M. perpetúa su actitud de no afrontamiento de una realidad que le resulta amenazante (tanto por su personalidad, como por su sintomatología).

7. Abordaje terapéutico cognitivo-conductual

Este tratamiento tiene dos objetivos:

a) Promover la autorregulación de los síntomas: para lo cual se entrenan TÉCNICAS DE AUTOCONTROL. No reducirán los delirios (o las alucinaciones, si las hubiera), sino que **ayudan a controlar las vivencias y reacciones emocionales negativas antes, durante y después del síntoma**. En definitiva, se pretenden reducir los síntomas de estrés del paciente y hacerle sentir más control sobre su vida.

En M., este aspecto resultaba de particular importancia, dada la influencia en sus síntomas del aspecto sensitivo-afectivo.

- Técnicas de distracción de la atención: M. reconoce que incluso en sus horas libres, su pensamiento está casi constantemente centrado en su trabajo en el instituto.

- Aumento de la actividad general, y de la social en particular: trabaja en horario de tarde y se despierta muy tarde por la mañana. Se le propone que busque alguna actividad (preferentemente, que implique contacto social) para ocupar las mañanas de los días de diario. Comienza a salir sola, con su madre o con una amiga que está de baja y cambia su horario de gimnasio de los sábados, a tres mañanas de lunes a viernes. Objetivo paralelo: Preservar su autoestima.

- Entrenamiento en respiración controlada diafragmática

b) "Atacar" las creencias delirantes (para que cedan o se reinterpreten de un modo más benigno):

- Establecimiento del continuo patología-normalidad: Se trabaja con la paciente que interpretar, buscar razones, es natural en el ser humano, pero el problema surge cuando uno se precipita a conclusiones que generan malestar (M. acoge bien la "justificación estadística": por estadística, no es muy probable que cada vez que hablen de ella, lo hagan de modo negativo). Se explica que, en ausencia de psicopatología, también aparecen espontáneamente este tipo de creencias (se ejemplifica), pero que, al contrario que en M., se desvanecen rápido o se cambian por otras neutras o positivas.

- Conceptualizar el delirio como una creencia, no como un hecho (imaginación ≠ realidad): Para diferenciar ambos conceptos, se van presentando ejemplos, paulatinamente más cercanos a la experiencia de la paciente.

Ej.1: *Un señor se ríe al pasar a mi lado* ⇔ *"se ríe de mí"* vs. *"se ríe con su acompañante"* vs. *"se ríe de algo que ha ocurrido al otro lado de la calle"...*

Ej.2: *"Una compañera me intimida y me agrede"* vs. *"Una compañera hace que me sienta incómoda"*.

- Técnica de generar nuevas alternativas: en las situaciones en que M. hacía interpretaciones autorreferenciales, sólo generaba explicaciones que tenían que ver con ella de modo negativo, por lo que se la entrenó para que generara pensamientos alternativos espontáneamente.

Se practicó en consulta y luego se estableció como tarea para casa que generara dos o tres interpretaciones alternativas de carácter neutro o positivo al surgir los pensamientos dañinos. No lo logró cuando ocurrieron incidentes en el trabajo, de modo que se le propuso entrenarlo primero en situaciones neutras (al ver

acontecimientos en la calle ajenos a ella, debería "jugar" a darles explicaciones diversas). En este caso, sí consiguió hacerlo, lo cual le hizo experimentar una sensación de logro y de control sobre sus pensamientos ("A lo mejor también yo puedo pensar de otra manera").

Progresivamente, se debería continuar con este entrenamiento, hasta aplicarlo a sus interpretaciones autorreferenciales.

- Evaluar a fondo los eventos específicos asociados a sus creencias en un determinado momento: describir detalladamente todos los aspectos de la situación; luego, discriminar los hechos objetivos vs los juicios subjetivos (en este caso, trabajamos principalmente con sucesos del ámbito laboral).

- Diálogo socrático: cambiar las creencias mediante un "desafío verbal" y la comprobación empírica. M. era bastante reactiva a este abordaje, pues tenía una adecuada capacidad cognitiva y, por otro lado, su forma de estructurar la realidad, más allá de su trastorno, tendía a basarse en la racionalización.

Se trata, por tanto, de un debate empírico (no una imposición o enfrentamiento abierto contra el delirio) de las distorsiones cognitivas y las creencias irracionales derivadas (delirantes o no), examinando las evidencias a favor y en contra.

- Trabajo de sus emociones negativas: fundamental, dado que el patrón semi-evitativo derivado de sus propias creencias delirantes, la resguarda de su hipersensibilidad emocional.

CONCLUSIONES:

- a) El tratamiento cognitivo-conductual de los síntomas psicóticos positivos es un tratamiento coadyuvante con la terapia farmacológica.
- b) Aunque la meta ideal sería disminuir el grado de convicción delirante del sujeto, conseguirlo no es imprescindible. De manera prioritaria, el trabajo clínico se orientará al **menoscabo del malestar y la disfunción, consecuencias de los síntomas**. Lo que se pretende, por tanto, no es que éstos cedan, sino que el paciente **los reinterprete de un modo más neutro o benigno**.
- c) El tratamiento persigue dos objetivos intermedios:
 - Promover la autorregulación de los síntomas
 - "Atacar" la creencia delirante

En el primer caso, se pretende que el sujeto controle las vivencias y reacciones emocionales negativas asociadas al síntoma. Se emplearán técnicas de autocontrol.

El segundo objetivo, más específico de esta terapia, pasa por la aplicación de varias técnicas, cuya eficacia diferencial no se encuentra aún claramente establecida.

- d) En definitiva, el tratamiento cognitivo-conductual en las psicosis, lejos de situar el foco en el síntoma y sus variables (gravedad, contenido, presencia-ausencia), lo coloca sobre la **vivencia subjetiva** del mismo, las emociones negativas que despierta en el paciente, y el deterioro funcional que le acarrea.

BIBLIOGRAFÍA:

- Consejo de redacción. Variantes de la paranoia: el delirio de relación sensitivo de Kretschmer. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 1994; 14 (050):461-462.
- Cuevas-Yust C, Perona-Garcelán S, Martínez-López MJ. Tratamiento cognitivo-conductual de un paciente con diagnóstico de trastorno delirante. Psicothema. 2003; 15 (1):120-126.
- Kretschmer E. Der sensitive Beziehungswahn. Berlin: Verlag Von Julius Springer; 1918.
- Rollinson R, Haig C, Warner R, Garety P, Kuipers E, Freeman D, Bebbington P, Dunn G, Fowler D. The application of cognitive-behavioral therapy for psychosis in clinical and research settings. Psychiatr Serv. Oct 2007; 58 (10):1297-302.
- Sivec HJ, Montesano VL. Cognitive behavioral therapy for psychosis in clinical practice. Psychotherapy (Chic.) Jun 2012; 49 (2):258-70.
- Valiente Ots C. Alucinaciones y delirios. Madrid: Síntesis; 2005.
- Vidal DA. Delirios. Alcmeon, Rev. Arg. Clín. Neuropsiq. 1997; año VIII, 6 (3).

EL TOC, UNO MÁS EN LA FAMILIA. ENTENDIENDO LA FUNCIÓN DEL SÍNTOMA EN LA HOMEOSTASIS FAMILIAR ⁶

María Díaz Medina
PIR-2 Psicología Clínica

1. FILIACIÓN

Se trata de un varón de 42 años, soltero y sin hijos, que convive actualmente con sus padres. En tratamiento intermitente en Salud Mental desde hace más de 10 años, está diagnosticado de Trastorno Obsesivo Compulsivo resistente. Es el pequeño de 3 hermanos (tiene un hermano y una hermana). Su padre, jubilado, ha centrado su vida en actividades de ocio que le hacen estar poco tiempo en casa. Su madre es ama de casa. El paciente tiene un escaso apoyo social en la actualidad. Es funcionario, pero le acaban de conceder la incapacidad permanente absoluta revisable.

2. ¿CÓMO SE PRESENTÓ EL PACIENTE?

Es un hombre corpulento. Viste de modo informal. Ansiedad referida pero no manifiesta. Extravertido y hablador, tiene un tono de voz muy alto. Explica sus obsesiones con escasa resonancia emocional y con un discurso muy psicológico. Se evidencian importantes dificultades para cuestionar su forma de pensar y vivir. Tras una descarga de síntomas inicial, su sintomatología parece quedar en un segundo plano, centrándose su discurso espontáneo en la figura de su padre. Dice estar preocupado por su futuro y su evolución.

He podido participar en el equipo reflexivo en dos sesiones de terapia de familia, una en la que estaba su hermana y otra en la que estaba su madre. La relación con su hermana y con su madre es de complicidad. Su madre muestra una actitud sobreprotectora. La hermana, sin embargo, parece algo más distante emocionalmente e introduce una perspectiva interesante, afirmando que existen algunos aspectos en los que el paciente se parece a su padre, a quien éste responsabiliza de sus síntomas.

3. MOTIVO DE CONSULTA

El motivo de consulta ha sido siempre el mismo desde la primera vez que acudió a Salud Mental: sus obsesiones. Su demanda explícita es mejorar.

A lo largo de sus más de 10 años de tratamiento, han ido apareciendo los siguientes síntomas, la mayoría de los cuales se mantienen en la actualidad:

- Pensamientos obsesivos.
- Compulsiones.
- Ansiedad basal, que le hace reaccionar de forma excesiva ante estresores vitales menores.

⁶ Caso clínico presentado en el Seminario de Psicoterapia el 13 de Junio de 2012.

Residente: María Díaz Medina (PIR-2 Psicología Clínica).

Supervisor docente: Antonio Muñoz de Morales.

Supervisor clínico: Javier Ramos García.

- Problemas de sueño fluctuantes desde que era pequeño: insomnio de conciliación, sueño fragmentado, pesadillas.
- Síntomas depresivos ocasionales: ánimo disfórico, pérdida de apetito sin pérdida clara de peso, sensación de falta de energía, decaimiento.
- Síntomas psicósomáticos.

En el MCMI-II (contestado en 2011) no puntúa de forma significativa en ninguna escala. Las escalas con una puntuación más alta en el eje I son ansiedad (78) y somatización (73), y en el eje II son compulsivo (80) y dependiente (71). En la entrevista clínica también se aprecian rasgos anancásticos que se manifiestan en la indecisión y duda permanente y en la dificultad para expresar sus emociones, especialmente la tristeza (“no puedo llorar”) y el retraso con el que llega a las citas.

Debido a la cronicidad y resistencia del trastorno, a pesar de haber utilizado desde el principio los tratamientos psicológicos de elección para el TOC (exposición con prevención de respuesta), parece interesante introducir una perspectiva sistémica y analizar las dinámicas familiares para poder comprender por qué son necesarios los síntomas del paciente para mantener la homeostasis familiar.

4. ANÁLISIS DE LA DEMANDA

Aunque sus síntomas obsesivos comenzaron en el instituto (o incluso antes), siempre pensó que podría solucionarlo sin ayuda y por ello no acudió antes a Salud Mental. El precipitante para pedir ayuda profesional refiere que fue una lesión muscular, la cual le causó muchas molestias y ansiedad. Parece que esta lesión coincidió en el tiempo con la marcha de su hermano mayor de casa y con el aprobado de una oposición.

Desde el principio él ha sido el paciente identificado, pero tanto su madre como su hermana se han implicado en el tratamiento, acompañándole a las sesiones, hablando con los profesionales y aceptando acudir a terapia de familia.

El paciente espera controlar sus síntomas para poder hacer su propia vida. Su hermana y su madre coinciden en su demanda. Sin embargo, la hermana hace hincapié en la necesidad de potenciar su autonomía y la separación de la madre. Por su parte, su madre no termina de comprender el trastorno de su hijo, considerándolo “*algo horrible que él no ha elegido*”.

5. CONTEXTUALIZACIÓN

El paciente asocia el incremento de sus síntomas (y la falta de control de éstos por sí mismo) con la lesión descrita anteriormente. Parece que sus síntomas aumentan con situaciones externas que le causan ansiedad. Principalmente estas situaciones han tenido que ver con cambios en el trabajo y en la relación con su padre. Los síntomas del paciente son un secreto, sólo compartido con su hermana y su madre. No quiere que su padre se entere, lo que está provocando que su padre piense que es un vago.

Su hermana dice que los síntomas comenzaron cuando tuvo su primer trabajo. Quizá fue entonces cuando éstos se hicieron manifiestos para el entorno, estando ocultos durante muchos años (desde el instituto).

El paciente responsabiliza a su padre de todos los problemas familiares, y también de sus obsesiones y compulsiones. En estos momentos, el paciente es el único hijo que aún vive en el domicilio familiar, a pesar de disponer de un piso en propiedad.

6. BIOGRAFÍA

Embarazo normal. Parto prematuro, por lo que estuvo en la incubadora. Probable lactancia materna. No refiere problemas de alimentación, ni en el desarrollo psicomotor ni del lenguaje. No enuresis ni encopresis. Describe problemas de sueño desde la infancia, que se mantienen en la actualidad (pesadillas, insomnio de conciliación y sueño fragmentado).

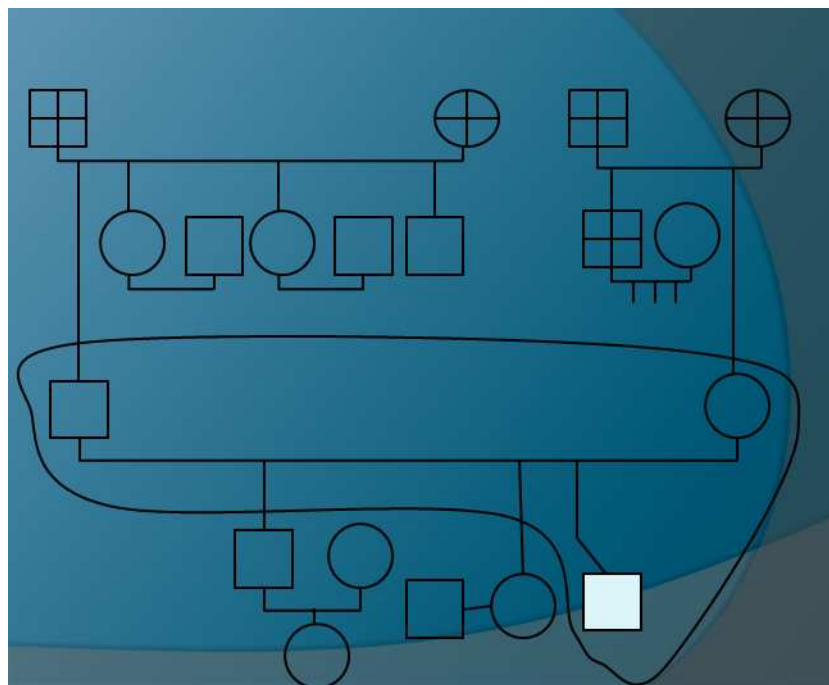
Fue a un colegio público. Refiere buena adaptación y buena relación con los compañeros. Su nota media era de sobresaliente. Le gustaban los deportes de equipo, lo que facilitaba las relaciones sociales.

El cambio al instituto fue duro y afirma que notó la mayor dificultad y exigencia de los estudios secundarios, aunque su media siguió siendo alta (notable). Siguió practicando deportes de equipo, lo que le permitió tener una pandilla de amigos, aunque los fue perdiendo en la medida en que éstos iban encontrando pareja. En esta etapa comenzó a tener obsesiones y compulsiones.

Dice no haber sido rebelde en su adolescencia ya que tenía miedo de su padre. Aún así, salía con su pandilla de amigos. Reconoce consumo de alcohol no problemático.

Comenzó los estudios universitarios, los cuales intercaló con su primer trabajo. Esto incrementó sus síntomas, haciéndose evidentes para su entorno. Entonces le dieron un puesto de menor responsabilidad, en el que, según cuenta, se sintió más cómodo. La lesión descrita anteriormente ocurrió durante su último año de carrera y le supuso tal desestabilización emocional que decidió abandonar la universidad. Después de esto, decidió estudiar una oposición. Tras presentarse en varias ocasiones, aprobó justo antes de llegar a la edad límite estipulada legalmente para ello. Empezó a trabajar como funcionario pero refiere que siempre le ha agobiado el trabajo.

6.1. Genograma



Su familia paterna vivía y trabajaba en el campo. Cuenta que su abuelo era muy exigente, llegando a despreciar a su padre, algo que dice que su padre ha usado para justificar su forma de comportarse con sus propios hijos. Recuerda que su abuela era una persona trabajadora, pero que también faltaba a su padre. Parece ser que su padre tiene mala relación con una de sus hermanas, justo la que nació después de él.

Su familia materna también vivía y trabajaba en el campo. Relata que su abuelo materno tenía mala relación con su abuela y con su padre, debido a los conflictos con la madre del paciente. Sin embargo, dice que con él tenía buena relación. Describe a su abuela materna como sumisa, trabajadora y buena. Era ama de casa. Su tío materno falleció de cáncer. Se llevaba bien con los padres del paciente. La madre del paciente es ama de casa, aunque ha trabajado fuera ocasionalmente. Tiene problemas de salud en la actualidad. El paciente la describe como extravertida, sociable, con carácter y pesada.

Actualmente, su padre tiene escasa relación con su familia de origen. En el caso de la madre, han fallecido. Sus padres se trasladaron a vivir a la ciudad (pusieron distancia física al separarse de su familia de origen). El paciente refiere que desde siempre su padre les ha menospreciado. Parece que ambos padres han repetido la historia de los abuelos: el padre del paciente ha despreciado a sus hijos como sus padres hicieron con él y la madre se ha mantenido en el matrimonio con su marido a pesar de las faltas hacia ella y hacia sus hijos, tal como hizo su madre, que tampoco tenía una buena relación con su marido. Se unieron un hijo mayor de una familia patriarcal y una hija pequeña (y única mujer) de una familia con las mismas características.

No se conocen antecedentes familiares psicológicos ni psiquiátricos a excepción de un par de episodios depresivos en la madre, relacionados con la marcha de casa de sus dos hijos mayores. Además, su hermana mayor tiene síntomas ansioso-depresivos reactivos a la situación familiar, por lo que está acudiendo a tratamiento psicológico en la actualidad.

El hermano mayor del paciente se fue de casa tras un enfrentamiento con su padre. Desde ese momento ha ido distanciándose de la familia y actualmente no tiene contacto con ningún miembro de la misma. Es el único de los hermanos que ha formado una familia propia, con la que el paciente refiere mala relación.

Su hermana tiene una relación de pareja estable desde hace años, pero vive sola. Parece que no es una relación muy satisfactoria y que no cuenta con la aprobación de su familia. Ella responsabiliza a su madre de la situación familiar.

Tanto el hermano como su hermana parecen haber repetido de alguna manera los papeles de su padre y su madre. El hermano mayor es el hijo mayor de una familia patriarcal, que pone distancia física y deja de tener relación con el resto de la familia para formar la suya propia. La hermana es la única hija de una familia patriarcal que se embarca en una relación insatisfactoria que es incapaz de romper. Todos los hijos de esta familia han estado triangulados, pero el paciente es el único que no ha sabido salir de este triángulo, habiéndose quedado en casa para "*proteger a mi madre*", según relata.

El paciente percibe su biografía como traumática, marcada por el desprecio percibido por parte de su padre. Apenas conoce la historia de sus abuelos y de sus padres, pero tampoco muestra interés en conocerla.

Se encuentra actualmente en un momento vital en el que, según Gould¹, el descontento con la propia vida puede hacerse más profundo ya que uno se empieza a dar cuenta de que se aproxima a la mediana edad. Es un período de la vida inestable en el que algunos aprovechan para romper con su vida tal y como ha sido hasta ahora para rehacerla de otro modo más satisfactorio. Quizá esta etapa pueda servir de impulso para que salga de la coalición con su madre y monte su propio proyecto vital. Sin embargo, esta etapa es la más fructífera laboralmente hablando y en nuestra sociedad el paciente tiene una edad

límite para formar una familia propia. Por lo tanto, cabría valorar si existe el riesgo de desarrollar una depresión mayor en caso de desmontar sus defensas.

7. FUNCIONES, GANANCIAS, REFUERZOS.

Una de las funciones del síntoma puede ser protegerle de la alternativa existente al propio síntoma (siguiendo con lo expuesto en el párrafo anterior en relación al momento evolutivo en que se encuentra). También obtiene ganancias secundarias más inmediatas como no tener que trabajar, no tener responsabilidades ni quehaceres domésticos, y tener toda la atención de su madre, de su hermana y los profesionales.

Por otro lado, su TOC podría ser una manera inconsciente de castigar al padre. La reducción del síntoma o la aceptación de cierto control sobre él implicarían restar responsabilidad al padre y aceptarle como una persona con virtudes y defectos, y con sus propias circunstancias vitales, que sería equivalente a renunciar a la creencia que ha guiado su vida. Renunciar al TOC también supondría afrontar la culpa por dejar a su madre sola y, de alguna manera, aceptar que ella tiene parte de responsabilidad en esta situación, algo que parece difícil de tolerar para el paciente.

8. BÚSQUEDA DE PAUTAS-PROBLEMAS.

El paciente ha crecido con mucho miedo a su padre, lo que podría haber influido en la no obtención de un sentimiento de seguridad que le permitiese explorar el mundo, probarse a sí mismo, autorregularse y adaptarse al entorno ajeno a la familia de una forma adecuada. En la medida en que fue creciendo, el miedo a hacerse mayor y a no ser capaz de desenvolverse se vio enmascarado por la aparición de síntomas obsesivo-compulsivos. Sin embargo, fue en su primer trabajo cuando aprendió que dichos síntomas podían evitarle situaciones en las que tener que demostrar su valía, relegándole a trabajos fáciles. A partir de entonces, sus excelentes notas derivaron en abandono de los estudios superiores, fracaso en las oposiciones, etc. Sólo consiguió aprobar la oposición a la edad límite, tras varios intentos previos. Y, a partir de entonces, sus síntomas volvieron a "boicotear" cualquier oportunidad de ascenso.

Tiende a sentirse agobiado por pequeños problemas cotidianos, que suelen estar relacionados con las discusiones entre sus padres, que él oye o presencia a diario. Además, su ansiedad se eleva en relación a las conductas del padre, las cuales siempre interpreta como negativas.

Se considera una persona extravertida y cree que su trastorno no le ha influido en el ámbito social. Sin embargo, actualmente tiene una escasa red de apoyo social. Suele salir obligado por algún amigo, por lo que su sociabilidad depende de los demás. En estos momentos, va al gimnasio varias veces por semana. El "boicot" de sus síntomas a su crecimiento personal se puede extrapolar a las relaciones de amistad y de pareja, impidiéndole evolucionar de manera paralela a sus iguales.

En cuanto a la contratransferencia, es un paciente que, al menos desde la posición de observador, genera a veces sensación de impotencia, siendo sorprendente la tranquilidad con que habla de sus síntomas. Parece que estuviese hablando de cosas del pasado, que ya no están presentes. En ocasiones, da la impresión de tener poca motivación real para trabajar el cambio. Parece cómodo en su rol de enfermo, tiene el trastorno incluido en su identidad. Sin embargo, parece que está empezando a tener inquietud por su futuro.

9. HIPÓTESIS

9.1. Enfoque cognitivo-conductual:

Según el enfoque cognitivo-conductual, el análisis funcional de los síntomas obsesivo-compulsivos, en general, sería el siguiente: (sólo se realiza el análisis funcional de estos síntomas porque son los principales y los demás están relacionados).

| ANTECEDENTES | CONDUCTA PROBLEMA | CONSECUENTES |
|--|---|---|
| <p style="text-align: center;"><u>Remotos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Percepción de desprecio por parte de su padre. - Madre sobreprotectora. - Episodio agudo en primer trabajo. - Lesión muscular. - Emancipación de sus hermanos. <p style="text-align: center;"><u>Próximos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Triangulación padre-madre-hijo. <p style="text-align: center;"><u>Estímulos discriminativos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Estresores vitales menores. - Relación con padre. - Estrés laboral. <p style="text-align: center;"><u>Estímulos delta:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Salir de casa. | <p style="text-align: center;"><u>Fisiológica:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Somatizaciones. - Taquicardia, opresión torácica, etc... <p style="text-align: center;"><u>Cognitiva:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Obsesiones. - Pensamiento mágico. <p style="text-align: center;"><u>Conductuales:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Rituales. - Lentitud compulsiva | <p style="text-align: center;"><u>Corto plazo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Reducción ansiedad: refuerzo negativo. - Evitación de situaciones: refuerzo negativo. - Atención familia y profesionales: refuerzo positivo. - Rol de enfermo y evitación de responsabilidades: refuerzo negativo. - ILT, incapacidad laboral: refuerzo negativo. - Síntomas depresivos: Castigo positivo. - Insomnio de conciliación: castigo negativo. <p style="text-align: center;"><u>Largo plazo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Intensificación síntomas y aparición de otros nuevos. - Aislamiento social. - Disminución de la autoestima. - Falta de autonomía. - Prórrogas de la incapacidad absoluta permanente. - Aumento de la conflictividad familiar. |

Una posible explicación sobre por qué se mantienen estos síntomas obsesivo-compulsivos sería que las consecuencias obtenidas a corto plazo son en su mayoría "positivas", obteniendo más refuerzos que castigos.

Según las teorías del aprendizaje, el condicionamiento clásico sería el mecanismo por el que se establecen los síntomas, pero éstos se mantendrían por condicionamiento operante (teoría bifactorial de Mowrer)². Estas teorías no explican todos los casos de TOC, pero en este podría explicar cómo se asociaron los síntomas al escape de responsabilidades (como en su primer trabajo).

Según los modelos basados en el aprendizaje social, el estilo de crianza es importante pues es la base de los aprendizajes tempranos. Según Rachman³, los rituales de limpieza son desarrollados más fácilmente en familias con padres sobreprotectores con pautas de evitación pasivas (se evitan las situaciones de ansiedad o peligro si las habilidades de afrontamiento se consideran insuficientes), y los rituales de comprobación son más típicos en hogares de padres críticos, en los que el niño aprende a ejecutar rituales para no cometer errores. Ambas hipótesis podrían explicar ciertos rituales del paciente.

De los modelos cognitivos cabe destacar el modelo de McFall y Wollersheim⁴, que tiene en cuenta las valoraciones primarias no realistas de amenaza provenientes de pensamientos erróneos y la valoración secundaria que subestima la capacidad de afrontamiento propia produciendo altos niveles de ansiedad.

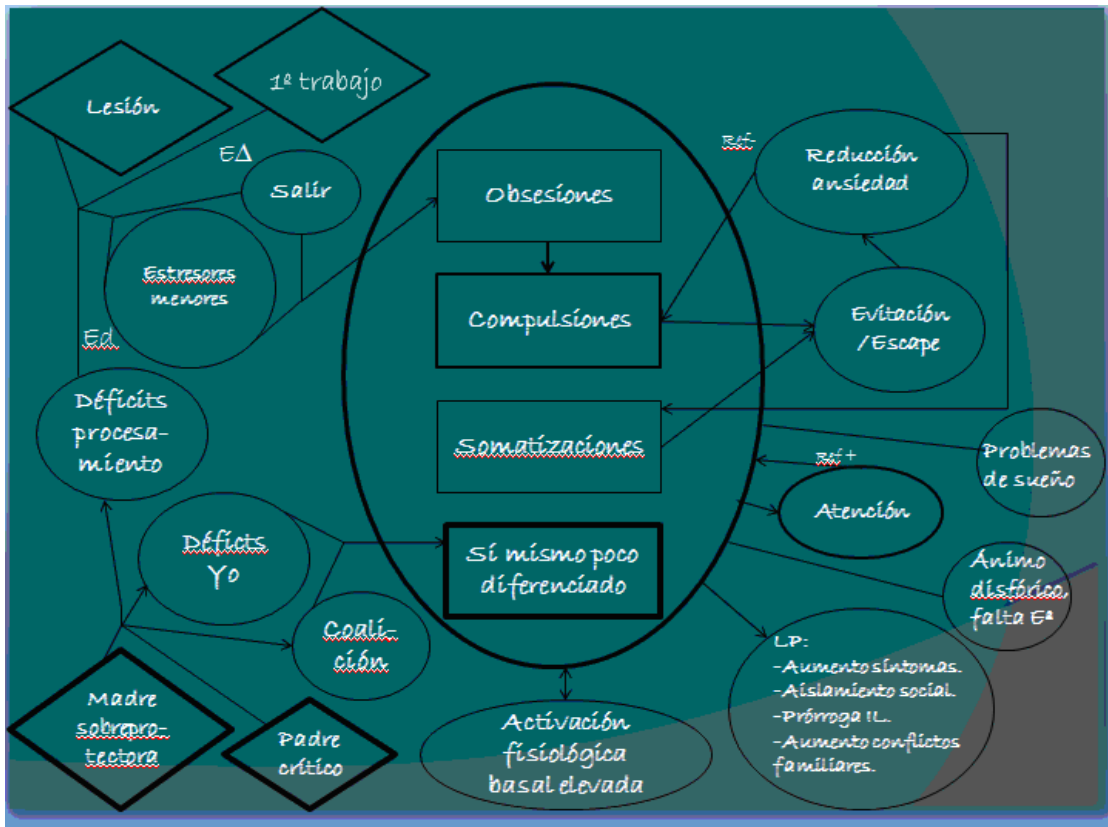
Las personas con TOC tienen déficits en el procesamiento de la información, como los siguientes:

- Dificultad para distinguir lo relevante de lo irrelevante. Tienen un umbral más bajo que las personas sin TOC para considerar las decisiones como importantes, por lo que las dudas son mayores ante situaciones cotidianas.
- Asumen que las situaciones son peligrosas hasta que hay evidencia clara de que son seguras, al revés que las demás personas.
- Sobreestiman el peligro. El daño, la culpa y la amenaza son esquemas de conocimiento o representaciones que están accesibles en su aparato cognitivo.

Pero los modelos cognitivos también dan especial importancia a las experiencias tempranas: los estilos educativos paternos centrados en la responsabilidad y el perfeccionismo, con una diferenciación muy rígida entre lo bueno y lo malo podrían estar en la base del trastorno.

Además, tiene un locus de control externo y realiza atribuciones causales externas, lo que dificulta el trabajo debido a que no considera que el TOC tenga algo que ver con él, sino que es algo ajeno a él, que le afecta, y de lo que tiene la culpa su padre. Comete dos sesgos cognitivos en el proceso de atribución causal: el error fundamental de atribución (su padre les trata mal porque es "*un monstruo*", no se plantea ni por un momento que la propia vida de su padre y la situación familiar en la que se encuentra, en la que está completamente aislado pueda influir de alguna manera en sus formas), y el sesgo del actor-observador (él actúa compulsivamente debido a su situación, pero su padre les trata mal por una disposición personal estable).

Una posible formulación clínica del caso sería la siguiente:



9.2. Enfoque sistémico:

Según la perspectiva sistémica, los síntomas son siempre una prueba de disfunción familiar. La causa de los síntomas de un paciente no es lineal, sino circular⁵. Esto quiere decir que las acciones de cada uno de los miembros que componen un sistema influye en los demás y en sí mismo (autorreferencialidad). El paciente se muestra especialmente resistente a aceptar este tipo de explicación en relación a su familia. Se muestra rígido y no cree que las situaciones de gritos e insultos que vive a diario en su casa entre sus padres puedan estar de alguna manera influenciadas por la actitud que muestran tanto él como su madre hacia su padre. Sin embargo, no sólo el desprecio del padre influye en los síntomas del paciente, sino que el rechazo explícito de éste hacia su padre también puede estar influyendo en que el padre se sienta agredido y sus reacciones sean de mayor intensidad. Los síntomas han aparecido cuando la tensión ha sido tan extrema que los circuitos de comunicación se han paralizado. La familia vive en un mundo dominado por los sentimientos, en el que es difícil tomar decisiones contrarias a sus emociones. Las decisiones de importancia vital se toman para reducir la ansiedad del momento, sin darse cuenta de los problemas que pueden surgir.

Siguiendo la perspectiva estructural, la familia del paciente es una familia descontrolada, en la que el sistema parece no haber sido capaz de controlar las respuestas de desprecio del padre hacia los hijos. Los padres carecen de sistemas de apoyo, lo cual puede estar influyendo en el hecho de que respondan a sus hijos como si fueran una continuación de ellos mismos. El desprecio del padre puede desencadenarse por las acciones de los hijos, interpretadas como algo personal (sesgo que el paciente comparte con su padre). El padre sólo se muestra agresivo con su familia, quizá sea en este sistema donde puede desplegar todo su poder y capacidad. Cuando existe una restricción excesiva puede aparecer la agresión, siendo en aquellos sistemas demasiado unidos donde hay más probabilidad de que estas conductas agresivas aparezcan en los padres. Parece una familia

aglutinada, con límites difusos. El paciente podría haber abandonado su autonomía por su excesivo sentido de pertenencia. Si se marcha de casa, deja sola a su madre junto a su padre y ésta puede desarrollar otro episodio depresivo, igual que ocurrió cuando se marcharon de casa sus hermanos. El paciente tiene un piso propio, pero, a diferencia de sus hermanos, no es capaz de mantenerse en su postura de independizarse cuando empiezan a aparecer tensiones derivadas del desequilibramiento de la estructura familiar. Parece haber una regla secreta consistente en que hay que proteger a la madre. El holón conyugal sigue en este caso las reglas de una familia patriarcal, pero no ha conseguido fijar límites y fronteras que mantuviesen a sus hijos al margen de sus propios conflictos. Para mantener la homeostasis el paciente necesita de sus síntomas, que le protegen de la necesidad de autonomía. Sin embargo, se ha creado el mito de que es el padre el culpable de la situación en la que se encuentran todos los miembros de la familia⁶.

Siguiendo a Bowen⁷, parece que el paciente tiene un nivel de diferenciación del sí mismo bajo, por lo que reacciona de forma extrema a la ansiedad. Se aferra a valores culturales y exige a su padre una recompensa por las heridas sufridas por su rechazo y falta de amor. Cree que su padre es responsable de su sí-mismo y de su felicidad. Al estar fusionado con sus figuras significativas de manera intensa, usa mecanismos extremos para controlar esa excesiva intimidad, como son la distancia, el conflicto y, por supuesto, sus síntomas obsesivo-compulsivos. Desea una relación profunda con alguien, pero a la vez le "tiene alergia".

Los padres han transmitido su problema a sus hijos, al no haber resuelto su propia inmadurez. El padre parece protegerse del miedo a tener una relación fusionada con su mujer, centrándose en personas ajenas a su familia nuclear, creando una familia sustituta en sus actividades sociales y de ocio. El contacto con la familia extensa es pequeño, por lo que el sistema mantiene un nivel de ansiedad muy elevado, difícil de reducir si no se establecen relaciones ajenas a él⁷.

"El subsistema de los cónyuges puede ofrecer a sus miembros una plataforma de apoyo para el trato con el universo extrafamiliar, y proporcionarles un refugio frente a las tensiones de fuera. Pero si las reglas de este subsistema son tan rígidas que no permiten asimilar las experiencias que cada esposo hace en sus interacciones fuera de la familia, los <<cónyuges dentro del sistema>> pueden quedar atados a reglas inadecuadas de supervivencia que son el relicto de acuerdos del pasado; en ese caso, sólo cuando estén lejos uno del otro podrán desplegar aspectos más diversificados de su personalidad" (Minuchin) ⁶

Esta familia tiende a reducir la ansiedad que se deriva de las interacciones entre ellos (proceso emocional de la familia nuclear) a partir de distanciarse los unos de los otros. Los conflictos familiares se repiten a través de las diferentes generaciones (proceso de transmisión multigeneracional) a través del proceso de proyección familiar. Las características de los padres son una proyección de la inadecuación de sus propias familias de origen, al igual que los hermanos han "heredado" el mismo nivel de diferenciación que sus padres. El hermano mayor ha sido quien ha crecido más ajeno a los requerimientos y presiones emocionales de la masa del yo familiar, siendo el que ha obtenido una mayor diferenciación de su familia de origen, pero a través del modo aprendido de sus padres y heredado de sus abuelos: la distancia física. Este alejamiento busca la superación de problemas y uniones nunca resueltas, pero es un "pseudo-corte", que no le permite regresar y permanecer fuera de la masa indiferenciada del yo familiar. La familia lleva muchos años en una fase de rechazo hostil, en la que el paciente lleva toda su vida rechazando a su padre y fusionado con su madre⁷. En este caso, hay un triángulo perverso formado por el paciente, su madre y su padre. La madre y el paciente han establecido una coalición en contra del padre. En este triángulo se está viendo envuelta la hermana del paciente. El rechazo es uno de los mecanismos más comunes para mantener el equilibrio de

un sistema. Según Bowen⁷, aunque el rechazo esté presente en todos los miembros de una familia, es el que protesta por él el que suele rechazar a los demás.

Por otro lado, parecen coexistir de forma crónica la disfunción del paciente con un exceso de funcionamiento de su madre, quien realiza todas las tareas por él. Mientras tanto, el padre es un ser pasivo en el triángulo formado por el paciente, su padre y su madre. Este fenómeno se llama "reciprocidad superadecuada-inadecuada" y es una forma de compensación y de mantenimiento del síntoma⁷.

Es importante el hecho de que no quieran que venga el padre a las sesiones, porque el trabajo de diferenciación tendría que comenzar por cambiar la relación conyugal de sus padres. Al no ser esto posible de momento, se puede intentar destriangular el triángulo paciente-madre-padre a través de la hermana, quien parece ser capaz de no tomar partido a favor del paciente, su madre o su padre. Bowen⁷ suele trabajar con el miembro más sano de la familia hasta que los demás deciden implicarse.

10. HIPÓTESIS PSICODINÁMICA.

Según el enfoque psicodinámico, las representaciones obsesivas serían un mecanismo de defensa. El trastorno obsesivo-compulsivo consistiría en una fijación en la etapa sádico-anal (segundo año de vida), a la que la persona regresaría al encontrar dificultades en su vida para encontrar un objeto de satisfacción. En la etapa anal, los niños intentan separarse de sus padres, es la etapa del "no", del control de los esfínteres. A través del control o del descontrol descubren que pueden influir en sus padres, someterse o no a su autoridad. Los síntomas obsesivo-compulsivos del paciente podrían ser la única forma que ha aprendido de oponerse a la dinámica familiar, quedando desplazada en ellos su necesidad de autonomía frustrada. El síntoma es el resultado de una formación de compromiso entre sus impulsos de autonomía y las defensas que se le oponen. Quizá la agresividad contra su padre podría ser también un desplazamiento de la agresividad contra su madre (intolerable para él) por haberse mantenido en el matrimonio y no haberles sabido proteger. Los síntomas gratifican de alguna manera parte de la tensión acumulada pero crean malestar procedente del superyó, muy rígido en este caso.

A la luz de la teoría adleriana podríamos hipotetizar que el desarrollo del TOC es el resultado de un estilo de vida (personalidad) dirigido a proteger su autoestima de los posibles fracasos en las tareas de la vida. De forma inconsciente, estos síntomas podrían estar canalizando la necesidad de rebelarse o agredir a quien cree fuente de su malestar, un padre severo y autoritario⁸.

Parece que no ha desarrollado un yo lo suficientemente fuerte que le permita adaptarse, establecer relaciones de intimidad y mantenerse en un trabajo. Su uso del término yo se limita a un narcisista "quiero, me han herido, exijo mis derechos". El recién nacido necesita de objetos del self que sean capaces de dar respuestas empáticas, que le devuelvan una imagen de ser valioso y con quien el niño pueda identificarse. Parece que los padres del paciente fallaron en estas tareas, debido a sus propias fallas en el proceso de maduración, haciendo que éste presente déficits en su autoconfianza y seguridad, que le impiden establecer relaciones íntimas y mantenerse en un empleo⁹.

También presenta déficits en la autorregulación emocional, habiendo desarrollado rasgos obsesivos que le impiden expresar sus emociones por temor a ser desbordado por ellas.

11. DEFINICIÓN DE OBJETIVOS

Los objetivos generales que se podrían plantear en este momento de la terapia son:

- Disminución de los síntomas o, al menos, disminución de la interferencia de los mismos en la vida social, laboral y familiar.
- Fomentar la autonomía e individuación, de modo que aumente su calidad de vida.
- Prevenir recaídas y empeoramiento de los síntomas y de la calidad de vida.

Los objetivos específicos serían:

- Aumentar la sensación de control y la tolerancia a los síntomas obsesivo-compulsivos.
- Aprender a manejar la ansiedad provocada por situaciones de estrés.
- Reducir el conflicto y la tensión para la familia como un todo.
- Aprender nuevas formas de afrontar las dificultades.
- Aumentar el apoyo social.
- Apoyarle en el proceso de diferenciación del sí mismo, ayudándole a establecer relaciones personales no cohesivas.

Desde que comenzó su psicoterapia hasta ahora que ha comenzado una terapia familiar, el enfoque usado por los profesionales que han tratado al paciente ha sido el cognitivo-conductual (exposición con prevención de respuesta, tratamiento eficaz para el TOC). Además de esta técnica, se utilizaron las siguientes estrategias:

- 1) Psicoeducación.
- 2) Respiración diafragmática.
- 3) Jerarquía en USAS de obsesiones sin ritual.
- 4) Demora progresiva del ritual.
- 5) Focalización en preocupaciones reales (piso, novia).
- 6) Análisis del pensamiento, desarrollo de creencias realistas.
- 7) Exposición en imágenes y, progresivamente, en vivo, a errores y a contaminación.
- 8) Exposición por escrito o grabado a pensamientos.
- 9) Reconceptualización de nuevos rituales que van apareciendo.
- 10) Experimentos para cuestionar el pensamiento mágico.
- 11) Detección de distorsiones cognitivas.
- 12) Renombrar como TOC el pensamiento obsesivo.
- 13) Evaluación de consecuencias temidas si no hace el ritual.
- 14) Registro de pensamientos obsesivos.
- 15) Test de Stroop para demostrar que la lectura es un proceso automático.

Con estas estrategias se mejoraron y demoraron algunas compulsiones y también disminuyó la credibilidad en el pensamiento obsesivo.

En la actualidad, aunque la demanda es la disminución de sus síntomas, los distintos terapeutas que le están tratando están intentando adoptar una perspectiva familiar y no individual. Aún así, el contenido de las obsesiones y sus compulsiones sigue siendo un tema

tratado en las sesiones. Se siguen usando técnicas como detención del pensamiento, descentralización de la atención, respiración diafragmática, registro del horario semanal para activarle conductualmente, etc. Estas técnicas responden la demanda del paciente, aunque la utilidad de las mismas en su caso individual es muy limitada, necesitándose un cambio en las dinámicas familiares que le permitan salir de la triangulación en la que se encuentra.

En las sesiones de terapia familiar se han usado las siguientes estrategias, entre otras:

- 1) Reencuadramiento de la realidad familiar que traen los pacientes a la terapia.
- 2) Coparticipación para hacer saber a la familia que el terapeuta les comprende y trabaja con ellos y para ellos. El terapeuta se instrumentaliza a sí mismo y se sitúa en una posición cercana, intermedia o distante de los miembros de la familia en función de los objetivos en cada momento de la terapia.
- 3) Cuestionamiento del síntoma.
 - a. Iluminación de una interacción espontánea.
 - b. Enfoque: el terapeuta reorganiza los datos y utiliza sólo los que le son útiles para obtener la meta propuesta en la sesión. Para ello es útil reorganizar la jerarquía del tema familiar, dando prioridad a aspectos que la familia considera secundarios.
 - c. Redefinición.
- 4) Cuestionamiento de la estructura de la familia.
 - a. Fijar fronteras.
- 5) Cuestionamiento de la realidad familiar.
 - a. Consejo especializado.
 - b. Intervención paradójica.
- 6) Neutralidad con respecto al síntoma. No se sabe si el terapeuta cree que el síntoma es bueno o malo.
- 7) Orientación a los recursos de las personas.
- 8) Interrogación circular.
- 9) Sentido del humor, metáforas.

12. CONTRATO TERAPÉUTICO

- Acude mensualmente con su psiquiatra para revisar la medicación pautada.
- Asiste quincenalmente a terapia familiar. El equipo de terapeutas de familia está compuesto por tres terapeutas que dirigen la sesión con el paciente, su madre y su hermana, y un equipo reflexivo que se encuentra "detrás del espejo", en un despacho diferente en el cual hay una pantalla que proyecta lo que está ocurriendo a través de una cámara de vídeo. Primero se reúne el equipo durante 5-10 minutos en una sesión previa para discutir sobre la información que se tiene y establecer las primeras hipótesis. Después se realiza la entrevista durante 50-90 minutos. Se realiza una pausa donde los terapeutas se reúnen de nuevo con el equipo para desarrollar una intervención final, que normalmente consiste en una prescripción paradójica o de un ritual. Finalmente, el equipo vuelve a reunirse para discutir sobre la sesión y las últimas reacciones.
- Cada dos o tres semanas aproximadamente realiza psicoterapia individual.

Acude tarde a las citas con su psiquiatra y con los terapeutas familiares, pero no a las citas con su psicóloga, quien no le atiende si no llega a su hora o le atiende sólo el tiempo que le queda. Esto demuestra, por tanto, que es capaz de planificarse a pesar de sus síntomas. Un inconveniente de realizar varios tratamientos simultáneos es que unos influyen en los otros, llegando el paciente en alguna ocasión a no acudir a una cita debido a la repercusión emocional causada por una sesión previa con otro profesional. Quizá por ello podría ser recomendable unificar el tratamiento psicológico con un único profesional/tipo de terapia.

13. EVOLUCIÓN DE LA TERAPIA

En su primera consulta en Salud Mental ya se observó resistencia, puesto que no quiso tomar la medicación prescrita y dejó de acudir hasta años más tarde. Su seguimiento ha sido intermitente e irregular. Ha cambiado en varias ocasiones de profesional, siempre con el mismo resultado.

Un punto de inflexión en la terapia psicológica individual es la concesión de la incapacidad laboral permanente absoluta. En ese momento se le insta a que piense cómo va a vivir y qué espera de la vida y, en función de ello, se orientará el trabajo terapéutico.

En la evolución de la terapia se aprecia la falta de fronteras claras en la familia, estando tanto la madre como la hermana siempre pendientes de la terapia, hablando por el paciente e incluso quejándose y acudiendo a hablar con los médicos sin que él lo sepa. En las sesiones de familia que he podido ver, la madre parece "boicotear" cada intervención de los terapeutas.

El pronóstico de este paciente no está claro, ya que su cuadro tiene ya muchos años de evolución y parece que los síntomas cumplen una importante función protectora. Como recursos de los que dispone el paciente, cabe destacar su extraversión, afición por los deportes y una historia de buena adaptación en la infancia tanto a nivel académico como social. Además, cuenta con la posibilidad real de independizarse ya que dispone de un piso en propiedad y en ocasiones límite ha sabido alcanzar sus objetivos (como cuando aprobó la oposición). También es importante recordar que se encuentra preocupado por su futuro y en una edad que favorece una crisis que puede conducir al cambio.

14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gould, R. Transformations during Adult Years. En: Smelzer y Erickson, Editores. Themes of Love and Work in Adulthood. U. S. A.: Harvard University Press; 1980.p. 213-238.
2. Mowrer, O.H. Learning theory and behavior. Nueva York: Wiley: 1960.
3. Rachman S. Obsessions, responsibility and guilt. Behav Res Ther 1993; 31: 149-154.
4. McFall, M. y Wollersheim, J. Obsessive-compulsive neurosis: a cognitive-behavioural formulation and approach to treatment. Cogn Ther Res 1979; 3: 333-348.
5. Von Schlippe, A. y Schweitzer, J. Manual de terapia y asesoría sistémicas. Barcelona: Herder: 1996.
6. Minuchin, S. y Fishman, H. C. Técnicas de terapia familiar. Barcelona: Paidós Terapia Familiar: 1984.

7. Bowen, M. De la familia al individuo. Barcelona: Paidós Terapia Familiar: 1991.
8. Ruiz-Sánchez, J. J, Oberst, U. E. y Quesada Portero A. M. Psicología y Psicoterapia Adleriana [Internet]. Consejo General de la Psicología de España; 2009 [acceso el 20 de mayo de 2012]. Disponible en:
<http://www.cop.es/colegiados/GR00724/adler/ADLER.html> .
9. Marmor, S. Teorías dinámicas de la mente y psicopatología. En: Hales, R., Yudofsky. S, Editores. Tratado de Psiquiatría Clínica. Barcelona: Masson; 1996. p. 153-196.

DEFICIT NARCISISTA Y ANALISIS DESDE EL ENFOQUE MODULAR TRANSFORMACIONAL ⁷

Ernesto José Verdura Vizcaíno
MIR-4 Psiquiatría

ENUNCIACIÓN DEL CASO

Motivo de Consulta: Varón de 19 años, cuya familia (padre y madre) solicitan valoración por bajo rendimiento escolar y "desobediencia".

En Marzo de 2012, la madre de Adrián, Carmen, solicita valoración y ayuda psicológica para su hijo de 19 años. En una primera entrevista de evaluación que se realiza con Carmen, refiere que su hijo había presentado un rendimiento escolar bueno durante su infancia; sin embargo, desde hacía más de dos años apenas estudiaba, no realizaba ninguna de las tareas que sus padres le encomendaban y se mantenía callado la mayor parte del tiempo, distante y pasivo. También dice, que su hijo en la actualidad no muestra ningún tipo de motivación, no expresa interés por nada, desobedece cualquier tipo de mandato de sus padres, no recoge su habitación y cualquier tarea, como limpiar la mesa, la lleva a cabo tarde o la deja a medias. En su último curso (está repitiendo segundo de bachillerato) ha suspendido varias asignaturas, sin dedicar prácticamente tiempo a estudiar. Al parecer manifiesta únicamente preocupación por su físico. Según cuenta, tiene una leve malformación en el pecho, "*pectus excavatum*", por la que ha solicitado varias consultas en cardiología y en cirugía torácica, incluso llegando a plantear a sus padres su deseo de ser tratado quirúrgicamente para mejorar su aspecto.

Antecedentes Personales Médicos: "*Pectus excavatum*", sin repercusión funcional.

Antecedentes Personales Quirúrgicos: No refiere.

Antecedentes Personales Psiquiátricos: No refiere

Antecedentes Familiares Psiquiátricos: Su hermana (24 años) ha sido diagnosticada de Trastorno Límite de la Personalidad.

Tóxicos: no refiere.

Tratamiento Farmacológico actual: Ninguno.

Situación Basal: Estudia primero de Bachillerato en el instituto. Ha repetido curso en dos ocasiones. Vive con su familia de origen (padre y madre). Su hermana de 24 años se fue de casa hace tres años, vive en un piso alquilado que paga su padre.

Situación Familiar: Padre (Vicente), 54 años, sano, licenciado en Ingeniería Industrial. Tiene un puesto de responsabilidad, con varios trabajadores a su cargo en una empresa multinacional. Madre (Carmen), 54 años, sana, licenciada en Filología Hispánica y en Historia, trabaja como profesora de instituto. Hermana de 24 años (Sara), diagnosticada de

⁷ Caso clínico presentado en Octubre 2012 en el Curso de Especialista Universitario en Clínica y Psicoterapia Psicoanalítica desde el enfoque Modular Transformacional. Director académico: Prof. Dr. Hugo Bleichmar. Universidad Pontificia de Comillas.

Trastorno Límite de la Personalidad, en seguimiento psiquiátrico. Vive en un piso alquilado por sus padres, estudia la carrera de Psicología. (Tercer curso).

Historia del Desarrollo: Embarazo deseado, parto normal. No refieren alteraciones del desarrollo relevantes. Únicamente una malformación torácica, "pectus excavatum", la cual no tiene repercusión funcional.

Historia Actual: (Información proporcionada inicialmente por la madre).

Carmen hace referencia al bajo rendimiento escolar de Adrián durante los últimos cuatro años. Según cuenta, ha repetido curso en dos ocasiones, actualmente cursa primero de bachillerato, y sus calificaciones son cada vez peores. Refiere que durante su infancia sacaba buenas notas, siempre había sido un chico muy inteligente y aplicado, sin embargo desde hacía unos años apenas dedicaba tiempo a estudiar. Relata que durante su infancia tardía, a los 10-12 años, estudiaba, era alegre y tenía muy buena relación con sus padres. Cuenta orgullosa, la etapa en la que jugaba al golf con su padre, siendo uno de los mejores jugadores de su categoría en Madrid. Sin embargo, a partir de los 14 años todo empezó a cambiar, dejó de practicar su deporte favorito y se distanció de sus padres. La madre señala que en esos años se vivieron en casa situaciones conflictivas, principalmente con su hermana. Según refiere había frecuentes discusiones, muchas de ellas de elevada intensidad; incluso se sucedieron dos gestos autolesivos protagonizados por la hermana de Adrián. Finalmente la convivencia se deterioró hasta el punto que Vicente, echó a su hija de casa, la alquiló un piso y decidió mantenerla alejada del núcleo familiar para evitar más problemas. La relación entre Adrián y su hermana, según Carmen, era muy mala, con numerosas discusiones y peleas, habiendo mejorado discretamente desde que vive fuera de casa.

Carmen manifiesta su enorme preocupación por la conducta de Adrián, le encuentra *"apático, apagado, sin iniciativa, sin interés, pasivo y excesivamente reservado; únicamente se preocupa de su aspecto físico, de su tórax, de su imagen y del deporte; no tiene planes de futuro, se limita a estar en su habitación y salir con poca frecuencia con sus amigos; siempre ha sido buen chico, no fuma, no bebe, no ha dado nunca ningún problema, salvo últimamente su dejadez, vaguería y rebeldía sin causa"*.

Tras finalizar la sesión, citamos a su hijo para una entrevista individual de evaluación.

Entrevista 2: (Paciente solo).

Adrián es un chico alto, bien parecido, de cuerpo atlético. A simple vista se aprecia un leve defecto torácico. Viste pantalón corto, camiseta y zapatillas deportivas. Camina despacio, arrastrando ligeramente los pies, mantiene la mirada baja y su tono de voz es tenue.

Refiere que su madre le ha dicho que debe acudir al psicólogo porque va mal en los estudios. Le pregunto su opinión, tras unos segundos responde que es cierto que no estudia, que no logra concentrarse y siempre encuentra algo mejor que hacer. **Terapeuta (T):** *"¿Hay algo que te preocupe, Adrián?"*. **Adrián (A):** *"No, que yo sepa, nada"*. **T:** *"Al parecer, tienes una malformación leve en el pecho, y tu madre me ha comentado que le das bastante importancia"*. **A:** *"Sí, tengo pectus excavatum, la verdad es que no me gusta mi aspecto, se me nota, a veces creo que incluso me adelanta los hombros y se me salen un poco las escápulas..."*. **T:** *"¿Has ido al médico?"*. **A:** *"Sí, he ido, lo mismo me opero, aunque tengo que terminar de crecer, la verdad es que me gustaría operarme..."*. **T:** *"¿Has notado que la gente te diga algo o te mire?"*. **A:** *"No, solamente en la piscina, allí sí que me han dicho que tengo el pecho hundido, pero si no, no...pero yo prefiero verme mejor..."*. **T:** *"¿qué tal en clase?"*. **A:** *"Bien"*. **T:** *"¿Qué sueles hacer para divertirte?"*. **A:** *"quedo con mis amigos, vamos al cine o salir por ahí..."*. **T:** *"¿te gusta alguna chica, o tienes pareja?"*. **A:** *"Tengo una amiga, se llama Verónica, pero no es serio"*. Adrián refiere, que desde hace meses

mantiene una relación con Verónica. Es una chica de su instituto, de su misma edad, va a su misma clase. Dice que le gusta bastante, sin embargo le incomoda un poco su actitud, su modo de ver las cosas. Adrián preferiría una relación más seria, sin embargo, Verónica dice que son solo amigos, y que cada uno tiene derecho a hacer lo que quiera. Adrián no está muy conforme con este acuerdo, no obstante lo acepta. Además de esta relación, refiere tener un grupo de amigos en clase, ser uno más y no destacar por nada.

Destaca como principal virtud, su destreza en los deportes. Es bastante bueno en casi todos los que practica, aunque debido a su escaso rendimiento escolar, sus padres le han prohibido continuar en el equipo de fútbol. Refiere encontrarse en ocasiones triste, aunque con sus amigos disfruta y se le pasa bien. Niega tendencia al llanto. Si expresa una dificultad importante para concentrarse, falta de motivación para estudiar, dificultad para terminar lo que empieza, escasa iniciativa y ausencia de planes de futuro. Disfruta de las cosas, pero no expresa nada que le guste especialmente. Duerme bien y tiene apetito. Refiere querer aumentar de peso y entre sus planes está apuntarse al gimnasio para tener mejor cuerpo. Niega ideas de muerte o de suicidio, sin embargo en ocasiones piensa, que quizá no le importaría estar muerto... *"tampoco perdería tanto"*, refiere.

Se define como un chico tímido, normal, sincero.

Le pregunto por sus padres. De su madre refiere, *"me agobia, siempre está encima de mí, ordenándome que recoja mi habitación, que estudie. Ella da clase en otro instituto y dice que hay pocos chicos que trabajen tan poco como yo, que no me entiende, que siendo listo como yo, no comprende porque no me esfuerzo. Siempre está detrás de mí, recogiendo las cosas, me coge los libros y me los subraya, no me dice nunca si hago algo bien. En casa ella hace todo, las tareas de la casa y su trabajo, siempre se está quejando y regañándome. Aunque al final, si la pido que me lleve a algún sitio, sí que me lleva y me trae... pero me tiene harto, no hace más que decirme lo que no hago, lo que hago mal y de quejarse de mí"*.

En relación a su padre refiere: *"No le soporto, creo que le odio, es lo peor, en casa no me deja hablar durante la cena, sólo puede hablar él. Si abro la boca me dice que me calle...sólo se escucha a sí mismo, a mi madre tampoco la permite hablar...Es muy exigente, tenía el plan de que sus dos hijos fuéramos prefectos como él...quería que fuésemos a estudiar a EEUU, a una universidad de prestigio, como a él le hubiese gustado, pero le hemos salido rana...Él de pequeño no tenía nada, logró estudiar una carrera y ser el primero de su promoción. La verdad es que tiene un buen trabajo, pero se cree perfecto. Sólo le gusta jugar al golf, no tiene amigos, no hace nada más que trabajar. Me dice que soy tonto, un vago, siempre me está diciendo que no valgo para nada, que a ver si espabilo, que él con mi edad tenía sangre, no como yo. En dos ocasiones hemos llegado a pelearnos"*.

Acerca de su hermana, a penas es capaz de comentar nada, se pone nervioso y cambia su posición en la silla, refiere que la dijeron que era borderline y dio muchos problemas en casa. *"Nos llevábamos muy mal, ahora algo mejor; la vemos poco, está fuera de casa, vive en un piso que la alquiló mi padre..."*.

Exploración Psicopatológica: Consciente y orientado en persona lugar y tiempo. Atento, colaborador. Adecuado contacto visual, aunque cabizbajo. Aspecto cuidado. Facies escasamente expresiva. No manifiesta ansiedad. Agresividad contenida. No refiere alteraciones mnésicas groseras. No presenta inquietud psicomotriz. Discurso espontáneo, tono disminuido, ligera latencia de respuesta, concreto y parco en palabras. No se aprecian alteraciones del curso del lenguaje. No se aprecian alteraciones formales del pensamiento. No presenta ideación delirante ni alteraciones sensorio-perceptivas. Ideas sobrevaloradas respecto a su aspecto en relación a su malformación torácica. Presenta ánimo subdepresivo, sin anhedonia, apatía, sin alteraciones del apetito ni del sueño. Pasividad, escasa iniciativa, baja autoestima y escasa visión de futuro. Manifiesta aparente buena tolerancia a la

frustración, leve impulsividad con capacidad de control conservada. Aspectos disociados. Sin ideas de muerte ni intención autolítica. Juicio de realidad conservado.

Entrevista 3: (Adrián, sólo).

Se muestra poco expresivo, contesta a las preguntas con monosílabos, actitud defensiva, irritable pero controlado. Le pregunto si en la última semana ha ocurrido algo que le haga estar un poco más "serio" de lo habitual.

Refiere que le han dado las notas de Junio y ha discutido con sus padres, dice que su padre le ha gritado e insultado. Le pido que me relate lo ocurrido. Dice que sus padres le dieron un ultimátum, *"me dijeron que no estaba haciendo nada, que iba a ser un fracasado...mi padre me dijo que él cuando tenía mi edad se ponía a estudiar sin que nadie le dijese nada, que sabía lo que quería y lo llevaba a cabo...que no entiende porque me comporto así y porque teniéndolo todo, lo estoy desperdiciando..."*. Le pregunto cómo se siente cuando sus padres le recriminan su bajo rendimiento. Me contesta que se siente muy mal y a continuación dice... *"mi padre no es quién para decirme esas cosas, él no es perfecto y no es quien...aunque el estudiase mucho...no es un buen padre..."*. Le pregunto que razones tiene para tal afirmación, a lo que me responde, *"siempre va predicando con el ejemplo y es un mentiroso..."*. "¿A qué te refieres?", le pregunto. Adrián contesta que su padre siempre está ejemplificando lo que debe ser un buen padre y un buen hombre, pero en la realidad está sólo, no tiene amigos y además es un mentiroso. Adrián baja la cabeza y me relata cómo desde hace más de un año ha descubierto (entrando en el ordenador de casa y viendo mensajes de su padre), que este mantiene contacto con una prostituta, con la que, según dice, habla por teléfono y supone que se ven de forma regular...dice a continuación que no le ha contado nada a su madre, pero que es una de las razones que le hacen odiar a su padre y haberle perdido el respeto.

Tras dejar unos segundos de silencio, le pido que describa los sentimientos que tiene en relación a esta situación, que intente poner palabras a lo que siente. Refiere principalmente rabia e impotencia. Le pregunto el motivo de ocultárselo a su madre, refiere que prefiere que no se disguste y que además no sabría como decírselo...luego dialogamos sobre la diferencia que existe entre lo que se podría entender como una relación de pareja y la relación familiar, así como la posibilidad de separar el papel de padre y el de marido. Tras aceptar la diferencia entre las dos identidades, intentamos trabajar sobre la posibilidad de enunciar las virtudes de su padre.... Le pido que mencione algunas, a lo que responde, *"es un hombre muy trabajador...es cierto que de pequeño no tenía posibilidades económicas, todo lo que tiene lo ha conseguido él, era muy bueno en los estudios y logró ser el primero de su promoción en ingeniería. Luego ha conseguido mantenerse en un buen trabajo...ha intentado que sus hijos fuésemos igual que él...nos ha intentado dar lo que él no pudo tener, una formación universitaria en una universidad americana de prestigio, pero le hemos fallado...no somos como él pretende que seamos...aunque al final él está sólo, le gusta el golf y nada más, además no quiero ser como él..."* Me cuenta más adelante que tras la discusión que mantuvo con su padre por las notas, este le amenazó con la posibilidad de pagarle un piso, *"igual que a tu hermana"* y obligarle a marcharse de casa, por no estar cumpliendo con su deber.

Refiere que la alternativa de marcharse le disgusta, aunque en momentos de enfado llega a plantársela.

Tras preguntarle sobre posibles planes de futuro, manifiesta la intención de aprobar las asignaturas que ha suspendido para septiembre, hacer un grado medio y pasar a la carrera de Educación Física. También dice enfadado, que estos planes prefiere no contárselos a sus padres. Recojo y enfatizo lo positivo que resulta tener estos planes, refuerzo los mismos e invito a que pruebe a ponerlos en común con sus padres. Contesta que se lo pensará.

Entrevista 4: (Adrián y sus padres).

Aspecto del padre: Alto, delgado, con barba y gafas, viste pantalón vaquero y polo. Aseado, buen aspecto. Rostro serio y desconfiado.

Aspecto de la madre: Aspecto cuidado, pelo moreno, maquillaje poco marcado, no tiene una cara atractiva, con facciones fuertes, masculinas. Figura normal. Aparenta más edad que su marido. Sonrisa forzada.

Aspecto de Adrián: aseado y cuidado, pelo corto, viste camiseta y pantalón corto.

Les recibo, entrando en el despacho el padre de Adrián dice, "*vaya encerrona me habéis hecho...*". Ninguno añade nada al comentario.

Adrián se sienta en el centro, su madre a su derecha en paralelo a él y su padre a la izquierda algo separado de ambos.

A los pocos segundos de silencio tras sentarnos todos, la madre de Adrián refiere traer en un cuaderno apuntados todos aquellos aspectos que piensa que Adrián debe mejorar y aquellas tareas que no realiza... Comienza a leer, es una larga lista... "*Adrián ha suspendido cuatro asignaturas, no estudia, solamente se dedica a estar sin hacer nada, el otro día se apuntó con un amigo al gimnasio y parece que es lo único que le interesa...lleva meses sin recoger la habitación...a veces sale tarde de casa...muy justo de tiempo y finalmente soy yo quien tiene que acercarle para que pueda llegar a sus compromisos... el otro día fuimos al cardiólogo y si no soy yo quien le recuerdo su cita y le llevo en coche, ni se acuerda...no hace nada...me tiene harta*". Durante su discurso, el padre de Adrián se muestra atento a diferentes estímulos visuales, observando detenidamente cada uno de los objetos que decoran la habitación, no prestando ninguna atención a lo que su mujer relata. Adrián permanece inmóvil y cabizbajo.

Tras finalizar su enunciado, dejo unos segundos de silencio y señalo que la nota que trae se refiere a aspectos fundamentales que Adrián debe trabajar, sin duda resulta muy útil y le agradezco que los comparta conmigo, pues me ayudará a tener en cuenta muchos detalles; sin embargo señalo que al escuchar el listado, hay algo que echo en falta. Pregunto, (favoreciendo la comunicación), si la nota estaría más completa añadiendo todas aquellas cosas que Adrián hace bien, y aquellos aspectos por los que habría que felicitarlo. Le pido que enumere aspectos positivos de Adrián, actividades en las que destaca, virtudes...Su madre contesta que le parece "*un niño guapísimo*", que tiene un muy buen físico, que gusta a las chicas, que tiene buen corazón y es noble...pero sin embargo es vago y no aprovecha sus oportunidades... Le preguntó a Adrián su opinión. Adrián contesta que es cierto que no estudia ni recoge su habitación, pero que si se preocupa de sus cosas y que si finalmente su madre le acerca en coche, es porque ella se ofrece. Luego le invito a su padre a que exprese su opinión sobre la situación de Adrián, a lo que contesta con un tono elevado y déspota, "*Adrián no hace nada, ni estudia ni nada... yo a su edad tenía las cosas claras...me sentaba a estudiar y lo hacía porque sabía lo que quería...yo no se si Adrián es tonto o que narices le pasa, pero esto no puede ser...de verdad que yo a este chico no le entiendo...*". Le pregunto, al igual que pregunté a la madre, por las virtudes de Adrián. Durante unos segundos no contesta...le digo que, según me contó Adrián, era muy bueno en el golf. Su padre contesta que "*sí, pero que desde hace años lo ha abandonado... Es cierto que de pequeño tenía el mejor golpe, era casi perfecto... cuando lo grabábamos, si lo pasabas a cámara lenta, era una circunferencia perfecta como el de Tiger Woods,...no sé si la conservará...*".

Adrián se mantiene impasible...luego refieren que su madre se marchará con los abuelos a pasar un mes quedándose Adrián y su padre, solos. Su padre dice que "se

apañarán”, que él dejará dinero a Adrián para que haga la compra y se haga la comida...Dice que cuando ambos están unos días solos, sí cumple las tareas, sin embargo, cuando su madre está en casa, no. Posteriormente hace referencia a lo mencionado empleando términos despectivos hacia su mujer, menospreciando la tarea de la madre como educadora de su hijo, mostrándose agresivo con ella y distante. De todo ello lo que resulta más llamativo es la naturalidad con la que la madre de Adrián y Adrián aceptan los comentarios, como si fuesen habituales en su familia.

Avanza la entrevista y pregunto a su padre acerca de su biografía. Relata que trabaja de ingeniero, tiene varias personas a su cargo y se encuentra satisfecho con el trabajo que ha tenido que hacer para llegar donde se encuentra, remarcando que él no tuvo ni mucho menos las facilidades con las que cuenta su hijo. Poco después termina la entrevista familiar.

EL CASO DESDE UNA PERSPECTIVA PSICODINÁMICA

Adrián como adolescente en el momento actual

Para poder entender a Adrián, es importante considerar su contexto, ya que no se puede entender a ningún adolescente aislándolo del mismo. Es necesario considerar las demandas contemporáneas a las que se ve sometido tanto Adrián como sus padres. Hornstein (2008) afirma que sólo es posible comprender al sujeto si se lo considera *“inmerso en el entorno histórico-social, entramando prácticas, discursos, sexualidad, ideales, deseos, ideologías y prohibiciones”*.

Se han empleado diferentes términos para intentar definir el tiempo actual en que vivimos, *cultura del narcisismo, sociedad del espectáculo y tiempos líquidos* – formulaciones de Lasch (1983), Debord (1997) y Bauman (2000), respectivamente, – términos vinculados con una idea de self-centered, predominio de cierta superficialidad y fluidez de lazos afectivos.

De hecho en la enunciación del caso, se mencionó la enorme preocupación que Adrián manifestaba sobre su aspecto físico, según decía, debido a su defecto en el tórax. Defecto que, salvo fijándose con detenimiento, apenas se apreciaba. Su imagen era atractiva y sin embargo estaba profundamente preocupado.

Por otro lado, resulta interesante señalar el conflicto al que se enfrenta a diario Adrián, mencionado de pasada al enunciar el caso. La inestabilidad del vínculo que Adrián tiene con su *“amiga”* Verónica, con la cual mantiene una relación sentimental, *“abierta”* por deseo de la muchacha. En ocasiones, la inestabilidad del vínculo, la posibilidad y amenaza permanente de perder a alguien, puede generar cierto bloqueo en el sujeto...De hecho a lo largo de las entrevistas con Adrián, se ha podido apreciar que en los momentos en los cuales se ha intentado enfrentar y modificar su *“pacto de pareja”*, se ha mostrado mucho más inhibido, silencioso e incluso bloqueado a nivel de su expresión corporal. Maia (2005) entiende que las relaciones se transforman en formas de alcanzar el placer inmediato y, cuando hay alguna amenaza de padecimiento, el otro es rápidamente desechado. De alguna forma es el pacto que existe entre ambos, permitiéndose conseguir el placer inmediato, sin plantearse, al menos por parte de la chica, renunciar a este por fortalecer el vínculo con Adrián. Es coherente con el concepto de sociedad que expresan Dockhorn y Macedo (2008), los cuales afirman que en una sociedad de consumo, como la que existe en la actualidad, se exige estar siempre preparado para disfrutar los *“bienes”* y desarrollar deseos para las seducciones que se nos presentan de manera incesante como indispensables. De alguna manera este esquema de funcionamiento puede extenderse a las relaciones de pareja y a la

superficialidad con la que actualmente se concibe la sexualidad, llegando en ocasiones a la trivialidad absoluta.

Los padres de Adrián pertenecen a la denominada generación del "Baby Boom" los nacidos entre enero de 1946 y diciembre de 1964, tras la Segunda Guerra Mundial, contexto en el que se esperaba el retorno a casa de los hombres que en ella lucharon, para poder crear una familia. Era también un momento de fortalecimiento económico mundial que favorecía que las familias se animasen a tener hijos. La generación de Adrián, es la llamada, generación Y o generación Internet, considerada por Tapscott (2009) como la primera inmersa en bits, a la cual pertenecen los nacidos entre Enero de 1977 y diciembre de 1997, años que destacan por cambios como el crecimiento tecnológico, el surgimiento de internet y la explosión de las telecomunicaciones. Tapscott (2009) establece como diferencias principales entre los "Baby Boomers" o sujetos de la Generación Televisión y sus hijos, la Generación Internet o Generación Y, la mayor prioridad por la libertad de elección y de expresión defendida por la generación Y. Su identidad en parte se sustenta por la personalización de su entorno, desde su ordenador, la melodía de su móvil, su apodo, sus fuentes de noticias... Esta defensa a ultranza de la libertad de elección y expresión, permite entender en parte la resistencia que han presentado tanto Adrián como su hermana, a seguir el camino de éxito académico soñado por su padre...Ante el proyecto explícito manifestado por este, de acabar sus estudios en una universidad estadounidense de prestigio, la defensa de la propia elección por parte de ambos, les ha llevado a la resistencia absoluta, caracterizada por su bajo rendimiento a nivel académico. Otra de las características de esta generación es la necesidad de velocidad y de inmediatez, cada mensaje instantáneo, precisa de una respuesta instantánea. Todo ello puede resultar en la escasa tolerancia a la frustración que tienen estos jóvenes y la búsqueda incesante del placer pleno. Ante esta realidad, resulta complejo lograr que una meta a largo plazo sirva de acicate para promover un esfuerzo mantenido. Facilitando la tendencia al derrotismo y la escasa motivación para la superación ante los malos resultados académicos tan frecuente en nuestros días y de la cual, Adrián es un claro ejemplo.

Kehl, en 2009, hace referencia al concepto de la depresión en el momento actual. Esta autora se refiere al imperativo del gozo a cualquier precio que se vive hoy en día, la pérdida del valor de la experiencia y de la tradición. La velocidad tan característica de la sociedad actual, favorece el empobrecimiento de la imaginación y la aparición de sentimientos de vacío. Estos sentimientos de vacío están presentes en Adrián, así como en otros muchos adolescentes. En una sesión, Adrián menciona precisamente esta sensación de vacío, el no lograr que nadie le llene, incluso llegando a plantearse que la muerte no sería tan mala noticia; quizá debido a que ante una profunda sensación de vacío, la sensación de pérdida es mínima.

Bauman considera que en la globalización negativa, los individuos son abandonados a su propia suerte. De algún modo, a pesar de las metas positivas y bien intencionadas de su padre, Adrián ha sido abandonado a su suerte en un océano de exigencias, a pesar de tener a su alcance todos los medios necesarios. Situación que debilita los vínculos humanos, sobre todo a nivel padre-hijo. Esta debilidad en el vínculo facilita la aparición de sentimientos de fracaso e incapacidad, ya que no existe un vínculo sólido que haya generado un narcisismo lo suficientemente bien construido, como para enfrentarse a la no consecución de una meta. De esta manera, el vacío y el tedio, en una espiral de baja autoestima, sentimientos de incapacidad y pobre concepción del yo (enormemente distanciado del ideal del yo), determinan la difícil supervivencia de Adrián en un mundo donde predomina la vivencia de frenética prisa y consumo.

En la actualidad como define Bauman (2003), se viven *tiempos líquidos*. Expresión que revela la fragilidad de los vínculos humanos, marcados por la inseguridad y ambivalencia de sentimientos frente al otro. Este fenómeno está claramente representado en la relación entre Adrián y Verónica, una relación en la que se han dado varias rupturas. Adrián se ve sometido al deseo de Verónica de mantener una relación "*abierta*", en la que tanto uno como el otro miembro pueden relacionarse con otras personas...claro ejemplo de inseguridad, fragilidad y ambivalencia...Adrián quiere una relación más seria, pero de algún modo, los deseos de Verónica, de actuar conforme a estos, *tiempos líquidos*, le condena a vivir con esta inestabilidad vincular, que posiblemente tenga un efecto directo sobre el bloqueo conductual que presenta. Por otro lado, su imagen del Yo, denostada y escasamente valorada, le impide tener la fuerza suficiente para generar el cambio en la relación que desea.

Rother Hornstein (2006, pag 73), "*la adolescencia también pone a prueba la capacidad de transformación de los padres*", lo cual asociado al concepto de *tiempos líquidos*, permite entender que concebir un hijo, hacer el papel de otro narcisizante fundamental en el proceso de construcción psíquica del niño, así como involucrarse en su educación y construcción e su identidad; demanda un compromiso muy importante de los padres, un compromiso irrevocable, el cual va en contra del concepto de *vida líquida*. Se trata de un compromiso que debe cumplirse de manera permanente, independientemente de la circunstancias que se den...Quizá en el caso que nos ocupa, "*la decepción*" familiar derivada de los conflictos vividos con la hermana mayor de Adrián, la energía destinada por los padres tanto a su cuidado como a la resolución de los conflictos protagonizados por ella, probablemente ha mermado la energía disponible para la correcta narcisización de Adrián, habiéndole relegado a un segundo plano, a aquel que puede esperar.

Birman (2006) menciona las exigencias de *alto performance* que se aplican a niños y adolescentes en el mundo contemporáneo actual. Exigencias, que en el caso que nos ocupa pasaban por ser un estudiante de alto nivel que realizase sus estudios superiores en una universidad norteamericana, mientras a nivel deportivo destacaba en el golf. Como se puede apreciar son exigencias enormes, cuyo cumplimiento implica la renuncia de otros muchos aspectos vitales del niño y adolescente no al alcance de cualquier sujeto. El cumplimiento de este tipo de exigencias suele verse acompañado de una enorme rivalidad y competitividad, que en muchas ocasiones conlleva la soledad del adolescente. Adrián por diversas razones, no ha alcanzado la meta impuesta por sus progenitores, lo cual le ha sumido en un sentimiento de profundo fracaso y decepción, del cual no logra despojarse. Tampoco ha logrado construir una identidad. La identidad para la cual estaba siendo preparado, no ha sido asumida... ¿Qué identidad le queda ahora...?. ¿Cómo construir una identidad, desde un sentimiento de sí mismo devaluado?

En el caso que se trata, resulta oportuno hacer referencia a la metáfora que emplea Freud (1913-1974), en su obra, "*Tótem y Tabú*". Según esta metáfora, la madre sería de una especie de ministro en el sistema de gobierno, cuya función es facilitar el acceso del niño al gobernador, que sería el padre. Si este proceso se ve imposibilitado, por la razón que sea, se produce un defecto en la identificación que el niño tendrá con su padre. Una de las posibles razones, que puede extraerse del caso que tratamos, es la necesidad de no perder el papel soberano por parte del padre, ya sea por sus propios temores y deseos y/o por las exigencias impuestas por el medio...un hogar en el que existe una importante conflictiva con la hija mayor, ante la cual, el padre se aferra a su poder soberano, el cual está viéndose amenazado. De hecho, este poder finalmente, se equilibra desterrando la amenaza, alejándola, pero a la vez, manteniéndola bajo el gobierno central, mediante la

dependencia económica absoluta. El aferrarse a este poder soberano, tanto mediante la manutención con uno de los hijos, como mediante el distanciamiento frente al que aún se encuentra en el hogar, quizá para *evitar* que suceda lo mismo, en vez de viabilizar el crecimiento y la adquisición de nuevos lugares propios del sujeto. El gobernante tiene la necesidad de mantenerse en su lugar de "Tótem", presentándose como completo e incuestionable, ejerciendo un apoderamiento narcisista del otro. Por otro lado, la madre, puede utilizar su papel de "ministro" mediador, para mantenerse en un lugar elevado narcisísticamente, lo cual enlentece o detiene el crecimiento psíquico del joven.

Kehl (2009) señala que muchos padres pueden sentirse frágiles respecto a sus propios ideales de tal forma que depositan en el rendimiento de sus hijos su anhelo de reconocimiento. El máximo reconocimiento que podría obtener el padre de Adrián habría sido el de formarse en una universidad estadounidense, pretensión que no pudo alcanzar por limitaciones económicas y que ha tratado de reparar y realizar a través de Adrián. Sería una mezcla entre el "ideal de gozo" de los padres e inversión en el "mercado de futuros". Es decir, se daría simultáneamente: la búsqueda de la máxima felicidad del hijo, satisfaciéndolo plenamente, y su máxima estimulación para facilitar su colocación en un puesto que le permita entrar en el mercado de trabajo. Esto se aprecia claramente en el caso que se analiza. Adrián es un chico que desde el punto de vista material, tiene todas sus necesidades más que cubiertas, dispone de aquello que desea. No obstante, el nivel de bienestar (material) que sus padres le ofrecen, se desarrolla parejo a un nivel de exigencia en el rendimiento académico máximo, colocándose el padre como modelo a seguir. De esta manera, el padre de Adrián es un objeto externo que se acerca al ideal del Yo (en lo académico), pero que se ha visto profundamente empañado por la conflictiva que generó el descubrimiento de su relación extramatrimonial, así como su escasa capacidad de "escuchar". Para Adrián el ideal del yo es ambivalente, es admirado y temido, deseado y odiado, todo ello le sume en un profundo bloqueo emocional.

En los hijos de familias narcisistas, habitualmente las necesidades del sistema parental, se antepone a las necesidades principales de los hijos, confianza y seguridad, que se consideran secundarias y son recibidas como problemáticas. Como advertía Kohut (1971), los hijos del sujeto narcisista han sido concebidos como meras extensiones del self exhibicionista-grandioso y para su gratificación.

Este tipo de relación genera sujetos como Adrián, aparentemente obedientes pero que desconfían. Adrián presenta una enorme rivalidad con su padre, agravios por parte de este y probablemente celos. Todo ello le genera temor que traslada al día a día al ser víctima de un ataque envidioso. Habitualmente son jóvenes que se menosprecian, como hace Adrián y que emplean sutiles formas de adaptación, como la sumisión, la paralización o el mimetismo. En el caso de Adrián, el bloqueo que presenta podría entenderse como un estado de paralización que ha desarrollado para adaptarse a su situación. Generalmente, como señala Kohut, este tipo de chicos rechazan la patología parental, no se la plantean, ya que esto amenazaría su self. En el caso de Adrián, su situación de crisis precisamente puede estar sucediendo porque si se plantea la patología parental, si acepta esta posibilidad.

En la medida en que descienda la angustia del padre, su patológico ideal del yo y su autoexigencia, aumentaría la capacidad para percibir las necesidades y deseos del hijo.

El padre de Adrián, tenso e intolerante ante sus propias limitaciones exige a este que satisfaga sus expectativas personales, mostrando rechazo, enfado, decepción y vergüenza

cuando Adrián no ha alcanzado sus objetivos, o bien por no ser capaz o bien por no compartírselos.

Los padres de Adrián no creen haber desatendido ni dañado a este, todo lo contrario, están convencidos de haber hecho todo lo posible. De hecho, visto desde fuera, parece que su vida gira en torno a la descendencia, si bien no prevalecen las necesidades emocionales del joven sino el buen balance y las compensaciones narcisistas que puedan obtenerse del ejercicio de cierto rol parental. Todo ello desemboca en el perfil rabioso y derrotista de Adrián.

Bleichmar en 1997 señala: *"Si las defensas y/o compensaciones son exitosas no hay depresión narcisista. Pero si fallan y no se pueden sostener o provocan trastornos en las relaciones interpersonales o en los logros en la realidad o perturbaciones del funcionamiento yoico, al ser codificados como fracaso narcisista, entonces se produce depresión narcisista. Además, el trastorno narcisista no compensado puede originar diversa sintomatología: trastornos de la sexualidad, fobias, obsesiones, hipocondrías, etc., pues al tener el sujeto una imagen de sí como débil, incapaz o impotente, todo le resulta amenazante"*.

El paciente que nos ocupa, presenta una imagen de sí mismo devaluada, como débil e incapaz, fruto del fallo de las defensas empleadas. A su vez ha desarrollado hipocondría moderada, centrada en exacerbar la importancia y la gravedad de las consecuencias de su defecto físico. Presenta cierta inhibición psicomotriz, con resonancia emocional conservada, sin embargo si muestra apatía leve y cierta anhedonia, con indiferencia, falta de motivación y desesperanza en ocasiones. Datos que hacen pensar en la presencia de una depresión narcisista leve-moderada.

Pasamos a analizar los posibles sistemas motivacionales que predominan en Adrián y sus padres. El Narcisismo sería el sistema que en Adrián está en conflicto. Presenta un déficit narcisista probablemente consecuencia de la falta de narcisización así como la imposición de unas metas que han generado un ideal del Yo inalcanzable. La comparación con su padre, el cual muestra una imagen de triunfador, de hombre que siempre logra lo que se propone, en el que el esfuerzo, la concentración y el método para alcanzar una meta son herramientas sencillas. Para Adrián, son aspectos muy difíciles de lograr, siendo más difíciles cuanto más sencillos parecen para su padre. En la entrevista familiar, destaca la omnipotencia irradiada por su padre; Adrián a su lado, mostraba la imagen de ser un escalador de principios del siglo XX a los pies del Everest, alguien que sabe que tiene un reto ante sus ojos, un gigante al cual teme a la vez que admira y que reconoce como inalcanzable. Quizás la principal diferencia entre Adrián y el escalador, es que Adrián, en base a su sistema de autoconservación, se está dando por vencido. Un modo de defenderse de las críticas ante la posibilidad de no alcanzar las metas impuestas es *"el control del fracaso"*. Probablemente es más doloroso no alcanzar la meta, quedarse cerca del logro, habiéndose esforzado al máximo, ante unos padres que recompensan el objetivo conseguido y no el esfuerzo invertido en el mismo; que no alcanzar la meta *"voluntariamente"*, no haciendo todo lo posible, o enfrentándose a la incertidumbre, simplemente asegurando la derrota, ahorrando energía, no llegando al objetivo a sabiendas de que este no se va a alcanzar como modo de disminuir la posible decepción. Dicha conducta repetida desde hace al menos dos años le permite a Adrián ejercer un control sobre las exigencias, ponerlas límite, revelarse contra ellas y evitar la incertidumbre y la sensación de fracaso. No obstante, este comportamiento es sumamente perjudicial para él mismo, tanto desde el punto de vista académico como familiar, prolongando y aumentando la tensión en un sistema que se vuelve progresivamente más cruento...con el riesgo de

llegar a la fase de darse por vencido y relegar a Adrián el plano de "imposible" o de "enfermo", llegando al abandono emocional, "pagándole un piso" y desechando lo que "no vale, sólo da problemas y hay que alejarlo...".

Sistemas Motivacionales en Adrián y sus padres

Desde el enfoque Modular Transformacional se concibe el psiquismo como formado por una serie de sistemas motivacionales que responden a diferentes necesidades y deseos: el sistema de autoconservación (se refiere a la necesidad y deseo de bienestar y cuidado de uno mismo), el de heteroconservación (se refiere a la necesidad y deseo de cuidado del otro, a ser o sentirse responsable del bienestar del otro), el sistema que responde a necesidades y deseos sexuales, el sistema motivado por deseos y necesidades de regulación psicobiológica, el sistema que responde a deseos y necesidades narcisistas y finalmente el sistema de apego.

Las necesidades actúan a un nivel subsimbólico, no representado en la subjetividad, mientras que los deseos si son subjetivos a un nivel consciente o inconsciente. Muy ilustrativo para entender esta diferenciación es el sistema de apego. Sirva de ejemplo, un sujeto en el que no está inscrito a modo de deseo la cercanía de su pareja, sino como necesidad, por ello ante su ausencia padece crisis de ansiedad o dolor de estómago, sin que lo relacione con su falta. Es una inscripción propia de la memoria procedimental, es decir, al no estar subjetivizada la necesidad, no se piensa en el otro ante la crisis de ansiedad, o el dolor de estómago y no se asocia con su ausencia, no se le necesita. En el caso de que esté inscrito como deseo, la ausencia si sería sentida subjetivamente como tal.

Existe una especificidad para cada persona en relación a la jerarquización de los distintos sistemas motivacionales, la cual a su vez está sujeta a modificaciones en función de los distintos momentos y contextos interpersonales. Entre los distintos sistemas pueden darse situaciones de refuerzo recíproco o conflicto.

La situación de conflicto entre los diferentes sistemas motivacionales puede configurarse de diferente manera. Puede haber personas en las que predomine la autoconservación de tal forma, (hipocondría), que releguen otros sistemas como el sexual y el narcisista. Otros cuyas profundas necesidades narcisistas, dejen de lado sus deseos y necesidades de apego, por mostrar que son independientes. O viceversa, en otros sujetos, la satisfacción del apego puede conllevar desatender el sistema sexual o el narcisista y verse sometido a diversas humillaciones.

Los diferentes sistemas no funcionan de manera independiente, sino que están articulados entre sí. Por ello el cambio en alguno de ellos, puede provocar efectos, o incluso síntomas, según el sistema con el que esté vinculado. Por ejemplo, si en un sujeto el apego era el sustento del narcisismo, si se rompe el apego, esto puede generar sentimientos de baja autoestima.

En Adrián se está generando una crisis en su sistema de autoconservación, el cual se tambalea, lo que se evidencia en sus continuas quejas somáticas. Es cierto que presenta un defecto físico, sin embargo la vivencia del mismo es de una magnitud muy superior a lo objetivado. Además tiene ideas sobrevaloradas en relación a las posibles repercusiones funcionales de su defecto, lo que ocasiona un peregrinar de médico en médico.

Los síntomas que se asocian a esta vivencia hipocondríaca están relacionados con el sistema de autoconservación, pero esto es la punta del iceberg; quizá el debilitamiento de este sistema es debido a que su sustento, el sistema de apego, se está deteriorando. El apego de Adrián con sus diferentes familiares, en los últimos años, está viéndose sometido a tensiones. En primer lugar con su hermana; ya se ha mencionado que tras diversas crisis familiares, conflictivas, discusiones, incluso gestos autolesivos, la hermana de Adrián fue alejada del núcleo familiar. Por otro lado, y quizás más significativo, es el deterioro del vínculo entre Adrián y su padre. Adrián ha pasado de ser un niño querido, mimado, guapo, deportista, uno de los *"mejores jugadores de golf de su edad"* a ser un adolescente *"vago, tonto, sin impulso, un fracaso"*. Este objeto interno devaluado que Adrián concibe de sí mismo por introyección de la opinión paterna, ha generado una inestabilidad en el vínculo con su padre, crítica. Adrián ha llegado a mencionar que *"odia a su padre"*, tanto por el deterioro de la relación entre ambos, como por el descubrimiento de su affair con una prostituta. Existe por tanto un enorme distanciamiento entre ellos en los últimos dos años, que resquebraja el apego de Adrián y los sistemas relacionados. Adrián mantiene el apego con su madre, sin embargo, en ocasiones también se dan conflictos entre ambos. Finalmente, en relación a la falta de satisfacción de su necesidad de apego, se suma la inestabilidad vincular que existe entre Adrián y su novia, tras la petición por parte de ella de que la relación sea abierta. Todo ello hace que dicho sistema se debilite, lo cual, puede repercutir y manifestarse a través tanto de sus quejas hipocondríacas, (sistema de autoconservación), como de su sintomatología ansioso-depresiva (sistema de regulación psicobiológico).

La falta de satisfacción en cuanto a la necesidad de apego que Adrián tiene con su padre, a su vez se relaciona, se basa y entra en conflicto con su sistema narcisista. Parece que el apego entre Adrián y su padre, probablemente desde una identificación proyectiva que hace el padre con su hijo, se basa en un sistema narcisista. El cariño que el padre de Adrián siente hacia su hijo se ve modulado en mayor o menor medida por la valoración narcisística que hace de él, por la consecución o no de las metas propuestas. Si no cumple con las necesidades narcisistas del padre, deja de ser valioso, si no es valioso, deja de ser querido. El narcisismo es el sustento del apego, en tanto que el padre vive a su familia como objetos de posesión narcisista. Mediante identificación proyectiva, esa vivencia de decepción que el padre siente por Adrián, al no cumplir sus necesidades, es depositada en Adrián y este siente esa decepción en sí mismo, es entonces cuando su sistema narcisista se tambalea, lo cual le genera sintomatología depresiva (disregulación psicobiológica), al no satisfacerse las necesidades narcisistas ni de apego. Las necesidades y deseos de autoconservación de Adrián, están satisfechas en mayor medida por su madre, ante la cual se muestra como dependiente y es cómplice de su vivencia hipocondríaca, llevándolo a diversos especialistas; lo cual a su vez sustenta un núcleo familiar actualmente cementado en la problemática de los hijos más que en un proyecto de futuro de los padres.

El sistema sexual de Adrián, está en principio satisfecho por su relación con su novia, pero en el paciente existe una relación indisoluble entre necesidades sexuales, de apego y narcisistas. Todo ello alimenta el conflicto de Adrián, tras solicitar su pareja una relación abierta. Probablemente en ella el sistema sexual no se asocia directamente con el de apego y puede llevar a cabo con facilidad esta disociación, sin embargo en Adrián, la unión entre apego y sexo, le genera un conflicto con su pareja. El convertirse la relación entre ellos en una relación abierta, la posibilidad de no ser el único en la relación sexual y de apego, resquebraja de nuevo su sistema de apego y narcisista al no cumplir los deseos y necesidades de ambos, al no ser *"el único que merece ser querido por ella"*.

En resumen, este caso permite apreciar una relación de circularidad, no lineal, entre los distintos sistemas motivacionales. En Adrián, la crisis fundamental, posiblemente inoculada desde el exterior, se da en su sistema narcisista, en su proceso de narcisización detenido en el inicio de su adolescencia, en la falla entre el ideal del yo y la vivencia yoica; en la introyección de un objeto del yo, desvirtuado desde la mundo interno parental, denostado e infravalorado, muy alejado del ideal del yo, el cual por identificación con el ideal del yo paterno, se encuentra a años luz de la realidad. (*"No logro ser lo que mi padre hubiese querido que fuese, no valgo, soy un fracaso"*). Crisis de las necesidades y deseos narcisistas, que repercute en sus necesidades de apego (*"odio a mi padre"*, distanciamiento entre ambos) sustentadas en el sistema narcisista, así como hacen tambalearse el sistema de regulación psicobiológica (sintomatología ansioso-depresiva) y sistema de autoconservación (vivencia hipocondríaca). Las necesidades sexuales y de heteroconservación, están parcialmente satisfechas, pero con los matices mencionados.

En el padre de Adrián el sistema predominante es el narcisista, un narcisismo a través del cual Adrián se ha convertido en un objeto de posesión narcisista, en un medio para lograr los objetivos que él no pudo alcanzar, probablemente por limitaciones económicas. Objetivos que ha convertido en la meta impuesta a sus dos hijos. La necesidad de que estos superasen las propias habilidades y virtudes, llegasen más lejos, pudiesen estudiar en el extranjero poniéndoles todos los medios a su alcance y cumplir el sueño de su padre; es una necesidad fundada en la consecución de una meta a través del otro, el cual es un medio para alcanzar su yo ideal, sin ni tan siquiera tener en cuenta si las metas de sus hijos coincidían o no con la suya. Proporcionando los medios materiales, con escaso soporte emocional, no dando tregua ante algún posible resultado moderado, con una actitud centrada en ensalzar sus propias virtudes y éxitos, con elevada vanidad y despotismo que han culminado en el polo opuesto al deseado.

Deseos narcisistas que se ven insatisfechos por la no consecución de las metas por parte de sus hijos, lo cual le hace vivir un sentimiento de fracaso y decepción. Ante la posible pregunta de *¿qué he hecho mal?*, que podría generar un acto de reflexión y autocrítica, surge como mecanismo de defensa la identificación proyectiva, inoculando en Adrián, los sentimientos de fracaso, decepción y minusvalía. *"Yo no he hecho nada mal, han sido ellos que no están a la altura"*.

La no satisfacción de los deseos narcisistas conlleva un distanciamiento en el apego con respecto a Adrián y a su hermana, manteniendo el cuidado de los mismos por necesidades de heteroconservación hacía ellos y autoconservación hacía sí mismo, probablemente sistemas relacionados con el narcisismo del padre (*"lo que un buen padre ha de hacer"*, mantenimiento del bienestar material que sustituye al soporte emocional). En cuanto a las necesidades sexuales, no aparecen durante la entrevista, sin embargo por lo mencionado por Adrián, no se ven satisfechas por completo por su mujer, teniendo que recurrir a una fuente de satisfacción extramatrimonial.

En cuanto a la madre de Adrián resulta llamativa su posición de sumisión ante la figura del padre. Su aceptación con absoluta normalidad de las agresiones verbales emitidas por su marido durante la entrevista familiar, sin generar en ella la más mínima repercusión (aparentemente), sin inmutarse, acostumbrada quizá a ellas como parte de lo habitual. Aparentaba ser una pareja separada hace tiempo, cuya motivación de mantener el sistema no era el apego. Por parte de la madre, quizá la autoconservación y la heteroconservación de su hijo son los motores para mantener el matrimonio, aceptando una posición muy inferior a la de su marido. Habiendo asumido quizás, que esta posición sumisa, es

imprescindible para mantenerlo. Las necesidades sexuales y de apego son sacrificadas en base a la necesidad de autoconservación y heteroconservación. Sus necesidades narcisistas están quizá depositadas en la admiración intelectual que siente por su marido. La motivación de mantener el matrimonio por parte del marido, tampoco parece ser el apego, quizás de nuevo el narcisismo, el ideal del yo debe mantenerse, la familia, el matrimonio así como la presencia probable de un superyó agresivo el cual le impide aceptar la posibilidad de una ruptura; siendo más fácil mantener la disociación que se pondría en funcionamiento en el caso de que la infidelidad que refiere Adrián, fuese cierta.

En resumen, un sistema familiar en el que las necesidades de apego quedan relegadas a un segundo plano, insatisfechas y devaluadas en base a su relación con un sistema narcisista cuyos deseos y necesidades no cumplidos, (en la figura paterna), han creado sentimientos de decepción e impotencia, que lejos de ser analizados, han sido inoculados en otros miembros del sistema, (Adrián y su hermana, por identificación proyectiva). Apego deteriorado condicionado a necesidades y deseos narcisistas no satisfechos, todo ello con repercusión a nivel del sistema de regulación psicobiológico (síntomatología ansioso-depresiva en Adrián y borderline en su hermana) y sistema de autoconservación (síntomas hipocondríacos en Adrián). Son los sistemas de autoconservación y heteroconservación, principalmente en la madre, pero también en el padre y en Adrián, los que evitan la separación y destrucción de la familia.

Conclusión: *Probablemente resulte oportuno para el caso que nos ocupa establecer una metáfora explícita entre "pectus excavatum" y personalidad hundida, el paralelismo que existe entre un síntoma físico y un síntoma emocional. Haciendo un guiño al futuro, al cambio, confrontando su deseo de operarse, de cambiar ese hundimiento, esa "identidad", por un cambio a un nivel mucho más profundo; logrando el fortalecimiento de su self y disminuyendo la distancia que existe entre su ideal del yo y su yo real, mediante una narcisización progresiva. Restablecer el sistema narcisista de Adrián, posteriormente intentar el fortalecimiento del vínculo con su familia de origen, lo cual a su vez y de manera progresiva restablecerá el equilibrio psicobiológico del paciente.*

Bibliografía:

Bauman, Z. *Modernidade Líquida*. (Modernidad Líquida). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 2000.

Bauman, Z. *Amor Líquido*. (Amor líquido: Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 2003.

Bauman, Z. *Tempos Líquidos*. (Tiempos Líquidos). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 2007.

Birman, J. *Tatuando o desamparo: A juventude na atualidade*. (Tatuado el abandono: La juventud en la actualidad). In: M. R. Cardoso. *Adolescentes* (Adolescentes). São Paulo: Escuta. 2006:25-43.

Birman, J. *Laços e desenlaces na contemporaneidade*. *Jornal de Psicanálise*. 2007;40(72): 47-62.

Bleichmar, H. *Avances en psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Paidós. 1997.

- Debord, G. *A sociedade do espetáculo*. (La sociedad del espectáculo). Rio de Janeiro: Contraponto. 1997.
- Dockhorn, C. & Macedo, M. *A complexidade dos tempos atuais: reflexões psicanalíticas*. (La complejidad de los tiempos actuales: reflexiones psicoanalíticas) Revista Argumento Psicologia. 2008;54(26): 217-224.
- Freud, S. *Totem e Tabu*. (Totem y Tabu) Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 1913-1977; 13:381-409.
- Hornstein, L. *As depressões: afetos e humores do viver*. (Las Depresiones: Flagelos de la época?). São Paulo: Via Lettera: Centro de Estudos Psicanalíticos. 2008.
- Kehl, M.R. *Lugares do Feminino e do Masculino na Família*. (Lugares del Feminino y del masculino en la familia). In M. C. M. Caparato (Org.), *A Criança na Contemporaneidade e a Psicanálise*. (El Niño en la contemporaneidad y el psicoanálisis). São Paulo: Casa do Psicólogo. 2001;1: 29-38.
- Kehl, M. R. *O tempo e o cão: a atualidade das depressões*. São Paulo: Boitempo. 2009.
- Kohut, H. *Análisis del Self*. El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad. Amorrortu. 1971.
- Lasch, C. *A cultura do narcisismo*. (La Cultura del Narcisismo). Rio de Janeiro: Imago. 1983.
- Maia, M. *Extremos da Alma: dor e trauma na atualidade da clínica psicanalítica*. (Extremos del alma: dolor y trauma en la actualidad en la clínica psicanalítica) (2rd ed.) Rio de Janeiro: Garamond. 2005.
- Marrone, M. *La teoría del apego: un enfoque actual*. Madrid: Psimática. 2001.
- Monteiro, A. Gonçalves, R.G. Refosco, Lisia, T. Macedo, M.K. Todas mis esperanzas narcisistas están puestas en ti. Aperturas Psicoanalíticas. 2012;41.
- Peón, M. *Reflexiones sobre la adolescencia y las funciones parentales en la realidad contemporánea*. Aperturas Psicoanalíticas. 2012;33.
- Rother Hornstein, M. C. *Entre desencantos, apremios e ilusões: barajar y dar de nuevo*. In M. C. Rother Hornstein (Org), *Adolescências: trajetórias turbulentas*. Buenos Aires: Paidós. 2006: 117-135
- Tapscott, D. *A hora da geração digital*. Rio de Janeiro: Agir. 2010.
- Hugo Bleichmar. *Estudio Del caso clínico desde uma perspectiva psicanalítica*. Trabajo presentado en el 43º Congreso de la Asociación Internacional Psicoanalítica, New Orleans, Louisiana, U.S.A. 2004.

"APRENDIENDO A QUERER A UN OTRO". EVALUACION Y PROCESO DE UN CASO DE PSIOTERAPIA DINAMICA BREVE ⁸

María Dolores Rianza Pérez
MIR-4 Psiquiatría

Esta es la evaluación y reflexiones acerca de una terapia individual de tipo psicodinámica breve, llevada a cabo en los últimos 3 meses de residencia dentro de la rotación por la Unidad de Psicoterapia en mi último año. Llevada a cabo en un contexto institucional como es la Seguridad Social pero con el privilegio de poder llevar a cabo un seguimiento semanal y poder supervisar cada una de las sesiones de igual manera.

El esquema seguido para dicha reflexión y estructuración de la evaluación del caso es el que Glenn Gabbard describe en su libro "*Psiquiatría Psicodinámica en la práctica clínica*" (Gabbard G. 2002)

EVALUACIÓN

Datos históricos

Enfermedad actual, factores estresantes, datos de las primeras entrevistas

M. es un varón de 25 años de edad que acude por clínica ansiosa inespecífica que pone en relación con dificultades propias frente a las relaciones en general y a las de pareja en particular. Se queja de una sensación de tensión continua, nerviosismo, un nudo el estómago; tiene múltiples pesadillas y gran dificultad para dormir "*es porque me obsesiono con todo y sobre todo cuando tengo a alguien*". Según refiere dicha sintomatología lo mantiene bloqueado siendo incapaz en esos momentos de llevar a cabo actividad alguna, trabajo, estudios, etc.

Dicho malestar ha estado presente desde hace años pero se hizo realmente evidente tras la última ruptura de pareja. A finales de Abril del año pasado, un chico más joven que él; tras idealizar tanto a éste como a la relación en general, de pronto hubo un cambio "*me dejó de querer*", desde entonces se sintió muy angustiado, demandando la atención del mismo y sufriendo por no ser correspondido, a la vez que molesto por verse en dicha situación. Fue también esto lo que desencadenó su primera consulta en SSM aunque, con la misma urgencia, no continuó un seguimiento, volviendo a pedir cita varios meses después y retomando el seguimiento en Enero del 2010, momento en el que se le propone llevar a cabo un tratamiento psicoterapéutico más intensivo, no siendo preciso el farmacológico.

Se presenta entonces con un cuadro similar; tiene una nueva pareja, lo conoció por internet, más joven, lo considera más guapo, más dinámico... de nuevo se siente inseguro y tenso ante la relación por miedo a no ser correspondido y necesitando de un continuo aseguramiento por parte del otro; de nuevo dichas sensaciones se acompañan de gran angustia y bloqueo; no puede estudiar, ni se anima a hacer otro tipo de actividad. Sumado a esto, aparece muy preocupado por una nueva urgencia: "*problemas de impotencia*" ("*nunca antes me pasó*" "*yo soy muy básico en el sexo*"), optó por sincerarse y ayudó a que

⁸ Caso clínico presentado en el Seminario de Psicoterapia en Marzo del 2010.
Residente: María Dolores Rianza Pérez (MIR-4 Psiquiatría en Marzo 2010).
Supervisor clínico y docente: Natalia Sartorius Calamai.

consumaran la relación posteriormente (no volviéndole a pasar). Ahora se siente muy inseguro, nervioso por miedo a que le vuelva a ocurrir ("*que me haya quedado con esta tara*"). Piensa además que hizo mal en confesar lo que le pasaba "*me hace quedar como débil, no me gusta*"

Historia pasada (desarrollo, familiar, marco cultural)

Natural de Madrid tanto él como sus padres El menor de dos hermanos, sus padres se separaron cuando él tenía 12 años y hasta hace unos meses han vivido su madre, su hermano de 26 años y él. En estos momentos su hermano se encuentra independizado, vive sólo y él convive con su madre en el domicilio familiar.

Estudia 5º de Ingeniería Industriales, pendiente de realizar el proyecto.

Historia biográfica:

Embarazo y parto: recientemente comenta haberse enterado de que no fue fruto de un embarazo deseado (estaban en una comida cuando su madre hizo un comentario acerca de lo mal había funcionado el DIU que en su día le había puesto el ayudante de su ginecólogo habitual), asegura no importarle, que le hace gracia y que siempre se ha sentido querido. Comenta que una vez embarazada, su madre siempre quiso fuese una niña.

Durante el parto le comentaron que "*le fracturaron las clavículas*", ahora tiene un callo". Era un niño muy hablador desde pequeño, no tuvo problema alguno ni nada reseñable respecto a los hitos evolutivos.

Sin embargo sí ha tenido de siempre problemas para dormir, lloraba muchísimo e incluso su madre consultó al pediatra por ello, no sabe qué le dijeron, sólo, que le dieron unas gotas con las que mejoró un poco la cosa. "*Yo creo que era de la actividad mental, siempre he tenido muchos sueños, muchas pesadillas, a veces las recuerdo, otras me levanto con la angustia de haberlas tenido*".

Desde niño, aunque tenía su propia habitación que compartía con su hermano, se levantaba a media noche y se iba a la cama de "*su madre*" a diario (siempre del lado de su madre porque pensaba que a su padre no le hacía gracia, ponía malas caras, se iba a la habitación de él..., un día incluso salió gritando ante un movimiento de éste, le tenía bastante respeto); durmió con su madre hasta los 12 años; justo cuando sus padres se separaron, cambiaron de casa y empezó a dormir sólo.

Recuerda haber sido un niño muy travieso, "*marujón*", le encantaba hablar con cualquiera, también con gente mayor; era muy guapo. Por entonces, las amigas de su madre la criticaban que él fuera su ojito derecho; su hermano estaba más pegado a su padre sin embargo.

Acudía junto a su hermano a un colegio concertado mixto, se adaptó muy bien, era muy buen estudiante y, los profesores le adoraban; ya desde la guardería recuerda que estaban con él ayudándole, aunque no lo necesitara; sólo por estar con él.

Recuerda haber estado siempre con su madre y su hermano ya que su padre trabajaba hasta tarde y nunca lo veían, cuando llegaba el fin de semana su madre los llevaba al club de campo y él no les acompañaba. Allí montaban a caballo y aunque disfrutaba refiere que fue frustrante para él, que era el mejor en eso y no pudo continuar, porque no tenían suficiente dinero, "*ahora hago otros deportes pero no destaco en ellos*". También hacía atletismo y jugaba al golf "*mi madre era muy clasista y nunca dejó que hiciésemos deportes más normales, ni siquiera rugby como mi padre*".

Su madre también ha trabajado siempre como funcionaria e incluso una temporada estuvo compaginándolo trabajando en un restaurante con su padre; entonces una vecina se encargaba de cuidarlos mientras ésta no estaba; sin embargo recuerda que su madre hacía siempre por estar con ellos y contaban con ella para todo.

A los 12 años sus padres, tras regentar un negocio a medias, acaban separándose, (actualmente están realizando los trámites legales); de la noche a la mañana, él y su hermano vuelven del colegio y se encuentran que éste se ha ido y se ha llevado todas sus cosas. Refiere que no paró de hablar en todo el fin de semana; se asomó a la habitación de sus padres y no fue capaz de volver a pasar allí (*"algo faltaba"*) y tampoco de dormir. Afirma no haberle repercutido dicha separación, que apenas mantenía contacto con su padre y que supo adaptarse bastante bien a la nueva situación; no así su hermano, refiere que éste le echó más de menos, e incluso pensó en ir a vivir con él (su madre entonces lo llevó al pediatra porque no entendía que pensara así).

La familia de M. cambió entonces de domicilio, abandonaron la casa donde vivían de alquiler y se trasladaron a la casa de la abuela materna; su madre siempre se quejó de que su padre la había dejado con un montón de deudas que habían impedido que pudiese vivir como hubiese querido (esto siempre se lo echó en cara a su padre, actualmente piensa que no era del todo así, su padre además siempre les paso una pensión a él y a su hermano y le ayudo económicamente cuando lo necesitó).

En casa de su abuela el ambiente era más tenso, él dormía con su abuela *"la quería mucho pero se notaba que no estaba a gusto con nosotros"*. Su madre y su abuela se llevaban muy mal y siempre discutían, al final sus tíos buscaron otra casa para la abuela y ellos se quedaron allí; con el paso de los años la recibieron en herencia y actualmente es la casa donde residen.

Durante la adolescencia recuerda que siempre se burlaron de él y le da rabia no haberse defendido mejor de todo eso, *"es como ahora en el trabajo, no sé imponerme"*. Salía con un grupo de clase, los fines de semana, consumía grandes cantidades de alcohol buscando ser mirado por el líder del grupo del cuál estaba enamorado; luego nunca le devolvían las llamadas y sentía una intensa angustia. Cambió de grupo de amigos, comenzó a salir más por la noche y a relacionarse especialmente con grupos de homosexuales.

También comenzó el consumo de tóxicos: cocaína, Ketamina y siempre alcohol, con importante repercusión a nivel emocional y académico, *"acababa siempre deprimiéndome y sintiéndome culpable"*. En casa notaban algo pero no llegaron a discutir seriamente con él al respecto *"mi madre me había visto tan mal... tan triste... que no quería decirme nada"*. Ahora reconoce consumos puntuales y abusos esporádicos de alcohol aunque *"desearía"* no tenerlos.

Respecto a su historia sexual y de pareja, refiere que siempre se sintió atraído por los hombres pero no quería aceptarlo, incluso tuvo una novia a los 16 años y durante casi un año, *"éramos más bien amigos"*; refiere que aún hoy a veces le cuesta.

Siempre andaba rodeado de niñas, y siempre intentando juntarse con los chicos para evitar los comentarios (le llamaban *"maricón"*), al final terminaba quedándose solo. De muy pequeño le gustaba vestir con lazos y tacones, con bolsos, salía así a la calle incluso; su madre lo llevó por este motivo al pediatra *"mira lo que me hace a ver si va a ser maricón"*... *"luego nunca me dijo nada, me ataba los bolsos para no arrastrarlos"*

A su madre tuvo que confesárselo con 17 años, llegó una cuenta de teléfono muy alta y ella preguntó por la persona a la que tanto llamaba, entonces se lo comentó; *"ella lo aceptó muy bien, pero no se lo esperaba... me dijo que ya una profesora del colegio le había soltado alguna indirecta... luego me dijo que había que decírselo a mi hermano... yo no quería pero acabó haciéndolo igual... mejoró mucho la relación con él desde entonces"*. Con

su padre no pudo hablarlo hasta hace un par de años; con bastante humor me describe la escena: *"me daba más reparo... porque era un tío"; "le dije: papá ¿sabes que soy marica? Y entonces me contestó: pero eso es un problema tuyo,... yo no tengo nada que ver"*.

Piensa que en su familia, antes de su confesión, no estaba bien visto la homosexualidad, hacían críticas a aquellos que salían por la TV *"ahora no por supuesto"*, atribuye esto a la carrera deportista de su padre *"en rugby, son todos muy hombres"* y a las ideas más conservadoras de su madre y la familia de esta.

Él afirma que le se encuentra contento con su orientación, que piensa que uno debe aceptarse como es y sin embargo también dice sentir que es una especie de "tara" (para los otros), no sintiéndose cómodo al tener que pronunciarse al respecto, *"la gente tiene muchos prejuicios"*.

Desde la adolescencia ha mantenido varias relaciones con otros chicos, casi siempre de corta duración (*"no porque yo quisiera, sino porque no me duraban"*; *"eran chicos muy guapos que me hacían sentir de menos a su lado"*). Entre ellas destaca 3 en concreto; la primera, estando aún en el instituto, era un chico del grupo de amigos, refiere que nunca fue realmente correspondido, sin embargo en la actualidad es el jefe de la sala de baile donde trabaja y mantiene una relación de amistad con él. El segundo fue un chico alemán que conoció de Erasmus durante los primeros años de Universidad, de nuevo comenzó muy enamorado y pendiente de éste (muy bien parecido, muy inteligente... era músico), acabó viniendo a España, M. se sintió agobiado y terminó la relación. La última relación fue la que lo trajo a la consulta; lo conoció por la noche, amigo de otros amigos, como en otras ocasiones fue idealizado y proporcionalmente creció el temor a ser abandonado, y finalmente así fue.

Esta es una dinámica que se repite, se ve inseguro frente a sus parejas, siente que siempre es él el que desea algo más estable, que está más pendiente del otro, temiendo el que se le abandone *"enseguida me implico... ellos no lo hacen"*; sin embargo, cuando esta situación se ha invertido y es la pareja la que lo busca y atiende se ha dejado de sentir atraído y ha terminado la relación.

Grupo de pares: Respecto a su grupo de amigos, M. mantiene relación con bastante gente; sus mejores amigos pertenecen al círculo de personas que conoció trabajando en una discoteca, amigos con los que salía de marcha y con los que consumía de todo. Su mejor amiga pertenece a este grupo, con ella habla todos los días y queda de vez en cuando; con los otros menos. Lamenta que no pueda hacer más planes con ellos porque siempre acaban consumiendo *"para ellos es su vida... para mí lo fue pero no quiero que lo siga siendo"*, cuando queda con ellos él acaba consumiendo también (*"nada que ver con lo de antes pero acabo bebiendo más de lo debido y probando la Ketamina"*). En este grupo prácticamente todos los varones son homosexuales.

Entre la gente de la universidad también tiene varias amistades; considera que éstos tienen otros valores; el esfuerzo, el trabajo, saben lo que quieren, la rectitud. No juzgan a la gente. Son más sanos, deportistas. Realiza bastantes actividades con ellos.

También conserva a una buena amiga de la infancia con la que, a pesar de haberse distanciado bastante, sabe que puede contar con ella siempre que la necesite.

Sin embargo refiere que realmente *"nunca fue feliz"* que se sintió muy sólo y maltratado por los otros niños desde pequeño; que en los únicos momentos que lo fue, era montando a caballo *"porque ganaba, era un triunfador"*, sin embargo, aunque llegó a ganar el campeonato de Europa, no tenía a nadie con quien compartirlo, se lamenta de no haber tenido amigos, ni profesores que le hubiesen preguntado *"nadie lo sabía"*.

Reconoce haber tenido amigos pero en general se trataba de *"un mejor amigo"* que cambiaba después de un tiempo; aún hoy repite la misma dinámica. *"Los amigos me sirven mientras que me pueda sentir valorado por ellos"*, una vez que la relación se vuelve más íntima o intensa, siente que la amistad se convierte y convertía en rechazo y acababa con dicha relación. *"No es algo normal, me gustaría no ser así"*.

Historia académica: Muy buen estudiante de siempre; acabó el instituto con buenas calificaciones y comenzó entonces estudios universitarios. Empezó Ingeniería Industrial; el primer año no fue fácil, tuvo sus primeros suspensos, aunque sin grandes esfuerzos pudo recuperarlas.

Al año siguiente comenzaron las salidas nocturnas, el consumo de tóxicos. Lo expulsaron de la Universidad y no fue hasta dos años después que consiguió centrarse algo más que consiguió retomar los estudios realmente; acabó Ingeniería técnica industrial y se animó a retomar la superior.

Actualmente, como ya expuse, estudia 5º de Ingeniería Industriales con buenas calificaciones, pendiente en estos momentos de realizar el proyecto. Le gustaría realizar el doctorado con el fin de trabajar en la universidad *"me gusta estudiar y me gusta la enseñanza"* pero no le gustaría continuar siempre en el mismo sitio; tampoco quiere renunciar a esto y trabajar en una empresa privada aunque económicamente supusiese una ventaja; por ello quiere optar a una beca para realizar el doctorado en el extranjero pero teme que lo puedan rechazar *"no quiero que me digan que no, ya me lo han dicho muchas veces"*.

En relación con los estudios se siente bastante bien, obtiene de las mejores calificaciones y sin mucho esfuerzo, le gusta que sus amigos le hagan comentarios al respecto. Sin embargo le duele sentir que no pueda ser tan bueno y sea rechazado si opta por pedir el máster en el extranjero.

Ha trabajado desde los 16 años con el fin de disponer de dinero para sus gastos y posteriormente para financiar sus estudios. Empezó en hostelería (Servicios de catering), fines de semana, con su hermano y amigos. Posteriormente de camarero en una discoteca llegando a ser encargado siendo capaz de sacar adelante situaciones que consideró difíciles inicialmente pero sin embargo lo vivió como un fracaso al no ser capaz de imponerse como jefe, no poder dirigir a aquellos que no deseaban que se les dirigiese (*"claro eran mis amigos y a un amigo cómo lo echas, no supe actuar, ni imponerme"*).

Dejó el trabajo de la discoteca, coincidiendo con los problemas referidos y la decisión de centrarse en los estudios y abandonar las drogas. Actualmente trabaja como camarero en una sala de bailes de salón; donde el encargado es un amigo.

Personalidad: se define como una persona insegura, que da muchas vueltas a las cosas, que se exige mucho y se siente culpable por casi cualquier decisión que tome. Le gusta que los demás le admiren. Le gusta sobresalir en lo que hace y superar retos, que otros no han hecho ó no han podido superar. De ello depende en gran medida su estado de ánimo, que se encuentre por los suelos o todo lo contrario. No le gusta que lo vean como débil, tampoco como bueno porque lo ve como similar.

Historia familiar:

Madre 54 años; funcionaria. La cuarta de 6 hermanos; en la actualidad apenas mantiene relación con ninguno de ellos, de hecho acabó discutiendo con todos a raíz de la separación, cuando vivieron con su abuela con la que la relación nunca fue buena. Sólo uno de los hermanos se ha mantenido más ó menos cercano a ellos.

La recuerda como una "super-mujer"; muy guapa y atractiva, le gustaba su trabajo aunque siempre parecía discutir con el resto de compañeros, por lo que éstos hacían mal; sin embargo era muy cariñosa con ellos. Recientemente cambió su forma de valorarla: *"Siempre hemos sido uña y carne, muy unidos... hasta que me di cuenta de su manejo del dinero; siempre hablaba de las necesidades económicas, de las dificultades en ese sentido; sin embargo derrocha mucho dinero, un coche nuevo, reformas de la casa". "No disfruta, se obsesiona con la gente del trabajo y critica a todo el mundo. Sólo le gusta jugar al golf... siempre le gustó dar una imagen de superioridad frente a los demás"*, aparentando un estatus que no tenían, buena ropa, el coche... siempre hablaba con los demás de los viajes que hacía y de aquello que se gastaba.

Padre 62 años (también se llama Manuel): director de una escuela de rugby. Empresario. Es el menor de dos hermanos pero la relación con su familia es aún más distante, apenas conocen a sus primos; sin embargo, cuando cenan con él siempre le gusta que hable con su tío ó sus primos. Aunque siempre fue muy distante la relación con éste, hace un par de años que tuvieron un acercamiento, cambiando entonces su forma de valorarlo también, a la vez que cambiaba la de su madre de forma paralela: *"es muy divertido, ha sido el mejor jugador de rugby de España, me siento orgulloso de él, hace muchas cosas, disfruta de la vida"*. Ahora se lleva mejor con él que con su madre. *"nos pasa una paga a mi hermano y a mí y no tendría por qué"*. Admira su capacidad de disfrutar *"pórtate mal y disfruta"*, le encanta la buena comida, el buen vino; una persona muy sociable, conocida por todos los sitios donde va. Previamente tuvo varios negocios relacionados con la hostelería, pero ninguno funcionó; actualmente además de dirigir la escuela de rugby es reportero y le van las cosas bastante bien.

Historia de pareja de los padres: M. apenas tiene recuerdos de sus padres juntos. Por lo que le han contado su madre se fijó en él porque tenía muy buen cuerpo, era muy galán y además le dijo que hacía arquitectura *"luego resultó que estudiaba para aparejador y ni siquiera terminó porque le gustaba demasiado la juerga"*. Disfrutaban mucho juntos y les gustaba salir. Cuando nacieron ellos la cosa cambió, su madre siempre le recriminó que no hiciera las funciones de padre, y que no tuviera cabeza para los negocios; finalmente fueron estos los que desencadenaron la ruptura. También eran frecuentes las discusiones acerca de que su padre bebiese, su madre no lo toleraba; según M. porque su abuelo era alcohólico.

Tras su separación ninguno de los dos parece haber rehecho su vida sentimental y ni tan siquiera se les han conocido nuevas parejas.

Hermano 26; trabaja como capataz de obra. Recientemente independizado, vive sólo aunque tiene pareja estable desde hace tiempo, es una buena amiga de M. Siempre nos llevamos mal hasta que le dije que era gay y desde entonces mejoró mucho la relación. Previamente había sido muy conflictiva, siempre andaban peleándose, él se atribuye la mayor parte de la responsabilidad; siente que era muy competitivo y tenía la necesidad de ganarle en todo, además *"siempre le pinchaba con lo que sabía que le haría más daño, sé que si no él me hubiese dejado en paz, él es muy buena persona"*. Sin embargo, el único que llegaba a agredir físicamente siempre fue su hermano. M. siempre le ganó en las competiciones deportivas, sacaba mejores notas y claramente era el preferido de su madre. Aprovechaba esta ventaja para burlarse de él, se ponía muy muy nervioso y él le llamaba "loco", él se enfurecía más, le insultaba llamándole "maricón" y luego le agredía físicamente.

Un día, con 15 años, estando en la misma habitación de nuevo entraron en discusión, su hermano le dio un puñetazo en el abdomen que lo llevó a la UCI por rotura de bazo *"lo pasó muy mal, lloró mucho al verme"*.

Recuerda que la relación mejoró algo en 2ª de la ESO cuando coincidieron en la misma clase, se ayudaban entre ellos "*mi hermano no era tonto, es que no quería estudiar*".

Marco cultural: se trata de una familia de clase media-alta, a nivel cultural y económico. Bien acomodada; la apariencia física, la disposición de recursos y la posición social aparecen como valores principales; también la superación y el esfuerzo, aunque parezcan de forma secundaria; en relación con esto, el deporte, como modo de obtener una buena forma física, un estatus y una posibilidad de "*ganar a otros*", es practicado y valorado por todos los miembros; constituyendo incluso el modo de vida del padre. Supuestamente conservadora y tradicional.

M. comparte dicho ambiente y valores familiares, compaginándolos, quizás en mayor medida en otra época, con el ambiente nocturno, el mundo homosexual, los tóxicos y el desenfreno.

Examen del estado mental:

Orientación y percepción: el paciente se muestra bien orientado tanto a lo como autopsíquicamente. Atento en todo momento y sin evidencia de que existan alteraciones perceptivas tanto a nivel cualitativo como cuantitativo.

Cognición: Aparentemente dispone de un buen nivel intelectual. No se observan alteraciones groseras a nivel formal del pensamiento, sí cierta tendencia a la rumiación al hablar sobre aquello que más le preocupa, sus problemas de relación ó el cuestionamiento de una supuesta valía, se muestra dubitativo, expresándose con cierta vaguedad, en otros momentos, minucioso en los detalles. Durante el discurso abundan los juicios de valor, ser más guapo, más inteligente, más trabajador... que a veces puede sobrevalorar.

Afecto: sobre un estado basal de eutimia, presenta cierta labilidad y oscilación respecto a sus emociones, pasando del llanto contenido y la sensación de minusvalía y soledad, a una posterior sonrisa, haciendo uso del humor (posiblemente defensivos). Reactivo, capaz de disfrutar de sus múltiples hobbies, de mantener la iniciativa. Presenta una ansiedad moderada y a veces subjetivada como intensa pero sin que esta llegue a aparecer en forma de crisis y tampoco a limitar su actividad diaria, quizás sí a precipitar alguna conducta, estando ello más en relación a una dificultad para controlar los impulsos.

Acción: con frecuencia se muestra con cierta inquietud y nerviosismo, induciendo cierta "*premura*" a dar solución a aquello que le preocupa y le pasa; de nuevo redonda cómo manejar sus relaciones de pareja, especialmente para no sentirse en desventaja, para no ser menos; respondiendo con inhibición ó mayor desasosiego cuando no se responde inmediatamente a aquello que desea. Dicho estado contrasta con la serenidad mostrada cuando se abordan otros temas, especialmente aquellos donde él se puede sentir válido ó valioso (los estudios, los compañeros de universidad, su padre...).

El diagnóstico psicodinámico:

Diagnostico descriptivo según DSM (First M, Frances A, Alan H. 2005)

Eje I: clínica ansiosa inespecífica no llegando a constituir un trastorno. Abuso de alcohol y otros tóxicos (cocaína y Ketamina), en remisión parcial en la actualidad.

Eje II: predominan los rasgos del grupo B, especialmente en la línea histérica (no histriónica) y en menor medida, también narcisistas (sobre todo del tipo hipervigilante). En menor medida, aparece cierto componente obsesivo.

Eje III: fractura clavícula derecha ocurrida durante el parto quedando como secuela una mayor tendencia a la formación de contracturas en esta zona. Esplenectomía.

Eje IV: A pesar de la separación de sus padres y la evidente conflictividad entre ambos, actualmente la relación con la familia de origen es bastante buena, no manteniendo apenas contacto con la familia extensa. Dispone de una buena red social tanto en el ambiente universitario, como un grupo de amigos desde la adolescencia. No presenta problemas económicos y a pesar de ello aunque actualmente continúa estudiando compagina esta actividad con trabajos de fin de semana.

Eje V: 75 Si existen síntomas, suelen ser transitorios y constituyen reacciones más o menos esperables ante agentes estresantes psicosociales; existiendo sólo una ligera alteración de la actividad social, laboral ó escolar.

Interacciones entre los Ejes I-V

Aunque la sintomatología ansiosa no parece ser de mayor gravedad, los rasgos más narcisistas de su personalidad los hacen poco tolerables y se muestran con ciertas complicaciones y fracasos en sus relaciones de pareja e incluso entre pares a veces en un formato más dramático y exagerado. Quizá no llegando a abarcar en todas las áreas, como la laboral ó académica gracias a la presencia de otros rasgos fuera del cluster B como son las tendencias más obsesivas y perfeccionistas.

El uso de tóxicos también aparece en relación a una fuerte necesidad de ser aceptado y valorado por los demás, así como de "evitar-negar" las heridas que en el campo narcisista aparecen.

Respecto al eje III, aunque aparentemente no constituye tampoco un problema mayor, sí que parece repercutir en cuanto ha limitado su actividad física y deportiva lo cual le impide mejorar su rendimiento en éstos; previamente acudía al gimnasio con asiduidad habiendo conseguido un desarrollo muscular importante, se vio obligado a abandonarlo y el volumen previamente obtenido también se perdió, de constitución delgada aunque no exagerada, él se siente demasiado "flaco" y poco atractivo en contraposición al aspecto físico que previamente había conseguido.

La disposición de una buena red socio-familiar y económica parecen haber influido en la buena adaptación de M. a pesar de sus dificultades, se ha sentido reconocido y apoyado. Por otra parte la no presencia de mayores dificultades a nivel socio-laboral y académico puede ser valorado como consecuencia de un buen nivel de funcionamiento y capacidad de adaptación de M. por lo que mantiene una "actividad global de funcionamiento" bastante alta.

Características del yo:

Aunque, por lo referido en su historia, no siempre había sido así ó al menos en todo momento, coincidiendo a su vez con una época de mayor inestabilidad y dificultad como pueda ser la adolescencia; sí que en la actualidad y desde hace unos años, M. parece adaptado a su entorno, con un buen funcionamiento social, laboral y académico, centrándose las mayores dificultades a nivel sentimental y de pareja, en las que exista una relación de dependencia del otro. Evidencias de un yo suficientemente fuerte y flexible, capaz de mantener relaciones estables, comprometidas y duraderas con sus iguales, de obtener un buen rendimiento a nivel académico y desempeñar una actividad laboral satisfactoria.

Igualmente no parece que la prueba de realidad esté distorsionada, identificando lo que pertenece a su mundo interno de lo que no, salvo en momentos puntuales, en relación con dificultades de pareja cargadas de importante carga emocional.

Respecto al control de impulsos, como ya anticipase, no siempre aparece "*bajo control*"; la capacidad de demora y la tolerancia a la frustración en temas de pareja, de ser querido y valorado, le cargan de ansiedad (conflicto entre necesidad de apego, de ser querido, sin dejar de responder a las necesidades narcisistas de ser fuerte, independiente y no sensible), dificultando dicho control, acaba realizando llamadas que no quería, expresando miedos a quién piensa que no debería y como alternativa, abusando de alcohol; todo ello acaba produciéndole culpa y malestar, no habiendo sido capaz de anticiparse a las consecuencias. Sin embargo en otros ámbitos se muestra contenido y comedido, como es en la universidad ó el trabajo; entonces aparece una capacidad de tolerar la frustración a veces sorprendente (recién ha suspendido un examen que le lleva a demorar la posibilidad de un doctorado deseado, sin embargo es capaz de tolerar dicho revés apoyándose en otros aspectos positivos de su carrera pasados y esperables en el futuro).

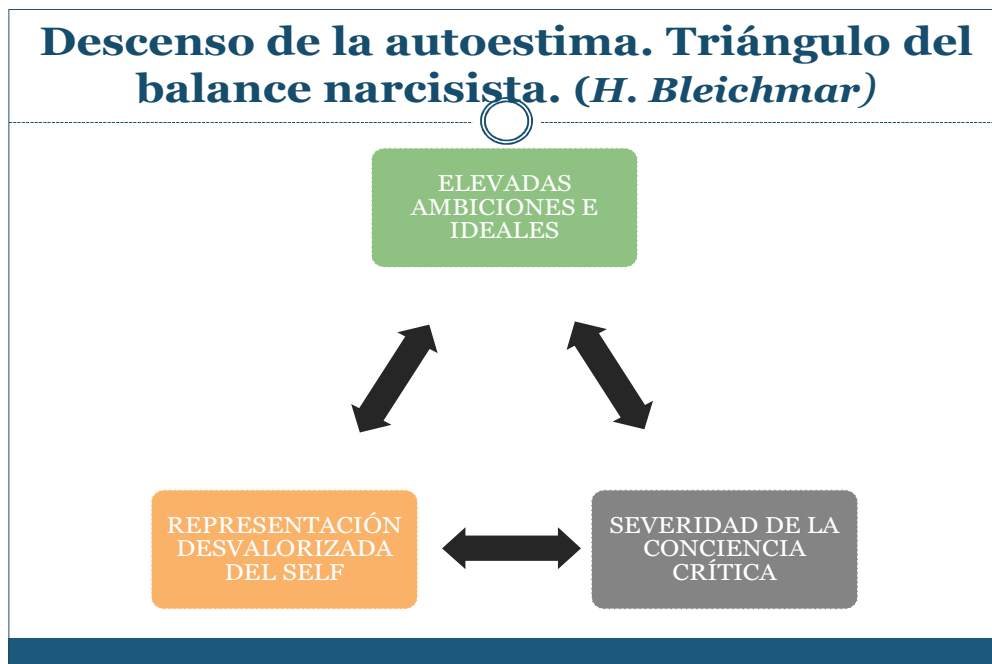
Desde un inicio ha mostrado cierta conciencia psicológica; "*esto que me pasa sé que se debe a cosas más, me gustaría poder cambiar*", se muestra motivado para un cambio, para trabajar para ello, sin responsabilizar en ningún momento al entorno ó pretender que parta de éste la solución a su sufrimiento. Una vez realizado algún señalamiento, M. es capaz de integrar dichas observaciones y conectarlas con otros contextos y épocas de su vida, manejando un buen nivel de abstracción.

Respecto a sus mecanismos defensivos, abundan los de tipo neurótico pero también los más maduros. Según se muestra en consulta y según puedo inferir de su relato y su forma de actuar, predomina la evitación y la racionalización, en ocasiones, la somatización. A veces, en entornos más académicos, la formación reactiva y el aislamiento. Si bien parece que algunos conflictos puedan aparecer reprimidos, la supresión voluntaria parece predominar, aunque no siempre sea efectiva. Finalmente el uso del humor es muy recurrente y parece resultar eficaz frente a hechos que podría vivir como más dramáticos, a veces de forma llamativa (ej. respecto a la información relacionada con no ser deseado, las múltiples ocasiones en que es insultado por su condición sexual, etc.)

Sin embargo también aparecen y no de forma puntual, defensas más primitivas como es la escisión, con la que tiende a valorar situaciones, personas ó a él mismo incluso (todo lo bueno, ideal y perfecto en contraposición con lo malo, débil y "*tarado*").

Respecto a las relaciones del yo y superyó parecen de gran importancia especialmente de cara a un balance narcisista que con frecuencia fracasa. Los ideales del yo aparecen excesivamente elevados; bien derivados de un discurso grandioso familiar en el que uno debe ser el mejor en todos los deportes, en la escuela, en el trabajo, y por supuesto físicamente; bien como una forma de compensar los sentimientos de inferioridad que desde pequeño, por su condición sexual vivida como una "*tara*", ha ido arrastrando. Frente a estos ideales tan ambiciosos, aparece una conciencia de sí mismo (del "*self*") más o menos a la altura (sabe que físicamente es bien parecido, que es inteligente...) pero incapaz de estar a la altura de dichos ideales, al menos en todos los contextos. Frente a esta discrepancia presenta un superyó a veces exigente y agresivo con él mismo (si no eres el más listo, ya no eres nadie; si no te desean todos, no te desea nadie), no tolerando apartarse de dichos ideales y produciendo sentimientos de gran malestar y baja autoestima. Sin embargo a veces ese superyó también es flexible y es capaz de tolerar no ser "*tan bueno*" como quisiera.

Bleichmar H. (1997)



Calidad de las relaciones de objeto:

Desde niño refiere haberse sentido querido, y no sólo eso sino apreciado, un niño guapo, vivo, gracioso y sociable. Estas cualidades y por lo que era capaz de conseguir (los premios de hípica, las notas...) hacían de él un objeto valioso para su madre, haciéndolo preferido frente a su hermano mayor e incluso frente a su padre. Dicha situación conllevaba ciertas ambivalencias, por una parte una posición de poder, de sentirse apreciado y valorado (por cuanto a lo que podía ser y conseguir), por otra con cierta culpa y miedo a las represalias de ese padre (padre-ogro en alguna ocasión) y de un hermano que, con todo lo bueno y víctima, era el que acababa agrediendo e incluso llevándolo hasta la UCI.

Frente al resto de sus relaciones, de amistad como de pareja, aparece igualmente la necesidad de ser el "centro" para el otro; ese objeto valioso y querido por encima de los demás, con la contrapartida de si no se permanece en esa posición, no se es nada y uno es abandonado, no querido.

En los estudios, como jefe... aparece repetido también ese temor de si además se destaca alguien puede sentirse amenazado y entonces también dejar de ser querido (como cuando fue jefe de sus amigos, como en los trabajos de grupo en la universidad...).

Respecto a los patrones transferenciales aparecidos en la terapia se presenta como el paciente más motivado, más concienciado de sus dificultades; apareciendo también esa necesidad de "mostrar" lo que vale, lo que ha conseguido, en el deporte, en los estudios, frente a las drogas. Cómo es capaz de entender también lo que se le señala. Aparece también el temor a ser abandonado por no ser tan buen paciente ("*tengo una excursión de fin de curso, pero si no puedo ir... lo primero es lo primero...*")

A nivel contratransferencial quizá yo también tenga ciertas ambivalencias, por una parte contacto con su sufrimiento y con su urgencia, deseando de alguna manera poder ayudarlo pero también "estar a la altura"; por otra parte, en lo que se refiere al uso explícito del otro como objeto, fuente de narcisización, me hace sentir incómoda y quizá

posicionarme desde un punto de vista más moralista; consciente de ello intento no comunicarlo (a nivel verbal ó no verbal), sin embargo él se anticipa ó nota mi reacción y anula ciertos comentarios "*tampoco es así... parezco alguien horrible*". En ocasiones, especialmente cuando hace uso del humor o comenta algún hecho pasado en el cual se sitúa como víctima, creo que puede ser una forma de "*seducción*" en la que puedo entrar en ocasiones; sintiendo que es mejor "*aliviar y no hacer daño*" aunque eso implica no mover nada, no trabajar y por tanto sería no ayudar.

Respecto a las inferencias acerca de los objetos internos; y pensando en su capacidad de adaptación, aunque el uso de defensas y fortalezas yoicas, podría corresponder con una persona madura; no parece así cuando se analizan la madurez de las relaciones de objeto; estas suelen estar parcializadas con tendencia a idealizar ó bien desvalorizar a los otros, a veces según el momento, incluyendo también la visión de sí mismo. Los otros son vistos como objetos que pueden gratificarlo ó bien contribuir a su desvalorización, más que personas individualizadas. En este sentido, se hace necesaria su constancia, al menos durante un tiempo, al menos cuando su autoestima pueda verse en peligro; necesita de otro, de forma constante y permanente para no caer en la desesperación y la autodescalificación; y no le sirve cualquier otro, sino aquél que él pueda considerar valioso, de lo contrario es como no tener nada tampoco. Una vez restablecida su autoestima y encontrándose satisfecho consigo mismo, ya no necesita de ese objeto que puede pasar a ser desvalorizado; sin embargo esta visión "*todopoderosa*" también es finita y no muy tarde vuelve a quebrarse necesitando de nuevo de algún otro que idealizar para que satisfaga sus necesidades.

Características del self:

Impresiona de un self vulnerable en áreas concretas (relaciones con iguales, de pareja...) en las que tiende a fragmentarse, a no saber quién es, qué quiere, dependiendo continuamente de ser definido por los otros; que, como su madre hiciera en un principio, continúen comentando y alabando sus logros, sus capacidades. De tal forma que dependerá en gran medida qué sienta y qué piense de las circunstancias externas. En ese sentido, los límites del yo aparecen un poco difusos, en cuanto a lo que él desea ó responde a los deseos de otro.

Si bien pudo constituir un "*objeto de narcisización*" para su madre cuando era niño, no parece haber podido interiorizar "*esa identidad valiosa*" como algo suyo propio, fuera de la imagen que los otros le devuelvan. Todo ello repercute en su autoestima, en general frágil y dependiente de una visión externa; sin embargo, como ya expusiera anteriormente, no es así en todos los campos, hay determinados aspectos en los que se siente seguro pudiendo realizar autocrítica (los estudios, el trabajo, algunos deportes...).

El cuerpo pasa a ser también un pilar de su autoestima, en el deposita en gran medida la responsabilidad de sentirse mejor ó no, pero también de ser querido por el otro; y de nuevo se muestra ambivalente en relación a la valoración del mismo; es bueno, pero no lo suficiente... no tiene nada que envidiar... no tiene nada que ver con el de otros, no tiene ningún atractivo...

Consideraciones posmodernas

En cuanto a la intersubjetividad considero importante el hecho de ser una mujer y no un hombre, alguien que necesita seducir pero, como él mismo dice, no se ve amenazado.

También alguien joven de quien espera menos prejuicios, vista más cercana a "*una de sus amigas*" que quizá a su madre, con la cuál y más en la última época se muestra más crítico y más ambivalente, "*se le cayó el mito*" y ya no es una "*super-mujer*" de la que

depende y que necesita de su valoración, sino alguien contra la que rebelarse para poder diferenciarse de ella.

No sé si será un problema o todo lo contrario, ser alguien más cercano, pero a la vez, quizá, más difícil de idealizar; en este sentido, imagino que cuanto más me idealizase más fácilmente sería desvalorizada después. Intento por ello aunque guardando cierta distancia, mostrarme "normal", interesada tanto en los logros como en las dificultades, valorando pequeñas cambios y muestras de relaciones más maduras fuera de la idealización y desvalorización a la que acostumbra. Con cierta espontaneidad y reconociendo limitaciones y dudas sin que ello suponga un problema.

Formulación explicativa.

Se trata de un varón de 25 años cuyo motivo de consulta es una clínica ansiosa inespecífica en relación con problemas de pareja, concretamente relacionada con el temor a ser abandonado y las implicaciones de éste abandono en su autoestima.

Tras dicha queja podríamos hipotetizar sobre la existencia de diferentes conflictos: entre sus necesidades de apego y narcisistas; desde la infancia, pareciera que "ser querido" por mamá se confunde con "tener que ser" alguien ideal (física, intelectualmente); la contrapartida es que si uno deja de ser "ideal", puede dejar de ser "alguien" para el otro y así, justificar el ser abandonado. Cuando además la imagen ideal incluye ser fuerte, e independiente de los otros; la necesidad/dependencia del otro se traduce en una "debilidad" y por tanto en una herida narcisista.

La visión parcial y escindida en bueno y malo engloba en él todas las relaciones y los contextos, son las caras de una misma moneda, siendo incapaz de "matizar" o integrar ambos aspectos.

Para afrontar dichos conflictos, el paciente también cuenta con diferentes recursos y capacidades; la posibilidad de adaptación, un buen funcionamiento intelectual, laboral y, a pesar de ciertas dificultades, también social; una buena conciencia psicológica y motivación para trabajar en el cambio; un superyó que aunque exigente, puede ser flexible y bondadoso si es necesario.

Además, será importante tener en cuenta, el ciclo vital y situación actual en la que M se encuentra actualmente; comienza la necesidad de independizarse respecto a su madre (física y emocionalmente), a la vez que se permite un acercamiento "hacia los otros", su padre, sus amigos; siendo capaz de experimentar nuevas relaciones fuera de la dinámica previa; más igualitarias. En este sentido la ansiedad, y el miedo a ser "abandonado" por ellos desaparece; la hipervigilancia del narcisista, la necesidad de seducción continua, también.

Planteando dicha hipótesis, el trabajo terapéutico se centraría en dicho conflicto, favoreciendo una visión más integral y no tan parcializada, una mayor continuidad y detección de matices que aproximen a una imagen más real de las relaciones y las situaciones en general. Señalando la incompatibilidad y fatuidad de un ideal sustentado en la desvalorización de los otros, aquellos que inmediatamente después se necesita. Aprovechando para ello se podrá hacer uso tanto "su crisis" y por tanto esa necesidad "urgente" que le motiva para el cambio, como sus recursos y capacidades que han dado lugar a esta nueva forma de relacionarse que hasta ahora no conocía (y que tampoco había considerado).

Habría otras temáticas a considerar, como pueda ser el conflicto respecto a su identidad sexual, la crisis evolutiva, un posible Edipo no resuelto, habiendo permanecido ligado a su madre, el manejo de la agresividad, etc. Pero necesitando de un foco en que

centrar una terapia de tiempo limitado, se dejarán de lado dichos aspectos por no poderlos abarcar, aunque no por ello tengan que ser negados.

De esta manera tras ser valorada la indicación, teniendo en cuenta el contexto, como es la sanidad pública, y la necesidad de acortar los tiempos de terapia y trabajar con un foco y no tanto un trabajo más exploratorio; empezamos a trabajar con un modelo de Psicoterapia dinámica b

¿POR QUÉ UNA PSICOTERAPIA DINÁMICA BREVE?

Según los criterios de selección:

1. PSICOPATOLOGÍA LEVE
2. PERSONALIDAD PREVIA SANA
 - Elevada fuerza yoica
 - Tolerancia a la frustración
 - Enfrentamiento realidad
 - Involucramiento precoz terapeuta
 - Buena respuesta—introspección
 - Alta motivación— progresiva
3. HISTORIA DE RELACIONES PREVIAS SATISFACTORIAS
4. INICIACIÓN AGUDA Y RECIENTE DE LOS SÍNTOMAS
 - Crisis como defensa que genera mayor sensibilidad a la intervención

EL PRONÓSTICO SERÁ MÁS FAVORABLE SI EXISTE: una alta motivación paciente, un terapeuta con entusiasmo, una transferencia precoz y un buen apoyo externo.

Según sus contraindicaciones:

1. debilidad yoica acusada
2. relaciones objetales muy ambivalentes
3. extrema dependencia
4. marcada tendencia acting-out
5. intolerancia frustración
6. escasa motivación
7. imposibilidad focalizar

Tras la evaluación del caso, consideramos que la terapia breve no sólo no estaría contraindicada sino que además cumpliría criterios como para elegirla y además con un pronóstico más favorable; dada la "situación" actual del paciente; entendida en los términos que Fiorini describiese al hablar del trabajo con el "FOCO".

Seguirá unos principios básicos y ciertas limitaciones: entre 10-20 sesiones; con una finalización prevista de antemano; trabajando con el foco planteado, lo cuál conlleva una atención y negligencias selectivas; manteniendo la realidad; cara a cara, con un nivel de regresión controlada.

Dichos principios constituyen a su vez casi una necesidad en el trabajo en los Servicios públicos de salud; una terapia de menor duración, que en la medida de lo posible se prevea la fecha de alta y que trabaje menos en la interpretación y la exploración y más en un **foco** que sintetice la problemática prioritaria según una jerarquía acordada entre paciente y terapeuta.

FASES DE LA PSICOTERAPIA DINÁMICA BREVE:

▶ **1) Establecimiento de la alianza terapéutica y de los objetivos de la psicoterapia:**

- Fase más **difícil**: por la psicopatología, por la negación y por la resistencia
- Establecer una **alianza** (primer contacto)
- Negociación de los objetivos (expectativas realistas)
- Limitación temporal y del encuadre (minimizar regresión y favorecer focalización activa)

▶ **2) Focalización**

Fase más cómoda: paciente adaptado al tratamiento, se siente cobijado y comprendido (riesgo de dependencia)

- Fundamental mantener claros y explícitos los objetivos de cara al tratamiento
- Se tratan los conflictos relacionados con la conducta desadaptada con el claro objetivo de desarrollar mecanismos defensivos más adaptativos, que permita continuar el tratamiento ambulatorio convencional
- Se anima al paciente a asumir un mayor control sobre sus sentimientos y acciones.

Estructura del foco. Fiorini HJ. (1993)



▶ **3) Separación y alta:**

- Comienza a trabajarse desde que se fija la fecha de alta.
- Los días antes se puede producir un empeoramiento de los síntomas como expresión de miedo, rabia,...
- Fundamental maniobras pre-alta: continuidad de cuidados.

EL TRANCURSO DE LA TERAPIA

Me gustaría exponer brevemente unos retazos de las entrevistas iniciales, de cómo se presenta M. en consulta; desarrollar algo más cómo se co-construyó el foco, y acabar de nuevo describiendo algunos progresos y fragmento de las últimas sesiones.

I. PRIMERAS ENTREVISTAS

"Me agobio mucho si veo que no soy correspondido, temo que me dejen... Cualquiera desplante pienso que realmente es una falta de interés, pienso que me hacen de menos.

Tengo miedo de que sólo me quieran por el sexo.

Me siento débil.

También desde niño tenía problemas de relación con los amigos; yo quiero alguien que me valore, un mejor amigo, que siempre esté pendiente. Sin embargo, en las ocasiones que he llegado a tener una relación de este tipo, que incluso me demandaban más atención; he acabado cansándome y distanciándome de ellos.

Eso también me ha pasado con algunas relaciones de pareja."

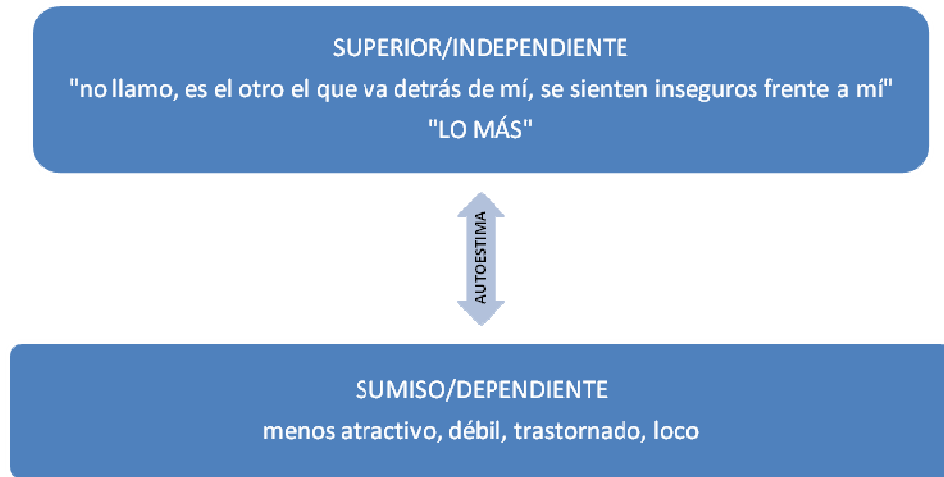
Durante las primeras entrevistas se muestra muy inquieto, lábil y expectante, presentando con gran angustia, dudas acerca de cualquier acción que tenga que llevar a cabo; demandando e incluso exigiendo que se le aporte una solución rápida y concreta a dichos problemas. Al señalárselo se justifica "es la ansiedad".

Con gran angustia se queja "creo que nunca voy a poder tener una relación, soy incapaz, me rayo, lo echo todo a perder".

En estas primeras sesiones, en general me limito a llevar a cabo clarificaciones, algunas resignificaciones y señalamientos, usando las interpretaciones sólo de forma puntual. Un momento que considero significativo en la terapia es precisamente cuando me decido a compartir con él las hipótesis y, de alguna manera, el foco, al que habíamos llegado entre mi supervisora y yo tras las entrevistas iniciales de evaluación. Es entonces cuando también temo por haber ido "demasiado deprisa" en la terapia, y que sin embargo acaba siendo de lo más agradecido y recordado por el paciente, ya en las últimas sesiones.

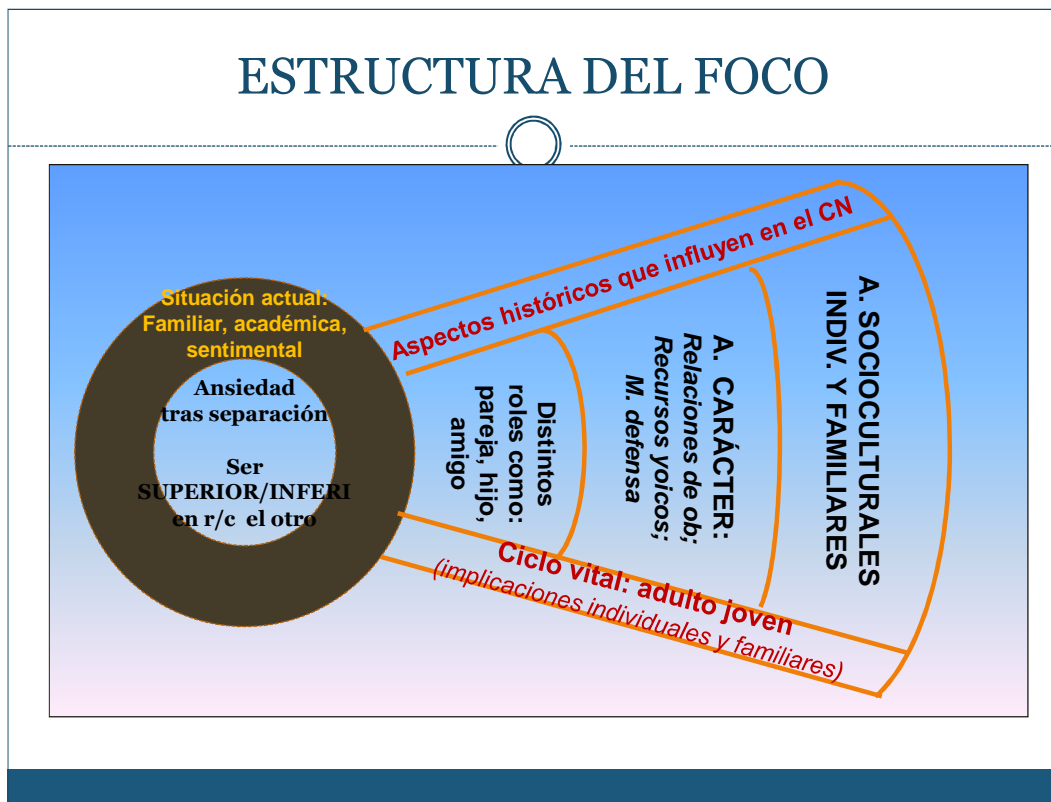
TRABAJANDO EL FOCO

Nos ayudamos de un esquema acerca de cuál es su rol en las relaciones con los demás, de cómo se valora a sí mismo y a los otros en relación a esto. Esquema que yo inicialmente propongo y que él va modificando, aceptando ó negando, haciendo uso de su propio discurso.



Trabajamos sobre la relación entre ambos roles, roles que necesariamente bien ocupa él ó el otro; aunque en general él se sitúa en el de "dependiente" y permanentemente desea el contrario por cuanto a las ganancias en la autoestima que ello conlleva; se queja que la mayor parte del tiempo se halla en el primer rol; pudiendo permanecer en el "superior" sólo durante un breve tiempo. Igualmente qué situación ocupe va a estar en relación al momento vital, el contexto y con quién se relacione.

Esquema del foco en este caso



Planteo como **objetivos terapéuticos**:

- Explorar las distintas situaciones y contextos en que esta situación se repite ó se ha podido repetir (M. cae en la cuenta de que esta dinámica se repite también con amigos suyos e incluso con su familia). Explorando también las posibles "excepciones" (M. cae en la cuenta al acabar de dibujar este esquema "ah, con los compañeros de la universidad me siento como un igual", "con ellos no temo ser juzgado").
- Trabajamos por conseguir una visión más integral del otro y de sí mismo. Disminuyendo la tendencia a la parcialización; ni un hecho concreto ni una cualidad determinada puede definir a una persona, ni una relación.

En una de las sesiones, ya pasado el ecuador de la terapia, según lo previamente acordado. M. se cuestiona con un gran sentimiento de angustia, el que realmente sea una persona "superficial" (como definitorio de toda su persona) y que es posible que no haya remedio para él.

P: Temía el hacer una terapia y que me diese cuenta de esto, que no tengo solución, sólo me fijo en el aspecto físico, ¿Por qué siempre me atraen los chicos guapos que acaban "pasando" de mí? No me fijo en cosas realmente importantes... no tengo valores.

T: Bueno, según recuerdo siempre me has comentado lo importantes que eran tus amigos de la facultad, precisamente por tener otros "valores"; y pensando en una pareja ideal en tú futuro, no era precisamente el físico algo que incluyeses para describirla.

P: Sí eso es cierto, pero no entiendo por qué tengo que darle tanta importancia al físico.

T: No sé, pensando en tu historia según me contaste... parece que el físico tuvo una gran importancia; que fuese en parte gracias a éste el que pasases de ser un adolescente que se sentía aislado y burlado por los demás a ser alguien "deseado" en los locales de ambiente, con lo que ello supondría para tu autoestima. No obstante, parece que en estos momentos dispones de otros atributos que también contribuyen a que te sientas más valorado, quizá en otros contextos, en la Universidad, con tus amigos...

- Se aborda la tendencia a escindir; empezando por la de los roles representados en dicho esquema; "al fin y al cabo, caras de una misma moneda; no va uno sin el otro". Se trabaja en que vayan apareciendo "matices", no todo bueno/ideal ó malo/sin valor.

En otro momento, M. se queja acerca de su relación en la que considera que el ocupa una posición de gran dependencia en la que él aporta e invierte muchas más energías que la otra persona confirmándose por tanto los roles y posiciones comentadas.

P: es a mí siempre al que le toca esperar la llamada, su contestación. "Estoy como loco", todo el tiempo pendiente del móvil, del chat, me lleno de angustia y no puedo evitar acabar llamándolo yo. Me siento inferior, me encantaría poder ser tan independiente como él.

T: De nuevo pareciera que no hay otra opción posible, si él no llama, te colocas en la posición de débil, loco, y totalmente dependiente. Tu me comentabas que desearías una relación en la que poder "contar con" el otro; ¿Crees posible una relación en la que ambas partes sean tan independientes como dices que deseas?

P: bueno, imagino que lo mejor es no llegar a ser "demasiado dependiente" del otro.

ALGUNAS NOTAS SOBRE LA EVOLUCIÓN:

Como ya expusiese, aquí describo algunos avances de la terapia, así como unos fragmentos de una de las últimas entrevistas. Algo que se hace evidente, es la necesidad cada vez menor de que yo intervenga; M. trae ejemplos y anécdotas ocurridas a lo largo de la semana y va reflexionando y analizando según el foco-esquema que en otros momentos hemos tratado:

M. me habla sobre proyectos de futuro y de pareja: "desearía una relación como iguales, con independencia, compartiendo aficiones, pudiendo contar uno con el otro".

Empieza a probarse a sí mismo actuando de forma diferente, más asertivo, más tranquilo y menos impulsivo, más seguro en general. Primero con sus amigos de la Universidad, después con el resto (con los cuáles siempre había tenido una relación asimétrica) y finalmente, lo hace con su pareja actual.

En relación con su pareja, me comenta:

"Puede decirle lo que pensaba sobre la relación, lo que quiero... supe que hacía lo correcto".

"Por un momento me puse nervioso, me volví a rayar, temí que de nuevo volviese a caer y que sólo si lo llamaba me calmaría; pero no, no lo hice; de pronto me tranquilicé, ahora sé que hay cosas que no tienen que ver conmigo".

"Quiero probar a seguir actuando de esta manera, más relajada, pensando más las cosas. No sólo cuestionar la relación cuando me sienta mal, también cuando me sienta LO MÁS".

"Me siento muy bien" Relajado. Antes el sentirme bien era cuando estaba eufórico; ahora estoy bien pero tranquilo; tengo la sensación de que es algo menos fatuo, que puede ser más duradero y menos superficial.

LA DESPEDIDA

Es éste uno de los trabajos que ya empezamos a elaborar casi desde el primer día y de forma especial en las últimas sesiones. No en vano, fue desde el primer día que acordamos una fecha para la finalización dentro del encuadre.

En relación a esta fase, tan inevitable, temible pero igualmente deseada, considero la necesidad, a veces más difícil, de aceptar las limitaciones, en todos los sentidos, de cara a los objetivos propuestos; pero también sin perder de vista la oportunidad de que lo trabajado en este tiempo pueda ser elaborado también fuera de terapia, tanto del contexto físico como temporal. Existiendo, por otra parte, la oportunidad de retomar en cualquier otro momento una nueva terapia.

Con esta idea, así se lo devuelvo a mi paciente en esas últimas sesiones; acerca de todo lo trabajado, del proceso terapéutico que en él se ha podido apreciar y, a pesar de cuestionar, la necesidad, al menos por el momento, en esta terapia que iniciamos (y no sólo por seguir con el límite temporal acordado, también por los objetivos, en principio si no conseguidos encaminados); también hablamos sobre esa posibilidad de seguir trabajando y elaborando día a día como hasta la fecha lo ha hecho, y si así lo precisase, la oportunidad de retomar una nueva terapia, obviamente, encontrándose en otro punto.

Me parece también interesante, para reflexionar, no sólo cómo influye en el paciente esta fase de la terapia; también cómo lo hace en el terapeuta, el cual tendrá que hacer su propio duelo, especialmente, creo, si ha existido un sentimiento de ambivalencia (¿en

relación al paciente, en relación al trabajo realizado?); ó no se ha trabajado suficiente la despedida, llegando esta casi por sorpresa. Creo que el poder trabajar bien la despedida no sólo ayuda al paciente, también a nosotros.

BIBLIOGRAFÍA:

- Bleichmar H.(1997). Avances en psicoterapia psicoanalítica. Barcelona: Paidós,1997
- Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. (2001). La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas. Bilbao: Desclée de brouwer
- Fiorini HJ. (1993). Estructuras y abordajes en psicoterapias psicoanalíticas. Buenos Aires: Nueva Visión
- First M, Frances A, Alan H. (2005). DSM- IV – TR. Guía de uso. Barcelona: Masson SA
- Gabbard G. (2002). Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica. Buenos aires: Panamericana