

Intervención en crisis

Alberto Fernández Liria
Beatriz Rodríguez Vega

psicología clínica

guías técnicas




EDITORIAL
SÍNTESIS

INTERVENCIÓN EN CRISIS

PROYECTO EDITORIAL
PSICOLOGÍA CLÍNICA

Serie

GUÍAS TÉCNICAS

Directores:

Manuel Muñoz López Carmelo Vázquez Valverde

INTERVENCIÓN EN CRISIS

ALBERTO FERNÁNDEZ LIRIA BEATRIZ RODRÍGUEZVEGA



Consulte nuestra página web: www.sintesis.com
En ella encontrará el catálogo completo y comentado

Diseño de cubierta: JV Diseño gráfico

© Alberto Fernández Liria
Beatriz Rodríguez Vega

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid
Teléfono: 91 593 20 98
<http://www.sintesis.com>

ISBN: 978-84-975692-1-7

Impreso en España. Printed in Spain

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

Índice

Capítulo 1. Aspectos generales

1.1. Presentación: orígenes y planteamiento básico

1.2. Concepto de intervención en crisis: una perspectiva constructivista

1.2.1. La intervención en crisis como almacén conceptual

1.2.2. La construcción de la narrativa de la crisis

1.3. Aplicaciones

Cuadro resumen

Exposición de un caso clínico

Capítulo 2. La práctica de la intervención en crisis

2.1. Objetivos

2.2. Procedimiento básico

2.2.1. Fase de indicación

2.2.2. Fases iniciales

2.2.3. Fases intermedias

2.2.4. Fase de terminación

2.3. Situaciones de crisis más frecuentes

2.3.1. Trabajar con narrativas de tristeza

2.3.2. Trabajar con narrativas de autodestrucción

2.3.3. Trabajar con narrativas de rabia

2.3.4. Trabajar con narrativas de vergüenza

2.3.5. Trabajar con narrativas de miedo

[2.3.6. Trabajar con narrativas desde la posición de víctima](#)

[2.4. Dificultades y errores frecuentes](#)

[2.4. 1. Dificultades derivadas de la naturaleza de la intervención](#)

[2.4.2. Dificultades propias de cada fase del proceso psicoterapéutico](#)

[2.4.3. Errores comunes](#)

[Cuadro resumen](#)

[Exposición de un caso clínico](#)

[Lecturas recomendadas y bibliografía](#)

1

Aspectos generales

1.1. Presentación: orígenes y planteamiento básico

Probablemente ha habido pocos conceptos peor interpretados en la historia de la psiquiatría y la psicología clínica que el de intervención en crisis. Los términos intervención en crisis o unidad de crisis se utilizan frecuentemente para referirse a actuaciones en condiciones de urgencia. Frecuentemente se confunden los conceptos de urgencia psiquiátrica y crisis. De hecho, uno de los cinco programas esenciales que obligatoriamente debían cubrir los centros de salud mental comunitaria americanos para recibir fondos federales se llamaba "urgencia-intervención en crisis".

La polisemia del término crisis, que se utiliza en medicina (crisis convulsivas...) e incluso en psiquiatría (crisis de pánico) para designar situaciones que tienen como característica la irrupción inopinada, ha contribuido a mantener esta confusión.

En este texto utilizaremos el término intervención en crisis en un sentido restringido para referirnos no sólo a un procedimiento de intervención, sino a un modo de concebir la salud y los trastornos mentales y, consiguientemente, la posibilidad de intervenir sobre ellos desde la óptica de la salud pública.

Tal concepción de la salud y de la enfermedad mental estuvo en el origen del movimiento de salud mental comunitaria que comenzó a extenderse por los Estados Unidos de América en los años sesenta. Éste era un movimiento heredero del de higiene mental, iniciado a principios de siglo por el ex-paciente Clifford Beers - que relató su experiencia como tal en su libro *A mind that found itself* (Beers, 1905) - y el psiquiatra Adolf Meyer. En 1955 fue creada por ley la Joint Commission on Mental Health and Illness, liderada por el que fuera primer director del Instituto Nacional de la Salud Mental, Robert Felix. En 1961 el trabajo de esta comisión dio lugar al documento titulado *Action for Mental Health*. El 5 de febrero de 1963, el presidente John Kennedy apoyó - con su célebre Mensaje sobre la Enfermedad y el Retardo Mentales - el *Community Mental Health Center Act*, conocida como Acta Kennedy y aprobada a continuación por la Cámara de Representantes. En este mensaje, que se considera como el primer pronunciamiento oficial de un jefe de gobierno sobre el tema, se establecía con toda claridad que la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de los trastornos mentales deben considerarse como una responsabilidad comunitaria, y no como un problema privado que sólo afecta a los pacientes, sus familias y el personal médico que lo trata (Caplan, 1964).

El objetivo de este movimiento de salud mental comunitaria era sustituir la vieja red de atención psiquiátrica, basada en los manicomios y en la separación y exclusión de los enfermos mentales del resto de la sociedad, por una red alternativa (cuya punta de lanza eran los Centros de Salud Mental Comunitaria) que actuara no sólo sobre las personas que ya sufren trastornos mentales, sino sobre la comunidad en su conjunto, intentando atenuar el efecto de aquellos factores que pueden contribuir a alterar la salud mental de algunos miembros de la comunidad para evitar que desarrollen trastornos mentales, y, además, sobre aquellos otros factores que condicionan el curso de estos trastornos. Se consideraba que la comunidad era algo importante para el mantenimiento de la salud mental y para las posibles soluciones para las personas que padecían trastornos mentales. No vamos a ocuparnos aquí de la evolución seguida por este intento, que encontró dificultades conceptuales, metodológicas, políticas y económicas no previstas que han sido analizadas en otros lugares (Fernández Liria y García Bernardo, 1985a y b, Desviat, 1994).

Nos detendremos, en cambio, en el modelo conceptual en el que pretendía basarse el movimiento de salud mental comunitaria. Sin duda, la expresión más acabada de tal modelo se encuentra en el texto, ya clásico, de Caplan (1964).

Caplan (1964) desarrolló su propuesta bajo el título de psiquiatría preventiva (no sin advertir que se refería a un trabajo que debía ser desarrollado por profesionales de diferente tipo, y no sólo ni fundamentalmente por psiquiatras, aunque él utilice para referirse a todos ellos el término genérico de psiquiatra preventivo). Definió ésta del siguiente modo:

El cuerpo de conocimientos profesionales, tanto teóricos como prácticos, que pueden utilizarse para planear y llevar a cabo programas para reducir:

- 1.La frecuencia en la comunidad de los trastornos mentales de todo tipo (prevención primaria),
- 2.La duración de un número significativo de los trastornos que se presentan (prevención secundaria), y
- 3.El deterioro que puede resultar de aquellos trastornos (prevención terciaria)

La prevención secundaria se pretendía abordar a través del diagnóstico y tratamiento precoz de los trastornos mentales. El proyecto que Caplan divulgaba pretendía habilitar los medios para que los procedimientos conocidos para realizar estas tareas pudieran ser aplicados a los miembros de la comunidad que los requirieran.

La prevención terciaria se traducía en facilitar la rehabilitación, esto es, los

procedimientos tendentes a actuar no sobre las causas, sino sobre las consecuencias (en términos de deterioro psíquico y social) de los trastornos mentales. Hoy, la lectura del capítulo correspondiente del libro de Caplan sorprende por la escasa medida en la que, en ese momento (antes de hacerse patentes los problemas que iban a encontrar las primeras versiones del nuevo modelo para hacerse cargo de los pacientes mentales crónicos que, hasta entonces, habían sido subsidiarios de aislamiento en los manicomios), podía preverse el ingente desarrollo que la teoría y la tecnología de la rehabilitación psicosocial iban a experimentar hasta nuestros días.

Probablemente la aportación teórica más interesante del trabajo de Caplan es el desarrollo de un modelo que permitiera pensar en la posibilidad de hacer prevención primaria en materia de salud mental. En palabras del propio Caplan (1964):

La prevención primaria es un concepto comunitario: implica la disminución de la proporción de nuevos casos de trastornos mentales en una población durante un cierto período, contrarrestando las circunstancias perniciosas antes de que tengan ocasión de producir la enfermedad. No se trata de evitar que enferme un individuo en especial, sino de reducir el riesgo de toda la población, de manera que, aunque algunos puedan enfermarse, su número sea reducido.

Para ello, también en palabras de Caplan:

Comenzamos planteando que las distintas proporciones de trastorno mental en las diferentes poblaciones se deben a la interacción de complejos opuestos de fuerzas benéficas y perjudiciales.

De modo que:

Un programa de prevención primaria debería tender a identificar las influencias perjudiciales corrientes, las fuerzas ambientales que ayudan a los individuos a resistirlas, y aquellas otras que influyen sobre la resistencia de la población a las experiencias patógenas.

Caplan (1964) se lamenta de que no dispongamos de un conocimiento preciso de la etiología de los trastornos mentales que nos permita actuar sobre ellos como pudo actuarse sobre el tétanos o, en el campo de la psiquiatría, sobre la PGP desde el momento en que pudo relacionarse este trastorno con la infección sifilítica. Su propuesta es suplir este desconocimiento con lo que él llama un modelo conceptual.

De nuevo en palabras de Caplan:

El modelo proporciona una visión amplia de los factores continuos que

modelan el desarrollo del estilo general de vida de una persona, y una perspectiva circunscrita de las crisis recurrentes, asociadas con cambios repentinos en sus estructuras de conducta.

De esta visión deriva la elección de los dos pilares sobre los que se sostiene el modelo de prevención primaria de Caplan (1964): la provisión de aportes y la intervención en crisis.

La posibilidad de realizar prevención primaria a través de la provisión de aportes se basa en la idea de que, para mantener su salud mental, un sujeto debe recibir una serie de aportes necesarios para progresar en cada etapa del desarrollo y para no sufrir crisis. Caplan distingue tres tipos de aportes. Los aportes físicos se refieren a cosas como la alimentación, la vivienda, la estimulación sensorial o el ejercicio. Los aportes psicosociales aseguran la satisfacción de las necesidades interpersonales; los aportes socioculturales son los que proporcionan las costumbres, la cultura o la estructura social.

Si la adecuada provisión de aportes posibilita el mantenimiento del funcionamiento en cada una de las etapas de desarrollo, la intervención en crisis pretende influir en los momentos que exigen cambios más o menos bruscos en el modo de organizar el comportamiento. Caplan (1964) nos remite a las ideas de Erikson (1959) para sostener que el desarrollo de la personalidad puede entenderse como una sucesión de fases diferenciadas, cualitativamente diferentes entre sí. La transición entre estas etapas se realiza en unos períodos de características especiales que Erikson denominó crisis evolutivas. Erikson definió también las crisis accidentales en las que por azares de la vida se rompe bruscamente la provisión de aportes básicos y dejan de ser efectivos los procedimientos de afrontamiento utilizados hasta entonces.

Según este modo de ver las cosas, la crisis es un período transicional que representa tanto una oportunidad para el desarrollo personal (si se resuelve satisfactoriamente) como un peligro, al aumentar la vulnerabilidad del individuo para los trastornos mentales. La hipótesis de Caplan es que el desenlace de la crisis depende sobre todo de la forma en la que se maneje la situación en ese momento, y no tanto de la historia anterior de la persona.

Caplan señala la diferencia entre este modelo y los de vulnerabilidad al estrés remarcando que en estos últimos el estrés es considerado como factor etiológico, mientras que la crisis supone una situación cuyo desenlace depende del modo en el que se maneje. Slaikeu (1988) apunta que el signo con el que se escribe crisis en chino indica peligro y oportunidad. La propuesta de la intervención en crisis se basa en este doble carácter: la crisis amenaza la salud mental del paciente (a veces gravemente) pero a la vez marca la oportunidad de que los cambios requeridos con ella permitan un funcionamiento mejor que el que la antecedió.

La posibilidad de hacer prevención primaria se apoya, según Caplan, en tres características de los períodos críticos:

- 1.El desenlace de la crisis no depende tanto de los factores antecedentes (naturaleza del peligro, personalidad, experiencias previas...) como de la interacción de factores (endógenos y exógenos) que operan durante la crisis.
- 2.Durante la crisis el sujeto experimenta una gran necesidad de ayuda (y sus signos de anhelo despiertan en quienes lo rodean una reacción biosocial primitiva).
- 3.Durante la crisis el sujeto es más susceptible ala influencia de los otros.

Estas características hacen que la aparición de la crisis proporcione a los agentes comunitarios la posibilidad de desplegar sus esfuerzos con el máximo provecho.

Caplan (1964) propone, consecuentemente, dos tareas para los programas de prevención primaria:

- 1.Asegurar los aportes básicos
- 2.Ayudar a enfrentar la crisis

Y para ello propone dos formas de actuación:

- 1.La acción social
- 2.La acción interpersonal

La primera se refiere, en palabras de Caplan (1964) a:

los esfuerzos realizados para modificar los sistemas operativos sociales y políticos, y la actividad legislativa y reglamentaria correlativa a la salud, la educación, el bienestar, y a los campos religiosos y correccionales, con el fin de mejorar en escala comunitaria, la provisión de aportes físicos, psicosociales y psicoculturales básicos, y la organización de servicios para ayudar a los individuos a enfrentar sus crisis.

La acción interpersonal, en cambio se refiere a actuaciones que implican la acción recíproca cara a cara entre el especialista en salud mental e individuos o grupos pequeños.

En definitiva, lo que propone Caplan es un modelo que puede resumirse en el cuadro 1.1.

1.2. Concepto de intervención en crisis: una perspectiva constructivista

1.2.1. La intervención en crisis como armazón conceptual

En este texto definiremos las bases y las estrategias y técnicas para la aplicación de la óptica de la intervención en crisis, en el sentido de Caplan, a diversos problemas de salud mental. Nos ocuparemos, además, de una serie de situaciones críticas en las que frecuentemente se exige la intervención urgente de los profesionales de salud mental y que son abordables con estrategias que no necesariamente se ajustan a la definición estricta de intervención en crisis.

Swanson y Carbon (1989), en la revisión de la intervención en crisis que realizan para el capítulo de Noshpitz y Coddington en el tratado de terapéutica que dirigió Karasu para la APA (Noshpitz y Coddington, 1989), se adhieren a la aseveración de Bruce Baldwin (1977), según la cual la teoría de la crisis supondría una suerte de armazón que determina las condiciones en las que el psicoterapeuta puede poner en juego sus estrategias preferidas de intervención sean éstas psicodinámicas, conductuales, cognitivas experienciales, integradoras o cualesquiera otras. De hecho, el texto sobre intervención en crisis más frecuentemente citado por los terapeutas españoles (Skailau, 1988) lo que propone es una aplicación a las situaciones de crisis de la terapia multimodal de Arnold A.Lazarus (Lazarus, 1981).

Caplan plantea un modelo de crisis en cuatro fases, que podrían rastrearse en su desarrollo normal:

- FASE 1. La elevación inicial de la tensión por el impacto del estímulo pone en acción las habituales respuestas homeostáticas de solución de problemas.
- FASE 2. La falta de éxito de estas respuestas y el mantenimiento del estímulo determinan la elevación de la tensión y un estado de alteración e ineffectividad.
- FASE 3. La tensión sigue aumentando y traspasa un tercer umbral al comenzar a actuar como poderoso estímulo inter nopara la modificación de recursos internos y externos. El individuo recurre a sus reservas de energía y a sus mecanismos de emergencia para resolver problemas. Utiliza nuevas técnicas para acometer lo que está encarando, lo cual, mientras tanto, puede haber perdido en intensidad. El individuo puede llegar a redefinirlos gradualmente de modo que lleguen a encajar en su experiencia previa. Entonces advierte aspectos que hasta entonces había descuidado, descubre aspectos abordables con capacidades y técnicas que había considerado inaplicables. Otros aspectos, imposibles de manejar, pero menos importantes, pueden dejarse de lado. Quizá se abandonen algunos objetivos inalcanzables. Es posible que se explore mediante ensayo y error qué técnicas

serían aplicables y cuáles no.

Cuadro 1.1. Modelo de prevención primaria, Caplan (1964)

	<i>Acción social</i>	<i>Acción interpersonal</i>
Provision de aportes – Físicos – Psicosociales – Socioculturales	Legislación sobre yodado de aguas, salud laboral, protección de la familia o de la infancia, reglamento de hospitalización de niños y madres, asilos u otras instituciones, servicios sociales para ancianos u otros grupos de riesgo...	Garantizar la provisión en lugares donde se ven amenazados (partorio, maternidad, cárcel, UCI, etc.).
Intervención en crisis	1. Atenuación de circunstancias peligrosas. 2. Provisión de servicios para favorecer la superación sana de la crisis.	1. A través de agentes de salud. 2. Directamente a través de profesionales de salud mental.

-FASE 4. Si el problema continúa y no puede resolverse con la gratificación de la necesidad, o evitarse con la resignación a la insatisfacción o la distorsión perceptiva, la tensión se eleva hasta el punto de la ruptura. Se produce entonces una importante desorganización del individuo, con resultados graves.

Desde la formulación de la teoría de la crisis se han consolidado una serie de conceptos básicos, que son comúnmente aceptados por quienes practican la intervención en crisis y que Swanson y Carbon (1989) resumen del siguiente modo:

1. Las crisis son experiencias normales en la vida. Reflejan una lucha en la que el individuo intenta mantener un estado de equilibrio entre sí mismo y su entorno (Caplan, 1964).
2. El estrés que desencadena la crisis puede ser un acontecimiento externo o interno (Erikson, 1950). Puede ser un sólo hecho catastrófico o una acumulación de acontecimientos menos graves (Korner, 1973).
3. La gravedad de la crisis no se relaciona con la gravedad del estresor sino con la de su percepción por el individuo (Rapoport, 1962).
4. Puede existir un nexo (experimentado emocionalmente y no necesariamente consciente) entre la situación actual y conflictos del pasado (Hoffman y Remmel, 1975).
5. Las crisis son acontecimientos autolimitados (4-6 semanas) que se resuelven adaptativa o desadaptativamente (Bloom, 1977).
6. En la crisis las defensas están debilitadas, por lo que el sujeto está más receptivo a la ayuda (Schwartz, 1971) y esfuerzos mínimos conllevan resultados máximos (Rapoport, 1962).
7. La resolución adaptativa de la crisis ofrece una triple oportunidad (Caplan, 1964):
 - Dominar la situación actual.
 - Elaborar conflictos pasados.
 - Aprender estrategias para el futuro.
8. La resolución no está tan determinada por las experiencias pasadas o la estructura de la personalidad como por procesos presentes (Paul, 1966).
9. Las pérdidas anticipadas o reales suelen ser un factor importante a trabajar (Hitchcock, 1973; Stickler y LaSor, 1970).
10. Con la resolución adaptativa emergen nuevas fuerzas y nuevas habilidades de resolución de problemas útiles para el futuro.

A la vista de esto, la intervención en crisis brinda una oportunidad no sólo de sortear

el riesgo de pérdida de la salud mental por el que está atravesando el sujeto, y de detectar y resolver formas perniciosas de solución que probablemente esté ensayando, sino de poder ofrecer ayuda para aspectos más permanentes de la salud mental del individuo para los que, en otros momentos, no hubiera habido ni ocasión de intervenir (porque el sujeto no hubiera buscado ayuda) ni posibilidad de modificar (porque el problema no hubiera sido tan fácilmente modificable por ella).

La intervención a poner en marcha con esta ocasión puede perseguir objetivos más o menos generales y requerir encuadres diferentes. Skaileu (1988), por ejemplo, distingue entre lo que llama intervención de primer orden o primera ayuda psicológica, cuyos objetivos son:

1. Proporcionar apoyo.
2. Reducirla letalidad.
3. Facilitar el acceso a otros recursos de ayuda.

Según este autor, este tipo de intervención tiene los siguientes componentes:

1. Hacer un contrato.
2. Examinar las dimensiones del problema.
3. Explorar las posibles soluciones.
4. Ayudar a optar por una actuación concreta.
5. Garantizar el posterior seguimiento.

A este tipo de intervención se opone lo que Slaikau llama intervención de segundo orden o intervención en crisis propiamente dicha. Ésta tiene unos objetivos más amplios, que Slaikau resume como sigue:

1. Contribuir a la supervivencia física.
2. Identificar y expresar los sentimientos (pensamientos, conductas...) involucrados en la crisis.
3. Obtener el dominio cognitivo.
4. Generar nuevos patrones de comportamiento y relaciones interpersonales.

Los componentes de este tipo de intervención los desarrolla Slaikau según el

esquema de la Terapia Multimodal de Lazarus (1981).

Algunos autores (Bellak y Small, 1965; Bellak y Siegel, 1983) han pretendido caracterizar situaciones críticas tipo, y proponer orientaciones generales para actuar psicoterapéuticamente ante cada una de ellas. El intento clásico en este sentido es el de Bellak (Bellak y Small, 1965; Bellak y Siegel, 1983), un psicoterapeuta de orientación psicoanalítica, que se vio obligado a desarrollar procedimientos de intervención practicables sin transgredir el límite de seis sesiones que cubría el seguro de la población con la que trabajaba. Bellak (Bellak y Small, 1965; Bellak y Siegel, 1983), aunque propone un procedimiento general de evaluación a partir de un mapa de las funciones del yo, establece unas guías para realizar intervenciones en una serie de situaciones críticas tipo. El cuadro 1.2 ilustra este intento en algunas de ellas.

Nosotros, aunque reconocemos la utilidad práctica del enfoque de Bellak - que, por otra parte, por su gran sensibilidad clínica, nos ha sido, muchas veces, de gran ayuda - hemos huido de esta forma de hacer las cosas. Nos parece que la idea de que en la clínica encontramos situaciones críticas ya constituidas, que podemos reconocer e identificar y cuyas leyes de funcionamiento podemos reconocer para adaptar a ellas nuestras intervenciones, responde a un naturalismo ingenuo que entra en contradicción con las visiones actuales de la práctica psicoterapéutica como actividad de construcción narrativa (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2001) y que, a largo plazo, entorpece - y empobrece - la práctica clínica. Se desarrollará una visión alternativa en el siguiente apartado.

Cuadro 1 .2. Ejemplos de guía para la intervención en situaciones críticas tipo de Bellak y Siegel (1983)

Diez factores específicos en la psicoterapia de la depresión

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

Diez factores específicos en el manejo terapéutico de pacientes suicidas

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

Diez factores específicos en el manejo terapéutico del pánico

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

1.2.2. La construcción de la narrativa de la crisis

Durante el período de tiempo que hemos denominado crisis existe una mayor susceptibilidad al cambio, condicionada en gran parte porque se produce una suspensión de los pre-juicios de la persona.

Desde la óptica de la construcción de narrativas terapéuticas practicada por los autores (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2001) la intervención en crisis no puede concebirse como una intervención manualizable a aplicar en unas condiciones que habría que hacer detectables por una especie de criterios diagnósticos de unas situaciones de crisis a las que se supone que se debería ajustar la experiencia del paciente. Lo que el psicoterapeuta debe reconocer son unas condiciones que permitieran la construcción de la narrativa de la crisis en el encuentro entre terapeuta y paciente.

Se trata, en definitiva, de unos puntos de anclaje a través de los cuales la narrativa de la intervención en crisis puede construirse, a través del trabajo conjunto de terapeuta y paciente, sobre la narrativa del paciente que originalmente motiva la demanda. Se trata de condiciones de distinto orden, pero que se han de poder constituir en ingredientes de la narrativa resultante de la intervención. Podrían resumirse como sigue:

- La persona cuenta un funcionamiento previo razonablemente satisfactorio para ella hasta el momento anterior a la aparición de la situación que va a ser tipificada como crisis.
- Se ha producido una quiebra brusca de este funcionamiento que puede atribuirse a

una suspensión de los aportes físicos, psicológicos y/o socioculturales que la persona recibía durante la etapa de funcionamiento razonablemente satisfactorio. Puede hablarse de una ruptura de un equilibrio mantenido hasta ahora.

- La persona tiene la experiencia de que en la etapa anterior ha podido enfrentar situaciones difíciles y resolver problemas. Pero los procedimientos utilizados para salir adelante en esas situaciones no son aplicables o no han dado resultado a partir del momento en el que se ha producido esta ruptura.
- El paciente presenta en el momento de ser atendido una narrativa que da pie a la construcción de los siguientes elementos:
 - Ruptura de la continuidad de la experiencia del tiempo. Se produce una suspensión del tiempo que pasa a ser experimentado como un conjunto de instantes aislados sin proyección sobre el pasado ni sobre el futuro.
 - El sujeto se refiere a sí mismo y a su mundo significativo como adherido a una narrativa saturada o dominada por el problema y que, en contrapartida, produce un estrechamiento del mundo de alternativas de significado del paciente.
 - La persona se vive a sí misma como incapaz de remontar ese problema, lo que facilita la petición de ayuda.
 - Hay una pérdida del significado y el sentido sostenidos hasta ahora por la paciente acerca de su mundo personal, relacional y de creencias.
 - Hay una vivencia de malestar subjetivo.

Partiendo de ese reconocimiento de circunstancias externas o subjetivas, el terapeuta puede proponer, basándose en la narrativa que trae el paciente, una nueva narrativa que incluya y haga posible la intervención en crisis.

En definitiva, para ser asumida por el paciente la narrativa de la intervención en crisis ha de ligarse a las narrativas dominantes del paciente a través de una serie de puntos de anclaje. La existencia de estos puntos hace más fácil la entrada en el mundo de significados del paciente y permite, por tanto, llevar a cabo lo que denominaremos el acompasamiento de la narrativa del paciente.

Si la terapeuta puede construir, sobre esos puntos de anclaje, un acuerdo con la paciente se produce la apertura de un significado nuevo que incluye la necesidad de ser ayudado y la aceptación de dicha ayuda.

Una vez que terapeuta y paciente, a través del acompasamiento y la guía de la

narrativa del primero, se embarcan en el trabajo de elaboración de la crisis, el terapeuta hará uso de una serie de técnicas, de más eficacia en este tipo de trabajo, y que llamamos técnicas transformativas verbales y no verbales.

Es decir, en el encuentro terapéutico con una persona que experimenta un malestar que puede trabajarse como una intervención en crisis:

- Terapeuta y paciente se encuentran en escenarios diversos, cada uno de ellos con sus peculiaridades.
- La narrativa que trae el paciente ha de hacer posible el reconocimiento por parte del terapeuta de unos puntos de anclaje que discute con el paciente encarnándolos en los episodios concretos que relata el paciente.
- El terapeuta pone en marcha estrategias de acompañamiento y guía que tienen por objetivo marcar el compás de la narrativa del paciente para con él o con ella poder encontrar significados alternativos donde el malestar deje de estar presente.
- Simultáneamente el paciente está permitiendo que la terapeuta ocupe un espacio abierto por ambos, para la ayuda.
- La terapeuta hace uso de unas técnicas preferidas en la situación de crisis, que tienen por objeto: la contención de una situación de peligro potencial y la resignificación de la crisis en la vida de la paciente, que le permita a ésta abrir un abanico de significados nuevos y preferidos por él o por ella.
- Terapeuta y paciente se despiden incluyendo el significado de la intervención en la vida de la persona. Como consecuencia de la intervención el paciente puede proseguir su vida manteniendo un funcionamiento que, por la definición misma de la crisis, será diferente a partir de entonces, pero podrá garantizarle los aportes necesarios para resultar satisfactorio. Este nuevo funcionamiento puede ser incorporable a la definición previa de la identidad del paciente (en cuyo caso puede bastar una intervención muy circunscrita) o puede desafiarla y dificultar el funcionamiento en otras áreas de actividad, lo que haría aconsejable una terapia a más largo plazo.

De acuerdo con la propuesta de Beitman (1987) estudiaremos la actividad psicoterapéutica como un proceso divisible en fases cada una de las cuales puede caracterizarse por una estructura, unos objetivos, unas tareas y unas características particulares. Sin embargo, a diferencia de Beitman, consideraremos las fases que hemos propuesto en otros textos (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2001), para la psicoterapia en general:

1. Fase de indicación.
2. Fases iniciales.
3. Fases intermedias.
4. Fases de terminación.

Cada fase se describe por un período de tiempo y una serie de objetivos y tareas a poner en marcha.

En la literatura sobre intervención en crisis es frecuente distinguir dos formatos. El primero se refiere a aquellas intervenciones que se realizan en un primer contacto con la persona o grupo que atraviesa la situación crítica y que, muy frecuentemente, es un formato de urgencia, a veces, en el mismo lugar donde se produce la crisis. Skailau (1988) se refiere a él como primera ayuda psicológica.

Frente a éste está el formato al que llamaremos de psicoterapia breve, que a los teóricos de la crisis gusta llamar de intervención en crisis propiamente dicha. Utilizamos el vocablo breve para subrayar que, aunque se prolonga en el tiempo más allá de la intervención puntual y de urgencia, lo hace durante un período de tiempo y por un número de sesiones limitado. Este tipo de intervención se realiza con un encuadre más parecido al de la actividad terapéutica estándar. En nuestra exposición utilizaremos como referencia estándar este tipo de intervención, porque nos permite una revisión más sistemática y ordenada de los principios y procedimientos que guían la intervención con cualquier formato. En el apartado dedicado a situaciones críticas frecuentes nos referiremos a éstas caracterizándolas por la emoción predominante en las mismas y puntualizando la selección de los principios y procedimientos del abordaje general que éstas hacen aconsejable.

1.3. Aplicaciones

El proceso psicoterapéutico

Aunque intentaremos depurar los principios puestos en juego en cualquier formato de intervención en crisis, utilizaremos como guía el formato de psicoterapia breve desarrollado sobre este paradigma, por ser el que incluye el mayor número de los elementos que otras versiones seleccionan. Este formato es el que mejor permite ejemplificar el conjunto de los principios y procedimientos de la intervención en crisis. En el formato de intervención única, en realidad, se aplican aspectos de este procedimiento general a situaciones particulares. En el apartado correspondiente a las situaciones críticas nos referiremos a algunas de las más frecuentes en la urgencia sanitaria y a las oportunidades que ofrecen de privilegiar alguna de las estrategias propias de la

intervención en crisis en general.

Erikson (1959) distingue dos tipos de crisis: las crisis evolutivas y las crisis accidentales. La intervención en crisis podrá realizarse en cualquiera de los dos casos. A veces, sobre todo en el segundo caso, podrá reducirse a una intervención puntual en el momento en el que se produce una situación crítica. Otras veces constituirá una forma psicoterapia breve. Al desarrollar las características del proceso terapéutico nos referiremos casi siempre a este tipo de formato. En el apartado correspondiente a situaciones más frecuentes nos referiremos a las variaciones exigidas por éstas, que serán clasificadas según la emoción predominante.

La intervención en crisis puede llevarse a cabo con un encuadre individual, familiar o grupal. En el texto general sobre proceso terapéutico se incluyen ejemplos de situaciones que hacen indicada la intervención familiar. El formato de grupo resulta particularmente útil en situaciones de catástrofe, en las que puede ser liderado por voluntarios bajo supervisión (Fernández Liria y González Aguado, 1995). También puede utilizarse con grupos homogéneos en cuanto al acontecimiento vital que se relaciona con la crisis (son frecuentes los grupos de adolescentes, pacientes con cáncer u otras enfermedades, personas que están atravesando situaciones en relación con la jubilación, la emigración, el desempleo la marcha de los hijos de casa o la menopausia...).

Las situaciones críticas

Como es fácil de entender, las situaciones que desembocan en una crisis son tan variadas que decidir describirlas a partir de los acontecimientos que las producen (por ejemplo, una pérdida), o en función de su previsibilidad (la marcha de los hijos de casa) o accidentalidad (una enfermedad), nos resulta menos útil que considerarlas sobre la base de la emoción o emociones predominantes con las que el terapeuta intenta iniciar el trabajo con la persona.

En las situaciones críticas hay una suspensión de los prejuicios, como señalábamos antes. Esto quiere decir que las viejas normas o reglas que nos sirven a las personas para mantener la ilusión de que el mundo es un lugar que comprendemos y, por tanto, susceptible de prever, no sirven. Pero todavía no han surgido nuevas reglas sobre las que sustentar la experiencia. Lo emergente es la emoción y, en función de ella, nos ha parecido más fácil ordenar la exposición.

En las situaciones críticas, podemos describir la relación de terapeuta y paciente a partir de:

- Narrativas de tristeza.
- Narrativas de autodestrucción.

- Narrativas de rabia.
- Narrativas de vergüenza.
- Narrativas de miedo.
- Narrativas desde la posición de víctima.

Cuadro resumen

Modelo de Caplan de prevención primaria (ver cuadro 1.1).

Fases de la crisis:

- FASE 1. Elevación de la tensión y activación de los procedimientos de afrontamiento habituales.
- FASE 2. Fracaso de éstos y aumento de tensión.
- FASE 3. Aumento de tensión, activación de nuevos procedimientos, replanteamiento de los objetivos.
- FASE 4. Resolución o desorganización.

Puntos de anclaje de la narrativa de la crisis:

- Funcionamiento previo razonablemente satisfactorio.
- Quiebra brusca de este funcionamiento.
- Los procedimientos anteriormente utilizados no son aplicables o no han dado resultado a partir del momento en el que se ha producido esta ruptura.
- Elementos de la narrativa presente:
 - Ruptura de la continuidad de la experiencia del tiempo.
 - Adhesión a una narrativa saturada o dominada por el problema.
 - Vivencia de sí mismo como incapaz de remontar ese problema: aceptación de ayuda.
 - Pérdida del significado y sentido.
 - Malestar subjetivo.

Exposición de un caso clínico

Marian es una mujer de 27 años, nunca había necesitado consultar con un psicólogo o un psiquiatra. Trabaja como administrativo en una multinacional. El primer contacto con los servicios de salud mental se produce cuando es traída por su pareja y sus padres a la Urgencia del Hospital General tras haber realizado un intento de suicidio ingiriendo psicofármacos.

La paciente relata que, en relación con dificultades en la convivencia con su pareja, lleva dos meses sintiéndose progresivamente más triste, con pocas ganas de realizar sus tareas, sin ilusión por las cosas que habitualmente le gustaban. Duerme mal y ha adelgazado tres kilos en las últimas semanas tras haber perdido apetito. El día en que se produce la urgencia, después de que su pareja abandonase el domicilio en el que convivían, decide tomarse las pastillas que el médico de cabecera le había recetado para el insomnio. Su intención es quitarse la vida y lo lleva pensando insistentemente los últimos días. Su pareja le había anunciado su marcha y el inicio de una nueva relación con una conocida de Marian.

En su historia personal relata ser la mayor de dos hermanas. Nació en Madrid, aunque su familia es originaria de un pueblo de Cáceres. Los padres habían emigrado a la capital en su juventud buscando mejores oportunidades para ellos y su futura familia. No conoce que haya habido ningún antecedente psiquiátrico entre sus familiares. Marian recuerda un buen ambiente familiar en su casa durante la infancia. Ha sido una niña y después una adolescente "modelo". Buena estudiante, las madres de sus amigas la ponían de modelo de comportamiento. Terminó secundaria y tras cursar estudios de administrativo, se colocó en la empresa en la que actualmente trabaja desde hace siete años. Ha ido asumiendo puestos de mayor responsabilidad en su trabajo y se considera bien valorada en este campo.

Marian se define como una persona cumplidora, seria, quizás algo pesimista, porque tiende a ver los riesgos más que las oportunidades. Es tímida y poco amiga de reuniones sociales. Su primera relación larga con una pareja es la actual. Le atrajo de su novio su seguridad y tenía expectativas de una larga relación de convivencia con él.

Este caso se desarrollará a lo largo del siguiente capítulo.

La práctica de la intervención en crisis

2

2.1. Objetivos

Como se desprende fácilmente de lo dicho en la primera parte, el objetivo general de la intervención en crisis es facilitar que el paciente sea capaz de establecer un nuevo modo de funcionamiento psicológico, interpersonal y social en el que pueda poner en juego sus capacidades para garantizarse el acceso a los necesarios aportes físicos sociales y emocionales en su nueva situación.

Ello se consigue a través de la construcción de la narrativa de la crisis sobre la narrativa de amenaza, fragmentación o parálisis que domina la demanda de ayuda. Se aprovecha para ello la particular situación de demanda de ayuda y susceptibilidad a la misma que acompaña a los períodos críticos.

Se desechan, por tanto, objetivos expresables en términos tales como la modificación de la estructura de la personalidad u otros semejantes, aunque, en estas situaciones, intervenciones muy circunscritas puedan conllevar cambios importantes en los modos de ver el mundo y de relacionarse con él, dado que la crisis se caracteriza, precisamente, por un cuestionamiento de los que venían siendo útiles hasta el momento de producirse ésta.

En realidad, la intervención podría entenderse como una ayuda para llevar a cabo con éxito un proceso que el sujeto ha iniciado como consecuencia misma de la crisis. El objetivo general de la intervención también podría definirse como la facilitación de este proceso.

Los objetivos específicos se definirían entonces en función de cuáles son los impedimentos para que el sujeto lleve a buen término por sí mismo el proceso de resolución de la crisis. Como se verá en el desarrollo de los procedimientos aplicables, pueden consistir en garantizar la provisión de aportes, resolver prejuicios que se oponen a nuevas consideraciones del problema como algo resoluble, facilitar la adquisición de nuevas habilidades, compensar el peso de experiencias pasadas a través de experiencias nuevas...

Estos objetivos pueden, en ocasiones, ser alcanzables con una intervención puntual, que puede ser resolutive (a veces a través de algo tan sencillo como facilitar el acceso a

recursos de provisión de aportes a los que no se había dirigido el sujeto), o pueden requerir una intervención más dilatada en el tiempo. Aunque, como parte de las situaciones críticas frecuentes a las que dedicaremos atención especial haremos referencia a algunos abordajes basados en el primer supuesto, en este libro se estructurará la exposición sobre el modelo de intervención en crisis más dilatado en el tiempo, ya que ello permite una exposición sistemática de los principios aplicables a ambos tipos de intervención.

2.2. Procedimiento básico

Se abordará en primer lugar lo concerniente a la intervención en crisis en su formato de psicoterapia breve por considerar que ello permite una exposición más completa y sistemática de los principios, estrategias y técnicas que son también utilizables en formatos de intervención única, cuyas especificidades referiremos más tarde al hablar de diversas situaciones críticas. Utilizaremos para la exposición el esquema de proceso psicoterapéutico para las psicoterapias en general propuesto por los autores en una obra anterior (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2001). De acuerdo con esto se considera el proceso terapéutico dividido en cuatro fases, cada una de las cuales se corresponde con unos objetivos, unas tareas, una actividad, unos problemas y un clima relacional propios. Se distinguen sucesivamente:

1. Fase de indicación.
2. Fases iniciales.
3. Fases intermedias.
4. Terminación.

2.3.I. Fase de indicación

La fase de indicación comprende desde el primer contacto con el paciente hasta el momento en el que decidimos iniciar una intervención psicoterapéutica (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2001). Así, el proceso de indicación, tal y como será analizado en este apartado, se refiere al conjunto de acciones que se llevan a cabo desde el momento en que tenemos conocimiento de la demanda de un potencial paciente (generalmente a través suyo pero, a veces, a través de un tercero) hasta que tomamos la determinación de intentar abordar su problema a través de una intervención psicoterapéutica.

En esa fase hemos de responder a una serie ordenada de preguntas. La primera puede parecer obvia, pero es necesario recordarla porque pasarla por alto puede tener, a veces, consecuencias graves. Podríamos formularla como: "¿Es oportuna la consideración de una indicación psicoterapéutica ahora?". La respuesta a esta pregunta

puede ser función de circunstancias del paciente o del problema. Así, en un paciente que ha llevado a cabo una tentativa de suicidio con ansiolíticos y está aún somnoliento y disártrico puede ser mejor posponer incluso la indagación previa a la intervención. Lo mismo sucedería en la atención a un superviviente de un accidente en el que ha fallecido otra persona y, en el momento de nuestra llegada a su habitación en el hospital, está recibiendo por primera vez la visita de unos familiares que se han desplazado para verle (y con los que tendrá que compartir los hechos). Pero la importancia de esta pregunta radica, sobre todo, en apuntar a la consideración de la posibilidad de que haya una intervención de otro tipo que sea necesario (o preferible) realizar antes. En un paciente que refiere cuadros de opresión precordial, palpitaciones, sensación de ahogo y mareo con palidez y sudoración profusa que se han desencadenado en dos ocasiones en las que ha discutido vehementemente, convendrá descartar una posible causa orgánica (un infarto, un prolapso de válvula mitral) antes de pensar en una intervención psicoterapéutica. En un paciente vigil que refiere haber realizado una ingesta masiva de antidepresivos tricíclicos con fines autolíticos hace treinta minutos, también será obligado tomar en primer lugar las medidas de cuidados somáticos necesarias para preservar su vida (un lavado de estómago, una monitorización, unas medidas de soporte...).

La segunda de las preguntas podría resumirse como: "¿Es viable una intervención psicoterapéutica?". De nuevo hay características del paciente o de las circunstancias en las que se produce la demanda que pueden desaconsejar el intento. Por ejemplo, el paciente puede continuar intoxicado, sufrir graves problemas de memoria de fijación o de concentración o ser sordomudo. Puede que no hablemos fluidamente en un idioma común. O puede que haya circunstancias que impidan el establecimiento de una relación terapéutica, por ejemplo, que el paciente nos viva como representantes del enemigo en un contexto bélico. También puede que no se puedan reunir las condiciones para desarrollar el proceso terapéutico, como sucedería, por ejemplo, en una situación de catástrofe en la que no pudiera lograrse un lugar seguro o en la que la demanda superara las posibilidades de respuesta.

Cuadro 2. I.Indicación de tratamiento psicoterapéutico (Fernández Lirio, Hernández Monsalve, Rodríguez Vega, Benito Cano y Mas Hesse, 1997)

-
-
1. Cuadro clínico que responde a psicoterapia.
 2. Existen aspectos del problema por el que se consulta que son modificables por la psicoterapia y modificarían la evolución o el impacto del trastorno.
 3. Existe o se puede construir una versión del problema (aportada o aceptada por el demandante) que plantea:
 - Un conflicto en relación consigo mismo.
 - Un conflicto en relación con otros significativos.
 - Un conflicto con acontecimientos (supone la capacidad del paciente de colocarse como implicado personalmente en el problema o la resolución del mismo).
 4. Expectativas del paciente.
 5. Factores limitantes:
 - Edad y etapa del ciclo vital del paciente.
 - Accesibilidad.
 - Aspectos culturales.
 - Actitud y susceptibilidad ante el cambio.
-

La tercera cuestión a plantearnos sería: "¿Estaría indicada una intervención psicoterapéutica para actuar sobre este problema?". En un grupo de consenso formado por psicoterapeutas con práctica en el sistema público de atención a la salud mental de Madrid (Fernández Liria, Hernández Monsalve, Rodríguez Vega, Benito Cano, Mas Hesse, 1997) nos referíamos a los aspectos a considerar para responder positivamente a esta pregunta en los términos que se resumen en el cuadro 2.1.

La cuarta pregunta podría expresarse como: "¿Es preferible una intervención psicoterapéutica?". Podría darse la circunstancia de que el problema presentado por el paciente pueda ser resuelto de un modo más eficaz o más eficiente (a menor coste) o más aceptable para el paciente, administrándole, por ejemplo, un ansiolítico o un antidepresivo o proporcionándole ayuda material.

Sólo cuando lo anterior esté claro, estaremos en condiciones de plantearnos la pregunta por la indicación de la intervención en crisis como forma específica de intervención. La indicación de la intervención en crisis no puede establecerse en función del ajuste de la situación que motiva la demanda a un repertorio de situaciones tipo acaecidas en el curso de circunstancias catalogables como crisis.

Como señalábamos en la parte teórica, lo que procede es un análisis de la narrativa del paciente que permita localizar unos puntos de anclaje para la narrativa de la intervención. Reproducimos aquí lo allí apuntado. Para poder anclar la narrativa de la crisis es necesario lo siguiente:

- La persona cuenta un funcionamiento previo razonablemente satisfactorio para ella hasta el momento anterior a la aparición de la situación que va a ser tipificada como crisis.
- Se ha producido una quiebra brusca de este funcionamiento que puede atribuirse a una suspensión de los aportes físicos, psicológicos y/o socioculturales que la persona recibía durante la etapa de funcionamiento razonablemente satisfactorio. Puede hablarse de una ruptura de un equilibrio mantenido hasta ahora.
- La persona tiene la experiencia de que en la etapa anterior ha podido enfrentar situaciones difíciles y resolver problemas. Pero los procedimientos utilizados para salir adelante en esas situaciones no son aplicables o no han dado resultado a partir del momento en el que se ha producido esta ruptura.
- El paciente presenta en el momento de ser atendido una narrativa que da pie a la construcción de los siguientes elementos:
 - Ruptura de la continuidad de la experiencia del tiempo. Se produce una suspensión del tiempo que pasa a ser experimentado como un conjunto de instantes aislados sin proyección sobre el pasado ni sobre el futuro.
 - El sujeto se refiere a sí mismo y a su mundo significativo como adherido a una narrativa saturada o dominada por el problema y que, en contrapartida, produce un estrechamiento del mundo de alternativas de significado del paciente.
 - La persona se vive a sí misma como incapaz de remontar ese problema (lo que facilita la petición de ayuda).
 - Hay una pérdida del significado y el sentido sostenidos hasta ahora por el paciente acerca de su mundo personal, relacional y de creencias.
 - Hay una vivencia de malestar subjetivo.

En estos puntos se podrá anclar la narrativa que dará lugar a la intervención que se desarrollará a lo largo de las tres fases siguientes.

Swanson y Carbon (1989) proponen un listado de condiciones para la indicación que se recoge en el cuadro 2.2.

Cuadro 2.2. Indicaciones propuestas por Swanson y Carbon (1989)

-
-
1. Evidencia de un precipitante específico.
 2. Evidencia de un aumento de ansiedad y emociones dolorosas.
 3. Evidencia de quiebra reciente de habilidades de resolución de problemas.
 4. Evidencia de capacidad y motivación para el cambio.
 5. Evidencia de que la demanda es previa a la instalación de las ganancias secundarias a las estrategias desadaptadas.
-

2.2.2. Fases iniciales

Como en cualquier intervención psicoterapéutica, en el formato de intervención breve de la intervención en crisis, llamaremos fases iniciales a la parte del proceso psicoterapéutico que transcurre entre el momento en el que se realiza la indicación de la intervención psicoterapéutica y aquel en el que se establece el contrato por el que paciente y terapeuta acuerdan sobre qué y cómo van a trabajar durante el resto del tratamiento (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2001).

Se trata de un proceso que puede ser más o menos complicado y que, en el caso de la intervención en crisis, puede circunscribirse a parte de una sesión o extenderse a lo largo de varias sesiones (casi nunca más de tres).

Durante estas fases iniciales se persiguen tres tipos de objetivos:

1. La evaluación y correspondiente formulación del caso (que incluye el plan de actuación).
2. La construcción de la alianza de trabajo.
3. El acuerdo de un contrato.

A continuación se desarrolla cada uno de ellos haciendo mención de las tareas necesarias para alcanzarlos.

A) Evaluación y formulación

En el momento de iniciar el proceso psicoterapéutico generalmente ya tenemos la información sobre la persona que va a ser paciente que nos ha permitido hacer la indicación de psicoterapia. En este momento habremos, incluso, acordado con él una primera versión de su demanda que abra la posibilidad de plantear una intervención psicoterapéutica (en este caso, una intervención en crisis). Pero esta información será,

generalmente, insuficiente para guiar nuestra actuación durante el proceso terapéutico, y tendremos que dedicar un tiempo a ampliarla.

Esta idea se ha cuestionado en ocasiones, al menos para la psicoterapia en general, desde posiciones psicoanalíticas extremas, según las cuales para que el proceso terapéutico (analítico) comience no es preciso que nadie (ni terapeuta ni paciente) disponga de una idea más o menos precisa sobre la naturaleza del problema. Desde tales posiciones se ha planteado, incluso, que tal visión previa sería más un obstáculo que un instrumento para el buen fin del proceso analítico. Tales ideas - que pretenden prevenir contra el furor sanandi que pueda entorpecer el proceso analítico - son poco acordes con nuestra definición de psicoterapia, en la que lo esencial es, precisamente, la pretensión de producir cambios (de tratar) y de hacerlo del modo más eficiente posible.

Para la mayoría de los terapeutas el proceso terapéutico debe comenzar con una evaluación específica que requiere actuaciones específicas, en las que terapeuta y paciente van a tener que realizar actividades que probablemente van a ser diferentes de las que van a llevar a cabo en otros momentos de la terapia.

En un trabajo previo (Fernández Liria, Hernández Monsalve, Rodríguez Vega, Benito Cano, Mas Hesse, 1997) se planteaba el siguiente listado de áreas a evaluar:

1. Evaluación del problema (¿Que pasa?).
2. Evaluación de la demanda (¿Por qué ahora?).
3. Evaluación de las posibilidades de tratamiento (¿Qué será capaz de hacer para lograr lo que quiere?).
4. Evaluación de las posibilidades de relación terapéutica (¿Cómo podríamos - él y yo - trabajar para lograr eso?).
5. Evaluación de la contratransferencia (¿Qué problemas me puede provocar esto?).
6. Evaluación del contexto (¿Cómo repercutiría esto en el entorno y viceversa?).

Listados de estas características son útiles como sistematizadores de la exploración que debe llevarse a cabo en estas fases. Sin embargo tienen el inconveniente de sugerir la idea de que podría llevarse a cabo primero un proceso de exploración completa y que después podría, sobre él, comenzarse a plantear una hipótesis o sobre la que, más tarde, desarrollar un plan de tratamiento. Por ello preferimos entrenar a nuestros alumnos en el proceso de formulación de casos y pedirles que tengan en la cabeza la necesidad de completar este trabajo de formulación cuando emprenden las tareas exploratorias. Llamamos formulación al proceso por el que la información recogida durante la fase de evaluación se organiza en una serie de hipótesis sobre las que es posible entender la queja

del paciente como un (conjunto de) problema(s) cuya solución supondría el logro de una serie de objetivos, y proponer una estrategia de tratamiento, previendo la modalidad, intensidad y duración del mismo y los problemas que más probablemente encontraremos durante su desarrollo. Lógicamente, la formulación es un resultado de la exploración. Pero estratégicamente, es la intención de formular la que guía la exploración.

El cuadro 2.3 recoge los interrogantes propuestos por los autores (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2001) para guiar el proceso de formulación para psicoterapia en general. Aquí se desarrollará lo correspondiente a la formulación específica para intervención en crisis.

Cuadro 2.3. Guía para la formulación (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2001)

-
-
1. ¿Cuál es la queja? Motivo de consulta.
 2. ¿Cómo se ha producido la consulta? Análisis de la demanda.
 3. ¿Cuál es el problema (o problemas)? Listado de problemas, fenómenos.
 4. ¿Cómo, cuándo y con quién se pone(n) de manifiesto? Precipitantes.
 5. ¿Cuál es la secuencia de emociones, ideas, comportamientos y relaciones que implica? Estados mentales, defensas, modelos de relación.
 6. ¿Por qué se perpetúa(n)? Perpetuantes, refuerzos, ganancias neuróticas y secundarias.
 7. ¿Cómo se originó históricamente? Desarrollo, biografía, perspectiva transgeneracional.
 8. ¿Qué facilitó su aparición o facilita su mantenimiento? Vulnerabilidad, déficit.
 9. ¿Qué puede facilitar el cambio? Recursos, fortalezas, oportunidades.
 10. ¿Cuáles son las expectativas respecto a la consulta? Realismo, límites.
 11. ¿Cuáles son los objetivos planteables para la terapia? Definición operativa.
 12. ¿Cuáles son los medios de que vamos a valernos para conseguir cada uno de ellos? Factores terapéuticos, estrategias, técnicas.
 13. ¿Qué curso de la terapia prevemos? Pronóstico.
 14. ¿Qué dificultades prevemos?
 15. ¿Qué contrato proponemos? Contrato.
-

1. ¿Cuál es la queja?

Se trata de esclarecer qué es lo que el paciente presenta como motivo de su demanda

de ayuda. En ocasiones, al terminar el proceso de evaluación, la queja del paciente puede no coincidir con el problema que, a los ojos del terapeuta, debe ser considerado central para el tratamiento. En los siguientes ejemplos pueden observarse situaciones en las que la queja coincide con el problema y en las que no.

Alfredo es un hombre de 66 años que entiende el problema por el que solicita la consulta del modo siguiente. "Acabo de jubilarme, no sé qué hacer con mi tiempo, me siento inútil, me he pasado la vida trabajando... Ahora es como si mi vida hubiera acabado... Sé que necesito ayuda para encontrarle a mi vida nuevos sentidos en esta etapa..."

Margarita es una mujer que acude a consulta relatando asfixia, mareo, incapacidad para alejarse de su casa durante un tiempo prolongado o grandes distancias e imposibilidad para salir sola de casa. Uno de sus hijos la acompaña continuamente cuando sale, aun a riesgo de retrasarse en su curso escolar. La paciente, con antecedentes alérgicos, interpreta el problema como crisis de broncoespasmo que dificultan su respiración y que la han atemorizado hasta el punto de crear un problema psicológico. La terapeuta ha explorado, pues, el nivel al que la paciente percibe el problema, el nivel en que se permite que surja la queja. Prosigue la indagación a nivel relacional, interpersonal y descubre que Margarita está viviendo en la actualidad la trágica situación de la agonía en casa de su esposo, diagnosticado de un cáncer de pulmón en estadio terminal. Pero, sorprendentemente, ella no es capaz de hacer una conexión entre sus síntomas y dicha situación. En este caso fue adecuado iniciar un tratamiento centrado en los síntomas, que se siguió, casi de inmediato, por una facilitación de la expresión de sentimientos. Fue entonces cuando Margarita y su terapeuta pudieron acordar el objetivo de ayudarla en la anticipación del duelo.

El que la queja considerada para la formulación deba reflejar la óptica del paciente no quiere decir que el evaluador deba conformarse con el modo con el que el paciente la expresa a su llegada a su consulta y su definición puede conllevar un cierto trabajo conjunto de construcción que debe llevarse a cabo durante la evaluación. Por ejemplo, formulaciones excesivamente generales ("ser infeliz", "no saber disfrutar de la vida", "sentirse mal", "estar deprimido"...) no deben ser automáticamente aceptadas. La exploración (la transformación mediante la conversación terapéutica) de estas expresiones generales suele abrir la posibilidad de formulaciones más concretas. Para la formulación debemos considerar tanto la primera expresión como la obtenida en el proceso de evaluación en la discusión de la misma.

2. ¿Cómo se ha producido la consulta?

El análisis de la demanda pone de relieve una cantidad importante de información

sobre el modo que tiene el paciente de contemplar sus problemas, los procedimientos que habitualmente utiliza para afrontarlos, su red de apoyos y las expectativas respecto al tratamiento. A este respecto es útil disponer de un esquema general para el análisis de la demanda estructurado en forma de preguntas.

La primera de estas preguntas, que ha sido señalada por algunos autores como pregunta central para la evaluación previa a psicoterapia breve en general (Budman y Gurman, 1988) es: "¿Por qué ahora?". En el caso que nos ocupa, esta pregunta abre la posibilidad de hacernos ver la demanda como resultado de una crisis que desafía el modo de funcionamiento habitual del paciente desbordando o haciendo inútiles sus procedimientos habituales para resolver problemas o señalando quiebras en la provisión de aportes psicosociales o de recompensas que le han permitido subsistir sin ayuda hasta el momento.

La segunda cuestión concierne a quién es el sujeto y quién es el objeto de la demanda. En situaciones críticas es especialmente frecuente que la demanda sea impulsada, e, incluso, sostenida por una persona diferente de la designada como paciente. Las preguntas sobre a quién se le ocurrió solicitar ayuda, cómo se lo comunicaron y cómo reaccionaron ante tal idea las personas próximas nos informan a este respecto. Esta información nos permite orientarnos acerca del reparto de responsabilidades y la autonomía relativa del grupo al que pertenece la persona designada como paciente y de cuáles son las ideas que cada uno de sus miembros se hacen del problema y de los medios elegidos para resolverlo. No es lo mismo que un adolescente que está teniendo problemas de autonomía solicite ayuda porque le parece que ése puede ser un medio para dejar de pasarlo mal, que el hecho de que lo traigan sus padres preocupados por su fracaso en los estudios.

Nos interesa conocer también la cadena de acontecimientos que han precedido a la formulación de la demanda. Ésta nos da información sobre los procedimientos utilizados para la detección y resolución de problemas y del lugar que ocupa en su mundo la solicitud de ayuda de que estamos siendo objeto.

José había sido un consumidor habitual de alcohol desde su adolescencia. Bebía en grupo con sus amigos y esto no había interferido nunca con su actividad laboral, ni en su vida familiar. Siempre había sido considerado un buen trabajador, marido y padre. Como consecuencia de un accidente de tráfico, José quedó con una importante restricción de la movilidad de su brazo izquierdo y no pudo continuar con su trabajo habitual. Rechazó la oferta de hacer rehabilitación y empezó a pasar las mañanas solo, bebiendo para volver a casa irritado, triste y lloroso, justo cuando empezaban a llegar al bar los antiguos compañeros. Aunque perdió mucho peso y no conseguía dormir, se negó a ir al médico como le pedía su mujer. Aceptó, en cambio, la ayuda de un miembro de una iglesia evangelista que le había recriminado su modo de actuar una vez que lo encontró tumbado en

la acera y le amenazó con las penas del infierno. Inició un período de abstinencia en el que se implicó en actividades religiosas durante todo su tiempo de vigilia. Rompió con la iglesia por diferencias respecto a su modo de relacionarse con los no adeptos, entre los que se encontraban su mujer y su hija. Volvió a beber hasta perder la corrección en los bares. Acudió a consulta tras una noche en la que, al volver a casa, encontró cambiada la cerradura y a su mujer poniéndole esto como condición para abrirle la puerta.

Es fundamental explorar las expectativas del paciente respecto al tratamiento. Una pregunta del tipo de "¿Cómo espera usted que nuestro trabajo pueda ayudarle?" no debería faltar en ningún proceso de evaluación. El paciente que espera un procedimiento mágico para un alivio sintomático sin estar dispuesto a cuestionar nada sobre su modo de ser o de actuar o el que, por el contrario, espera una transformación radical que elimine todos sus motivos de malestar, plantean problemas específicos para la terapia que deben ser anticipados por el terapeuta. A veces la discusión de las expectativas es un requisito previo al abordaje de ningún otro problema. Las creencias y prejuicios sobre el propio proceso psicoterapéutico deben ser también exploradas. Hay pacientes que pensando que, por ejemplo, la depresión es una manifestación de una afección cerebral que, en todo caso, le ha predisposto para que le afecte un estresor obvio, considerarán trivial o entrometido el interés del terapeuta por aspectos de su vida. Hay también pacientes que creen que la psicoterapia debe desarrollarse según los moldes expuestos en la intervención del psiquiatra de la película Recuerda de Hitchcock, pacientes que esperan consejos y pacientes que consideran que van a afrontar un proceso casi interminable de rememoración de acontecimientos remotos. Discutir estos prejuicios desde un principio puede ahorrar muchos problemas en el curso de la terapia.

3. ¿Cuál es el problema (o problemas)?

Los pacientes acuden a nosotros con una queja. La queja nos remite casi siempre a algo que el paciente vive como una desgracia. Una desgracia no es necesariamente un problema. Lo que define a un problema como tal es el hecho de ser susceptible de una solución (lo que no es una característica de las desgracias). Alguien decía que una rata separada de su alimento por un laberinto enfrentaba un problema. Una mosca encerrada en una botella tapada, no. La mosca afronta una desgracia (la mosca puede tener que afrontar muchos problemas en esa situación, pero el problema no es, desde luego, encontrar la salida, puesto que no existe). La clave del proceso de formulación (y de la psicoterapia en general) reside en el replanteamiento de las desgracias como problemas. Haber perdido un cónyuge es una desgracia. Sentir que ser capaz de experimentar afecto por otra persona sería traicionar al muerto, es un problema, como lo es considerarse incapaz de llevar a cabo las tareas que éste hacía antes por uno.

El planteamiento de los problemas es la operación básica sobre la que se cimenta la

posibilidad de construir un plan de ayuda. De hecho un plan tal puede expresarse en términos de objetivos a conseguir frente a cada problema planteado y actividades pensadas para lograrlos. El cuadro 2.4 recoge un plan para una intervención expresado con este formato.

Los problemas han de estar planteados en términos tan concretos como sea posible y de forma que permita definir objetivos conducentes a hacerles frente.

Rosa acudió a consulta planteando que buscaba tratamiento porque "nunca consigo lo que quiero" y porque "soy una cobarde". Una conversación a partir de estos asertos dio lugar a la siguiente propuesta del terapeuta:

Terapeuta: De modo que lo que parece que sucede es que, por miedo a que se repitieran aquellas crisis, dejó primero de ir al súper, luego al súper y a las tiendas del barrio y, ahora, prácticamente, de salir de casa. Y cada vez hay más cosas que evita hacer porque le causan miedo.

En esta formulación del problema ha cambiado el aserto inicial sobre cómo es la paciente a otro sobre cómo se comporta, y la visión totalística a una gradación de situaciones en las que el problema se ha manifestado en diferentes momentos y con diferente intensidad. Ello facilita el plantear objetivos y dar una base a la oferta de tratamiento.

Como señala Horowitz (1997), pueden constituir problemas lo que, en otros contextos, llamamos:

- a) Síntomas (relatados por el paciente: "sensación de falta de aire, sudores e impresión de ir a morir" en un paciente ansioso).
- b) Signos (puestos de manifiesto por nuestra observación: "discurso prolijo, falta de tonalidad afectiva y evasivo" en un paciente obsesivo).
- c) Problemas de la vida (por ejemplo: "dificultad para mantener las relaciones iniciadas por plantear demandas masivas").
- d) Temas de preocupación ("conflicto dependencia/independencia").

Cuadro 2.4. Plan de atención en términos de problemas, objetivos, actividades y agentes

Problema	Objetivos	Actividades	Agentes
1. Fractura múltiple de pévis como consecuencia del accidente	1. Consolidar la fractura	1. Inmovilización y cuidados	1. Servicio de traumatología (será trasladado desde la UCI)
2. No sabe que su mujer e hija murieron en el accidente	2. Darle la noticia	2.1. Hablar con los padres para que se la den 2.2. Advertirles sobre su situación actual para que la tengan en cuenta	2. Trabajador social
3. Episodios de ansiedad intensa que dificultan la inmovilización	3. Ansiolisis que permita el tratamiento y cuidados	3.1. Pautar ansiolítico 3.2. Pautar condiciones de aumento de dosis	3. Psiquiatra
4. Sentimientos de culpa por ser el conductor (aunque la culpa del accidente no fue suya)	4. Conseguir una apreciación realista de las responsabilidades	4. Discutir el problema	4. Psicólogo

Problema	Objetivos	Actividades	Agentes
Probable impacto de la noticia de las pérdidas	5. Facilitar el proceso de duelo 5.1. Facilitar la aceptación de la pérdida 5.2. Facilitar la expresión de emociones 5.3. Facilitar el afrontamiento de problemas prácticos 5.4. Facilitar la recolocación	5.1. Buscar colaboración de la familia. Instruirles al respecto 5.2. Buscar colaboración de traumatólogos y enfermería 5.3. Entrevista directa con el paciente	5. Psicólogo

Algunos autores (Sperry et al., 1992; Horowitz, 1997) encuentran útil tipificar los problemas como biológicos, psicológicos o sociales. No nos parece que tal distinción (por otra parte siempre bastante arbitraria) resulte especialmente útil salvo como recordatorio de alguna área de exploración que, al principio, pueda habernos pasado desapercibida.

4. ¿Cómo, cuándo y con quién se pone(n) de manifiesto?

Se trata de situar los problemas en un contexto. Para hacerlo hemos debido explorar cómo, cuándo y con quién se pone de manifiesto cada uno de los problemas que hemos identificado.

Alfredo es un paciente de 38 años que acude a un centro de salud mental derivado de Urgencias por su médico de cabecera pues acusa profundos sentimientos de tristeza e ideación autolítica. Había perdido un trabajo como electricista tres meses antes y, desde entonces, se encontraba en el paro. La siguiente interacción surge en una tercera sesión de una intervención psicoterapéutica en la crisis, para la que se había contratado con el paciente ocho sesiones. Después de una mejoría inicial, Alfredo acude a terapia relatando un empeoramiento que no relaciona con ningún acontecimiento sucedido durante la semana:

A: Esta semana he estado fatal. No me recupero. No hay nada que hacer...

T ¿Qué ha ocurrido en esta semana que le hace sentirse así?

A: Nada, no ha pasado nada, sólo que yo cada vez estoy peor, no levanto cabeza.

T. • ¿Ha pasado aquí la semana o se ha ido a su pueblo?

A: Me he tenido que ir al pueblo, porque mi hermana se empeñó. No se fiaba de dejarme aquí solo. Me tratan como si fuera un niño pequeño (llora)... Creo que me hubiera puesto mejor si me hubiera quedado en Madrid.

T ¿Por qué dice eso?

A: Porque esta semana he vuelto a tener una bronca con mi padre. Él es muy antiguo, del siglo pasado, lo único que entiende es que yo me dedique al campo, como él. Y yo no quiero hacerlo. A mí me gustaría dedicarme a lo del turismo rural.

Me volvió a insistir en que me dejase de tonterías y me pusiera a trabajar cuando yo le estaba contando mi idea de convertir una cabaña que tenemos abandonada en un albergue para tres o cuatro personas. Conozco a algunos de otros pueblos que lo están haciendo y les va muy bien.

Me dijo que no se iba a gastar ni un duro más en mis tonterías, que bastante tiempo había perdido ya en Madrid buscando trabajo, en vez de ayudarle a él en el campo, que si quería seguir en casa tenía que arrimar el hombro (llora angustiado) (el discurso es largo y monótono).

¡Siempre es igual, saco un poco la cabeza y me la hacen bajar de un plumazo! Él se cree que yo no valgo para esto y me trata como si tuviera dos años...

T. • Alfredo... y cuando su padre no aceptó su idea, ¿cómo reaccionó usted?

A: Me quedo paralizado, nunca sé qué responderle, me bloqueo y me voy dando un portazo. Antes me iba al bar a beber, ahora no (con los ojos llenos de lágrimas).

T. • ¿Fue después de esto cuando se empezó a encontrar peor, más triste?

A: No sé, porque eso es lo que ocurre siempre, no tienen confianza en mí.

T. • Siempre fue así la relación con su padre?

A: Sí ¿desde pequeño, con mi hermano es distinto A él sí le tiene en cuenta, le consulta todo.

T. • ¿Y usted desearía que con Vd. fuera también así?

A: Eso es imposible. Cuando yo digo algo en casa, me miran como si no estuviera bien de la cabeza, como si sólo dijera chorradas.

T. • Lo que me está diciendo es que para usted sigue siendo muy importante la valoración que su padre haga de usted. Que su deseo es que su padre le escuche y que tome en serio su proyecto del albergue rural, pero lo que se encontró el otro día, cuando se atrevió a exponerlo fue que se sintió de nuevo, como en otras ocasiones, desvalorizado por él, dice usted "como si sólo dijera chorradas", "que le trataba como a un niño pequeño". Ante esta respuesta usted dice que "se bloquea". No consigue defender sus argumentos, se llena de rabia y se desahoga dando un portazo o, antes, bebiendo en exceso.

A: Sí, así es... Siempre es así.

T. • Sin embargo, usted sigue buscando con una gran ansiedad que su padre apruebe las cosas que hace o que piensa...

A: Sí ¿verdad? Parezco un niño pequeño.

T. • ¿Tal como piensa su padre?...

La interacción entre Alfredo y su terapeuta continúa. Alfredo ha iniciado la sesión relatando un empeoramiento de los mismos síntomas por los que ha acudido a terapia. La terapeuta los explora, sin que al principio aparezcan conectados con ninguna situación especial. La primera asociación aparece cuando la terapeuta contextualiza el empeoramiento: ¿cuándo aparece el malestar?, "durante la semana pasada", lo que da lugar también al "dónde" aparece: "en el pueblo", y con respecto a quién, en el contexto de la relación con el padre.

5. ¿Cuál es la secuencia de emociones, ideas, comportamientos y relaciones que implica?

La capacidad de identificar patrones de emociones, ideas y comportamientos en la presentación de los problemas por los que los pacientes consultan es básica para el ejercicio de la psicoterapia. Lo que los diferentes modelos teóricos que sustentan las distintas propuestas de intervención psicoterapéutica ofrecen es, precisamente, esquemas, constelaciones de elementos con que construir estos patrones (en términos de deseos inconscientes y defensas frente a la angustia que éstos despiertan en psicoterapeutas que se llaman psicoanalíticos, esquemas cognitivos y pensamientos automáticos que desencadenan emociones y comportamientos en otros que se consideran cognitivistas, reforzadores de comportamientos en los conductistas o intentos de salvaguarda de la homeostasis familiar en los sistémicos, por poner algunos ejemplos obvios) (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2001).

Beitman y Yue (2000) llaman a estas pautas, construidas sobre los moldes propuestos a partir de los principios teóricos de las diferentes escuelas, pautas de segundo orden. Pretenden así diferenciarlas de algunas pautas de primer orden definidas por esos términos, que nos permitirían calificar a los demandantes de nuestra ayuda con términos como obsesivo, histérico, borderline o alcohólico, y de lo que ellos llaman pautas bien construidas o pautas de tercer orden, en las que intentaría darse cuenta de estas secuencias de emociones, comportamientos, ideas y sensaciones en frases construidas a medida, en castellano corriente, para intentar ajustarse a la experiencia del sujeto que demanda la ayuda.

En la formulación para la práctica de la intervención en crisis, el terapeuta trata de rastrear, en la narrativa del paciente, los indicios (aquello que llamábamos puntos de anclaje) que permitan articular la transformación del problema inicialmente formulado en la demanda en términos de la irrupción de una exigencia nueva que desborda los mecanismos de afrontamiento habituales del sujeto y exige (y también posibilita) el desarrollo de nuevos recursos. En definitiva: vislumbrar el proceso de transformación de la narrativa de partida en la narrativa de la crisis.

Me cuenta que cree que no vale para nada. Pero esto no ha sido siempre así. Por lo que me ha dicho, hasta la muerte de su padre no sólo pudo hacerse cargo

de sus propias cosas, sino que fue capaz de ir mucho más allá, cuidarlo mientras estuvo enfermo y sacar adelante la casa, sorprendiendo a todo el mundo. Lo que es difícil de entender es por qué precisamente entonces, cuando ocurre algo que usted sabía que iba a ocurrir y que, de algún modo, le liberaba de ese sobreesfuerzo enorme y le hubiera permitido volver a ocuparse de usted y a disfrutar de la vida, parece que todo se hunde, que nada tiene sentido, y se siente usted sobrepasada por cualquier problema. Es como si algo de lo que sigue a ese momento le hubiera pillado desprevenida, como si con la muerte de su padre usted hubiera perdido pie. Y no sabemos por qué. Pero parece que es así ¿No? Eso es lo que vamos a intentar trabajar juntos.

6. ¿Por qué se perpetúa(n)?

La narrativa de la crisis nos remite a una situación en la que los procedimientos utilizados por un sujeto para afrontar su malestar o buscar sus gratificaciones se ven desbordados. Las circunstancias que impiden estos procedimientos a veces son obvias e imposibles de modificar (es el caso de una víctima de un terremoto que ha perdido a su familia y sus pertenencias). Pero, a veces pueden no serlo tanto y puede incluso sorprender la adherencia de los sujetos a formas de comportamiento que se muestran reiteradamente coronadas por el fracaso.

Desde Freud y su concepto de ganancia neurótica, sabemos que, a veces, comportamientos problemáticos que conllevan malestar intenso se sostienen porque, a la vez, facilitan el alivio de tensiones o la realización simbólica de deseos de los que el sujeto puede no percatarse. También desde Freud sabemos que, a veces, esos comportamientos se mantienen no sólo por esa facultad que tienen de dar salida de un modo aceptable a impulsos inconscientes, sino, también, porque la puesta en marcha de estos comportamientos problemáticos puede reportar ventajas circunstanciales que hagan, al menos en cierto modo, rentable el mantenerlos. Un ejemplo obvio de este fenómeno sería el del trabajador que, por su trastorno, consigue la baja que le exime de trabajar en condiciones indeseables. O la de la persona que espera recibir una indemnización económica por haber sufrido secuelas psicológicas como resultado de una agresión o un accidente. Pero lo sería también el de la mujer que, en su calidad de enferma, recibe del marido atenciones que de otro modo no le daba, abstraído como estaba por sus propias exigencias laborales.

Rosa refiere tristeza en relación con el anuncio de su hija de su orientación homosexual. La depresión le permite a Rosa solicitar y aceptar el cuidado de su familia, de su marido y de su hija. Por primera vez, aunque sea a través del camino del sufrimiento, Rosa se siente con cierto estatus en su familia y, lo que es más importante para ella, se siente legitimada para obtenerlo.

Jaime es un hombre de 57 años que está atravesando por una situación de

gran sobrecarga emocional y de trabajo al tener que atender, además de sus ocupaciones laborales y familiares habituales, las demandas que el cuidado de su padre, enfermo de un cáncer terminal, le plantean en los últimos meses. Algunos familiares se han ofrecido a ayudarlo, pero nada ni nadie consigue que Jaime se alivie de sus ocupaciones para con su padre. Jaime mantuvo una relación difícil con su padre, quien, viudo de la madre de Jaime, se volvió a casar con otra mujer con la que tuvo otra hija. Jaime nunca se sintió querido por su padre y siempre buscó el cariño y la aprobación de éste. A través del cuidado de su padre durante la enfermedad, Jaime consigue una posición de cercanía con respecto a éste que el padre nunca le había permitido. Con su abnegada conducta, Jaime le demuestra a su padre que él es el mejor hijo de los dos. Durante uno de los períodos confusionales del padre, antes de morir, éste dice de Jaime: "Ése, ése... sí que fue un buen hijo". Esas palabras le ayudaron mucho durante el proceso de duelo posterior.

Es relativamente frecuente que entre los factores perpetuantes estén las ganancias que la situación problemática proporciona no ya al sujeto que demanda ayuda, sino a su entorno.

En uno de los ejemplos anteriores señalábamos cómo la depresión de Rosa le ayudaba a mantener un estatus privilegiado en la familia que nunca había conseguido por otras vías. Pero, además, a su hija la protege de implicarse en una vida sexual que tiene orientación homosexual, ya que está dedicada al cuidado de su madre, mientras que para el padre puede ser una vía de mantener el control sobre los otros dos miembros de la familia, que, ocupadas en el rol de enfermera y enferma, están lejos de poder hacer cualquier otra demanda que cuestione su papel de autoridad en el hogar. Para todos puede ser una forma de ralentizar o de frenar la evolución familiar hacia una nueva fase del ciclo vital en la que la pareja, Rosa y su marido, cargando todavía con cuestiones relacionales pasadas y no resueltas entre ellos, se encuentre sola y frente a frente.

Muchas veces lo que actúa como perpetuante de una situación no es tanto alguna ganancia obtenida por el paciente o por su entorno, sino algún déficit que dificulta el trabajo de adaptación a la nueva situación que podría dar salida a la crisis y que no tuvo consecuencias en la etapa de funcionamiento normal que la precedió.

7. ¿Cómo se originó históricamente?

La idea de que conocer los orígenes históricos de los problemas que hemos de abordar en la terapia es de importancia central (si no el objetivo principal de ésta) goza de una amplia tradición en la historia de la psicoterapia, a pesar de que ya desde Freud sabemos que esta labor arqueológica no es imprescindible. Pero sí es cierto que la biografía del sujeto que padece estos problemas y la historia de su entorno significativo

son los referentes que, por regla general, arrojan más luz sobre los problemas que hemos de tratar. En el caso de la intervención en crisis, la referencia a la historia biográfica nos permite constatar que, efectivamente, ha existido un funcionamiento aceptable hasta la situación crítica y rastrear posibles orígenes de patrones desencadenados por ésta que puedan estar resultando problemáticos o de aspectos de la historia personal del sujeto que pueden estar contribuyendo a que sus experiencias actuales cobren un determinado significado.

Por ello en toda formulación han de referirse las posibles relaciones entre el desarrollo particular del sujeto y los problemas que presenta o las oportunidades con que cuenta para resolverlos.

En la interconsulta de Psiquiatría del Hospital General, un oncólogo se muestra preocupado por la reacción del marido de una paciente ante la evolución de ésta. La mujer es una enferma oncológica en estadio avanzado. El marido, Manuel, ha cortado radicalmente la relación con el oncólogo, desde que éste no puede darle buenas noticias acerca de la enfermedad de la mujer. No acude a las citas de información de familiares y actúa como si no estuviera enterado de la gravedad de la situación. Una vez que el oncólogo ha solicitado una interconsulta para la esposa, la psiquiatra se entrevista también con el marido, interesándose por cómo éste estaba llevando el acompañamiento de su mujer en una situación tan dura. Manuel contesta, en tono irritado, que él no es ningún tonto, que conoce la situación, pero que si el oncólogo o cualquier otro no tienen más noticias que darle que la próxima muerte de su mujer, él, Manuel, no tiene nada más que decir. Hablando sobre su forma de afrontar el problema, Manuel señala que él nunca se da por vencido, que hace ya seis años le dijeron los médicos que su mujer se moría en unos meses y, sin embargo, ahí está, que si él hubiera actuado así en el transcurso de su vida no hubiera llegado a donde está. Manuel relata, ante las preguntas de la psiquiatra, cómo a los cuatro años y, después de la muerte de su padre, su madre le había abandonado en una institución donde había permanecido hasta los dieciséis años. Sus recuerdos de esa época eran muy duros, pero también, según él, le habían convertido en un luchador. La entrevista termina acordando con la psiquiatra, una forma de darle información, por parte del equipo médico, que no le deje totalmente desprovisto de esperanza, situación en la que, asegura, no sería ni siquiera capaz de venir a verla. La psiquiatra le señala también cómo ahora entiende el sufrimiento por el que está pasando y el riesgo que tiene no pedir ayuda, porque, como él reconoce, nunca ha aprendido a hacerlo.

La biografía del sujeto susceptible de psicoterapia debe ser explorada sistemáticamente durante la fase de evaluación. Tal sistemática incluye la exploración sobre lo que en la familia se cuenta sobre la primera infancia, cómo era calificado de niño, la escolarización, el rendimiento académico, la socialización, los juegos, las

relaciones con los hermanos y compañeros, las expectativas propias y de la familia, la adolescencia, la información, los valores y el inicio de la actividad sexual, el fin de la escolarización, la autonomización respecto de la familia de origen, la historia de relaciones sentimentales, la actividad laboral, la historia de la familia propia, la paternidad, la historia de pérdidas, las de situaciones críticas, la jubilación... Es importantísima la indagación de fechas que permitan establecer relaciones significativas entre éstas.

Soledad es una mujer que consulta después del inicio de un nuevo episodio depresivo. A ella nunca le habían gustado las Navidades, pero desde hace cuatro años se repiten, en torno a estas fechas, dos o tres meses de intenso abatimiento, del que poco a poco va saliendo. La paciente lanza además la hipótesis del clima frío navideño, como un tiempo depresógeno para ella. Cuando va conversando con la terapeuta acerca de los avatares de su vida, surge el acontecimiento de la muerte de su madre, alrededor de las fechas de sus episodios depresivos, cuatro años antes. Soledad se sorprende al relatarlo y también de que pueda estar presentando reacciones de aniversario ante la pérdida de su madre, ya que ésta estaba ingresada en una residencia desde varios años antes por padecer una demencia degenerativa. Para Soledad lo más duro había sido asumir la enfermedad de la madre. Pero precisamente, por las características de la demencia, en la que moría la madre que ella había conocido, pero que continuaba viviendo en su cuerpo, Soledad no había podido elaborar el duelo. El hecho de que la madre estuviera desde hacía años alejada de su vida cotidiana, por razón de su enfermedad, le había permitido "minimizar" la pérdida, como forma de protegerse del dolor que ésta le suscitaba.

La indagación de las fechas es aún más importante, requiere mayor exactitud y es más difícil de hacer cuando enfrentamos las has tante frecuentes reacciones de aniversario, en las que una determinada sintomatología se desarrolla, por ejemplo, a partir de la fecha en la que se cumple un determinado número de años de un acontecimiento (frecuentemente una pérdida o un hecho traumático).

Igualmente debe explorarse la existencia de regularidades o la historia de algunas peculiaridades presentes en una perspectiva transgeneracional. Cosas como: "En la familia de mi madre siempre han sido las mujeres las que han tomado las decisiones", o "Los Ortiz nunca consentimos que se haga eso en nuestra presencia", o "Mi abuela se pasó también toda la vida diciendo que tenía un dolor que nunca supimos en qué consistía" pueden darnos cuenta del significado idiosincrásico que adquieren acontecimientos cuya importancia, de otro modo, pasaría desapercibida. La exploración de estos aspectos, que se lleva a cabo más fácilmente sobre un genograma construido con ese propósito, es parte imprescindible de toda evaluación eficaz de un posible paciente en psicoterapia.

8. ¿Qué facilitó su aparición o facilita su mantenimiento?

Con la información organizada hasta llegar a este punto podemos tener una idea de en qué consiste el problema, en qué condiciones se manifiesta y qué tiene de particular la situación que lo ha hecho aparecer. Lo que en este punto nos preguntamos es: ¿Qué es lo que hizo que este sujeto en particular afrontara esa experiencia concreta de esta manera determinada, cuando otro hubiera podido reaccionar de otro modo?

Se trata de explorar la existencia de factores que hacen a una persona especialmente vulnerable a determinadas experiencias, las cuales, debido a alguna característica propia de tal persona, adquieren para ella un significado especial. Una persona que ha tenido experiencias de pérdida de los padres y desamparo en la primera infancia puede sentirse más amenazada que otra que no las ha tenido ante la pérdida de cosas que son fuente de seguridad (el trabajo, la casa...). Una persona que ha experimentado pérdidas imprevistas sentirá más fácilmente como amenazantes señales de que algo no funciona correctamente.

El otro elemento que facilita la aparición o el mantenimiento de los trastornos es lo que se conoce como los déficit. Además de poder ser sorda, ciega o coja, una persona puede, por ejemplo, haber vivido en un medio superprotegido que no le ha exigido aprender las habilidades básicas necesarias para buscar amigos o vivir autónomamente. Puede no haber aprendido a requerir atención o a expresar sus necesidades de un modo compatible con el grupo social en el que debe moverse. Este tipo de déficit debe ser evaluado de antemano porque a veces se estrellan contra ellos estrategias de psicoterapia que deberían dar lugar a situaciones para las que los elementos que son deficitarios serían prerequisites. Y si la terapia es sobre todo una experiencia correctiva, no considerar estos factores nos hace correr el riesgo de proporcionar a nuestros pacientes una experiencia de fracaso. En las situaciones de crisis se pueden hacer manifiestos déficit de desarrollo que han estado silentes hasta que la nueva situación los ha puesto de manifiesto. Una persona que ha sido una niña sobreprotegida y que, en esas condiciones, ha estado muy bien adaptada y con gran capacidad de rendimiento puede no haber desarrollado capacidades que le van a ser precisas cuando haga sus primeros intentos de ganar autonomía. Una adolescente que se ha desenvuelto adecuadamente en un medio en el que convivía con otros de su mismo sexo puede encontrarse en apuros cuando se traslada a un medio en el que pasa a tener compañeros de ambos sexos que además llevan años aprendiendo a relacionarse entre sí.

9. ¿Qué puede facilitar el cambio?

En medicina en general y en psiquiatría y en psicología clínica en particular, se tiende a considerar que hacer un diagnóstico consiste en determinar qué es lo que no funciona como sería deseable. Desde luego que un diagnóstico debe incluir esto. Pero para lo que sirve un diagnóstico es para hacer de guía de una intervención terapéutica y esto requiere

atención no sólo sobre cuáles son las debilidades que determinan el problema que vamos a tratar, sino, también, sobre cuáles son los recursos y las fortalezas en las que podemos apoyarnos para resolverlo y cuáles son las oportunidades que podemos aprovechar para esto mismo. En la intervención en crisis será fundamental la exploración de los recursos a partir de los cuales puede organizarse la capacidad de desenvolvimiento en la nueva situación y de aquellos componentes del funcionamiento previo que pueden incorporarse a la nueva etapa.

Un sujeto dado que presenta crisis de ansiedad puede haber hecho yoga en su juventud y esto puede recuperarse como un instrumento de control de la ansiedad. Un paciente con una auténtica dificultad para nombrar y expresar emociones tiene en cambio una capacidad de reflexión lógica fuera de lo común que puede ser utilizada en el marco de una estrategia cognitivo-conductual. El estilo negador y la utilización de la actividad laboral como elemento distanciador de la vida emocional de un paciente puede ser causa de ciertos problemas, pero puede ser un elemento a utilizar positivamente cuando nos es remitido por el servicio de oncología tras un fracaso en un segundo ciclo de quimioterapia. Una separación puede representar, además de una pérdida, la oportunidad de experimentar un sentimiento de autonomía que nunca antes pudo tenerse...

Una pregunta que no debe faltar en la evaluación de un paciente es: "¿Qué es lo que, hasta este momento, ha hecho usted para hacer frente al problema?". La respuesta nos orientará sobre qué estrategias ya han fallado (para no repetir las), pero nos dará también alguna idea sobre cuáles han tenido algún éxito parcial y quizás nos dé una pista sobre cómo mejorar sus resultados.

10. ¿Cuál es la actitud respecto al cambio del paciente?

Los pacientes pueden acudir a la consulta deseosos de deshacerse de un problema que viven como limitante, pero más o menos dispuestos a implicarse personalmente en un trabajo para lograrlo, o a cambiar otras cosas de su vida que pueden estar indisolublemente unidas al problema que se trata de resolver. Este aspecto de la presentación de un paciente ha sido tratado en la literatura psicoterapéutica como el de la motivación y, en buena parte de ella, se ha tratado para concluir que la presencia de esta característica (la motivación) era un requisito (un criterio sine qua non para la indicación) de la psicoterapia. Los pacientes que atraviesan situaciones críticas suelen, por definición, experimentar un intenso malestar que puede actuar como motivación para el intento de cambio a través de la ayuda psicoterapéutica. Pero conviene recordar que hoy la motivación no debe ser considerada un requisito imprescindible para la psicoterapia. Además, la motivación no es algo que se tiene o no. Autores como Prochaska y Diclemente (1984) han puesto de manifiesto que la motivación puede entenderse como un componente de un proceso que pone al sujeto en relación con una exigencia de cambio. Y que éste exige a lo largo de su desarrollo estrategias diferentes, pero no

establece, en sí mismo, límites absolutos a la posibilidad de intervenir. Este modelo ha demostrado su utilidad incluso en investigaciones que han puesto de manifiesto la relación entre el momento en el que un paciente se encuentra en este proceso y el grado de respuesta a un fármaco (Beitman et al., 1994).

11. ¿Cuáles son las expectativas respecto a la consulta?

Tanto las expectativas negativas como las desmesuradas influyen negativamente en el resultado de la psicoterapia. Las expectativas previas deben ser activamente exploradas, preguntando qué es lo que el paciente espera de la consulta y cómo se imaginaba que iba a ser el tratamiento. Las expectativas inadecuadas pueden deberse a problemas de información, como en el caso de quienes se imaginan el tratamiento a partir de lo visto en películas como *Recuerda*, *Alguien voló sobre el nido del cuco* o las de Woody Allen. Pero puede también poner de manifiesto pautas de relación o de pensamiento características del paciente.

Al final de la fase de evaluación no sólo se debe explicar al paciente cómo se va a trabajar en la terapia (ver el capítulo sobre el contrato), sino que se debe explorar activamente qué idea se ha formado de la propuesta que le hemos hecho. La práctica de preguntar cuál es el resultado que espera de la terapia en el más probable, en el mejor y en el peor de los casos, es útil no sólo para evaluar esto, sino también para servir de base a la evaluación conjunta del proceso en la fase de terminación.

12. ¿Cuáles son los objetivos planteables para la terapia?

Un análisis sistemático como el que hasta aquí venimos proponiendo puede poner de manifiesto problemas que no necesariamente van a ser objetivo de la terapia. En el caso de la intervención en crisis, rasgos de carácter que, aunque llamativos, no han impedido un buen nivel de funcionamiento anterior serán pasados por alto, salvo que planteen graves interferencias con necesidades nuevas puestas sobre el tapete por la nueva etapa.

Eduardo es un profesor de instituto de 31 años que acude a consulta con un cuadro depresivo grave e ideas de suicidio que pusimos en relación con una serie de cambios recientes: había conseguido un trabajo fijo, se había casado con la que había sido su novia durante ocho años y se había comprado una casa en la periferia de Madrid. Tales cambios, deseados durante mucho tiempo, suponían de hecho el abandono de sus expectativas de ser profesor universitario y dedicarse a la investigación, como hubiera sido el deseo de su padre. Eduardo había sido siempre meticuloso y ordenado, guardaba todos los coleccionables del periódico, no permitía que nadie se acercara a su mesa de trabajo para que no le cambiaran de sitio las cosas, aunque le parecía incongruente con su pretensión de ser un científico, empleaba bastante tiempo en ejecutar una serie de rituales que creía

que le daban suerte... En una ocasión, durante la consulta, se levantó y comenzó a ordenar los objetos que tenía sobre ella el terapeuta mientras decía: "¡Mire, es que yo, esto, no puedo soportarlo!". Pero estos fenómenos obsesivos no sólo no habían sido un obstáculo insalvable en el funcionamiento anterior de Eduardo, sino que, probablemente, habían facilitado el que pudiera llevar a cabo como lo hizo alguna de sus elecciones (era un buen estudiante, trabajador y capaz de aprovechar lo que había trabajado aunque fuera hace mucho tiempo...). Se acordó un foco en la transición de rol y no se abordó en la terapia su estilo obsesivo de comportamiento. Eduardo superó el episodio depresivo. Pocos años después tuvimos noticias suyas. Tenía dos hijos. Continuaba con su plaza de profesor de instituto, pero había conseguido una estancia de dos años como asociado en una universidad.

Los objetivos deben ser limitados y realistas; los objetivos excesivamente ambiciosos, en el mejor de los casos, acaban traducándose en decepciones y, en el peor, hacen que el paciente enfrente situaciones para las que no está capacitado. La construcción de objetivos de estas características es un elemento clave de la intervención en crisis.

Paciente: Quiero saber realmente quién soy yo.

Terapeuta: No sé si entiendo lo que quiere decir... ¿No está usted muy seguro de sus deseos o de sus decisiones?

Paciente: Sí. Es como si siempre hubieran decidido por mí.

Terapeuta: ¿Me pide usted que le ayude a ir descubriendo lo que usted quiere y a decidir en función de ello?

Es importante que los objetivos estén formulados en términos operativos: "ser feliz", "no ser tan obsesivo" o "dejar de maltratarse a sí mismo" no son objetivos útiles. Sí lo son formulaciones como "conseguir ir sola al supermercado cuando sea necesario" o "poder interesarse por determinada actividad que antes era gratificante sin que el recuerdo de la persona perdida lo impida". Es más fácil que sepamos que tanto el paciente como nosotros entendemos lo mismo con objetivos formulados según este segundo modelo. Además, con éstos es posible saber cuándo los hemos alcanzado o hasta qué punto los estamos alcanzando.

13. ¿Cuáles son los medios de que vamos a valernos para conseguir cada uno de ellos?

En la formulación debe especificarse cuáles son las estrategias que van a seguirse para lograr cada uno de los objetivos propuestos. En un mismo paciente puede pensarse en controlar unos rituales con exposición con prevención de respuesta, modificar una

dinámica familiar que actúa como perpetuante mediante una intervención familiar y actuar sobre el pensamiento obsesivo mediante una intervención orientada al insight y clomipramina. A veces es útil disponer esta información con un sistema semejante al propuesto en el cuadro 2.4.

14. ¿Qué curso de la terapia prevemos?

La formulación debe contener una estimación pronóstica. El hacerla sirve precisamente para avisar al terapeuta de que algo no se ajusta a lo previsto cuando no se cumple. De otro modo es relativamente frecuente que se mantenga una estrategia infructuosa mucho más tiempo del que hubiera sido necesario para comprobar que lo es. También es útil compartir esta estimación con el paciente. Permite ajustar expectativas y que el paciente colabore en esta labor de control del curso de la terapia.

15. ¿Qué dificultades prevemos?

Con la información disponible debe plantearse cuáles son las dificultades previsibles en la terapia. Tales dificultades provienen de varias fuentes.

La primera fuente de dificultades tiene que ver con la forma de definir el problema. Sabemos que hay determinados problemas, asociados a determinadas categorías diagnósticas, que implican modos de enfrentar la adversidad de algunos grupos de pacientes. Los pacientes de los que decimos que padecen un trastorno borderline de la personalidad tienden a alternar la idealización con el odio hacia el terapeuta, tienden a transgredir el encuadre y responden a las dificultades en la terapia con actuaciones. Los pacientes obsesivos tienen dificultades para implicarse afectivamente en la terapia, pueden resultar aburridos, pueden ser inútilmente complacientes con el terapeuta y pueden presentar bruscas e inesperadas irrupciones de ira si se sienten relegados o despreciados por él, cosa que puede suceder por detalles que pueden parecerlos nimios. Los pacientes esquizofrénicos presentan sistemáticamente problemas de motivación y pueden entender de modo literal las metáforas que los terapeutas utilizamos con éxito en otros pacientes.

Hay otros aspectos de la naturaleza del problema diferentes de las categorías diagnósticas que pueden hacernos esperar dificultades. Las personas que acuden por haber sufrido recientemente situaciones traumáticas pueden tener dificultades para trabajar con emociones en la consulta sin presentar problemas graves de contención. Las que presentan problemas asociados a situaciones de soledad pueden no mantener relaciones interpersonales actuales sobre las que discutir en la terapia. Las de alta exigencia y baja autoestima pueden considerar el mismo hecho de pedir consulta como un fracaso...

La segunda fuente importante de dificultades en la terapia se refiere a la presencia en el paciente de rasgos que dificultan las tareas que deben llevarse a cabo en la terapia. Los pacientes que tienen dificultades graves para identificar y nombrar sus propias emociones se implican mal en terapias verbales que utilizan éstas como elemento central del trabajo. Los pacientes con una inteligencia o un nivel cultural bajo pueden tener dificultades para implicarse en tareas que presuponen un mayor nivel de una u otro. Los pacientes con dificultades de contención tienen dificultades para respetar el encuadre.

Hay rasgos del paciente que influyen no en la tarea a desarrollar, sino en la relación con el terapeuta, y constituyen una tercera fuente de problemas. Independientemente de cuál sea el motivo de consulta, los pacientes con tendencia al splitting idealizan o denostan también al terapeuta, los que tienen dificultades para afrontar la separación presentan problemas para terminar el tratamiento (y, a veces, cada sesión), los más paranoides tienen dificultades para construir una relación de confianza. En general, al menos en alguna ocasión, los pacientes tienden a contemplar las acciones del terapeuta de acuerdo con las expectativas que se derivan de las pautas problemáticas que les dificultan también otras relaciones. En definitiva, en eso consisten los fenómenos transferenciales.

La última de las fuentes de problemas a la que vamos a referirnos es la propia persona del terapeuta. Por sus características, el paciente puede activar en el terapeuta pautas de relación que interfieran con el curso de la terapia. Esto puede suceder a partir de características más o menos evidentes. Hay terapeutas que por su historia personal pueden tener dificultades para mantener la objetividad con policías, sacerdotes o militares; los hay a quienes les puede costar mantener la distancia emocional necesaria ante mujeres que han sido maltratadas; hay otros que toleran mal a las personas que son muy autoritarias o muy exigentes o muy seductoras en sus estilos de relación y, por tanto, en la relación terapéutica. Éste es el campo de lo que se han llamado reacciones contratransferenciales y el terapeuta debe desarrollar su sensibilidad para anticiparlas y prevenirlas y para identificarlas cuando aparecen, bien entendido que el terapeuta ideal no sería el que no tuviera este tipo de reacciones, sino el que, por saber reconocerlas, es capaz de aprovechar la información que le proporcionan en beneficio de la terapia. Así, por ejemplo, un terapeuta con una historia personal de haber sido víctima de abusos, si es capaz de identificar y no actuar inconscientemente frente a sus sentimientos de alarma, puede tener especial sensibilidad para detectar pautas de comportamiento autoritario que pueden estar causando problemas interpersonales importantes a un paciente dado.

16. ¿Qué contrato proponemos?

Como hemos expuesto en el apartado correspondiente, no hay psicoterapia posible sin contrato. La formulación pretende ponernos en condiciones de qué tratamiento vamos a intentar llevar a cabo y, por tanto, qué contrato vamos a presentar al paciente.

El cuadro 2.5 resume los componentes básicos de un contrato. A ellos nos referiremos con detalle en un próximo apartado.

Cuadro 2.5. Contrato (Fernández Lirio y Rodríguez Vega, 2001)

1. *Foco*

- Devolución:
 - Hipótesis del terapeuta (razonada).
 - Estimación pronóstica.
 - Justificación de una propuesta de tratamiento.
- Acuerdo de una versión conjunta (terapeuta/paciente) del problema.

2. *Encuadre*

- Individual/pareja/familiar/grupo.
- Lugar/posición.
- Frecuencia/duración de las visitas.
- Manejo de incidencias:
 - Retrasos.
 - Citas perdidas/canceladas.
 - Prolongación derivación.
 - Urgencias/citas extra.
- Ilimitado (¿hasta cuándo?, ¿hasta conseguir qué?), por tiempo predefinido (n.º de sesiones determinado, n.º de horas determinado).
- Normas del paciente (asociación, tareas para casa...).
- Normas del terapeuta (directividad, respuesta a preguntas, consejos...).

3. *Objetivos del tratamiento*

En el cuadro 2.6 se expone un ejemplo de formulación de un caso para una intervención en crisis.

Cuadro 2.6. Ejemplo de formulación para una intervención en crisis (Caso Mariam)

1. ¿Cuál es la queja?: Intento de suicidio.
2. ¿Cómo se ha producido la consulta?: Son los familiares quienes demandan tras encontrarla confusa en su domicilio.
3. ¿Cuál es el problema (o problemas)?: Tristeza, anhedonia, insomnio y adelgazamiento, riesgo de suicidio...
4. ¿Cómo, cuándo y con quién se pone(n) de manifiesto?: Ruptura de la relación de pareja.
5. ¿Cuál es la secuencia de emociones, ideas, comportamientos y relaciones que implica?: El abandono de la pareja le supone una aguda pérdida de la estima personal, basada en el cuidado y búsqueda de la aceptación de los demás. Para ello establece relaciones en las que se somete, aun a costa de no expresar sus deseos o sentimientos considerados negativos (como ira o rabia).
6. ¿Por qué se perpetúa(n)?: Mantener la pauta de conducta anterior le asegura la aceptación de los demás y evita sus miedos a la soledad. Comportarse como una persona normativa le ha supuesto también ser valorada en su familia y en su trabajo.
7. ¿Cómo se originó históricamente?: Tras experiencias de graves dificultades económicas y de privación afectiva en la infancia, la familia de Marian busca la seguridad en una aceptación incondicional de las normas sociales y una prohibición implícita de la "diferencia", que es castigada o culpabilizada. En ese contexto de aprendizaje, Marian aprende que sólo es posible sostener su autoestima desde la aprobación y la aceptación de sus personas significativas, primero sus padres y después su pareja (también sus jefes o sus amigos). La pérdida de la relación de pareja es experimentado a como una pérdida de su estima personal.
8. ¿Qué facilitó su aparición o facilita su mantenimiento?: La construcción de una imagen de sí misma basada exclusivamente en la aprobación de los demás.
9. ¿Qué puede facilitar el cambio?: La paciente ha experimentado relaciones de afecto y cariño, no sólo ha recibido normas. Es una persona persistente en sus objetivos y emprendedora. Es una persona sensible a las necesidades de los demás, pudiera hacerse uso de esa capacidad para ayudarla a tomar contacto con sus propias necesidades.
10. ¿Cuáles son las expectativas respecto a la consulta?: Al final de la primera entrevista la paciente acepta la ayuda terapéutica y mantiene unas expectativas asumibles por la relación terapéutica.
11. ¿Cuáles son los objetivos planteables para la terapia? Definición operativa: Ayudar a la paciente a la elaboración de la pérdida y a encontrar también aspectos personales que sostengan una imagen preferida de sí misma, en la que el suicidio no tenga cabida.

12. ¿Cuáles son los medios de que vamos a valernos para conseguir cada uno de ellos?: El establecimiento de una relación terapéutica basada en el respeto y la actitud empática ausente de críticas. El inicio del trabajo de duelo, acompañando la narración idealizada de la paciente, respetándola, para facilitar el surgimiento de aspectos negativos de la relación asociados con emociones de rabia (prohibidas hasta ahora). Posibilidad de llevar a cabo intervenciones familiares. Posibilidad de utilizar técnicas de descarga emocional como la silla vacía.
13. ¿Qué curso de la terapia prevemos?: Intervención breve en ocho sesiones.
14. ¿Qué dificultades prevemos? Que se reproduzca con el terapeuta la pauta problema de la paciente y que busque la aceptación de éste más que la exploración de sus emociones. Que la familia actúe como dificultad para la búsqueda de diferenciación de la paciente. Que el terapeuta actúe emociones contratransferenciales estableciendo una relación paternalista que esté al servicio de la pauta problema de la paciente y de la del terapeuta (por ejemplo, satisfacer, así, sus propias necesidades de estima profesional).
15. ¿Qué contrato proponemos?

Hemos visto, Marian, algunas de las dificultades que te han surgido en los últimos meses. Parece que la ruptura con tu novio no sólo te ha causado una intensa pena, para la que puedes necesitar ayuda, sino que te ha hecho sentir como una persona sin valor. Me has contado que este sentimiento te era familiar en situaciones en que temes no ser aceptada o aprobada por los demás. Hasta el punto en que has llegado a desear morirte porque no veías otra solución. Te propongo que nos veamos durante las próximas cuatro semanas, una vez a la semana durante cincuenta minutos, con el objetivo de ayudarte a remontar la ruptura de la relación con tu novio y empezar a explorar cómo has llegado a construir una imagen de ti misma en la que no te valoras ni aprecias. Quizás podamos aprovechar esta situación de crisis, en la que, aunque sea por el camino del sufrimiento, puede haber oportunidades para que cambies cosas, que tú desees cambiar y salir más fortalecida de esta situación. Tu responsabilidad aquí será discutir sincera y abiertamente tus pensamientos y emociones asociados a las situaciones pasadas o actuales o a las que vayan surgiendo. Mi papel es el de ayudarte a ver los puntos conflictivos y acordar contigo posibles soluciones. Para hacerlo, además de hablar es posible que te pida escritos o utilicemos alguna técnica para ayudarte a conectar y expresar tus emociones... ¿Qué te parece si empezamos el próximo martes a las 12 de la mañana?

B) Construcción de la alianza de trabajo

La necesidad de cumplir el segundo objetivo de las fases iniciales - establecimiento de una relación terapéutica - es, una vez que se enuncia, obvia: de nada nos sirve una apreciación muy exacta del problema a tratar si no se dan las condiciones (de confianza, de acuerdo sobre la naturaleza de la tarea y sobre los respectivos roles a asumir en ella por el terapeuta y el paciente) que nos han de permitir trabajar. Sin embargo, parece necesario explicitarlo porque, a pesar de que todo terapeuta con cierta experiencia se ha visto en alguna ocasión renunciando a obtener alguna información o ralentizando el proceso de adquirirla, para salvaguardar esta relación o, incluso, ha salido muy satisfecho de alguna primera entrevista en la que casi ni ha podido averiguar la naturaleza del problema sólo porque ha conseguido remover los obstáculos que inicialmente pretendía el paciente ante cualquier intento de aproximación productiva, es frecuente que este objetivo se omita en los textos introductorios.

Esto es especialmente frecuente en las situaciones de crisis, donde puede ser necesario superar miedos intensos para hacer posible la aproximación necesaria para trabajar.

Barj es un inmigrante de Sierra Leona de 16 años, que luchó en la guerra de su país en la que su familia fue masacrada. Después de una auténtica odisea llegó a nuestro país desde Marruecos en una patera. A los pocos días de su llegada a la ciudad fue recogido por la policía municipal cuando paseaba desnudo, desorientado y aterrorizado por un parque y fue conducido hasta el hospital. En la urgencia aparece alternando momentos de perplejidad y de intenso miedo. Se muestra asustado ante las preguntas de su terapeuta y habla, en una lengua que los profesionales no son capaces de identificar. A veces utiliza el inglés para afirmar que es nigeriano, tiene 22 años y trabaja en una empresa cuyo nombre no recuerda. Quiere irse envuelto en una manta como está, pero se detiene asustado, llorando, cuando llega a la puerta. Se niega a dejarse explorar y rechaza aterrorizado los intentos de aproximación del personal de enfermería y la oferta de un tranquilizante. Dice que nadie puede ayudarlo. Todo lo que consigue el terapeuta es que el paciente convenga con él que se siente muy mal y tiene mucho miedo y que reconozca que el terapeuta no le ha dado motivos para pensar que quiere actuar en su contra, aunque tampoco tiene forma de darle la seguridad de que su deseo de ayudarlo es sincero. Finalmente ambos acuerdan que van a hablar en un lugar de la urgencia que elige Bari por su proximidad a la puerta, que el terapeuta no tomará notas y que no insistirá en preguntar las cosas que Bari no quiera responder. Bari acepta comer algo y, finalmente, entrevistarse con un miembro de una ONG llamada por el trabajador social, que le ofrece alojamiento y apoyo, al menos mientras dure el tratamiento. Bari se va, por fin, más tranquilo, con una cita para hablar de lo que ha pasado al lunes siguiente. Aún tardó tres entrevistas más en dar su nombre de pila.

Casos como el que se acaba de plantear suponen ilustraciones extremas de la afirmación de Marvin Goldfried (comunicación personal) de que el objetivo principal de la primera sesión es conseguir que haya una segunda.

En la medida en que construir la alianza de trabajo es un objetivo de cuyo logro debemos asegurarnos antes de dar por terminadas las fases iniciales, es preciso disponer de un modelo de alianza que nos permita observarla y, de algún modo, medirla. El concepto de alianza de trabajo se debe a Greenson (1967) que la define como "la relación racional y relativamente no neurótica entre paciente y analista que hace posible la cooperación decidida del paciente en la situación analítica". Aunque tal idea ha sido duramente criticada en medios psicoanalíticos por presuponer la existencia de un área del yo libre de conflicto, el uso del concepto (como alianza de trabajo o alianza terapéutica) se ha generalizado desde entonces y ha sido objeto de diversas formalizaciones y de una buena cantidad de investigación en la que ha parecido como potente indicador de resultados (Gelso y Carter, 1985; Horvath y Greenberg, 1989; Moras y Strupp, 1982).

Una de las propuestas de formalización que por su simplicidad ha tenido más aceptación ha sido la de Bordin (1979), que se refiere a la colaboración entre paciente(s) y terapeuta(s) en tres diferentes escenarios: tareas, objetivos y vínculos. La alianza en las tareas se refiere al acuerdo entre terapeuta y paciente en cuanto a que las actividades que se llevan a cabo durante las sesiones (o como resultado de las mismas, como en el caso de las tareas para casa) es pertinente y útil para tratar el problema del paciente. El componente objetivos se refiere al acuerdo en cuanto a qué es lo que pretende lograrse con la intervención. El concepto de vínculos se refiere a la relación entre ambos e incluye aspectos como la confianza, la aceptación o la empatía. Un concepto relacionado con este aspecto de la alianza es el de rapport. Malan define el rapport como "el grado de contacto afectivo entre paciente y terapeuta". Para este autor la atención al rapport es una actividad central del terapeuta y la sensibilidad para detectar sus oscilaciones es una cualidad imprescindible para la práctica de la psicoterapia. Para Malan el criterio por el que una interpretación puede considerarse acertada es, ni más ni menos, porque produce un incremento del rapport (Malan, 1979).

Terapeutas de orientación más cognitivo-conductual como Marvin Goldfried han utilizado, en ocasiones, para referirse a la alianza de trabajo la metáfora de la anestesia. Como la anestesia en cirugía, la alianza de trabajo sería un requisito para que las intervenciones terapéuticas puedan actuar, aunque ella no sea terapéutica en sí misma. El propio Marvin Goldfried nos contaba cómo un terapeuta experiencial (Lesley Greenberg) le hizo ver que es difícil sostener que algo que incluye entre sus componentes los lazos interpersonales entre terapeuta y paciente no tenga efectos terapéuticos (al menos vía experiencia emocional correctiva).

Dado que, en las fases iniciales, es más fácil que cada uno de los participantes en la terapia atribuya al otro ideas y sentimientos respecto a cada uno de estos aspectos

(tareas, objetivos y vínculos) que no se correspondan con los que éste experimente, es preciso que el terapeuta esté entrenado para reconocer y explore los signos de acuerdo con respecto a cada uno de estos componentes.

C) Contrato

El tercer objetivo de las fases iniciales causa, a veces, más controversia entre los profesionales. En nuestro país casi ningún terapeuta establece -ni siquiera en el sector privado - un contrato escrito. Un contrato verbal que, por lo menos establezca el monto de los honorarios, el horario, qué sucede en caso de urgencia y qué se espera de cada una de las partes, parece inevitable en el marco de la práctica privada. Pero la situación es menos clara en la práctica pública (podría parecer que la atención psicoterapéutica se atiene a un contrato general sobre uso de servicios ofertados por el Estado) y hemos oído a muchos compañeros sostener que ellos no hacen contrato.

Nuestra postura al respecto es que el contrato es un elemento central en la práctica de la psicoterapia. Hasta el extremo de que nos parece, sencillamente, imposible trabajar sin contrato o, dicho de otro modo, no creemos que sea verdad que estos compañeros trabajen sin contrato. Lo que es posible es no hacer explícito - a veces ni siquiera hacer consciente - el contrato que se firma. Nuestra hipótesis es que allí donde alguien pretende trabajar sin contrato lo que existe es un contrato implícito. En el peor de los casos, más o menos en los siguientes términos:

No sé muy bien qué le pasa, pero le veré a usted cuando tenga sitio en mi agenda, durante un lapso de tiempo que depende del follón que tenga en la sala de espera y mientras usted no se cure, se desespere o tenga dinero para pagarse un buen psiquiatra, con el fin de enterarme de si usted mejora o muere a causa de la medicación que le he prescrito. Tampoco sé si hago todo esto porque me parece usted una mujer maravillosa o porque me pagan para ello (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 1997).

Es importante hacer manifiesto algo diferente y las fases iniciales deben terminar con una discusión explícita de un contrato que se convierte, así, en un instrumento terapéutico y de control del proceso. Las fases iniciales se extienden, por tanto, desde el primer contacto hasta el contrato.

Un contrato debe referirse al menos a tres áreas diferentes. En primer lugar debe referirse a lo que suele llamarse foco, esto es, el tema o narrativa principal que contenga la pauta problema sobre la que versará la terapia. Se trata de acordar una versión del problema que puede ser compartida por terapeuta y paciente y que permita organizar el trabajo.

Para conseguir esto la terapeuta debe hacer partícipe al paciente de su hipótesis

sobre qué le pasa a través de una exposición fundamentada que generalmente va a incluir alguna referencia a la base teórica que lo sustenta. Este tipo de referencia, que nunca fue extraña a los practicantes de la modificación de conducta, se ha impuesto también en los manuales de terapias cognitivas (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983), interpersonales (Klerman Rousan ville, Chevron, Neu y Weissman, 1984) o psicodinámicos (Luborsky, 1984; Strupp y Binder, 1989; Ryle, 1990, 1995). En el caso de la intervención en crisis esta hipótesis debe incluir la narrativa de la crisis (los modos de actuar hasta entonces válidos han sido desbordados por exigencias nuevas). Esta exposición debe incluir una estimación pronóstica y servir para justificar una propuesta de tratamiento. El siguiente ejemplo se refiere a esta parte del contrato.

Me hago cargo de que, en este momento, está usted desesperado y que no ve salida alguna. Por eso tomó la decisión de quitarse la vida tomando esas pastillas. Es como si la pérdida de su casa supusiera para usted más de lo que cree que puede soportar. Y eso que, por lo que me ha contado, usted ha sido capaz de salir no hace tanto de situaciones muy duras. Enfrentó la muerte de su madre en condiciones muy difíciles y, luego, a la muerte de su marido, pudo seguir adelante con sus hijos hasta conseguir una situación de estabilidad. Parece que, en esas situaciones, tuvo que arreglárselas casi sin tener ocasión ni de pararse a llorar, a pensar lo que le estaba pasando o a cuidarse un poco... Ahora, al perder su casa precisamente cuando las cosas parecían volver a su cauce, es como si todas esas experiencias que ha tenido ahí guardadas se le hubieran venido encima juntas, y le parece que ya no puede más. Es como si le hubieran venido juntos todos esos sentimientos a los que no pudo prestar atención, porque tenía que seguir luchando para sobrevivir. Así está usted ahora, invadida de miedo y de pena, demasiado sobrecogida incluso para poner un poco de orden en su cabeza y saber a qué se corresponde cada uno de esos sentimientos. Y así no puede pensar, no puede ni ver las posibles salidas, ni pensar en las razones para optar entre una y otra... Cada vez que intenta aclararse es como si se le viniera todo junto encima... Quizás han sido demasiadas cosas, y demasiado complicadas. Me preguntaba usted qué pienso yo. A mí me parece que podríamos trabajar juntos para intentar pensar en todo lo que ha pasado, para ordenar ese batiburrillo de sentimientos que le tiene paralizada. Le propongo que dediquemos unas sesiones a hablar de todo esto, a intentar ponerlo en perspectiva. Comprendo que le dé miedo. Son sentimientos muy dolorosos y da miedo entrar en ellos. Pero eso es lo que ha estado haciendo hasta ahora mismo y parece que no ha sido suficiente. Al menos no para tantas cosas. Yo voy a estar aquí con usted para apoyarle. Es verdad que puede que haya momentos en los que recordar algunas cosas resulte doloroso. De hecho ya ha habido cosas que le ha costado mucho contar. Pero, en todo caso, se trataría de pasarlo mal aquí un rato, conmigo, para no tener que pasarlo mal fuera, en la calle, el resto del tiempo, como cuando se le echan encima todas esas cosas que intenta olvidar con tanto esfuerzo... No serán muchas sesiones.

Me ha parecido que usted ha demostrado ser una persona muy capaz de afrontar la adversidad en otras ocasiones. Probablemente en cinco o seis sesiones estará usted en condiciones de seguir trabajando sola.

En segundo lugar el contrato debe referirse al encuadre. Éste debe definirse en términos de personas incluidas en el proceso (individual, de pareja, de familia, de grupo...), lugar en el que va a llevarse a cabo, posición (cara a cara o no, en la mesa o en los sillones...), horario, frecuencia y duración de las sesiones, manejo de incidencias como retrasos, citas perdidas o canceladas, urgencias o citas extras y duración previsible (ilimitado, con pretensión de brevedad, con fecha de terminación fija, con número de sesiones predeterminado...).

Deben explicitarse las normas básicas que han de regular la actividad del paciente (asociación libre, cumplimiento de las tareas para casa...) y del terapeuta (contestará o no a todas las preguntas, preguntará directamente o no, dará o no opiniones o consejos...). Más adelante nos ocuparemos de cómo elegir el encuadre cuando esta elección es posible. Lo que aquí nos interesa es resaltar que los detalles del mismo deben ser explicitados con el paciente antes de entrar en las fases intermedias.

La siguiente viñeta ilustra una posible intervención para atender esta parte del contrato:

De modo que, a partir de este momento, vamos a vernos unas diez veces, en sesiones semanales de media hora, nos veremos solos, si, como sucedió el otro día, me parece interesante volver a llamar a su marido lo consultaré con usted y, si usted está de acuerdo, lo citaremos, siempre en su presencia. Por supuesto, nada de lo que usted me haya contado a solas le será comunicado por mí. Si va a faltar a una cita, por favor, avíseme de antemano, para que pueda citar a otra persona. Empezaremos la sesión a la hora marcada y la terminaremos a los treinta minutos aunque estemos en un punto interesante de una conversación. Téngalo en cuenta para distribuir su tiempo. Terminaremos a la hora aunque llegue usted tarde. Si por tener que atender una urgencia, como el otro día, soy yo el que la recibe tarde, intentaremos recuperar el tiempo. Ya hemos hablado de cuál es el tipo de cosas que parecen en relación con su problema. Usted hablará sobre ellas contándome lo que sobre ellas le venga a la cabeza, sin preocuparse demasiado por si le parece importante o no. Yo le escucharé y, cuando me parezca que puede ayudar le haré preguntas o le contaré mi modo de ver las cosas. He terminado de recoger los datos que me eran imprescindibles para poder orientarme en lo que me vaya a contar, así, que, en esta nueva fase de la terapia, seguramente intervendré menos de lo que lo he hecho hasta ahora. Por supuesto usted puede preguntarme lo que quiera en cualquier momento. Si lo hace, es posible que, en alguna ocasión, no le responda, al menos inmediatamente y que, en cambio nos preguntemos juntos por qué es importante para usted conocer mi opinión sobre

ese tema...

Por último, el contrato debe establecer los objetivos del tratamiento y explicitar las expectativas de ambos participantes. Como ya adelantábamos en el apartado sobre formulación, los objetivos deben ser limitados, realistas y evaluables (vamos a trabajar para conseguir que pueda subir al autobús sin sufrir estos ahogos), huyendo de definiciones vagas y formulaciones muy generales (ser más feliz).

Definir correctamente unos objetivos supone considerar sus costos y los riesgos que entraña su prosecución y establecer unos marcadores de logro que nos permitan saber en qué medida nos aproximamos o no a ellos.

El cuadro 2.5 resume los requisitos del contrato que hemos comentado hasta aquí.

Estamos convencidos de que el establecimiento de un contrato de estas características supone enormes ventajas en la práctica de la psicoterapia en el sector público. Nuestra recomendación es que cada terapeuta se familiarice con un contrato tipo que adapte a las características de cada paciente. El momento de establecer el contrato suele aportar mucha información sobre expectativas y actitudes del paciente. El haber explicitado las condiciones de tratamiento reglamentadamente facilita la referencia al encuadre que, en ocasiones, se convierte en un elemento central de la terapia.

2.2.3. Fases intermedias

Las fases intermedias son generalmente las que más tiempo ocupan y en las que se considera que tiene lugar lo nuclear de la actividad psicoterapéutica. Entendemos que en ellas se llevan a cabo, simultánea y entrecruzadamente, dos procesos: la construcción de pautas problema y el cambio.

A) Construcción de pautas problema

Como hemos señalado en otro lugar (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2001), una pauta problema es una narrativa construida entre terapeuta y paciente, que describe la experiencia del paciente o pacientes como la repetición de un modo insatisfactorio de relación consigo mismo, o con los otros significativos, en el contexto de una cultura.

Esta definición incluye dos elementos. En primer lugar, define la pauta problema como una narrativa, lo que supone la descripción, a través del lenguaje, de una experiencia. En el caso de la intervención en crisis es una narrativa en términos de crisis, esto es de situación, que supone un desbordamiento de las estrategias que hasta el momento de producirse ésta eran útiles, y que entraña la necesidad (y la posibilidad) de articular estrategias alternativas a través de las cuales el sujeto que la sufre podría alcanzar un nuevo equilibrio consigo mismo y con su entorno significativo.

Como señalábamos en el capítulo dedicado a la formulación, la queja de la paciente puede no coincidir con el problema que, a juicio del terapeuta, debe ser considerado central en el tratamiento. Así, un paciente con problemas relacionados con el alcohol puede acudir a consulta manifestando su preocupación por un problema de pareja. En otros casos la queja puede señalar la misma temática sobre la que se construirá la pauta, pero apuntar a una explicación distinta: por ejemplo, una paciente que está haciendo crisis de ansiedad ante la nueva situación que debe enfrentar al llegar los hijos, ya mayores, a la situación de emancipación de su familia de origen y haber encontrado otras fuentes de apoyo emocional e instrumental, puede decir: "Esto no tiene más explicación que mi constitución nerviosa de toda la vida. Si me da algo para calmar mis nervios cuando me ocurra eso, será suficiente".

En segundo lugar, hablar de pauta incluye las ideas de forma y repetición. Por el hecho de describir una pauta, se resalta una experiencia particular de la realidad frente a otras e, implícitamente, se incluyen pistas para posibles ensayos de conductas, pensamientos, emociones y relaciones alternativos al que la paciente trae al tratamiento. Es decir, la descripción de la experiencia le da a ésta una "forma" en el mundo particular de la paciente. Se pasa, por ejemplo, de una narrativa "estoy nerviosa" a otra del tipo "cuando entro en el despacho de mi jefa me pongo nerviosa" y se resalta esa experiencia colocándola en un contexto de espacio y tiempo.

Pero hablar de "pauta" nos lleva también a la idea de repetición. Podemos decir que no es una pauta aquello que no se repite a través del tiempo. En la narrativa que describe la pauta-problema, pueden cambiar los protagonistas, la trama, el escenario, porque lo que se repite, a través del tiempo, es el modo de relación entre ellos. En el caso de la intervención en crisis se repite al menos la experiencia de fracaso de las estrategias de manejo con las estrategias antiguas de los nuevos problemas en los que exigen estrategias nuevas. En este fracaso resuenan emociones traídas al hilo de experiencias anteriores.

En el caso que estamos siguiendo a lo largo de este libro, la paciente, Marian, experimenta una dolorosa e intensa sensación de pérdida de valía personal cuando su pareja la abandona. Tendrá pendiente la elaboración del duelo por la pérdida de la relación con él, pero también la pérdida de una forma de entender el mundo en el que ella sólo se siente valiosa cuando obtiene la aprobación de los demás, plegándose a sus exigencias, aun a costa de acallar su propia voz. La pauta-problema que se puede construir con Marian tiene que ver con su búsqueda de significado personal a través y exclusivamente del reconocimiento de los demás, aunque para ello tenga que silenciar sus propios deseos u opiniones sobre las cosas. Durante la exploración biográfica con esta paciente surge una pauta consonante con ésta que resuena desde la infancia y en el contexto familiar. Es más, se podría decir que resuena desde dos generaciones atrás. Marian creció en el seno de una familia que, tras duras experiencias de carencias y dificultades, busca su seguridad a través del cumplimiento de las normas sociales más explícitas, aun a costa de perder la individualidad de sus miembros. Pensar o actuar de

modo diferente es visto como amenazante en esta familia, donde algunas de las monedas de cambio en las relaciones tienen que ver con la culpa y la no expresión de cualquier emoción considerada como negativa.

La repetición de la pauta-problema se acompaña de la repetición de las soluciones buscadas para remontar la dificultad. Gold (1996) pone el ejemplo de nuestra propia conducta en situaciones cotidianas, como puede ser la de perder la cartera. Al darnos cuenta de su falta, empezamos la búsqueda por los sitios donde esperamos encontrarla con más probabilidad. Pero una vez hecho esto, iniciamos una vuelta repetitiva por la casa, donde miramos y remiramos en los mismos sitios una y otra vez, para comprobar que la cartera sigue sin estar ahí.

Las pautas-problema implican, también, una búsqueda repetitiva de soluciones en los mismos lugares, en las mismas elecciones, con las mismas representaciones de la experiencia sobre las cosas, con los mismos puntos de vista sobre las relaciones. A veces, como señalan Watzlawick (1974) y otros (Segal, 1991) la solución se convierte en sí misma en el problema. La solución intentada y fracasada es "más de lo mismo". Supone, para la persona y para la familia, contar y contarse la misma historia una y otra vez.

Podemos utilizar un ejemplo corriente para ilustrar esta idea. Un padre de un joven adolescente cree que el fracaso escolar de su hijo se debe a su actitud perezosa y vaga con los estudios y con la vida en general. Secretamente piensa que esta actitud ha sido consecuencia de la educación tan sobreprotectora de la madre, con la que él no está de acuerdo, pero que cree imposible de modificar. El chico cree que su padre está exclusivamente interesado por su trabajo y que el enfado de él al recibir sus notas se debe a que lo considera más una molestia que un motivo de preocupación. Esas son dos o, más bien, tres formas de ver el mundo y ver las relaciones: la del padre, la de la madre y la del hijo. El padre opta por actuar, de acuerdo con sus presupuestos, castigando al hijo. Primero no le dejará salir los fines de semana, después, decidirá que pase el verano estudiando interno en una academia, más adelante le suprimirá su asignación para gastos del fin de semana. Cada una de estas soluciones, distintas aparentemente, suponen una escalada dentro del mismo campo de acción. Es decir, son "más de lo mismo". El hijo puede primero discutir con el padre, e incluso forzar enfrentamientos cada vez más violentos, luego puede intentar implicar a la madre como aliada en el conflicto, para después dedicarse a beber alcohol desafortunadamente los fines de semana. Sus "soluciones", como las del padre, están basadas en la misma forma de entender, y sentir, la relación con su padre y suponen, como las de éste, soluciones de "más de lo mismo".

Pero la pauta-problema sobre la que terapeuta y paciente van a trabajar no está ahí para ser descubierta. No existe fuera de la relación que la construye entre los dos. Es una narrativa que se conforma durante la conversación.

Es posible que el paciente del ejemplo anterior, al que hemos llamado Antonio,

tratado por otro terapeuta, pudiera construir una pauta distinta y, por tanto, una solución distinta. Por ejemplo, hubiera podido detectar con la terapeuta sus creencias irracionales y adentrarse con ella en una discusión acerca de la evidencia que las refuta. O hubiera podido, con otra terapeuta, remontarse a los supuestos orígenes históricos de la pauta y descubrir su ambivalente relación con las mujeres, materializada en su esposa y desplazada a otras personas. Quizá, por cualquiera de éstas y otras vías, el paciente hubiera podido resolver su problema, en el mejor de los casos. Y eso ocurre, en nuestra opinión, porque entre terapeuta y paciente se construye un relato alternativo que encaja con la experiencia del paciente y a través del cual la rabia y la hostilidad dejan de ser necesarias.

Lo que queremos decir es que la pauta-problema no es una "verdad" universal e inmutable que el paciente "lleva dentro" de sus engramas neuronales y que una terapeuta experta "puede extraer", como si de un tumor se tratara. La historia de la psicoterapia está llena de desgraciados ejemplos de ese tipo de pensamientos. Pensemos, por ejemplo, en la inducción de falsas memorias de abusos sexuales en la infancia, que tanto sufrimiento ha acarreado. O en la situación contraria: la necesidad de otra paciente de validar una experiencia de abuso sexual, que es impedida, una vez que recibe el diagnóstico de trastorno de personalidad borderline.

Una vez acordada la "pauta-problema", a través de los relatos dominantes en la vida del paciente, la tarea siguiente es demostrarla a través de relatos consonantes con ella, como son los siguientes: "sentirse agresivo y fuera de control sin motivos", "haber sido criado en un contexto que enseñaba que él no era quien para protestar y donde se castigaba la queja", "tener una relación con su mujer, vital para él y su estabilidad psíquica, en la que el paciente se autoprohíbe quejarse por un temor desmesurado a la pérdida". La terapeuta, a través de la conversación, va favoreciendo relaciones entre relatos alternativos, en este caso invitando a la mujer del paciente a compartir con éste sus puntos de vista. En el ejemplo anterior, la terapeuta podría centrar la conversación en las capacidades actuales del paciente y el rango de alternativas de actuación de las que dispone, frente a la indefensión que sufrió de niño, sometido a una situación reconocida explícitamente como coercitiva.

Es decir, que en el proceso psicoterapéutico, terapeuta y paciente:

- Definen los relatos dominantes en la vida del paciente, en los que está incluida la pauta problema.
- Señalan relatos consonantes en los que se repite la pauta problema.
- Discuten relatos alternativos, que excluyen la pauta problema.
- Ensayan esos relatos alternativos. Los ensayos tienen lugar tanto en la consulta

como en la vida cotidiana, de modo que haya un efecto de generalización y de afianzamiento de las nuevas narrativas.

- Se despiden incluyendo la historia del tratamiento psicoterapéutico entre las nuevas narrativas del paciente.
- En la práctica clínica la construcción conjunta de pautas problema entre terapeuta y paciente evoluciona desde las viejas narrativas que trae la paciente a terapia y se construye desde una posición que es la predominante para el paciente. El terapeuta sigue, por lo menos en un principio, esa posición, con la que se construye una pauta problema inicial. Esa construcción de inicio es también, con frecuencia, la que va a predominar a lo largo del tratamiento. De una forma artificial, los autores, a fines didácticos, hemos optado por diferenciarlas como sigue:
 - Construcción de la pauta desde la historia biográfica personal.
 - Construcción de la pauta desde el pensamiento.
 - Construcción de la pauta desde la conducta.
 - Construcción de la pauta desde el sistema de relaciones y creencias con los otros significativos.

Esas posiciones desde las que se construyen las pautas problema nos llevan a la utilización de conceptos y patrones que provienen fundamentalmente del campo psicodinámico, cognitivo, conductual y sistémico. En la práctica clínica, las pautas desde las distintas posiciones se entremezclan, se solapan y entrecruzan produciendo retroalimentaciones cuyo resultado no es previsible.

También con frecuencia, en el curso de las fases intermedias, el tratamiento que se inicia, como una pauta problema que se construye desde la conducta, por ejemplo la conducta de juego sin control, va pasando a una pauta problema centrada en las relaciones con los otros significativos, por ejemplo, la relación con la pareja, para en un tercer tiempo del tratamiento llegar a construirse una pauta problema desde la historia biográfica personal, por ejemplo, en otro caso, revisando la relación de excesiva exigencia que la madre del paciente mantenía con él.

En otras ocasiones, utilizando el ejemplo anterior, la pauta problema que se construyó desde la conducta de juego sin control lleva a acordar un tratamiento centrado en el entrenamiento en técnicas de relajación y de previsión de las consecuencias de la conducta problema. El paciente puede resolver su problema, ayudado por el terapeuta, sin que el tratamiento haya requerido la construcción de las otras pautas. Sin duda, es

muy posible que la desaparición de la conducta de juego tenga una repercusión directa sobre la relación de pareja y que al mismo tiempo, o de modo consecutivo, se afecte positivamente la autoestima del paciente, y quizá la forma de considerar la relación con su madre y la evaluación tan crítica que el paciente ha hecho de sí mismo a lo largo de su vida. Es más que posible que eso pueda suceder así, pero puede suceder así ayudado por la terapeuta y en el curso de un tratamiento o como cambios en cascada, fuera del ámbito terapéutico. En cada caso, el encuentro terapéutico es único.

Como señala Gilligan (1991), si la salud psicológica consiste, de modo global, en estar en relación con uno mismo, con los otros y con el mundo, entonces los problemas psicológicos pueden ser considerados como crisis relacionales.

Sin embargo, y, dependiendo de la situación concreta, será más adecuado y preferible por terapeuta y paciente enfatizar las narrativas desde la historia personal, desde el pensamiento y la conducta y/o desde el sistema de relaciones y creencias.

A continuación se proponen una serie de preguntas que podemos estar en condiciones de contestar, junto con la paciente, en este período del proceso psicoterapéutico que son las fases intermedias. Estas preguntas sirven como guía para la construcción de la pauta problema desde la historia biográfica, desde el pensamiento y la conducta o desde el sistema de relaciones y creencias. Después de la indicación de psicoterapia, de la formulación del caso y establecimiento de objetivos y contrato psicoterapéutico, nos podemos plantear una serie de preguntas a cuya respuesta dedicaremos a continuación algunas reflexiones.

1. ¿Cuándo es preferible construir la pauta desde una posición determinada, de las antes señaladas?

En la época en la que la psicoterapia estuvo en manos de psicoterapeutas más o menos rígidamente adscritos a una determinada escuela (psicodinámica, cognitiva, conductual, sistémica...) los términos en los que éstos intentaban construir la pauta venían determinados por esta orientación. Un terapeuta psicodinámico orientaría la conversación a la presentación de los comportamientos problemáticos como defensas frente a la angustia desencadenada por conflictos o impulsos inconscientes y a poner de manifiesto cómo esta operación, que ocurre con los otros significativos de la vida actual del paciente, es semejante a la que se originó en la relación temprana con las figuras parentales y se pone de manifiesto (por la transferencia) también en la relación con el terapeuta. Un terapeuta de orientación cognitiva la orientaría, por ejemplo, a la detección y discusión racional de ideas irracionales que podrían entenderse como generadoras de las emociones y comportamientos detectables en el comportamiento problema. Un conductista se preguntaría cómo pueden establecerse reforzadores que ayuden a extinguir los comportamientos involucrados en ellas y generarse otros alternativos. Un terapeuta sistémico trataría de poner de manifiesto a través de la conversación cómo la pauta

contribuye a mantener el equilibrio del sistema familiar. Uno de orientación fenomenológica, cómo funciona con respecto a las interpelaciones básicas de la existencia (la muerte, la falta de sentido de la vida, la soledad, la libertad y la responsabilidad...).

Hoy, en la era de la integración, los terapeutas eclécticos e integradores se plantean la posibilidad de la consideración de la pauta desde diversos puntos de vista. Slaikeu (1984), por ejemplo, nos presenta un procedimiento de intervención en crisis ajustado a la propuesta de terapia multimodal desarrollada por el terapeuta ecléctico Arnold Lazarus (1981). Este tipo de planteamientos permiten, al menos, guiar la atención del terapeuta hacia aspectos del problema que, de otro modo, podrían quedar desatendidos en la conversación terapéutica.

Desde nuestro punto de vista (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2000) es preferible adecuar la construcción de la pauta a las características específicas de cada paciente, o mejor, de cada pareja terapeuta-paciente, buscando aquella formulación que más facilite el trabajo a desarrollar por ella en el curso de la terapia. Podemos señalar algunas guías para esta elección del terreno de juego en el que se desarrollará la terapia.

En otro lugar (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2001) señalábamos cuatro circunstancias en las que suele parecer preferible plantear la intervención desde la historia biográfica. Nos referiremos brevemente a ellas:

1. Cuando, en la demanda, el relato dominante del paciente implica su historia biográfica o el significado personal de acontecimientos de la misma, en la visión general del mundo que la sustenta, o en el problema concreto por el que se produce la consulta, o en las consecuencias de éste, o en el planteamiento de posibles soluciones.

En las situaciones de crisis es relativamente frecuente que el relato inicial de la paciente se refiera a situaciones anteriores en las que determinadas actuaciones interpersonales se seguían de resultados deseables y lo que domine sea la frustración porque o no sucede lo mismo en la situación nueva o esta situación impide su puesta en marcha. Es también frecuente que este hecho lleve a sentimientos muy vívidos de cuestionamiento de la propia identidad y a dificultades para sentir la continuidad entre la persona que enfrentó aquellas situaciones y la que vive las actuales. El trabajo con esa vivencia de continuidad y la posibilidad de vivirse en la actualidad como alguien que ha podido incorporar aquellas experiencias pasadas para, desde la situación actual, aprender cosas sobre sí misma y sobre sus dificultades para hacer frente a los problemas actuales se convierte fácilmente en el foco de la terapia.

2. Cuando el terapeuta y el paciente pueden construir relatos consonantes, que

conecten experiencias del paciente en el pasado, sus relaciones significativas actuales y la propia relación terapéutica.

En el caso de Marian, que hemos elegido como guía para este texto, la paciente relaciona productivamente en la segunda sesión la pauta de relación con el novio con la que tuvo con su padre durante su infancia y estableció un nexo entre las emociones experimentadas en una y otra. Demuestra en ello su facilidad para acercarse a sus experiencias actuales en términos de lo aprendido en las relaciones anteriores y para que las emociones experimentadas en éstas sean, de algún modo, entendidas como reediciones de aquéllas. Así, lo que pudo ser la única forma de adaptación posible en un momento, parece hacer irrupción ahora y no resultar adaptativo. Ello planteará la pregunta acerca de qué comportamientos y qué reacciones serán adecuados a las situaciones por las que ha de atravesar la Marian adulta.

3. Cuando la terapeuta y la paciente pueden construir relatos alternativos al problema según los cuales experiencias del pasado consonantes con las actuales cobran un significado diferente permitiendo así resignificar elementos de experiencias futuras.

Se trata de una situación que se sigue inmediatamente de la anterior. Las expectativas imposibles de satisfacer de un momento crítico pueden ser resignificadas, por ejemplo, como actualización de las exigencias, vividas como ineludibles, de unos padres que depositaron en el paciente su expectativa de progreso social o de redención de sus sentimientos de culpa o de insuficiencia, facilitando la renuncia a ellas.

4. En lo que Prochaska (1984) llamó pacientes precontempladores. Esto es, aquellos que aún no se han planteado siquiera la necesidad de hacer algo para cambiar alguna cosa en su vida.

Esto es relativamente frecuente en las situaciones de crisis, cuando el paciente se encuentra aún enfrascado en la repetición de los intentos de solución del problema según el esquema correspondiente con el equilibrio anterior a la ocurrencia de la crisis. En estos casos, el paciente, enfrentado al sufrimiento subsecuente a su incapacidad de resolver satisfactoriamente sus problemas puede sentirse rabioso o decepcionado por la situación, pero no ha llegado a plantearse la posibilidad de cambiar. Puede plantearse también con pacientes que, ante la situación de crisis han desarrollado comportamientos que resuelven parcialmente algunos de los componentes del problema a abordar (por ejemplo, un consumo abusivo de alcohol).

La construcción de las pautas problema desde el pensamiento será, en cambio,

preferible en algunas situaciones como las siguientes:

1. En los pacientes que se encuentran en el estadio de cambio que Prochaska llamó contemplación, esto es, pacientes que admiten la necesidad de cambiar, e incluso la posibilidad de hacerlo, pero que no han tomado la determinación de hacer algo para intentarlo. De hecho, buena parte de la estrategia propuesta por Beck en su célebre manual (Beck, Rush, Shaw, Emery, 1979) se orienta a conseguir que sus pacientes deprimidas pasen del estadio de contemplación al de preparación para la acción.

Se trata aquí de pacientes que, a diferencia de los referidos en el apartado anterior, aceptarían la conveniencia de cambiar determinados comportamientos, pero, por temor al fracaso o por incredulidad en sus posibilidades de llevarlo a efecto (en definitiva, por prejuicios acerca del mismo) no han tomado la determinación de emprender actuaciones para lograrlo. En las situaciones de crisis ocurre a veces que el paciente, aunque esté convencido de que se beneficiaría de cambiar determinadas formas de enfrentar su situación, no se decide a hacerlo por estar convencido de que sus intentos serían infructuosos o de que el mantenimiento de los comportamientos que deberían cambiar responde a algún valor que no puede cuestionarse (generalmente algún "debería"). El cuestionamiento de tales convencimientos a través de la discusión de su base racional o de la demostración de la inconsistencia del mismo a través del diseño y la puesta en marcha en colaboración con el terapeuta de un experimento diseñado ad hoc puede ser la estrategia adecuada para la conducción de la terapia.

2. En los pacientes con tendencia al uso del pensamiento como mecanismo de control. Pacientes que se preocupan por encontrar la lógica de sus actuaciones, que están acostumbrados a pensar en ella y cuya narrativa dominante supone que la conducta debe estar guiada por unos principios (de racionalidad...). Estos pacientes se prestan con facilidad a explorar cuáles son los pensamientos que orientan sus actuaciones (vividas como automáticas) y cuáles son los sentimientos que provocan. Son pacientes que se encuentran cómo dos con instrumentos como los registros de tres y cuatro columnas propuestos por Beck (Beck, Rush, Shaw, Emery, 1979).

Una paciente que está atravesando una crisis evolutiva como consecuencia, por ejemplo, de haber tenido un hijo en el seno de una relación de pareja mantenida durante varios años antes puede ser sujeto de dolorosos sentimientos de incompetencia por sentir que no está siendo capaz de responder a sus expectativas en el rol de madre, y no ser capaz de contrastar esos sentimientos con la experiencia de estar, en realidad, siendo capaz de satisfacer las necesidades tanto biológicas como afectivas de su

hijo, que puede estar llevando a cabo un desarrollo normal. La conversación entre terapeuta y paciente puede orientarse a diseñar procedimientos para detectar señales de esa incapacidad y conseguir atribuir el sentimiento de incapacidad a pensamientos automáticos que se disparan ante acontecimientos, en realidad insignificantes, que se alimentan bien de esquemas cognitivos o convicciones no contrastadas acerca de las características propias del rol de madre o bien de errores en el procesamiento de la información que el hijo proporciona sobre su desarrollo, impidiéndole percibir que éste está teniendo lugar de forma que podría considerarse satisfactoria.

Los sentimientos de culpa de un superviviente de un accidente en el que han fallecido otros miembros de la familia o de un familiar que atendió los últimos momentos de otro con una enfermedad grave que le condujo a la muerte, por ejemplo, pueden ser contrastados con el resultado de la discusión acerca de las posibilidades reales de haber actuado de un modo alternativo que hubiera evitado el acontecimiento. Este tipo de intervenciones pueden llevarse a cabo en el contexto de estrategias más amplias que busquen a la vez resonancias afectivas en situaciones de la biografía del sujeto que expliquen la vinculación de ese acontecimiento con esas ideas y emociones y no con otras o con dinámicas familiares que impongan determinadas atribuciones de responsabilidad en función de reglas implícitas que no atiendan a las posibilidades reales de cada uno de los miembros de la familia de influir sobre cada situación.

3. Cuando el terapeuta considera que el tipo de emociones o narrativas que la relación con ese paciente concreto va a activar van a incomodarle demasiado como para poder desempeñar sin problemas el papel de terapeuta. Ésta es una buena ocasión también para plantearse si la situación es verdaderamente tan excepcional o conviene buscar supervisión o terapia personal.

El trabajo con técnicas cognitivo-conductuales implica una menor involucración de la persona del terapeuta que el trabajo con estrategias más centradas en lo experiencial. Se puede recurrir a ellas cuando el tipo de experiencias emocionales aportado por el paciente sea difícil de manejar debido a la resonancia afectiva que tienen en su persona (que, por ejemplo, puede estar problemáticamente involucrado en una experiencia semejante, o puede tener un sistema de creencias que le haga sentirse muy incómodo ante los hechos o experiencias expresados por el paciente). A este respecto cabe señalar que lo que la formación de un buen terapeuta debe intentar garantizar no es el que este tipo de dificultades no surja nunca, sino la capacidad de autoobservación suficiente para que cuando, inevitablemente, surjan, el terapeuta las detecte y pueda adoptar, como en el caso que estamos

sugiriendo, estrategias que eviten la contaminación por ellas del proceso terapéutico, buscar supervisión o, llegado el caso, derivar el paciente a otro colega.

En algunas ocasiones la pauta problema puede ser construida en referencia al comportamiento observable del paciente, definido como un comportamiento aprendido, que no resulta funcional y que debe, mediante alguna estrategia, ser desaprendido, para dar paso al aprendizaje de uno alternativo, más útil en la nueva situación.

1. En pacientes predispuestos al cambio, que están decididos (o pueden decidirse) a hacer algo para cambiar algo que les produce malestar en sus vidas.

Un paciente que, por ejemplo, ha desarrollado después de un accidente una fobia a la conducción que le supone una incapacitación para atender sus tareas habituales puede encontrarse dispuesto a iniciar un programa de exposición. Otro que ha sufrido un infarto puede incluirse en uno para dejar el tabaco. Un adolescente que sólo tiene hermanos varones y se ha educado hasta la fecha en un colegio de chicos, si encuentra dificultades para relacionarse con sus nuevas compañeras puede querer implicarse en un programa de habilidades sociales...

2. En pacientes en los que, por cualquier motivo, parece más fácil modificar el entorno que actuar sobre sus narrativas con medios narrativos.

Un caso típico es el de los niños. Por ejemplo, un niño de 7 años que inicia una enuresis secundaria tras el nacimiento de un hermano puede responder a la introducción de reforzadores y cambios en el comportamiento de los padres subsecuente a esta nueva conducta.

3. En situaciones en las que el medio terapéutico incluye un control estricto de las variables del entorno.

Por ejemplo, una persona que después de una experiencia catastrófica ha desarrollado comportamientos de expresión muy aparatosa de demandas de afecto y atención con gran incontinencia emocional, que han llegado a precisar un ingreso en un servicio de psiquiatría, puede ser manejada con retirada de atención ante estas conductas, cuidados estructurados no vinculados a las mismas y recompensa de las solicitudes de atención expresadas de un modo que se considere adecuado a su situación. Un adolescente que ha sido ingresado en un centro correccional por haber desarrollado comportamientos delictivos a partir de una desestructuración de su medio familiar, puede beneficiarse de un entorno en el que se establezca un coste para éstas y se recompensen conductas alternativas tendentes a

satisfacer sus necesidades.

4. En aquellos problemas en los que se ha demostrado que la utilización de estas técnicas asegura resultados mejores o más rápidos que otras.

El caso típico son los problemas relacionados con el miedo y la evitación de conductas por este motivo. Hemos hecho referencia a esto en los apartados anteriores.

En otras ocasiones es preferible construir la pauta en referencia al sistema de relaciones y creencias. Enumeraremos algunas:

1. Cuando el relato dominante implica en la visión del mundo o el problema concreto o sus consecuencias, o en el planteamiento de posibles soluciones, a los otros significativos.

Por ejemplo, una mujer de 20 años que vivió desde los 14 una relación con un varón mayor que ella que la maltrató durante la misma y la hirió gravemente hace dos, por lo que está ingresada desde entonces, refiere que siente que sus intentos de formar nuevas relaciones están coartados por la actitud hacia los mismos de sus padres, que la culpan de aquello y le parece que le exigen un comportamiento semejante al que tenía antes de iniciar aquella primera relación, a los 13 años. El padre atribuye al mal clima familiar subsecuente al comportamiento indisciplinado de la hija los intentos de separación que, actualmente, está llevando a cabo su mujer.

2. Cuando el terapeuta y el paciente pueden construir y estar de acuerdo en relatos consonantes, actuales, pasados o futuros que implican a la familia u otros significativos.

En el caso clínico de Marian (ver el apartado de exposición del caso clínico), la relación de sometimiento que la paciente ha mantenido con el novio, del que se ha separado, puede ser conectada con un relato consonante: el deseo de agradar y complacer que ha sido predominante en su familia. Los padres de Marian vivieron, cada uno a su estilo, una infancia desgraciada, que les llevó a volcarse en la protección de sus hijas, con el objetivo de que éstas no sufrieran lo que ellos habían sufrido. Manan y su hermana vivieron una historia familiar saturada de normas y de miedo al mundo de fuera que dificultaba su separación. Manan sale del hogar paterno a través del establecimiento de la relación con un hombre con el que reproduce el patrón de relaciones familiares. Manan intenta complacer a su pareja, adoptando las maneras de éste, pero a costa de acallar su propia voz.

3. Cuando la terapeuta y la familia pueden construir relatos alternativos al problema, en los que cada uno de los miembros esté implicado en mayor o menor grado.

De nuevo refiriéndonos al caso de Marian: El terapeuta construye con la familia una historia saturada por los "deberías". Siguiendo esa metáfora, les plantea la posibilidad de imaginar o de observar lo que ocurriría si cada uno, hablando en su propio nombre, evita los "deberías" en el inicio o el transcurso de su discurso.

4. Cuando la terapeuta y la paciente prevén que la construcción de relatos dominantes, consonantes o alternativos puede ser más difícil y encontrarse con más obstáculos, si no se incluye a la familia u otro sistema de relaciones significativas en la terapia. En este último supuesto, la familia se incluye para evitar reacciones de sus miembros que puedan poner en peligro la buena marcha del tratamiento.

En el caso de Marian, el terapeuta y la paciente acuerdan que a la próxima sesión acuda la familia. La tarea que han emprendido entre los dos, la de trabajar para que Marian "recupere su propia voz", puede estar dificultada en estos primeros momentos después de la tentativa de suicidio de la paciente. La familia, reaccionando con mecanismos de protección extremados, los mecanismos conocidos por ellos, cierra filas en torno a una vigilancia exagerada de la conducta de Marian. La intervención familiar tiene como objetivo ayudar a la familia a utilizar sus recursos en otra dirección, la de la potenciación de la flexibilidad y la autonomía de sus miembros.

2. ¿Qué conceptos y habilidades será preferible utilizar para trabajar sobre pautas construidas desde cada una de estas perspectivas?

Lo que hemos llamado el armazón conceptual de la intervención en crisis permite trabajar aplicando las técnicas y habilidades preferidas de cada terapeuta. En cierto sentido podríamos hablar de intervención en crisis de tantas orientaciones como haya en psicoterapia en general. Desde una perspectiva integradora, la elección de las técnicas vendrá determinada por las características de la pareja terapeuta-paciente y la relación que pueda establecerse entre ellos. El sistema de referencia elegido, en función de esas características y esa relación, para construir la pauta, determinará, en buena medida, cuáles son las técnicas que pueden resultar más útiles. Desde luego que un terapeuta integrador tendrá sus técnicas y sus habilidades preferidas. Y sería absurdo pretender que un terapeuta integrador puede dominar cualquier técnica propuesta desde cualquier orientación. Los comentarios que siguen hacen referencia a lo que son las técnicas y habilidades preferidas de los autores. Otros terapeutas integradores hubieran seleccionado otras. Pero nos hemos decidido a plantearlas así porque pensamos que tal exposición puede ser ilustrativa de un modo de plantearse el abordaje psicoterapéutico.

En el trabajo sobre pautas construidas desde la historia biográfica, el objetivo será que la terapia pueda proporcionar al paciente una experiencia emocional sobre la que se construya una nueva narrativa que resignifique las experiencias pasadas y los nuevos retos que debe enfrentar el sujeto haciendo innecesarios los síntomas o comportamientos problemáticos a los que intentamos hacer frente. En un desarrollo clásico, estos síntomas o comportamientos problemáticos aparecen caracterizados como defensas frente a la ansiedad despertada en el sujeto por conflictos, impulsos o cuestiones existenciales (defensa, ansiedad e impulso o conflicto constituyen los tres vértices del triángulo del conflicto de Malan, 1979). Algunos terapeutas prefieren construir esta pauta considerando, como Luborsky (1984), que el síntoma o comportamiento problemático puede entenderse como respuestas del Yo (con un componente comportamental y un componente emocional) al temor a que determinada respuesta del otro, fantaseada por el sujeto a partir de experiencias previas, pueda frustrar la realización de determinados deseos (Deseo, respuesta del otro y respuesta del Yo son los elementos del tema nuclear de los conflictos relacionales que propone Luborsky, 1984; Book, 1997, tiene un excelente y práctico manual para el uso clínico de este instrumento técnico). El trabajo con la pauta construida según estos moldes consiste en buena medida en comprobar cómo se pone de manifiesto en las relaciones del paciente con sus otros significativos, en sus relaciones pasadas y, muy especialmente, por su cualidad de transferencia en la relación con el terapeuta. Los otros significativos (O), las figuras parentales (P) y la relación transferencial con el terapeuta (T) constituyen los tres vértices de lo que Malan (1979) llama el triángulo de las personas. El trabajo de construcción de pautas de estas características puede servirse también de otros instrumentos equivalentes a los ya mencionados como los modelos de relación de roles o los diagramas deseo-temor propuestos por Horowitz (1988, 1997, Horowitz, Marmar, Krupnick et al., 1984) o los problemas interpersonales propuestos por el grupo de Klerman (Klerman, Rousanville, Chevron, Neu, Weissman, 1984) o por Budman y Gurman (1988): duelo, disputas interpersonales, transiciones de rol, déficit interpersonales, disarmonías evolutivas...

El trabajo para la construcción de pautas desde el pensamiento. Puede ayudarse del uso de los conceptos (esquemas, supuestos básicos, pensamientos automáticos, errores en el procesamiento de la información...) e instrumentos (registros cuatro y cinco columnas) propuestos por el grupo de Beck (Beck, Rush, Shaw y Emery 1979) que facilitan que terapeuta y paciente puedan colaborar en el diseño y la ejecución de experimentos que permitan desafiar las creencias que se suponen en relación con los problemas. Las ideas de Albert Ellis (1970, Ellis y Abrahams, 1978) y su célebre propuesta de los puntos ABCDE (iniciales, en inglés, de experiencias activantes, creencias irracionales, comportamientos, discusión, efecto de la discusión) también pueden ayudar al terapeuta a acompañar y guiar la conversación dirigida a construir y trabajar con las pautas problema construidas en estos términos. Las ideas de Meichembaum (1977) y algunos instrumentos propuestos por él, como las autoinstrucciones o la inoculación del estrés han sido utilizadas con éxito en

intervenciones en situaciones de crisis y han dado lugar a alguna propuesta muy estructurada para intervención en personas con trastornos post estrés traumático.

El trabajo con pautas construidas desde el comportamiento observable puede ayudarse de los instrumentos técnicos desarrollados por los terapeutas conductistas para la resolución de problemas relacionados con el miedo (exposición), el establecimiento de conductas nuevas (modelamiento, encadenamiento...), el incremento de conductas deseables (reforzamiento positivo, control estimular...), la reducción de conductas indeseadas (castigo, coste de respuesta, extinción, tiempo fuera, sobrecorrección...) o el entrenamiento en habilidades sociales. Se trata, en general, de técnicas muy bien estructuradas y existen magníficas guías para su utilización en la clínica.

Los terapeutas sistémicos han aportado conceptos e instrumentos útiles para el trabajo con pautas construidas desde el sistema de relaciones. Entre ellas cabe destacar el concepto de circularidad, las técnicas de utilización de preguntas, la localización de secuencias interactivas, la historia familiar, la construcción de metáforas, la prescripción de rituales y otras muchas que permiten desafiar el funcionamiento del sistema que mantiene el problema a resolver. Los terapeutas sistémicos han aportado también ideas e instrumentos útiles para hacer visibles cuestiones ligadas al género o la cultura de los consultantes, que pueden estar contribuyendo desde el sistema de creencias a generar o mantener el problema a abordar.

En otro lugar (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2001) hemos expuesto nuestras preferencias y nuestra manera de utilizar estos diversos elementos.

3. ¿Cuál es el formato de terapia preferible para trabajar con las pautas definidas desde estos distintos puntos de vista?

En principio, la elección de un determinado punto de vista para la construcción de la pauta no se traduce automáticamente en la necesidad de optar por un determinado formato (individual, familiar o grupal) para llevar a cabo la intervención. Sabemos que las intervenciones grupales, en general, han demostrado la misma eficacia que las individuales para tratar aquellos problemas en los que se han estudiado. Las intervenciones familiares o sobre otros grupos naturales, parecen las indicadas si se elige la construcción de la pauta desde el sistema de relaciones y creencias. Pero pueden ser el marco propicio para trabajar con pautas construidas desde otras perspectivas o utilizarse puntualmente en el marco de intervenciones individuales o grupales, por ejemplo, para garantizar una provisión de aportes adecuada. También puede trabajarse con pautas construidas desde el sistema de relaciones utilizando un formato individual o grupal, mediante la consideración del efecto que las intervenciones con uno de los miembros del sistema tendrá sobre éste en su conjunto y, por tanto, sobre cada uno de los otros elementos del mismo.

Si hacemos referencia de nuevo al caso clínico que estamos siguiendo a lo largo del libro, el caso de Marian, pueden quedar más claros algunos conceptos que señalamos aquí. En el caso de Marian, el terapeuta opta en la situación de emergencia por un formato de entrevista individual. Puede que la misma emergencia haya decidido por él, pero en cualquier caso, en la situación de urgencia, puede ser adecuado mantener primero una entrevista individual. Durante este contacto inicial, el terapeuta puede hacer una evaluación más detallada de los riesgos que entraña para el paciente la situación y de iniciar el establecimiento de una alianza de trabajo, antes que otros "actores" suban al escenario. A continuación, una vez que se ha asegurado que el tratamiento lo va a proseguir en ámbito ambulatorio, cita de nuevo a la paciente individualmente. La construcción de una pauta problema que incluye a la familia y que la implica en las posibles soluciones o como obstáculos para conseguir los objetivos propuestos, hace que terapeuta y paciente pasen a considerar una entrevista familiar. En el caso de Marian, el terapeuta volvió al formato individual al considerarlo el preferible para trabajar con la pauta problema que había construido con la paciente.

4. El rol del terapeuta en la construcción de la pauta problema

Como antes hemos señalado, la actitud y conducta del terapeuta sigue unas líneas generales comunes a la construcción de la pauta, ya sea desde la historia biográfica, el pensamiento, la conducta o el sistema de relaciones y creencias.

El modelo de terapia propuesto es un modelo basado en una relación terapéutica:

1. Relación igualitaria. La relación es igualitaria porque el terapeuta es experto, pero un experto en la habilidad de mantener un tipo de conversación, la psicoterapéutica. Así, para Anderson y Goolishian (1988) el terapeuta es, sobre todo, un experto conversacional. El papel del terapeuta es el de guiar la conversación a través del intercambio de narrativas.

A través de esta conversación, el terapeuta actúa como facilitador del cambio.

Pero el terapeuta no es la persona cuyos conocimientos le van a descubrir al paciente aspectos que él desconoce de sí mismo. Ahí volvemos a citar la idea de paciente como "experto de sí mismo". Desde una posición más igualitaria en la relación, el terapeuta da más importancia a la narrativa con la que la persona acude a terapia.

En esta narrativa, estará contenido tanto el problema como las posibles soluciones al mismo. Si un paciente acude a la consulta, como en un ejemplo citado en otro lugar, diciendo que no duerme desde que era niño, nos está transmitiendo, por un lado, la queja de no dormir, por otro nos está dando

una incipiente pista de cómo entiende él el problema y, por tanto, las soluciones a poner en práctica para mejorarlo. Hay veces, sin embargo, que las soluciones a plantear con el paciente pueden requerir giros de 180 grados, con respecto a las ya intentadas (Segal, 1991). Pero el terapeuta no ha de ofertárselas "hechas" al paciente, sino que ha de co-construirlas con él o ella.

2. Relación no directiva. Si el terapeuta no es "el que conoce" frente a un paciente que es "el que no sabe", es fácil deducir que la relación no va a ser una relación directiva. No lo es porque no hay una dirección unilateral del proceso. La guía de la psicoterapia se comparte con el paciente y se respetan los caminos preferidos por él o ella para llegar a cambios preferidos en sus narrativas.

La terapeuta tiene la responsabilidad como experta conversacional de generar preguntas que generen a su vez cambios en la forma de percibir, sentir o pensar acerca de una pauta problema. Para ello, como señalamos en el capítulo dedicado a las técnicas, tiene la responsabilidad de entrenarse en la generación de esos cambios a través de estrategias generales y estrategias integradoras, así como de técnicas transformativas, ya sean verbales o no verbales.

Pero mantener una relación no directiva también implica una actitud de flexibilidad por parte del terapeuta. Éste ha de estar dispuesto a corregir el rumbo y cambiar de dirección, para adaptarse a las necesidades de cada paciente o a la evolución de las necesidades de un mismo paciente.

Esta actitud se refleja en nuestra propuesta de construcción de pautas desde distintas posiciones y a partir de la narrativa del paciente. Ser capaz de dialogar para facilitar cambios en un paciente desde su historia biográfica o ser capaz de hacerlo con otra paciente, para construir una narrativa de cambio desde el sistema de relaciones, exige del terapeuta un alto nivel de preparación y entrenamiento y una actitud de gran flexibilidad.

Habrán terapeutas que consigan con facilidad esa versatilidad y otros que se sientan más cómodos trabajando desde una sola posición desde la que construir la pauta. Es posible. Pero lo que resulta más importante es que nuestro estilo propio, en el que nos sentimos más a gusto trabajando, no se convierta en una imposición para el paciente. Eso nos trae de nuevo a la insistencia de que la relación terapéutica no es una relación directiva. La relación terapéutica es, por el contrario, una relación participativa, que se basa en una actitud de flexibilidad por parte del terapeuta.

3. Relación exploratoria. Decir que la relación terapéutica no es directiva no quiere decir que el terapeuta adopte un papel de pasividad. El terapeuta mantiene un rol

activo. Una de sus responsabilidades más importantes será la de establecer y mantener durante todo el proceso una relación exploratoria.

Por exploratoria entendemos una relación en la que el terapeuta adopta una actitud de curiosidad activa, que le lleva a preguntar con "genuina ingenuidad". Este trabalenguas que nos hemos permitido sintetizar algunos de los roles y actitudes del terapeuta. Es ingenuo, porque "no sabe", es el paciente el que más sabe sobre sí mismo y sobre sus relaciones. No saber, a un ingenuo, le lleva a preguntar. Es por eso que el terapeuta mantiene una actitud exploratoria. Y explora a través de la creación de preguntas que generan nuevas perspectivas de ver el problema, donde el sufrimiento no esté presente.

Pero toda esa actividad se canaliza a través de una relación, en la que el terapeuta es capaz de transmitir interés genuino por los problemas del paciente.

De ese modo, la terapeuta no es neutral. Intentarlo la llevaría a mantener una relación de mayor distancia emocional con su paciente. Además no es posible la neutralidad, desde una perspectiva constructivista, porque la idea de neutralidad lleva implícita la posibilidad de ocupar una posición de observación fuera de aquello que es observado.

El terapeuta no es el dibujante que se coloca encima de una montaña intentando plasmar un mapa del territorio que dibuja. Ni siquiera este hipotético dibujante puede hacer un mapa que no diga cosas de sí mismo y de su estilo personal de dibujar. Pero en psicoterapia no es posible mantener una actitud de neutralidad, tal como la entendieron los primeros terapeutas familiares, porque ésta excluye la implicación emocional del terapeuta e incluye la búsqueda de una realidad, fuera del ojo del que la observa.

La terapeuta es la abogada del paciente. Para mantener una relación como la descrita, el terapeuta ha de poder empatizar con la posición de la paciente y comprenderla, al mismo tiempo que es capaz de reflejarle una imagen positiva de sí misma.

Para hacerlo, el terapeuta se esfuerza en encontrar una intención positiva detrás de la conducta de la pauta problema. Como ejemplo, sirve el caso de la connotación positiva de la conducta anoréxica de una adolescente. A la paciente y a su familia se le transmite que "no comer" es la forma que ella ha encontrado para proteger a su familia de una futura separación para la que no están preparados y que, sin duda, se produciría si ella crece y abandona sus síntomas.

A veces se puede malinterpretar lo anterior y pensar que encontrar una intención positiva a la conducta derivada de la pauta problema significa justificar cualquier conducta por parte del paciente o excluir a éste de su responsabilidad, o animarle a que lo siga haciendo. Eso no es así. Habrá casos en que el terapeuta considere que es necesario señalar al paciente los límites o las implicaciones que su conducta pueda tener. Esto ocurre, por ejemplo, en situaciones de malos tratos, donde la actitud de abogado defensor del terapeuta ha de incluir la defensa de los intereses de las demás personas implicadas en un papel de víctimas y la defensa del propio paciente, a quien, al mismo tiempo que se le limita, se le ayuda a encontrar otras versiones y alternativas a su conducta.

En el caso de Manuel, un paciente que mantiene una relación de maltrato hacia su mujer, la terapeuta establece con él una relación de ayuda que se basa en entender el mecanismo por el cual Manuel ha pasado de ser el niño que sufrió maltrato en la infancia y, por tanto, víctima, a ser el marido maltratador de su mujer y, por tanto, el agresor. Asegurarse, con la conducta de violencia, el papel de agresor, puede calmar la angustia infantil del Manuel-niño víctima de maltrato. Buscar la intención positiva detrás de la conducta de maltrato puede ayudar a empatizar con el paciente y a ofrecerle un lugar desde donde pueda empezar a construir una historia alternativa que no esté basada en los juicios morales de "ser malo" o "ser despreciable". Comprender esto y explicitarlo así con el paciente no impide que la terapeuta le marque a Manuel unos límites claros, en los que la violencia es inaceptable, para que el trabajo psicoterapéutico prosiga.

B) El cambio

El cambio en la intervención en crisis resulta del paso de una narrativa de parálisis e impotencia a una que permite el aprovechamiento de los soportes disponibles y el establecimiento de un nuevo equilibrio para el sujeto o sujetos compatible con su nueva situación.

Para lograr esto, como venimos reiterando, en la intervención en crisis pueden aplicarse técnicas transformativas verbales y no verbales de las habituales en cualquier tipo de psicoterapia, compaginando las preferencias del terapeuta con las necesidades del sujeto o sujetos en tratamiento. En otro lugar (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2001) hemos expuesto la relación de las técnicas transformativas preferidas de los autores y nuestro criterio para su selección.

En psicoterapia el cambio se produce por la transformación de la narrativa que trae el paciente en otra que hace innecesario el síntoma motivo de consulta. La narrativa resultante es preferible por eso mismo. No es necesariamente más auténtica, más racional o más profunda. Esto no significa tampoco que cualquier narrativa alternativa valga. La narrativa emergente del encuentro terapéutico, que sea válida para el paciente y que hace

innecesario el síntoma, habría de ser (Fernández Liria, 1997, 2000; Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2001):

- Lo suficientemente diferente de la propuesta por el paciente para que el síntoma sea inviable o innecesario. Por ejemplo, una narrativa de "mareo cuando salgo de casa", en la que la paciente está convencida de sufrir un problema de circulación cerebral", se puede convertir en "nerviosismo por faltar de casa, donde se queda mi marido enfermo", y/o "culpabilidad cada vez que salgo a la calle, y me siento aliviada de abandonar, por un rato, el cuidado de mi marido enfermo", o muchas otras posibles narrativas, únicas en cada caso, pero que marcan una diferencia significativa para la paciente.
- Lo suficientemente semejante a la original para ser creíble y aceptable por el paciente. La misma paciente del ejemplo anterior puede aceptar la versión de "nerviosismo por faltar de casa, donde se queda mi marido enfermo" y no otra narrativa, también plausible, pero mucho más alejada de lo que es la narrativa original, como sería, por ejemplo: "ser una persona con un sistema de censura muy rígido".
- Integradora de elementos del mundo del paciente suficientes para permitir prever, plantear y resolver los problemas que van a suscitar las exigencias previsibles del mundo sin ser cuestionada. La misma paciente estará en condiciones de integrar una nueva narrativa que le permita continuar con el cuidado de su marido, pero permitiéndose espacios de descanso en esa dura tarea. Para esta mujer fue posible aceptar "darse descansos" a través de la necesidad de cuidado de otro, en este caso, el cuidado de su perro. Consiguió aceptar separaciones de la casa donde permanecía su marido, dándose largos paseos con su perro.
- Creíble por el terapeuta. Como más adelante repetimos en otra sección, la terapeuta ha de transmitir sinceridad, genuinidad y convicción en el encuentro con la paciente.
- Compatible con los valores prevalentes en el entorno en que el paciente va a convivir. En el ejemplo anterior, tal como esta mujer vivía su religiosidad, le hacía imposible contratar a personas que la descargaran del cuidado de su marido, al que estaba dedicada a tiempo completo.
- No puede ser ofertada por el terapeuta. El terapeuta puede caer en la tentación de ir demasiado deprisa o de no construir junto con el paciente la nueva narrativa, de modo que lo que hace es ofertar una narrativa, dársela hecha. En este caso, el paciente puede experimentar esa nueva versión, como si estuviera fuera del ámbito de su experiencia y, por tanto, como ajena a su self. Es decir como una versión "que le colocan desde fuera". Mientras que cuando el proceso es de

construcción colaborativa de la narrativa del problema y de sus posibles soluciones, el paciente vivirá esa versión como parte de su sí-mismo y, en consecuencia, sintónica con su funcionamiento psicológico y la experiencia previa de quién es él o ella.

La tarea del terapeuta no es ofrecer una versión determinada del problema sino cuestionar la consistencia de la versión inicialmente planteada por el paciente y ayudarlo a explorar posibles significados alternativos de los elementos que la integran.

En la intervención en crisis, por definición, existe al menos el malestar subjetivo y la necesidad de ayuda que proporciona el fundamento para una predisposición al cambio que puede faltar en la indicación de otras modalidades psicoterapéuticas.

Sabemos, como resultado de la investigación, que la posibilidad de que el cambio se produzca con cualquier tipo de psicoterapia, depende de tres tipos de variables:

- 1.Las referentes a la relación terapéutica, a las que hemos hecho referencia al tratar de la alianza de trabajo y del acompasamiento.
- 2.Las referentes al paciente (entre las que se encuentran la predisposición para el cambio y la disposición a aceptar ayuda, que, por definición, están facilitadas en la intervención en crisis).
- 3.Las variables del terapeuta.

Estas últimas incluyen características personales, algunas de las cuales no son fácilmente modificables por el entrenamiento y otras que sí lo son, como el entrenamiento del yo observador (y la consiguiente capacidad de utilizar las propias reacciones emocionales para el acompasamiento y guía de la narrativa del paciente, en lugar de permitir que se conviertan en un obstáculo), la experiencia clínica y el dominio de las estrategias y técnicas psicoterapéuticas.

En realidad sabemos fehacientemente poco sobre el papel que desempeña la aplicación de técnicas concretas. Como señalan Beit man y Yue (1999): "Aunque no sabemos en qué medida cada estrategia y técnica contribuye al proceso de cambio, sí está claro que cuanto más amplia sea la gama de estrategias y técnicas de que dispongamos más fácil será adaptarse a las necesidades de un paciente dado con un problema específico...".

Hay que tener en cuenta que, sin embargo, como no dejan de señalar estos mismos autores, más no es necesariamente mejor y "ciertas combinaciones de técnicas pueden ser menos efectivas que una estrategia claramente definida..." (Lazarus, 1996; Barlow, 1994). Lo importante no es el conocimiento de técnicas específicas para cada problema,

sino el desarrollo de la capacidad de acompasamiento y guía que permite la involucración en el proceso de transformación de la narrativa de cada paciente a través del proceso conversacional que constituye la terapia.

En psicoterapia el cambio se define como la sustitución de las pautas problema implicadas en la demanda de ayuda por otras más satisfactorias para el paciente. El cambio en sí mismo, aunque no constituye una fase específica del proceso terapéutico (ya que se comprende mejor considerado como un resultado del mismo) sí requiere una atención específica, sobre todo en algunos momentos de la terapia. Para guiar esta atención, es de utilidad la consideración de los estadios del cambio propuestos por Beitman y Yue (1999):

1. Abandono de las pautas problema.
2. Inicio de las pautas funcionales y aumento de su duración, intensidad y/o frecuencia.
3. Mantenimiento de las pautas funcionales.

Beitman y Yue (1999) proponen tres niveles de cambio en psicoterapia:

1. De primer orden. Se pone en marcha un comportamiento nuevo; el sistema no cambia.
2. De segundo orden. Aparecen nuevas reglas de comportamiento.
3. De tercer orden. Se ha "aprendido a aprender": ocurren cambios sin necesidad del terapeuta.

La intervención en crisis propiamente dicha se concibe en unas condiciones en las que es particularmente probable el cambio de tercer orden y se plantea éste como objetivo primordial.

2.2.4. Fase de terminación

La terminación ha sido objeto de preocupación de todos los formatos breves de psicoterapia. Sin embargo esta preocupación se traduce en planteamientos y estrategias que afectan no sólo a lo que ocurre en los momentos últimos del proceso terapéutico, sino en medidas que prevén lo que entonces pueda ocurrir y afectan al contrato, al modo de definir los problemas y de formular los objetivos, a la forma de enunciar las pautas problema...

En el caso de la intervención en crisis, la propia definición del tipo de ayuda ofertada anticipa un final. Sin embargo será útil recordar los objetivos que deben guiar la fase de

terminación en cualquier proceso psicoterapéutico (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2001):

1. Evaluar conjuntamente el resultado de la terapia y acordar la conveniencia de terminar.
2. Evaluar y potenciar la generalización de los efectos beneficiosos de la terapia y la capacidad de funcionamiento independiente.
3. Prever los efectos del final de la terapia, la separación del terapeuta y el afrontamiento de problemas previsibles sin apoyo profesional.
4. Prever recaídas y circunstancias que justificarían una nueva consulta.

Para lograr estos objetivos el terapeuta acomete una serie de tareas como son (Fernández Liria, Hernández Monsalve, Rodríguez Vega, Benito Cano, Mas Hesse, 1997; Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2001):

1. Revisar el curso de la terapia, los logros conseguidos y la capacidad del paciente para afrontar los pendientes.

Esta tarea resulta mucho más fácil cuando los objetivos de la terapia han sido acordados y explicitados en las fases iniciales. Se trata de proporcionar un espacio para la expresión y el trabajo con las emociones vinculadas a la aceptación del proceso psicoterapéutico y su terminación. Aunque, como para todo en psicoterapia, no es fácil dar normas, en general el proceso puede requerir dos o tres sesiones tras un tratamiento breve estándar. Por ello, orientativamente, sería útil plantear el fin de la terapia al menos tres sesiones antes de la última.

Frecuentemente los objetivos planteados no se han cubierto en su totalidad o, al menos, no se ha cubierto de la mejor de las formas posibles. Esto no implica que la terapia no pueda ser terminada. En esta situación debe explorarse hasta qué punto los objetivos aún pendientes pueden ser logrados - muchas veces gracias a lo aprendido con el proceso psicoterapéutico - por el paciente, sin necesidad de la ayuda del terapeuta. Para ello frecuentemente es útil revisar con el paciente cómo los avances que se han producido durante la terapia lo han hecho, cada vez más, como resultado de los esfuerzos del paciente, requiriendo cada vez menos la ayuda externa del terapeuta. Es importante cerciorarse de que el paciente termina con la seguridad de poder completar el trabajo por su cuenta.

Se deben explorar cuáles son sus hipótesis acerca de qué es lo que le ha

sido útil de la terapia y en qué medida eso le es aún útil o necesario. Se deben explorar cuáles son las posibles fuentes alternativas de eso que la terapia ha proporcionado (sea comprensión, apoyo, la posibilidad de contemplarse a uno mismo desde el exterior o de disponer de un tiempo para ordenar las cosas, por citar algunas de las cosas a las que los pacientes suelen referirse).

2.Revisar la evidencia de capacidad de funcionamiento del paciente independiente del terapeuta.

Generalmente en el momento de terminar la terapia conocemos una buena cantidad de situaciones en las que el paciente ha sido capaz de desenvolverse bien utilizando aquello que de la terapia le ha sido útil. En la fase de terminación conviene revisar estas experiencias, preguntarse por cuáles eran los temores y otras emociones que las precedieron, las acompañaron o las siguieron, compararlas con las que produce la consideración del fin de la terapia y cuáles son las expectativas sobre las reacciones del paciente ante dificultades previsibles. Se puede revisar también qué otras fuentes de apoyo, diferentes del terapeuta, está el paciente en condiciones de utilizar a partir de ese momento y cómo se encuentra respecto a su capacidad de solicitar ese apoyo.

En el caso de la intervención en crisis, éste es el momento de resituar la experiencia previa, la del proceso terapéutico mismo y los logros derivados de las capacidades incipientes en la perspectiva de la narrativa de la crisis, como emergencia de una nueva organización capaz de dar satisfacción a necesidades nuevas en un nuevo contexto.

3.Modular el proceso de retirada de apoyo según los requerimientos de cada paciente.

En ocasiones es conveniente programar una disminución paulatina del apoyo que el paciente está recibiendo en la terapia, para facilitar la exposición a los riesgos o dar seguridad. Esto puede lograrse disminuyendo la frecuencia de las sesiones, alargando el intervalo entre las mismas. Estos períodos largos de tiempo entre sesiones proporcionan material extrasesión para afrontar algunas de las otras tareas propias de la fase de terminación (comprobar la competencia de funcionamiento independiente, experimentar reacciones a la terminación...).

El mismo objetivo puede lograrse disminuyendo la duración de las sesiones hasta dejarlas prácticamente reducidas a una cita en la que el paciente da cuenta de que su funcionamiento se ha ajustado a lo previsto o

de los modos en los que ha conseguido superar sus dificultades.

Otra posibilidad es la del cambio paulatino de la actividad del terapeuta que puede cumplir un papel de apoyo cada vez menor, puede intervenir cada vez menos o puede mostrarse cada vez más como una persona real que ha cumplido el papel de terapeuta durante un momento concreto de la vida de otra persona que ha sido su paciente (con lo que, de hecho, está retirando y disolviendo la relación explícita y activamente terapéutica).

4. Abordar los aspectos de dependencia o beneficio secundario (bajas, rol de enfermo...) vinculados a la terapia.

En situaciones de crisis, en las que la provisión de aportes psicosociales puede estar comprometida, es frecuente que el terapeuta desempeñe, además del propiamente terapéutico (de co-constructor de narrativas nuevas), otros papeles para el paciente. Puede representar el único contacto humano disponible para tratar ciertos temas, o desempeñar otras funciones extra-terapéuticas como la de ser el encargado de concederle la baja laboral. En estos casos es obvio que aparecerán otros intereses que pueden interferir con el de mejorar y acabar el tratamiento lo más rápido posible. Volver a trabajar (o peor, perder la prestación por desempleo que se sigue percibiendo al estar de baja laboral) puede suponer una amenaza mayor que la de perpetuar el trastorno y, desde luego, que la de continuar el tratamiento.

Pero hay otras muchas situaciones en las que aparecen otros beneficios secundarios. Por ejemplo: adoptar el rol de enfermo puede ser el único modo de conseguir determinados cuidados, muestras de afecto o exenciones de obligaciones en algunas familias.

En ocasiones la relación con el terapeuta pasa a jugar un papel de sustituto de otras posibles relaciones que podrían ser fuente de satisfacción y el paciente trata de mantenerla. El terapeuta intentará en estas ocasiones hacerle ver que este tipo de relación precisamente impide que el terapeuta pueda serle de utilidad como tal, y que su papel consiste precisamente en ayudarle a ponerse en condiciones de hacer otras relaciones.

5. Afrontar los posibles aspectos de duelo ligados al fin de la terapia.

Qué duda cabe de que lo deseable es que la relación terapéutica sea contemplada por el paciente como una relación útil y valiosa. Por regla general, al llegar el momento de la terminación durante la terapia se han producido momentos emocionalmente intensos que se han compartido con el terapeuta. Por todo ello el fin de la terapia entraña una pérdida, que sobre

todo en las personas que tienen dificultades para afrontar este tipo de acontecimientos - muchas de las que acuden a la consulta-, puede entrañar dificultades que pueden requerir una intervención específica.

Por ello en las sesiones dedicadas a la terminación debe hacerse explícitamente referencia a la posibilidad de que ésta sea experimentada como una pérdida y requiera un trabajo específico de duelo. En el caso de los pacientes que han acudido a terapia por trastornos afectivos es especialmente importante considerar que el sentimiento de pena (o de indefensión, o de miedo...) que puede acompañar a la separación de la terapia y del terapeuta pueda ser interpretado como una recaída en lugar de cómo una reacción adecuada.

6.Prever problemas futuros y estrategias de afrontamiento.

Tras revisar las evidencias acerca de la capacidad del paciente de afrontar sus problemas sin ayuda a partir de las situaciones a las que ha hecho frente en el curso de la terapia, conviene plantear cuáles pueden ser los problemas que es previsible que ocurran una vez concluida y preguntarse con el paciente qué es lo que puede ocurrir ante ellos. Una estrategia recomendable puede ser la de preguntarse cómo hubiera respondido ante ellos si no se hubiera producido ningún cambio desde el inicio de la terapia, qué sería lo mejor que podría suceder y qué es lo que parece más probable, así como qué cosas o personas - diferentes del terapeuta - le podrán ser de ayuda si en un momento dado flaqueara.

Esta operación ofrece una nueva ocasión de trabajar la narrativa de la crisis, ya que las nuevas estrategias cobran sentido precisamente en función de ésta, que marca el límite en el cual las estrategias propias de la etapa anterior dejan de ser eficaces y requiere de un nuevo modo de enfrentar el mundo.

7.Definir condiciones de una nueva consulta.

La intervención en crisis pretende ayudar al sujeto a resolver una situación problemática generando una nueva organización que permita encarar satisfactoriamente los problemas previsibles en un futuro inmediato. Su objetivo no se parece en nada a la consecución de una especie de estado de salud garantizado y, por tanto, no hay por qué descartar que, en un futuro, el sujeto pueda considerar adecuado solicitar de nuevo ayuda profesional.

En la fase de terminación debe establecerse cuáles son las condiciones

en las que el sujeto debe buscar de nuevo ayuda y cuál es el procedimiento por el que debe hacerlo (llamar al centro, consultar con su médico de atención primaria...). Se deben establecer las diferencias entre estas situaciones y otras (incluida la que puede desencadenar el duelo por el fin de la terapia) para las que se pueden encontrar otras explicaciones o en las que puede buscar otro tipo de ayuda o apoyo.

Hasta aquí nos hemos referido a lo que constituiría un proceso psicoterapéutico tipo, aplicable en situaciones de crisis evolutivas o accidentales. Las circunstancias en las que se produce la intervención pueden imponer modificaciones importantes, desde las que deben realizarse en una única sesión hasta las que deben llevarse a cabo en contextos no habituales (una unidad de cuidados intensivos, un campo de refugiados). Creemos que los principios puestos de manifiesto en la intervención tipo pueden guiar la actuación en estas circunstancias especiales y que no es útil intentar un repertorio exhaustivo de las mismas para dar cuenta de las modificaciones a introducir. Nos ha parecido más práctico caracterizar posibles situaciones especiales por la emoción implicada en la misma que por el contexto formal. Indudablemente, muchas de las situaciones descritas a partir de una emoción tienden a darse en contextos especiales. Ello quedará reflejado en el material que las acompaña.

2.3. Situaciones de crisis más frecuentes

Aunque las situaciones de crisis que un terapeuta puede encontrar en la clínica son muy diversas, consideraremos que, sea cual sea la circunstancia, hay una emoción emergente manifestada por una persona o un grupo de personas vinculadas o no por lazos familiares.

En las situaciones críticas el viejo orden no sirve, pero todavía no han surgido nuevos presupuestos sobre los que asentar las experiencias. Es por esta razón por lo que la emoción (de rabia, tristeza o miedo, entre otras) puede ser lo que predomine en la escena clínica. Esa emoción puede aparecer desconectada de un lenguaje narrativo, cuya construcción puede ser facilitada por la conversación terapéutica.

La terapeuta durante la situación de crisis mantiene, como siempre, una actitud desprovista de críticas y de aceptación incondicional. Para hablar del rol del terapeuta en esta situación sirven las ideas comentadas en otros trabajos (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2001). Es decir, la terapeuta mantiene una actitud exploratoria, no directiva y de aceptación.

Uno de los rasgos centrales de las situaciones críticas puede ser la presión hacia la actuación. Pero ese escenario marcado por la urgencia a actuar puede constreñir las posibilidades del rol del terapeuta. El inicio de una intervención en crisis suele venir mediatizado por la presión de la urgencia, por tanto condicionado por esa situación

interaccional cargada por la presión y por la delegación masiva de responsabilidad en la o el terapeuta (Carrión, 1989).

A diferencia de otras intervenciones psicoterapéuticas donde el objetivo ha de definirse en el trabajo conjunto entre terapeuta y paciente, en la intervención en la crisis el objetivo suele venir bien definido por el mismo motivo de la consulta urgente (riesgo de suicidio, de violencia, ataque de pánico, etc.) (Rodríguez Vega, 1995).

Para ello, la intervención en la crisis se debe orientar a los rasgos cruciales del trastorno que se presenta, intentando encontrar la mejor perspectiva, desde el modelo de comprensión de cada terapeuta, desde la cual entender al paciente que se sienta enfrente (Bellack y Siegel, 1986). Esto también significa que no hay que entrar tan en detalle en todas las áreas problemáticas del paciente cuando después no estamos seguros de si seremos nosotros quienes continuemos el trabajo o no o siquiera si se va a continuar.

Para Horowitz (1986) el rasgo crucial de la intervención en la crisis es la cuidadosa concentración en los conflictos actuales más importantes, de forma que otros sectores o funciones, que pueden ser también conflictivas, se omiten o se les da sólo una interpretación parcial.

Diferenciamos entonces las distintas situaciones críticas en función de las emociones emergentes que predominan:

- Trabajar con narrativas de tristeza.
- Trabajar con narrativas de autodestrucción.
- Trabajar con narrativas de rabia.
- Trabajar con narrativas de vergüenza y humillación.
- Trabajar con narrativas de miedo.
- Reacciones desde la posición de víctima (de maltrato, de sucesos catastróficos).

Aunque durante el trabajo psicoterapéutico con las personas en las distintas situaciones críticas, las emociones se pueden mezclar o sobreponer o incluso servir las mismas intervenciones terapéuticas en uno u otro caso, aquí las diferenciamos con un objetivo docente y no con la idea de que sea así como sucede en la clínica. Veremos, por ejemplo, cómo la facilitación de la expresión de sentimientos y emociones la vamos a encontrar en cualquiera de las situaciones siguientes. También es importante destacar que aquí describimos una pequeña selección de emociones que con mayor frecuencia se dan en la clínica de la crisis, pero que no pretenden ser representativos de una totalidad.

2.3.I. Trabajar con narrativas de tristeza

La tristeza o aflicción puede encontrarse como emoción predominante en muchas de las situaciones de crisis. Para entender de forma práctica el trabajo de crisis con la tristeza, podemos diferenciar distintos casos donde la tristeza es la emoción predominante, y, sin embargo, el trabajo con ella ha de ser distinto. Nos estamos refiriendo a las situaciones en las que la tristeza es la expresión del sentimiento de una narrativa de infravaloración de la persona o la expresión de una narrativa de pérdida de confianza básica en el mundo, como ocurre entre las víctimas de catástrofes, accidentes o hechos traumáticos en general.

Un ejemplo de la primera situación sería el caso de Sandra. Sandra es una mujer de 42 años que consulta de forma urgente en un centro de salud mental, por intensos sentimientos de tristeza. Sandra refiere una infancia muy dura en la que jamás sintió el cariño de una figura cuidadora, en ausencia de su padre y de su madre que habían emigrado a un país extranjero para trabajar. Sandra, como hermana mayor de otros tres más pequeños se sintió siempre en la obligación de atender a sus hermanos y aprendió pronto a relegar sus propios sentimientos, en favor del cuidado de los demás. Cuando en la situación actual Sandra pierde su empleo después de haber cometido un error sin importancia, la emoción que surge en la situación de crisis que se desencadena no es la de la rabia o el sentimiento de haber sido injustamente tratada, sino la emoción de tristeza y el sentimiento e ideas de no valer, de ser una inútil, de no merecer que otra empresa la contrate. En este ejemplo, la pérdida de empleo, que actúa como un factor desencadenante externo, resuena con la narrativa de la experiencia infantil de ser alguien sin valor, al que se le puede quitar la oportunidad de ser querido y valorado, sin tener derecho a protestar o a sentir rabia por ello.

Un ejemplo de otra situación en la que la emoción predominante es la tristeza es el de una mujer, desplazada política tras un conflicto bélico, que consulta por un sentimiento de profunda aflicción, meses después de su emigración forzosa. Esta mujer que ha sufrido una guerra siente que el mundo en el que vivía se ha vuelto impredecible, y ha de emprender una honda revisión de los presupuestos básicos que hasta el conflicto le habían servido para vivir en un equilibrio confortable para ella y sus personas significativas. El núcleo de su tristeza es el profundo sentimiento de indefensión generado entre tanta pérdida. Cuando hablemos de las situaciones críticas desde la posición de víctima volveremos a revisar estos casos.

Pero el propósito de traer aquí dos ejemplos en los que la emoción predominante es la tristeza, tenía como objetivo señalar que la terapeuta se ha de colocar en una posición diferente en uno y otro caso. En el primero, el terapeuta ha de prepararse para iniciar una conversación que ofrezca especial atención a aquellos aspectos de la narrativa de la paciente que hablan de su autoestima. Es decir, el terapeuta ha de acompañar una narrativa cargada de auto descalificaciones y reproches, para intentar abrir nuevos

significados que incluyan el valor y la competencia. En el caso de Sandra, hacer esto supondría el reconocimiento, por parte de la terapeuta, del enorme valor y competencia que ha de reunir una niña de diez años para, dejando de lado sus propias necesidades y sentimientos, cuidar y sacar adelante las necesidades y sentimientos de sus hermanos.

En el segundo caso, la pérdida masiva que ocurre en una guerra no resuena con la experiencia previa de la vida de la paciente y, probablemente, con ningún aprendizaje para el que ella pudiera estar entrenada. El terapeuta ha de prepararse en este caso para afrontar una narrativa cargada de indefensión y desconfianza en el mundo y en las personas circundantes a ella.

Es decir, en el primer caso el trabajo terapéutico ha de incluir con especial énfasis la autonarrativa de autodescalificación de la paciente, mientras que en el segundo caso el trabajo se puede centrar sobre todo en esa pérdida de confianza básica que se ha producido en el mundo tal como la paciente lo ha experimentado hasta ahora.

De una u otra forma el terapeuta ha de:

1. Facilitar a la persona hablar de sus sentimientos. Hablar de los sentimientos y emociones que se mueven en torno a la situación de crisis ayuda ya a aliviarlos. A veces, la entrevista con el psiquiatra o psicólogo supone el primer momento en que la persona va a hablar de sus sentimientos.

Además de considerar todos los aspectos de los factores comunes que ya hemos mencionado anteriormente, la expresión de sentimientos requiere de una relación incondicionalmente positiva, ausente de críticas y en la que la persona se sienta capaz de poder expresar sentimientos de cualquier índole.

Algunas de las siguientes técnicas clásicas en otros abordajes psicoterapéuticos facilitan la expresión de sentimientos por parte del paciente:

- Animar a continuar hablando: mediante el silencio, expresiones como "sí", "ahá", "entiendo". Mediante la actitud no verbal de escucha atenta o de contacto visual...
- Reflejar los sentimientos que la otra persona está comunicando: "parece que eso le hace sentirse..."
- Articulación experiencia) (Gold, 1996): se trata de facilitar y vincular palabras y etiquetas a sentimientos, sensaciones y afectos. Por ejemplo, utilizar expresiones como "estar bajo" o "verlo todo negro", para referirse a la experiencia de tristeza, o "sentirse frustrado" o "furioso" para referirse a la rabia.

- Conectar sentimientos: por ejemplo, en un paciente enfermo somático que consulta por tristeza, "cuando baja a la calle y se fatiga, usted se enfurece con la enfermedad, pero rápidamente se contiene y se siente triste y culpable por considerarse una carga para su mujer".
- Señalar aspectos de la comunicación no verbal del paciente: "Parece que se emociona al hablar de su madre..." y utilizar la propia comunicación no verbal para alentar la expresión de sentimientos. Por ejemplo, con una actitud corporal dirigida hacia la persona, contacto visual, etc.
- Suscitar temas interpersonales clave, como los que a continuación se señalan y otros como el miedo al abandono y al aislamiento.
- Ayudar al paciente a expresar sentimientos considerados como negativos, como ira o enojo o agresión. Un joven acude a la primera entrevista con su terapeuta tras un aparatoso gesto suicida. En estado de ebriedad ha acometido contra todo lo que se le puso por delante en la vía pública, para luego subir a una terraza y ponerse en situación de riesgo de caída. En su vida cotidiana es un joven educado, considerado con los demás, amable en la relación y excelente estudiante. Durante la entrevista con el terapeuta, tras animarle éste a que le refiriera lo ocurrido en una actitud de escucha y neutralidad, el joven rompe a llorar con gran angustia expresando recónditas fantasías de dañar a otros.

La expresión de sentimientos es uno de los primeros pasos para poder enfrentar el duelo por las pérdidas que con tanta frecuencia anteceden al surgimiento de la tristeza. Según Worden, la elaboración del duelo, aunque es una experiencia única en cada caso, la mayoría de las veces requiere llevar a cabo una serie de tareas como son: reconocimiento de la realidad de la pérdida, la expresión de los sentimientos en torno a ella, la adaptación a la nueva situación y la integración de la experiencia en el contexto global de la vida de la persona. El orden en el que se lleven a cabo estas tareas puede variar como también puede hacerlo la intensidad o cualidad de las emociones implicadas.

2. Atender a la autoestima. Como Otto Allen Will escribe en la Introducción al libro de Sullivan, *La Entrevista Psiquiátrica*, el tratar al paciente con respeto y dignidad (y aún más en pacientes que dudan de su propio valor), tiene el efecto no sólo de suscitar sentimientos recíprocos de respeto, sino de hacer surgir algunos sentimientos de respeto hacia sí mismo.

Se explorará la autoestima del sujeto con preguntas sobre la opinión que el paciente tiene de sí mismo y si ésta (sobre todo cuando es negativa) ha

sido siempre así.

Preguntar por situaciones previas como desencadenantes que hayan atacado la autoestima del paciente. Si los ha habido, será necesario ponerlos, de forma explícita, en relación.

Habrà que estar atento para captar situaciones, dentro del contenido de lo referido por el paciente, que nos permitan devolverle una imagen de sí mismo como alguien valioso. Por ejemplo: "Pese a encontrarse tan abatida todas las mañanas ha seguido usted preocupándose por tener la comida a punto cuando llegan sus hijos del colegio".

Buscar situaciones relacionales que hayan puesto en cuestión la autoestima del paciente. La imagen y opinión que uno tiene de sí mismo guarda estrecha relación con la que el sujeto percibe que le devuelven los personajes significativos de su vida. Por ejemplo, una ama de casa que viene en situación de intensa angustia y tristeza se refiere a sí misma como una persona inútil, que ni siquiera consigue tener la casa en orden. En la exploración diádica, con el marido de acompañante y presente como sujeto activo de la entrevista, se hace patente un alto nivel de crítica y exigencia de rendimientos hacia su mujer. Esta situación es explicitada por el terapeuta, a partir de lo cual la mujer se implica más activamente en la entrevista y encuentra apoyo en el terapeuta para expresar alguna idea propia sobre la excesiva crítica del marido.

3. Señalar circunstancias impactantes en la vida del paciente e indicar su posible relación con la situación actual. Otro ejemplo: Un paciente no encuentra desencadenantes para su depresión actual, en el curso de la entrevista se hace patente que los síntomas comienzan a los pocos días del fallecimiento de su padre. El paciente no lo relaciona con ello al haber muerto el padre muy anciano y tras una penosa enfermedad degenerativa cerebral en una residencia.

Como señala Bellack (1986), la tarea será establecer continuidad donde no la hay. O, en otras palabras, ayudar al paciente a construir una narrativa que haga emerger significados nuevos a través del proceso de conexión de narrativas que permanecían aisladas en el lenguaje del paciente. La persona del ejemplo inicia la relación con el terapeuta refiriendo una narrativa de tristeza, desconectada de la otra narrativa, la de la muerte de su padre. Tras la conversación con el terapeuta, este mismo paciente es capaz de encontrar un sentido y un significado nuevo a su tristeza y darse permiso, tal y como le alienta el terapeuta, para sentir, sin miedo, dicha tristeza.

Como señalábamos antes y, como se recoge repetidamente en la

literatura, las circunstancias impactantes que anteceden a la tristeza suelen ser acontecimientos de pérdida. Pérdida de una relación o un objeto significativo o pérdida sentida exclusivamente en la identidad de la persona. Es decir, los acontecimientos de pérdida pueden ser experimentados en el mundo objetivo, como en el caso de la muerte del padre del paciente del ejemplo anterior; o experimentados en el mundo interno de la persona, como en el caso del ejemplo de una mujer que, con el descubrimiento de la infidelidad de su marido, pierde la confianza incondicional que le tenía y que tan importante le había resultado para mantener su equilibrio hasta ahora. De todas formas, sea el acontecimiento vivido o no en el mundo objetivo, es decir en el mundo de los acuerdos entre las personas, ambos mundos se conmueven profundamente ante las pérdidas. Pensemos si no en el efecto que una pérdida en el llamado mundo objetivo, por ejemplo una muerte de una persona significativa, produce no sólo dolor y necesidad de adaptarse a un mundo donde ya no está la persona fallecida, sino que genera la pérdida de la identidad como la persona que fue hasta ese momento. Cuando una persona significativa muere, muere la parte de nosotros que se construyó con ella y es necesaria una reestructuración del sí-mismo, en mayor o menor profundidad según que la persona perdida haya contribuido en una u otra medida a nuestra construcción personal. La autonarrativa, es decir aquellas historias que nosotros nos contamos acerca de nosotros mismos, están llenas de narrativas de reciprocidad hacia nuestras personas significativas.

4. Explorar ideas o deseos de suicidio u otra forma de auto daño. Cuando la emoción predominante es la tristeza es fundamental explorar la posibilidad de ideas o pensamientos suicidas más o menos estructurados, ya que suceden con una gran frecuencia. A este punto se dedica el siguiente apartado.

Al final de la intervención, es importante intentar conseguir terminar con alguna anotación positiva, con el objetivo de enmarcar la situación crítica dentro de un período en la vida, en relación con un evento precipitante o una difícil situación relacional que a veces, por encubierta, es difícil poner de relieve de forma que el paciente la acepte. Transmitir la esperanza de la salida de la situación y enmarcar el tratamiento farmacológico, si se considera oportuno, en el marco global de la intervención.

Siempre en la entrevista con familiares devolver la dignidad al paciente. Según las circunstancias, será preferible hacerlo connotando el trastorno como crisis más que como enfermedad. Es importante facilitar un lugar para la actuación de los otros significativos en apoyo al paciente.

2.3.2. Trabajar con narrativas de autodestrucción

El deseo de autolesionarse o de matarse aparece con frecuencia en situaciones de crisis que están teñidas de tristeza o automenosprecio. Pero merece la pena recordar que no todos los deseos suicidas surgen desde la desesperanza. Se dan casos de suicidios desde la desesperación o el miedo, por ejemplo, una persona en plena crisis psicótica puede tirarse por una ventana en el intento de escapar de unos hipotéticos enemigos. O el paciente que acaba de recibir un diagnóstico de cáncer, palabra que le lleva al recuerdo de la muerte de su padre entre terribles dolores treinta años antes, puede suicidarse con la errónea idea de que su camino irremisible es ése y con el deseo de no hacer sufrir a su familia.

A continuación reproducimos una serie de puntos que los terapeutas ponemos en marcha ante la situación de un paciente que refiere ideas de suicidio. Vamos a utilizar un caso clínico para clarificar cada una de las intervenciones:

- Alentar la expresión de sentimientos. En la sección dedicada al trabajo con la tristeza, se recogen algunas de las formas de facilitar la expresión de sentimientos.
- Revisar conjuntamente el inicio del deseo de suicidarse. En ocasiones, la exploración del inicio del deseo nos da pistas acerca de la pauta problema que esconde ese deseo. Por ejemplo, una paciente que entraba en fases depresivas en las fechas en torno a la muerte de su madre.
- Buscar la emoción que lo suscita y trabajar con ella como se describe en los apartados dedicados a ella.
- Ir hacia atrás en la emoción. Búsqueda de la pauta desde la biografía. Evocación de secuencias en el pasado remoto que resuenan con la emoción.
- Ir hacia los lados con la emoción. Búsqueda de la pauta desde lo relacional actual. Evocación de secuencias en el pasado reciente que resuenen con esa emoción.
- Suscitar posibles relatos alternativos que excluyan la emoción de sufrimiento que emergió, en esos otros escenarios pasados o actuales.
- Volver con ese conocimiento de la vida de esa persona y la forma de afrontar las situaciones consonantes a la escena actual. Ayudar a incorporar posibles soluciones, si éstas han emergido o a suscitar interrogantes acerca de un solo camino (el del suicidio) como forma de resolver el problema.
- Demostrar interés genuino por el conflicto de esa persona.
- Discutir las consecuencias de un posible acto suicida. Revisarlas para cada una de las personas de su entorno significativo. Si no existen esas personas o la discusión en esos términos resulta negativa, ofrecerse como persona abandonando la

neutralidad terapéutica.

- Acordar un aplazamiento del acto suicida. Introducir el tiempo.
- Prever lo que va a hacer en las próximas horas o días.
- Conectar con la red de apoyo familiar o social. Disminuir riesgos en la familia.
- Disponer el seguimiento de la ayuda psicoterapéutica.
- Proponer una ayuda psicoterapéutica del mismo terapeuta, si esto es posible, o de los terapeutas a los que el paciente pueda tener acceso posteriormente.

Rosa es una mujer de 53 años que es acompañada por su marido y una hija a la consulta por encontrarse muy triste, angustiada e inactiva desde hace un mes. Rosa refiere estar sufriendo la grave enfermedad oncológica de su hijo menor Javier, que tiene 25 años. Javier y su novia han decidido casarse y la boda está prevista para dentro de un mes. Rosa refiere que, al principio, ella fue la primera que les animó a casarse, pero que ahora, según se acerca la fecha, su sentimiento de tristeza va en aumento, de forma que se está planteando el suicidio como única alternativa, ya que se siente un estorbo para toda su familia.

Rosa: No sirvo para nada, sólo soy un estorbo para mi familia y antes de eso prefiero quitarme de en medio.

Terapeuta: ¿Qué le hace sentirse así?

Rosa: Ahora que tendría que estar ayudando a mi hijo y alegre porque él lo está, no hago más que amargarle la vida...

Terapeuta: Parece que la próxima boda de su hijo, además de producirle alegría, como me dice que la sintió cuando se la anunciaron, le produce también intensos sentimientos de tristeza y de miedo, ¿no es así?

Rosa: Sí (llorando), temo mucho que le pase algo y yo no esté cerca, que se ponga enfermo y que yo no llegue a su lado... No soporto la idea de ver su habitación vacía.

Terapeuta: Me está usted hablando de su miedo a que empeore la enfermedad de su hijo y que usted no llegue a tiempo para acompañarlo como lo ha hecho hasta ahora, ¿no es así?

Rosa: (Llora con mucha angustia.) No sirvo para nada, no sirvo para cuidar a los que más quiero.

Terapeuta: Desde que usted siente que no puede seguir cuidándolo como hijo, ahora que se va de casa, es cuando empieza a sentirse sin valor como persona y cuando piensa en el suicidio.

Rosa: Sí, es cierto, si ni siquiera puedo cuidar a mis hijos, ya me dirá de qué sirvo.

Terapeuta: Se siente triste y asustada. Comprendo la dura situación que usted enfrenta desde hace dos años, pero me pregunto de dónde viene ese sentimiento de no ser capaz de cuidar a sus hijos y de no poder acompañarles hasta el final.

Rosa: Eso es lo que me aterroriza. Cuando murió mi padre hace tres años, yo había salido de su habitación a descansar unas horas en casa para volver a pasar la noche en el hospital como lo hacía desde hacía dos meses (llorando intensamente). Hace veinte años mi niña (un bebé de diez meses) murió en la cuna mientras yo la dejaba a cargo de una vecina y bajaba a comprar el pan... Aún siento el olor de su colonia en mi cuarto, fíese después de tantos años... Si ahora mi hijo se pone malo y yo no estoy...

Terapeuta: Teme que cuando se case y se vaya, su hijo se ponga enfermo y usted no pueda llegar a su lado como le pasó en la muerte de su padre o en la de su niña. Parece que usted ha dedicado una gran parte de su vida a cuidar y acompañar en la enfermedad a sus personas queridas.

Rosa: Pero fíese, no he podido estar con ellos cuando murieron, yo nunca estaba... Cuando era una niña, me tenía que quedar al cuidado de mis hermanos más pequeños, con once años, era demasiado para mí, yo no podía con toda esa carga...

Terapeuta: Ahora entiendo que desde pequeña tuvo usted que cuidar de los demás, incluso en situaciones de excesiva carga para una niña tan pequeña. Ahora se siente también así de indefensa ¿verdad?

Rosa: Sí, es como si no pudiera más, por eso pienso en matarme.

Terapeuta: Pero quizás también ha pensado en las consecuencias de un acto así.

Rosa: Sí, claro, por eso no lo he hecho, está mi marido, mis otros hijos.

Terapeuta: Ahora lo que me pide es que yo la ayude a acompañar a su hijo en el día de su boda. Poder estar con él y disfrutar de su alegría, me pide que le ayude a enfrentar su tristeza y su miedo, para poder acompañarle en ese día que usted sabe tan importante para él.

Rosa: Sí, tengo que estar bien ese día, él dice que para él ya se ha cumplido su sueño y que no le importa lo que pase después, pero yo no puedo soportar la idea de ver su cuarto vacío.

Terapeuta: La idea de después de la boda de su hijo y ver el cuarto vacío, ¿qué pensamientos o ideas o imágenes le trae?

Rosa: No hago más que ver la imagen de mi hijo muerto. Cuando me viene esto, que no puedo hablar con nadie, no pienso más que en matarme...

Terapeuta: La boda de su hijo le trae la imagen de su cuarto vacío, y el miedo de su muerte...

Rosa: No puedo soportarlo... Cuando mi niña murió fue horrible pero yo estaba embarazada de mi hija (la que la acompaña hoy) y aunque yo la sigo recordando aún ahora, después de tantos años, tenía algo...

Terapeuta: Quiere decir que su casa podía volver a llenarse de vida, aunque su niña no estuviera, podía seguir la vida...

Rosa: Eso es, pero ahora, Javier ni siquiera puede tener hijos... Bueno, mi hija Sara (la misma que la acompaña) me pidió que la dejara trasladarse al cuarto de su hermano cuando éste se casara. Yo le había dicho que no..., pero la verdad es que estoy pensando ahora que, si ella ocupara ese cuarto, podríamos tenerlo abierto y no estaría angustiada mirando la puerta cerrada cada vez que pasara.

Terapeuta: Parece que Sara la ayudó hace años a remontar la muerte de la niña, como parece que ahora la ayuda también a enfrentar la vida más allá de la marcha de Javier

Rosa: Sí, no lo había pensado.

Terapeuta: ¿Cómo se siente ahora?

Rosa: Mucho más tranquila..., aunque con miedo. Tengo que conseguir estar bien en la boda de mi hijo.

Terapeuta: Lo entiendo, quiere estar lista para poder acompañarle en ese día, pese a lo difícil que a usted le resulta. ¿Le parece que nos veamos dos veces a la semana durante este mes, con el objetivo de ayudarla a usted a seguir acompañando a su hijo, como lo ha hecho hasta ahora y ayudarla a encontrar sus propias soluciones para enfrentar la marcha de Javier?

Rosa: Sí, lo necesito.

2.3.3. Trabajar con narrativas de rabia

Cuando la emoción emergente en la situación crítica es la rabia, el riesgo inmediato es el paso al acto, es decir, la actuación de los sentimientos y emociones.

Detrás de la emoción rabia puede haber otras muchas emociones como tristeza, vergüenza, humillación... La rabia puede manifestarse como enfado o irritación, pero también puede transformarse en ira o en furia y dificultar cualquier posibilidad de ayuda. La persona furiosa suscita respuestas de miedo y, por tanto, de evitación de cercanía en las personas de su entorno. En muchos casos las respuestas que se obtienen son de agresión de un medio que se siente amenazado por la furia de una o varias personas.

Los objetivos inmediatos en una situación crítica donde la emoción predominante sea la rabia, vendrán presididos por:

1.La tranquilización.

2.Conseguir dejar la rabia a un lado para dirigirse directamente a los sentimientos y situaciones que la suscitan.

Como es fácil suponer, no parece posible conseguir un objetivo sin el otro, porque cuando la persona furiosa consigue hablar de su tristeza se inicia un proceso de tranquilización, aún no exento de riesgo, pero que abre vías a una actuación diferente a la de la mera contención. También cuando por alguna vía se consigue serenar a la persona es cuando ésta accede a las emociones que están debajo de la rabia y ocultas por ella.

1.Facilitar la expresión verbal del sentimiento de enfado o rabia. Las estrategias para hacerlo se describen en un apartado anterior.

A continuación se describe un ejemplo clínico, centrado en la expresión de la emoción de enfado o de rabia:

Juan: Aquí tratan a la gente como a números, a nadie le importa lo que te pase!

Terapeuta: ¿Qué le hace sentirse así?

Juan: ¿Es que acaso no lo ve? Me siento fatal, necesito una consulta ahora y no dentro de un mes, pero a nadie le importa. Usted está aquí porque la han obligado.

Terapeuta: Se siente desatendido y está enfadado por ello. Piensa que a nadie le importa lo que le sucede.Yo estoy aquí porque es mi obligación, efectivamente, pero tengo verdadero interés por ayudarle y comprender de

dónde viene ese sentimiento de ser alguien sin valor que sólo enfadándose puede obtener ayuda.

2. Buscar posibles activadores o sucesos precipitantes de tal emoción. En el ejemplo anterior, Juan había acudido a la consulta solicitando que se le atendiera en ese momento. La psiquiatra, ocupada en otra consulta, le pidió que acudiese al día siguiente. Juan hizo una reclamación para que se le atendiera en esa misma mañana. El activador de su rabia fue el sentimiento de no ser escuchado y no recibir ayuda, como una experiencia que se repetía en el curso de su vida.
3. Conectar la narrativa verbal con la experiencia corporal de la rabia. La irritación, el enfado o la rabia tienen un correlato de expresión corporal muy intenso. Como, además, pueden ser emociones difíciles de aceptar por la persona, por la connotación negativa de la que suelen acompañarse, es útil promover la conexión entre el nivel de expresión corporal y el verbal, con objeto de facilitar el reconocimiento y la expresión de la rabia, así como la aceptación de ésta como sentimiento propio de la persona.

Juan: Yo con frecuencia me disparo. No sé qué me pasa, pero me veo ya gritando o montando un follón. Ése fue el motivo para que mi mujer me dejase.

Terapeuta: ¿Qué es lo que siente exactamente cuando se dispara, como dice usted?

Juan: Noto que me sube la sangre a la cabeza y que casi no puedo respirar y entonces es cuando me pongo a gritar.

Terapeuta: Así que antes de ponerse agresivo usted nota una sensación como de falta de aire y una ola de emoción que recorre su cuerpo hasta la cabeza.

4. Llegar con la persona a la aceptación de la rabia como una emoción propia.

Terapeuta: Entiendo que usted haya venido a la consulta y me parece que puede conseguir sentirse mejor viniendo, pero si vamos a trabajar juntos sobre esa forma que tiene usted de enfrentar con rabia las situaciones que le desagradan o en las que se siente indefenso, demos marcha atrás a lo que ha ocurrido en esta consulta. Usted se siente mal desde hace semanas, desde que su mujer se marchó y cuando yo le pedí que volviera mañana, con objeto de tener algo más de tiempo para hablar con detenimiento, usted sintió que yo no tenía interés por ayudarle y se llenó de rabia, ¿no es así?

Juan: Sí, pero no me negará que en la Sanidad Pública...

Terapeuta: Seguro que podemos estar de acuerdo en muchos de los problemas de la Sanidad, pero lo que nos reúne aquí a usted y a mí es el trabajar juntos por ayudarle a resolver a usted un problema, que yo llamaría su sensibilidad para sentirse rápidamente rechazado y responder con enfado y con rabia, de modo que lo que obtiene es justamente lo que teme: el abandono de los demás. ¿Podría usted aceptar que algo así es lo que le pasa? ¿Cree que esto le resuena con su experiencia, con su vida?

Juan: Sí, lo ha dicho muy bien, eso es lo que me pasa. Me lleno de rabia y después me quedo solo.

5. Ir hacia atrás en la emoción. Búsqueda de la pauta desde la biografía. Evocación de secuencias en el pasado remoto que resuenan con la emoción.

Terapeuta: Si vamos hacia atrás con la rabia, ¿cómo cree que aprendió usted a que ésa era la única forma de conseguir que se le viese?

Juan: En mi casa De niño, yo no veía más que insultos y amenazas de mi padre a mi madre. Luego ella no hacía más que beber y yo empecé a gritarle también (se emociona), pero ni aún así tuvimos ni un padre ni una madre que nos cuidase de niños.

6. Ir hacia los lados con la emoción. Búsqueda de la pauta desde lo relacional actual. Evocación de secuencias en el pasado reciente que resuenen con esa emoción.

Terapeuta: Y ahora, en su vida actual, en la convivencia con su mujer. ¿En qué situaciones volvía a sentir esa emoción de no ser atendido o cuidado?

Juan: Hace unas semanas mi suegra vino a pasar una temporada en nuestra casa. A ella nunca le gusté yo para su hija y llevaron muy mal que nos casáramos. Cuando mi suegra llegó, mi mujer no tenía ojos más que para ella. Yo me sentía que no era nadie en la casa. Se lo dije varias veces, pero era como si no me escuchase.

Terapeuta: Quizás para su mujer resultaba importante que su madre viniera por primera vez a su casa, después de lo que le había costado que ellos aceptasen su decisión de casarse con usted.

Juan: Sí lo se. Ahora creo que fui un idiota, pero en esos días no podía aguantar la sensación de que no me tenía en cuenta.

Terapeuta: ¿Tal como le ocurría de niño, con su madre?

Juan: Sí. Y empecé a enfadarme como lo hacía con ella.

7. Discutir las posibles consecuencias del paso a un acto agresivo hacia otras personas.

Juan: En estos días se me ocurrió de todo. Pensé en quitarme la vida yo y en matarla a ella. Porque para estar separados, no merece la pena seguir.

Terapeuta: Entiendo que ha debido de estar usted muy desesperado, pero ¿llegó a pensar las consecuencias de un acto así?

Juan: No me importa. Sólo me importa estar con ella.

Terapeuta: Pero hacer algo así (no sólo no le llevaría a estar con ella, sino que si muere se acabó y si sobrevive adonde le lleva es a la cárcel, al hospital o a una minusvalía de por vida).

Juan: Sí, eso es algo que me da miedo. Que no me salga bien.

Terapeuta: Además, actuaría como si su mujer fuera una cosa, que usted puede coger o tirar, como si ella no tuviera derecho a decidir sobre su propia vida.

Juan: Sí, sé que es egoísta el pensar así.

Terapeuta: Cuando una persona tiene la experiencia de abandono en la infancia que usted ha tenido, puede a veces, confundir el querer a alguien y respetar a su vez sus sentimientos, aunque sean negativos para uno, con el afán de poseer a la persona que se quiere por miedo a ser abandonado. ¿No cree que le está pasando algo así?

8. Suscitar posibles relatos alternativos que excluyan la emoción de sufrimiento que emergió, en esos otros escenarios pasados o actuales.

Terapeuta: Y la relación empezó a deteriorarse hasta que su mujer decidió marcharse de casa.

Juan: Sí, así es. La relación se hizo insostenible. Yo lo entiendo.

Terapeuta: Así que, Juan, parece que usted aprendió en su infancia y de una forma dura que la única forma en la que las personas de las que usted necesitaba cariño le pudieran atender era precisamente gritando o

enfadándose. Pero en el caso de la relación con su mujer, usted cree que hubiera podido haber otras formas de enfrentar ese sentimiento de ser tratado como alguien sin valor, que no fuera a través de la rabia.

Juan: No sé, quizás hubiera podido ser más comprensivo con sus propios sentimientos, los de ella. Cuando me siento así me cierro en banda y sólo siento que no me ven.

Terapeuta: Es curioso, es como si se le pusiera una venda en los ojos que sólo le permite "ver "que no le ven". Es como si estuviera ciego sólo para aquellas comunicaciones de los demás, que le transmitieran cariño o atención. Se ciega en ver sólo esa falta de atención, como le ocurrió con su padre y con su madre.

9. Volver con ese conocimiento de la vida de esa persona y la forma de afrontar las situaciones consonantes a la escena actual. Ayudar a incorporar posibles soluciones, si éstas han emergido o a suscitar interrogantes acerca de un solo camino (el de un posible paso a la actuación de la rabia) como forma de resolver el problema.

Terapeuta: Así que si usted y yo pudiéramos, juntos, retirar esa venda, ¿qué cree que empezaría a ver, que no ve con la venda puesta?

Juan: A lo mejor podría ver que mi mujer también estaba muy triste por la ruptura con sus padres y que, para ella, la llegada de su madre suponía algo muy importante.

Terapeuta: Quizás tanto como para usted sentirse querido por ella.

Juan: La verdad es que con esa venda, cualquier cosa que ella me decía, como que me seguía queriendo, o cuando intentaba agradarme haciendo cosas que me gustaban, no las podía ver...

Terapeuta: Lo que pasa es que la venda también le protege de ver su indefensión. Si se la quita, tendrá que enfrentar el niño indefenso que fue y que sufrió el abandono de sus padres, ¿no es así?

10. Demostrar interés genuino por el conflicto de esa persona.

Terapeuta: Creo, Juan, que ha hecho muy bien en venir. Me parece muy importante que haya decidido iniciar un tratamiento y enfrentar situaciones que sé que son dolorosas para usted a corto plazo, pero que le pueden ayudar a vivir de otra forma, más a gusto consigo mismo en el futuro.

2.3.4. Trabajar con narrativas de vergüenza

En muchas situaciones de crisis el afecto prevalente es la vergüenza o la humillación. Algunos autores los han diferenciado de la culpa, considerada esta última como la vergüenza moral, mientras que otros consideran que es otra cara de la misma moneda (Kaufman, 1989).

Kaufman considera la vergüenza como factor central para la conciencia ética, la indignidad, la identidad, como fuente de la insuficiente autoestima, del pobre concepto de uno mismo o de la mala imagen corporal, de la duda y de la inseguridad, de la disminución de la autoconfianza y de los sentimientos de inferioridad. Para este autor no hay afecto más importante para la formación de la identidad y, en especial, para el desarrollo de la desconfianza, la culpa, la inferioridad y el aislamiento.

En nuestra opinión, las autonarrativas de la persona, es decir, aquellas que afectan a la descripción de la experiencia de sí misma, pueden sostener emociones que socaven la opinión de la persona acerca de sí misma y que la coloquen, frente a las demás, en una situación de comparación de resultados siempre deficitarios.

Sentir vergüenza es, en palabras de Kaufman (1989), sentirse visto de un modo dolorosamente disminuido.

En los casos de los que vamos a hablar pueden, como en los anteriores, estar mezcladas otras emociones, como el temor, la aflicción y la rabia, que también haya que trabajar, pero lo que se expone a continuación son algunas ideas que consideramos importantes para trabajar con la vergüenza:

1. Establecer una relación de confianza que aporte seguridad y experiencia emocional constructora de la aceptación del sí mismo. La posición del terapeuta como abogado del paciente ayuda a ello de forma muy consistente.
2. Estar atento a las señales de aparición de vergüenza durante la entrevista. En ocasiones el terapeuta preferirá pasarlas por alto y no señalarlas muy al comienzo de la relación, con objeto de evitar una exposición emocional que suscite evitación o abandono del tratamiento por parte del paciente. Algunos ejemplos de estos indicadores pueden ser la mirada baja, silencios, dificultad de expresar emociones en general, sonrojarse, etc. Más adelante, cuando el paciente se sienta más seguro en la relación, se podrán utilizar estos indicadores como reforzadores del discurso del paciente y como estrategia de lo que hemos denominado acompañamiento de la narrativa en otro lugar. Por ejemplo: "He notado que te cuesta hablar de esto y que bajas la mirada, como protegiéndote de la relación conmigo, ¿es así?".

- 3.Reconocimiento explícito y legitimación del sentimiento de vergüenza cuando surge durante la entrevista.
- 4.Identificación de las escenas de vergüenza basadas en las relaciones interpersonales.
- 5.Observación de los diálogos internos o "voces interiores" que la persona sostiene consigo misma y que ayudan al mantenimiento de esa autonarrativa.

"Nunca podré ser como ella"," tA dónde te creías tú que ibas desgraciado?," No podré conseguirlo"," No tenía que haberlo consentido".

- 6.Reconocimiento de la autonarrativa que sostiene la vergüenza como un "guión" protector de la persona de otras narrativas que suscitarían emociones más dolorosas o cuyo afrontamiento requiere la ayuda psicoterapéutica.

Nati: A fuerza de esconderme me he colocado una coraza que me aísla de los demás.

Terapeuta: Una coraza esconde y protege.

Nati: Sí, y siento que no me la puedo quitar. Es como si muchas flechas estuvieran ahí fuera apuntándome...

- 7.Ir hacia atrás en la emoción. Búsqueda de la pauta desde la biografía. Evocación de secuencias en el pasado remoto que resuenan con la emoción.

Terapeuta: ¿recuerdas cuándo fue la primera vez que te pusiste la coraza?

- 8.Ir hacia los lados con la emoción. Búsqueda de la pauta desde lo relacional actual. Evocación de secuencias en el pasado reciente que resuenen con esa emoción.

Nati: La coraza me ha hecho volverme más egoísta.

Terapeuta: Cuéntame alguna situación en que la coraza te haya servido para ello.

Nati: Ahora, cuando mi hermana me obliga a comer y me dice todo lo mal que lo están pasando por mi culpa es como si me importara menos, como si estuviese más fría.

Terapeuta: ¿Quizás a través de esa coraza también transmites que no vas a comer y mejorarte sólo por complacer a tus personas queridas, como has

hecho hasta ahora?

9. Suscitar posibles relatos alternativos que permitan incluir la reconciliación con ese sí mismo humillado y avergonzado.

Nati: Después de la última sesión, no podía dejar de recordar cómo era yo con 14, 15, 16 años..., una niña gorda, que me despreciaba, que no era aceptada por nadie... Lo recuerdo ahora y me parece que no he llorado lo suficiente.

Terapeuta: ¿Cómo ves ahora a esa niña?

Nati: Como una niña indefensa que sufría mucho, exageradamente.

Terapeuta: ¿Exageradamente?

Nati: Sí, ahora lo veo así.

Terapeuta: Pero ahora no eres ya esa niña, aunque a veces también te sientas indefensa, ahora tienes muchos otros recursos.

Nati: Sí, ahora me parece que sufría exageradamente el desamor de mi casa.

Terapeuta: ¿Qué le dirías a esa niña?

Nati: Me da tristeza sólo pensar en ella.

Terapeuta: Pero quizás, ahora sí que pudieras ayudarla.

Nati: Sí (sonriendo), le diría que no tomase las cosas así, que mis padres son como son y que ella no les podía cambiar, sin embargo, que no era culpa de ella si eran así, si no la querían tal como ella necesitaba.

Terapeuta: ¿Cómo crees que se sentiría Nati niña, cuidada por esta otra Nati adulta?

Nati: Bien, muy bien, podría consolarse con ella...

Otro caso de la clínica puede ayudar a ejemplificar algunos de los ingredientes de la intervención con una persona que sostiene acerca de sí misma una narrativa de autodesprecio. En el caso que sigue, la puerta de entrada al cambio la encontraron terapeuta y paciente en la metáfora del sueño que la paciente trajo a la consulta:

Arancha, una mujer bulímica de 27 años, relata en un grupo terapéutico que está muy descontrolada con la comida desde hace una semana. La noche anterior al grupo ha tenido un sueño:

Arancha: "Primero me veía como en la TV, muy atractiva, muy sexy, con una ropa muy ajustada. De repente, la escena cambia y me veo con una chaqueta enorme como una bola de gorda, todo el mundo se da cuenta de eso y yo siento mucha vergüenza, algo así como que "tú qué te has creído"..."

La metáfora de su sueño parece estar recogiendo muy gráficamente esa emoción de vergüenza, en la que Arancha se ve dolorosamente expuesta y disminuida ante los demás.

Durante la sesión comentamos su sueño en relación con la estima que ella tiene de sí misma, con la apariencia y la necesidad de aprobación de los demás.

Arancha relata, entonces, una escena de su adolescencia en la que su padre se acaba de enterar de su problema bulímico y exclama: "¡Aún encima bulímica..! ¡Ya puestos, se te podía haber dado por la anorexia..! El doloroso recuerdo iba acompañado de un profundo sentimiento de humillación.

En la sesión siguiente la misma paciente, que sigue con muchos atracones y vómitos, relata otro sueño: Ella estaba en una piscina y observaba cómo un niño se ahogaba. Pero no era un niño que estuviera chapoteando o que se agitase o luchase de alguna forma por salir, no. Era un niño que se ahogaba hundiéndose lenta y silenciosamente en el agua.

Arancha: Lo que más me asombraba es que nadie, en la piscina, se daba por enterado, nadie parecía verlo. Así que yo me tiré, pero cuando le cogí, en el fondo de la piscina, era inútil, porque el niño ya estaba muerto. Me extrañó porque en mis sueños siempre que muere alguien luego resucita, pero en éste no. Salí de la piscina y pensé que ahora tenía que dedicarme a buscar a otros niños que fueran a ahogarse e intentar salvarlos... No sé qué quiere decir.

Terapeuta: ¿Qué te sugiere?

Arancha: ¿El niño..., era yo? (tímidamente).

Terapeuta: Quizás el niño era esa Arancha-niña que tú fuiste y que te ahogabas lenta y silenciosamente ante la indiferencia de los demás. Nadie se

enteraba de tu sufrimiento. La que se tira a salvarlo es la Arancha de ahora, con todas sus capacidades. Aunque parece que para que esa Arancha esté aquí ahora, la otra, la niña, ha tenido que haber muerto.

Arancha llora durante toda la intervención.

Arancha: ¿Y querer salvar a otros niños que se ahogan?

Terapeuta: Quizás ésa sea la Arancha que eres. Pareces decidida no sólo a sobrevivir tú sino a que a otras personas no le ocurra lo que a tu Arancha-niña, que se ahoguen lenta y silenciosamente en su interior sin que nadie se dé cuenta de ello. Puede que te estés diciendo que tú no quieres hacer lo mismo, que tú quieres ser capaz de ver a los niños que se están ahogando, silenciosamente, dentro de las personas de tu alrededor...

10. Afianzar narrativas de autoafirmación. En el ejemplo anterior, Arancha acudió a la sesión siguiente relatando no sólo que la frecuencia de sus atracones y vómitos había disminuido ostensiblemente, sino comentando con orgullo un episodio relacional en el que una compañera de trabajo le pide a otra que cierre la ventana y ésta segunda le contesta indolentemente: "¡Que la cierre la gorda!". Arancha refiere con satisfacción cómo, en escenas similares, en el pasado se habría callado, pero que en esta ocasión se sintió con la fuerza y el derecho de rebelarse ante el atropello de su compañera y reclamar para sí un trato de respeto, como el que ella, recientemente, se comenzaba a dar a sí misma.

2.3.5. Trabajar con narrativas de miedo

El ejemplo más clásico es el del paciente que se presenta en la Urgencia con una crisis de pánico o refiriendo una fobia que limita de forma importante su funcionamiento vital.

1. Ayudar a identificar la emoción como angustia o miedo ante algo. En la circunstancia de la crisis de ansiedad la magnificación de la emoción de angustia se produce ante la "falta de nombre" que la persona tiene para lo que le está ocurriendo:

Jaime: "Me sube algo a la cabeza que es como si me estuviese volviendo loco", "tengo un dolor en el pecho que temo que pueda ser un infarto".

Terapeuta: Después de todas las exploraciones que se le han hecho, se ha podido descartar, afortunadamente, el infarto y otros problemas orgánicos. Lo que a usted le ocurre se llama crisis de angustia o de ansiedad. La ansiedad tiene la peculiaridad de imitar muchos de los síntomas de otras

enfermedades de diferentes causas, por lo que la persona puede asustarse más, aún, por ello. También puedo informarle de que a través de la ansiedad no se vuelve uno loco, en el sentido que usted teme de perder la cabeza o el contacto con la realidad.

Ahora bien, la ansiedad puede hacerle sufrir mucho, como le está ocurriendo, y precisar de un adecuado manejo para que usted pueda enfrentarla.

2. Buscar posibles activadores o sucesos precipitantes de la angustia o el miedo.

Muchas veces es fácil encontrar circunstancias desencadenantes de la emoción de angustia, mientras que en otros casos se ha de retrasar esta búsqueda a entrevistas posteriores, si el paciente está excesivamente asustado por el mismo miedo.

Una mujer acude a consulta relatando asfixia, mareo, incapacidad para alejarse de su casa durante un tiempo prolongado o grandes distancias e imposibilidad para salir sola de casa. Uno de sus hijos la acompaña continuamente cuando sale, aun a riesgo de retrasarse en su curso escolar. La paciente, con antecedentes alérgicos, interpreta el problema como crisis de broncoespasmo que dificultan su respiración y que la han atemorizado hasta el punto de crear un problema psicológico. El Terapeuta ha explorado, pues, el nivel al que la paciente percibe el problema. Prosigue la indagación a nivel relacional, interpersonal y descubre que Margarita está viviendo en la actualidad la trágica situación de la agonía en casa de su esposo, diagnosticado de un cáncer de pulmón en estadio terminal. De modo sorprendente la paciente no es capaz de hacer una conexión entre sus síntomas y dicha situación. En este caso fue adecuado iniciar un tratamiento centrado en los síntomas, que se siguió, casi de inmediato, por una facilitación de la expresión de sentimientos. Terapeuta y paciente se comprometieron en el objetivo de ayudar a la segunda en la elaboración del duelo.

3. Conectar, a través de la emoción, el miedo con la posible situación activadora.

Martín es un varón de 20 años, estudiante de tercero de Empresariales que acude por presentar una crisis de angustia, la tercera de esa semana y la décima desde hace dos meses. Martín declara no tener problemas, salvo ser, en general, una persona nerviosa y anticipar los resultados de los exámenes finales que se le vienen encima. Explica, además, que es homosexual, circunstancia que, añade, tiene muy asumida.

Durante los últimos meses, Martín ha consultado repetidas veces con su médico, por haber mantenido una conducta de relación sexual de riesgo. Pese a los resultados tranquilizadores de los análisis practicados, teme, aunque reconoce que de una forma irracional, haber sido contagiado de sida. No duerme, sufre bruscos accesos de sudoración, se palpa continuamente el cuerpo a la búsqueda de posibles rastros de la enfermedad. Se reconoce muy asustado y que esta situación le afecta en muchas esferas de su vida. Ha dejado de acudir a los lugares de ambiente gay que antes frecuentaba porque al entrar nota una intensa reactivación de la sensación de temor y angustia: "Es ridículo, reconoce, ya me parece que sólo por entrar en un sitio de ambiente puedo contagiarme y me tengo que dar la vuelta", "Regreso a casa triste y mi familia me lo nota, yo no quiero preocuparles".

Terapeuta: ¿Conocen tus padres y tus hermanos tu estado de ansiedad?

Martín: No, no quiero preocuparles. Además, estaba esperando a que esto se me pasase para decirles lo de mi homosexualidad. Se que lo van a entender muy bien.

Terapeuta: Me has dicho que hace más de tres años que tú te sientes seguro de tu orientación homosexual, sin embargo, ¿tu familia todavía no lo sabe?

Martín: No..., ya te dije que estaba esperando encontrarme mejor para hablar con ellos.

4. Explicitar la escena temida, con el mayor número de detalles evocadores de la emoción.

Martín: En estos meses lo he pasado muy mal, he tenido mucho miedo de haber contraído el sida por una imprudencia. No he vuelto a mantener relaciones sexuales, incluso ligeros acercamientos me llenan de angustia, me mareo al entrar en los bares de ambiente y me tengo que ir.

Terapeuta: Cuando te ves en esa situación de ir a entrar en uno de estos bares, ¿qué se te viene a la cabeza?

Martín: Nada, sólo siento mareo y nerviosismo.

Terapeuta: Dónde sientes ese nerviosismo.

Martín: Como si me fuera a caer.

Terapeuta: ¿Qué te dices a ti mismo en esta situación?

Martín: Que soy un estúpido, que sé perfectamente que así no se contagia el sida, pero no puedo evitar el llenarme de miedo y salir corriendo.

Terapeuta: ¿Hacia dónde corres?

Martín: Hacia mi casa.

Terapeuta: ¿Y allí qué encuentras?

Martín: A mis padres. Siempre hemos tenido muy buena relación. Ellos han confiado mucho en mí, me han apoyado siempre, en mis estudios...

Terapeuta: Sin embargo, llegas triste a casa, y no comentas con ellos nada de lo que te pasa. ¿Qué crees que hace que no busques su apoyo, como lo has tenido en otras ocasiones?

Martín: Te vuelvo a decir que una vez que yo vea que supero este problema se lo diré.

Terapeuta: ¿Cuándo tomaste esta decisión?

Martín: Hace unos meses.

Terapeuta: Sí, pero también fue hace unos meses cuando, después de esta conducta de riesgo, empezaste con los síntomas de ansiedad y se abrió el miedo.

5.Reconocimiento de la autonarrativa que sostiene el miedo como un "guión" protector de la persona de otras narrativas que suscitarían emociones más dolorosas o cuyo afrontamiento requiere la ayuda psicoterapéutica.

Martín: ¿Qué quieres decir, que quizás no tengo tan asumido como yo creo lo de la homosexualidad?

Terapeuta: No sé, me llama la atención que desde que estás con este miedo, no has vuelto a tener relaciones sexuales, has dejado de frecuentar los lugares de ambiente, te has aislado de cualquier posibilidad de seguir desarrollándote socialmente como persona homosexual y, además, el miedo te protege de enfrentar tu declaración de homosexualidad ante tu familia... ¿Qué piensas de todo esto?

6.Ir hacia atrás en la emoción. Búsqueda de la pauta desde la biografía. Evocación de secuencias en el pasado remoto que resuenan con la emoción.

Martín: Crees que temo decírselo a mis padres... No lo había pensado, ellos de verdad que sé cómo piensan y creo que lo van a entender. De verdad que siempre me han apoyado, han tenido mucha confianza en que yo llegaría a estudiar en la Universidad, como lo estoy haciendo y en que haría cosas importantes.

Terapeuta: Para ti es muy importante la opinión de ellos.

Martín: Ellos han luchado mucho por mí.

Terapeuta: ¿Y si tú no cumples todas sus expectativas...?

7. Ir hacia los lados con la emoción. Búsqueda de la pauta desde lo relacional actual. Evocación de secuencias en el pasado reciente que resuenen con esa emoción.

Martín (emocionado): Esta temporada me he sentido mal, porque era como si les estuviese engañando. Volver a casa triste, con la angustia esta, con la preocupación horrorosa de poder tener el sida y tener que poner una cara amable... Ellos me preguntaban y yo estaba de un humor terrible, me enfadaba a la mínima...

8. Identificación de otras emociones. En el ejemplo de Martín, aparecen después de la intervención del terapeuta intensos sentimientos de vergüenza, de tristeza y de rabia.

9. Suscitar posibles relatos alternativos que incluyan en un grado mayor o menor la exposición a la escena temida.

Terapeuta: Parece, Martín, que en los últimos meses has tomado algunas decisiones importantes, como la de ser consecuente con tu sexualidad y afrontarla viviéndola plenamente. Pero esto no es fácil. En una sociedad heterosexual, como la nuestra, llevar adelante un proyecto de vida homosexual, es fácil que te planteé un conflicto. A ti como persona social, pero también a ti como hijo de unos padres a quienes parece que temes defraudar. ¿Qué te parece si nos planteamos vernos durante tres sesiones más con objeto de explorar tus miedos, de lo que te limitan y de lo que te protegen?

En otro ejemplo, Blanca inicia la cuarta sesión psicoterapéutica diciendo:

Blanca: Esta semana he vuelto a tener taquicardia y dolor de cabeza.

Terapeuta: ¿Qué pasó esta semana?

Blanca: Nada, todo sigue más o menos igual.

Terapeuta: Cuando sientes que te da la taquicardia, ¿qué se te viene a la cabeza?

Blanca: Lo único que tengo en esos momentos es miedo a que me dé un infarto.

Terapeuta: ¿Ése es tu temor más grande? ¿Que té de un infarto?

Blanca: Sí, no puedo permitirme dejar a mis hijos solos, después de la muerte de Juan. Hasta en eso tengo que pensar en los demás. Estoy muy cansada.

Terapeuta: ¿Dónde sientes ahora ese cansancio?

Blanca: Lo siento en la cabeza, una pesadez muy grande. Es una carga muy grande. Me ha dejado sola con los niños y es una carga demasiado grande para mí... Claro que también es lo que hace que siga adelante, lo que me conecta al mundo, sin ellos no sé que hubiera sido de mí. Es una carga que me da fuerzas... Hay otras cargas que te las quitan.

Terapeuta: ¿Como cuáles?

Blanca: Mis suegros, desde que Juan murió, siento que están fiscalizando todo lo que hago, como asegurándose de que cuido bien de sus nietos.

2.3.6. Trabajar con narrativas desde la posición de víctima

A la situación de víctima siempre le acompaña el miedo y el sentimiento de amenaza. Desde la posición de víctima, la persona carece de capacidad de control sobre una situación dañina o restrictiva de su libertad de acción.

La situación traumática ha desbordado los mecanismos de afrontamiento biológicos y psicológicos que se hacen inadecuados para afrontar la amenaza externa. Pensemos en las víctimas de catástrofes naturales (inundaciones, terremotos, etc.) o de violencia de causa humana (guerras, violaciones, torturas).

El objetivo del tratamiento será reducir los efectos de los recuerdos traumáticos sobre los sentimientos, pensamientos y acciones. Que las víctimas puedan al final poner en palabras su experiencia y, por tanto, integrar la experiencia traumática, ponerla en una perspectiva histórica y encontrar sentidos nuevos para sí mismas y su lugar en el mundo (Saporta, 1992).

El trabajo psicoterapéutico consistirá en restablecer el sentido de su propia continuidad en el tiempo:

1. Asegurar la provisión de un ambiente seguro y de las necesidades básicas para la persona y sus familiares.
2. Si la persona está dispuesta a ello, revisar el acontecimiento pormenorizadamente. A través del recuento de lo ocurrido la persona puede iniciar su elaboración, asegurándonos una adecuada expresión de sentimientos. Animando la expresión de ira o de sentimientos de culpa tras la supervivencia.
3. Al referir el acontecimiento, la persona se convierte en el narrador, observador de su propia experiencia, y no sólo, como hasta ahora, el protagonista.

En pacientes que hayan sufrido una situación de extremo peligro, por ejemplo tras un accidente de coche o un asalto violento, es útil identificar el primer momento en que la víctima se siente por primera vez fuera de peligro, porque les anima a volver al sentimiento actual de seguridad y abre una vía para empezar a manejarse con los recuerdos traumáticos (Turnbull, 1996).

Es muy importante que el terapeuta se asegure, estando muy atento al feedback del paciente, que éste no está siendo retraumatizado por el proceso de tratamiento, como puede ocurrir si la persona no está preparada para confrontar sus recuerdos traumáticos (Turnbull, 1996).

En el caso más frecuente del duelo, el terapeuta no interviene activamente en las fases agudas o mientras el paciente lo esté elaborando por sí mismo. Entrará en juego en el caso del duelo prolongado o cuando las circunstancias hayan desbordado al paciente. Explorar activamente la relación con la persona perdida antes del fallecimiento y los sentimientos en torno a la muerte, la indefensión al no haber podido evitarla, la culpa de haber podido hacer algo que no se hizo. Animar al paciente a pensar en la pérdida y secuencia de acontecimientos que la precedieron y la siguieron y sus sentimientos acompañantes. Trabajar con las emociones de tristeza, rabia, miedo y vergüenza, como se describe más arriba en el texto. Explorar posibles ideas o planes suicidas. Trabajar con el deseo o impulso a la autodestrucción, tal como también se describió anteriormente. Explorar los planes del paciente para las próximas horas o días. Asegurarle que el trabajo por hacer no es el olvido, en el caso del duelo, sino la recuperación de un recuerdo que no le ahogue y que le permita seguir viviendo. Ayudar a colocar el suceso en el marco global de la vida del paciente, donde adquirirá un significado específico.

Un caso especial de posición de víctima puede ser el de la mujer maltratada. Podemos utilizar este caso para ejemplificar algunas claves de trabajo en la situación de crisis con una mujer objeto de violencia de su pareja.

Con la mujer que ha sufrido malos tratos:

1. Establecer una relación igualitaria.
2. Hacer una revisión conjunta de su biografía dedicando especial atención a aquellos puntos que demuestren la estructura patriarcal existente en su casa, si fue así, o la socialización diferente recibida entre hombres y mujeres en su familia, así como los valores sostenidos, con respecto al hecho de ser mujer en la cultura y el contexto histórico en que le tocó crecer y después formar una pareja.
3. Detenerse especialmente en la elección de pareja, en los valores en juego para dicha elección. Revisar minuciosamente los avatares en la relación y el comienzo y mantenimiento de los malos tratos. En paralelo, el terapeuta cuestiona respetuosamente que eso haya sido lo que ella hubiera esperado o deseado cuando se unió a su pareja y/o que eso es lo que ella se merezca. El terapeuta inicia poco a poco ese cuestionamiento a partir de preguntas ingenuas que la mujer se va contestando.
4. Fomentar continua y repetidamente el sentimiento de ser una persona merecedora de ser bien tratada.
5. Desafiar durante la terapia los presupuestos y creencias que la ponen en riesgo de volver a ser abusada: "yo no valgo nada", "no sirvo para mantener a una familia unida".
6. Revisar con ella lo que Ravazolla (1997) llama los velos anestésicos. Es decir, detectar o traer a discusión durante la terapia todas aquellas tretas comunicacionales que le han impedido tomar contacto con el malestar generado por el abuso: por ejemplo, las disculpas al abusador "es como un niño grande, muy impulsivo", las autoinculpaciones "cuando estoy yo nerviosa él se desquicia enseguida", las estrategias de dominio encubiertas, puestas en juego en la relación, "como es muy despistado nunca lleva encima las llaves de casa. Por eso yo me voy corriendo a abrirle la puerta, porque si no, él se queda fuera".
7. Revisar con ella la transición en curso entre "ser una víctima" y el reconocimiento de las potencialidades que hay en la situación de haber sobrevivido. Reconocimiento de múltiples sí-mismas, apoyarse en la existencia de relaciones pasadas, si las hubo, en las que ella ocupó un lugar diferente al de víctima y experimentaba más sentimientos de respeto hacia sí misma.
8. Evitar en todo momento las culpabilizaciones explícitas, "tú ya sabías dónde te metías", y cuidado con las implícitas que hay detrás de valoraciones morales ("¿cómo has podido aguantar todo esto?, si no hubieras tenido dinero...aún lo

hubiera entendido un poco más...") y que sólo producen vergüenza y más culpa en la persona que las recibe.

9. Favorecer la apertura del problema a personas que puedan ser clave para una futura ayuda.
10. Ayudarla a movilizar la red de apoyo social (familia extensa, amigos, recursos comunitarios).
11. Respetar su deseo de volver a una relación que fue abusiva si eso se produce, pero acordar con ella un plan de acción en caso de que el abuso se repita. Este plan incluirá el volver a solicitar ayuda a la terapeuta. Hablar de ello prevé futuros sentimientos de vergüenza que impidan que la mujer vuelva a pedir ayuda.
12. Mantener en todo momento la disponibilidad para volver a atenderla.

Este último punto es muy importante y el siguiente ejemplo puede ayudar a ilustrar las consecuencias de no cuidar la intervención hasta estos últimos puntos.

Alicia, una mujer de 46 años, consulta por síntomas compatibles con una agorafobia. Apenas sale de casa y, cuando lo hace, le acompaña su hijo de 13 años o una amiga. Cuando la terapeuta le plantea la necesidad de incluir en el tratamiento formas graduales de exposición, Alicia se niega en redondo. La intervención queda entonces muy limitada a lo farmacológico y al establecimiento de una relación de respeto y aceptación que fuera posibilitando una actitud de mayor compromiso de ella en su tratamiento. En la cuarta sesión, Alicia rompe a llorar y declara a la terapeuta que siente que no ha sido sincera con ella. A continuación pasa a relatar una situación en la que ella está siendo víctima de abusos físicos, acoso y amenazas por parte de su ex pareja, desde hace meses. El punto culminante de su miedo lo alcanzó un día que levantó la persiana de la ventana de su casa y le vio a él en la ventana de la casa de enfrente, enseñándole un cartel con palabras ofensivas y amenazantes para ella. En otra ocasión, había encontrado las ruedas de su coche pinchadas y una nota en la bicicleta de su hijo. Esta grave situación de amenazas y peligro de agresión había sido denunciada repetidamente por Alicia, hasta que últimamente la "solución" que encontró su miedo fue la emergencia de una agorafobia que la mantenía "protegida" en casa. La terapeuta le preguntó por qué no le había contado esta situación antes y la paciente le contestó que porque estaba avergonzada. Unos años antes, ella había sido objeto de otra relación de abuso físico con esta misma pareja. En la separación la habían ayudado múltiples profesionales, pero dos años más tarde decidió volver con este hombre, con la oposición de su familia y de todos los agentes sociales que habían intervenido en su caso. Ahora, cuando la relación de maltrato se había reproducido, Alicia no se atrevía a pedir ayuda a su familia y se

sentía avergonzada de reconocerlo ante la terapeuta.

La vergüenza es otra de las emociones que aparecen con frecuencia en el caso de las mujeres maltratadas. Pero esta vergüenza, como señala Ravazolla (1997), es vergüenza ajena porque proviene de una fuente diferente a sí mismas, son ellas las que sienten vergüenza por las acciones de otro.

Existen, sin duda, otras emociones con las que poder organizar la intervención y, también sin duda, existen otras muchas formas de organizar lo que hemos denominado las intervenciones en situaciones de crisis más frecuentes. Lo que aquí hemos intentado es ofrecer algo así como una serie de actuaciones dirigidas a los puntos de anclaje de las diferentes narrativas emocionales. Lo anterior no pretende ser un catálogo, sino más bien una descripción de actuaciones que, con frecuencia, consiguen acompañar la experiencia de la persona en crisis.

2.4. Dificultades y errores frecuentes

La intervención en crisis presenta dificultades específicas. Presentaremos una revisión de algunas considerando primero las que derivan del propio carácter crítico de la situación en la que se produce la situación (omitiremos la referencia a las que han sido analizadas en el apartado correspondiente a situaciones críticas particulares). Revisaremos en segundo lugar las dificultades propias de cada una de las fases del proceso terapéutico. Por último, nos referiremos a algunos errores frecuentes al intentar abordar este tipo de situaciones.

2.4. 1. Dificultades derivadas de la naturaleza de la intervención

1. Delimitar el foco: circunscribir la intervención a lo imprescindible. La intervención en crisis ofrece una posibilidad de modificar aspectos del funcionamiento personal que son problemáticos en la nueva situación. Para terapeutas con formación en escuelas más normativas, puede resultar, a veces, difícil aceptar que determinados estilos defensivos, o determinadas ideas irracionales, que no han impedido una adaptación aceptable en el período precrítico, puedan ser respetadas y no cuestionadas en el encuentro terapéutico. Sin embargo, en eso radica la esencia de la intervención en crisis. La pregunta no es si el funcionamiento anterior respecto a una determinada área es "sano" (signifique eso lo que signifique), sino si es funcional en la situación que emerge de la crisis. Los rasgos anancásticos o histriónicos de una persona que ha sufrido una pérdida, por ejemplo, no tienen por qué ser objeto de la intervención con la que se intenta ayudarla a elaborarla. A no ser que hagan imposible esta tarea de elaboración.

2. Garantizar la contención. La situación de crisis conlleva con frecuencia una pérdida

de la capacidad de contención del sujeto y de su entorno inmediato. En este texto hemos caracterizado la intervención en crisis como una modalidad de atención que presta especial atención a la expresión y la resignificación de las emociones. Para que pueda llevarse a cabo, por tanto, es necesario, en primer lugar, garantizar la capacidad de contención necesaria para que esta expresión pueda realizarse sin ser lesiva y ese trabajo pueda desarrollarse de una forma productiva.

Ofrecer la necesaria capacidad de contención puede ser difícil en algunas situaciones críticas, como las relacionadas con catástrofes, en las que puede faltar hasta el marco de referencia, o en las que domina la violencia (la institucional o la propia del subgrupo del sujeto en crisis o de este mismo), o el desvalimiento de una víctima, procurar un lugar seguro puede ser un requisito previo a cualquier intervención. En algunas situaciones esto puede hacer necesarias medidas como el internamiento (de un paciente decididamente suicida o agresivo) o el acogimiento (de un niño o una mujer víctima de malos tratos). En la mayoría de los casos la seguridad del terapeuta en su capacidad de reconocer y aceptar las emociones del paciente y trabajar con él sobre ellas es suficiente.

3. Garantizar la provisión de aportes durante la intervención. La provisión de aportes físicos, culturales y psicosociales también puede estar gravemente amenazada por la misma situación de crisis. Puede que sea necesario proporcionarla a través de un sistema de cuidados, al menos, mientras el sujeto no sea capaz de desarrollar las estrategias necesarias para procurárselos por sí mismo en las nuevas circunstancias.

La necesidad de proveer aportes físicos puede hacer necesario posponer la intervención, por ejemplo, hasta que se hayan normalizado las constantes y el nivel de conciencia en un sujeto que se ha autointoxicado, hasta que se haya procurado seguridad física a un superviviente de una catástrofe o una situación de violencia o se haya controlado el estado de salud física de un accidentado. Esta necesidad puede imponer contextos de intervención alejados de los encuadres estándar: una UVI, una sala de urgencias, un campo de refugiados, un centro de acogida...

Otro tanto puede suponer la necesidad de garantizar otro tipo de aportes. En algunos momentos puede ser preferible dedicar los esfuerzos que requeriría la intervención a facilitar el contacto con el grupo o familia de origen o a procurar marcadores de contexto que hagan aceptable el ofrecimiento de ayuda. Parece evidente, aunque no siempre se ha tenido en cuenta, que, en un contexto bélico no es conveniente ofrecer la ayuda desde un entorno que el paciente vive como enemigo. Pero puede suceder algo parecido si se ofrece ayuda, por ejemplo, a un adolescente con problemas de conducta desde un contexto que identifica

inequívocamente con lo que rechaza, o a un inmigrante desde otro que le parece que cuestiona frontalmente su sistema de valores o a una mujer víctima de malos tratos desde un entorno que le parece unido por una complicidad machista con su agresor. Proporcionar ayuda en estas circunstancias puede hacer aconsejable anteponer la necesidad de proporcionar un sentimiento de seguridad y cierta familiaridad al trabajo psicoterapéutico más estándar.

2.4.2. Dificultades propias de cada fase del proceso psicoterapéutico

1. Fase de indicación:

- a) Determinación de otras prioridades. En la intervención en crisis, sobre todo en las crisis accidentales, la pregunta sobre la posibilidad de que la situación comprometa la supervivencia o la estabilidad necesaria para llevar a cabo la intervención es obligada. En el apartado anterior hemos señalado algunas situaciones en las que es conveniente posponer la intervención psicoterapéutica hasta garantizar la seguridad o la necesaria provisión de aportes físicos, psicosociales o culturales.
- b) Cálculo de los recursos disponibles. La intervención en crisis tal y como se describe en este libro es un proceso que requiere de ciertas condiciones de seguridad, estabilidad y tiempo. Las situaciones de crisis se producen frecuentemente en contextos en los que no se dan estas condiciones. Sucede, desde luego, en las situaciones de catástrofe, en las de violencia o en la atención a refugiados o desplazados. Pero sucede también en contextos más cotidianos que no facilitan la continuidad de la atención, como las salas de urgencias de los hospitales, las UVI o las unidades de atención social. Cuando el curso previsible de la intervención desborda las posibilidades del contexto en el que se va a producir ésta, es aconsejable optar por una estrategia de cuidados, limitarse a garantizar la provisión de aportes y ocuparse de remitir el caso a un lugar en el que la intervención pueda ser efectivamente llevada a cabo.
- c) Problemas de accesibilidad. La lista de espera o mecanismos complicados de derivación a recursos de ayuda especializada, que, frecuentemente, tienen que enfrentar las personas que demandan ayuda psicológica, atentan contra la idea misma de la intervención en crisis, que supone la existencia de un momento pasajero de oportunidad. Por ello facilitar el acceso a los recursos de ayuda - lo que a veces supone acercarlos, incluso físicamente, a los lugares donde se concentran las situaciones críticas - ha de ser una preocupación importante no sólo de

quienes se ocupan de la salud mental de las poblaciones, sino de quienes intentan sinceramente actuar sobre la de los individuos.

2. Fases iniciales:

a) Necesidad de acompañamiento rápido. Las situaciones de crisis se caracterizan, como hemos señalado en la primera parte de este libro, por la adherencia del sujeto que vive la crisis a una narrativa saturada por el problema que impregna su modo de vivirse a sí mismo y a su mundo significativo. La construcción de la narrativa de la crisis, que posibilitará la intervención, ha de hacerse sobre esta narrativa de partida. Y ha de hacerse en el momento, aprovechando la oportunidad que la situación crítica ofrece. Lo que esta situación requiere del terapeuta es lo que hemos llamado su capacidad de acompañar la narrativa inicialmente propuesta por el paciente, para embarcarse con él en el proceso de transformación.

Este proceso de acompañamiento es necesario en cualquier proceso psicoterapéutico. Lo que la intervención en crisis tiene de particular es la combinación de la premura de tiempo con la (probable) rigidez de la narrativa inicial. Ello determina el que éste sea un tipo de intervención que requiere más flexibilidad que otras por parte del terapeuta, más capacidad de aceptar los términos de partida propuestos por el paciente. En el apartado dedicado a la construcción de pautas hemos dedicado algunas líneas a los indicios que pueden guiar la elección de los términos en los que concebir el proceso de transformación.

b) Dificultades en el establecimiento de la alianza terapéutica. Como señalábamos en la parte teórica, una de las características de la crisis es la mayor disposición de quien la experimenta a recibir ayuda. Pero ello no quiere decir necesariamente que el sujeto esté dispuesto a recibirla en los términos en los que se le ofrece. Hay varias fuentes de dificultades para el establecimiento de la alianza terapéutica en la intervención en crisis.

Las dificultades pueden emanar de la desconfianza despertada en el paciente, por la persona que le intenta ofrecer ayuda. Ésta puede derivar del hecho de que, en ese momento, la persona que ofrece ayuda encarna, por ejemplo, valores que entran en conflicto con los del sujeto. Puede haber motivos obvios para ello en situaciones como las de guerra, violencia institucional o conflictos étnicos. Pero puede haber motivos a veces más difíciles de adivinar cuando el terapeuta aparece en primer lugar como representante del orden adulto para un adolescente, de los médicos para un

superviviente de un accidente que atribuye a la mala actuación de éstos la muerte de los familiares que le acompañaban, de los hombres para una mujer violada... Por ello volvemos a insistir en la necesidad de explorar el significado del hecho mismo de recibir ayuda (y de hacerlo de manos de quien la ofrece) en los primeros momentos del proceso terapéutico.

A veces el hecho mismo de pedir ayuda puede ser vivido por el sujeto como signo de derrota, como un reconocimiento de la propia incapacidad que resulta muy doloroso. La conversación puede orientarse en estos casos a presentar el hecho de pedir ayuda, en una situación de desbordamiento, como algo activo, probablemente lo único (o por lo menos lo mejor) que un sujeto en esa situación puede hacer.

Para algunos pacientes es difícil aceptar el encuadre. En algunas ocasiones es difícil aceptar la restricción de la relación terapéutica y se solicita una relación más intensa o con más involucración por parte del terapeuta. Manejar este tipo de dificultades es mucho más fácil si en el contrato se hace referencia explícita a los detalles del encuadre y a lo que es esperable por parte de paciente y terapeuta. Ello hace más fácil la identificación de los intentos de transgresión. Si algo ha quedado claro a partir de la investigación de proceso en psicoterapia, es que no señalar los intentos de transgresión del encuadre o los comentarios negativos sobre la terapia se traduce en malos resultados. Por ello, si aparecen, conviene señalarlos. Sobre todo en los inicios del proceso es posible que la transgresión se deba a que no han sido entendidos los términos o los porqués del contrato y puede ser necesario repetirlos. En otras ocasiones los intentos de transgresión pueden ser manifestación precisamente de la pauta problema que se pretende tratar. En ese caso el intento de transgresión puede brindar una oportunidad muy útil de trabajar en vivo con la pauta. En la intervención en crisis la transgresión del encuadre puede asentar sobre estilos de personalidad que no son objeto directo del tratamiento. En esos casos puede invocarse al deseo de superar el malestar derivado de la crisis para acordar unas condiciones que permitan el trabajo conjunto.

El terapeuta puede también ser fuente de dificultades en la relación terapéutica. Se puede sentir inclinado a involucrarse en exceso o sentir rechazo por él. El buen terapeuta no es el que está a salvo de esta posibilidad, sino el que, cuando esto ocurre, es capaz de discriminar en qué medida esto tiene que ver con la resonancia de los problemas del paciente en los propios conflictos del terapeuta, y en qué medida su respuesta emocional le está informando del tipo de reacción que el paciente despierta en la generalidad de las personas con las que se relaciona. Cuando esto ocurre estas reacciones del terapeuta se convierten en una fuente de información

inapreciable. Cuando la reacción del terapeuta se debe a sus propios problemas e interfiere seriamente en la intervención, es el momento de buscar supervisión o derivar al paciente a un compañero.

c) Situaciones en las que la crisis da paso a una situación manifiestamente peor. No es lo mismo anclar la narrativa de la crisis en situaciones que comportan transiciones de rol (en las que la nueva situación puede ofrecer ventajas sobre la anterior, como la vida adulta sobre la niñez, la de trabajador respecto a la estudiante o la de madre respecto a la de compañera sin hijos), que en las situaciones que entrañan pérdidas netas, como la que se produce por la muerte de un ser querido, el sobrevenimiento de una enfermedad crónica o una amputación. En el segundo tipo de situaciones el trabajo se orientará más a la aceptación de que realmente se ha perdido algo, la expresión de los sentimientos vinculados a tal pérdida y la exploración de las posibilidades de supervivencia sin lo perdido, mientras que en el primero cabe un trabajo de exploración de las ventajas que comporta la nueva situación.

3. Fases intermedias:

a) Interferencia de pautas más vinculadas con la identidad en el proceso de elaboración de la crisis. En ocasiones, rasgos de carácter que han sido adaptativos hasta la ocurrencia de la crisis y que no afectan directamente a lo que aparentemente cuestiona la crisis, pueden interferir con el proceso de ayuda mismo o con las posibilidades de resolución que éste abre. Por ejemplo, los rasgos obsesivos y el perfeccionismo que han facilitado la buena adaptación al medio escolar de un joven que inicia su vida laboral al terminar los estudios, pueden condicionar su disposición a aceptar ayuda e interferir con su capacidad de demostrar competencia en las pruebas de selección de personal a las que se presenta. O las dificultades en el control de impulsos que han sido bien toleradas en un ambiente juvenil, pueden suponer un problema a partir del nacimiento del primer hijo. De otro modo rasgos dependientes que han incrementado la vulnerabilidad de una persona que ha perdido a otra que consideraba el sustento de su vida, pueden dificultar el que se involucre en un proceso terapéutico breve, y focalizado, como el de la intervención en crisis.

b) Conflictos de valores entre terapeuta y paciente. El terapeuta, en principio, debe estar preparado para suspender su juicio y trabajar aceptando el sistema de valores del paciente (en realidad a eso se compromete en el contrato de psicoterapia). Pueden surgir problemas

con los valores cuando el carácter de los conflictos hace difícil para el terapeuta mantener la neutralidad, o cuando, aunque no suceda esto, el paciente identifica, con fundamento, al terapeuta con valores que vive como hostiles. El primer caso se plantea a veces cuando el paciente se adhiere a deseos de venganza o a pautas de comportamiento que conllevan maltrato a otras personas. El segundo caso se produce en situaciones, a las que ya nos hemos referido con anterioridad, en las que el terapeuta aparece ante el paciente en primer término bajo el prisma de un prejuicio que lo convierte en agente del enemigo (en un conflicto bélico), representante de un orden odioso (ante un adolescente con necesidad de diferenciarse) o partícipe de una característica vivida como hostil (sanitario ante quien se siente víctima de una mala atención sanitaria).

Cuando el conflicto se inscribe del lado del terapeuta, éste debe plantearse si hay un requerimiento ético para romper la neutralidad (como sería un anuncio de la intención de infringir malos tratos a un menor) en cuyo caso se podría adoptar una postura diferente aunque ello supusiera romper la neutralidad terapéutica. En caso de que no sea así, puede plantearse la supervisión o la derivación a otro compañero.

Cuando el conflicto es vivido como tal por el paciente, el terapeuta puede hacerlo objeto de la conversación terapéutica. Si ello no es posible, puede plantearse la posibilidad del cambio de terapeuta.

c) Interferencia de los beneficios secundarios de la situación de crisis. Es relativamente frecuente que la mala situación de la crisis reporte, a pesar de todo, algunos beneficios. En primer lugar, ventajas como la incapacidad laboral o la exención de alguna otra obligación. Pero a veces, además, el estar mal puede ser el motivo para recibir una atención que nunca hubiera sido prestada desde el entorno: los hijos pueden abandonar su domicilio para cuidar a una madre deprimida, un padre puede empezar a emplear parte del tiempo que dedicaba al trabajo a acompañar a su hija con trastornos de conducta... También puede ser que los beneficios recaigan en el entorno: la enfermedad de la hija puede servir para establecer un impasse en el conflicto entre los padres, cuidar a un familiar puede servir para eximir de obligaciones más gravosas a otros.

Cuando esto ocurre, la ventaja en cuestión debe ser discutida explícitamente en la psicoterapia, cuidando de que el hecho de introducir el tema no pueda ser interpretado como señal de que el sufrimiento subsecuente a la crisis sea, de algún modo, falso, fingido para lograr un

beneficio. Aquí la suspensión del juicio es particularmente necesaria.

4. Fase de terminación:

a) La dificultad para terminar. La terminación puede ser un momento difícil en el proceso psicoterapéutico. Desde luego que no tiene por qué serlo: reconocerse mejor y sin necesidad de invertir tiempo y esfuerzo en un tratamiento puede ser un motivo de alegría neta y, aunque nos duela a los terapeutas, perdernos de vista no tiene por qué representar una tragedia para nadie. Pero puede ser un momento difícil por varios motivos.

En primer lugar puede dar lugar a un sentimiento de miedo a enfrentar los problemas sin apoyo. Frases como "Ya, ahora estoy bien, pero es porque usted me está ayudando, sólo me hundiría..." pueden oírse en estas situaciones. La metáfora del pasar a andar sin muletas, la revisión de las situaciones en las que ha demostrado capacidad de valerse por sí mismo o de la forma en la que, a lo largo del proceso psicoterapéutico, ha ido variando el tipo de ayuda recibida por parte del terapeuta, pueden ser de utilidad.

El proceso de terminación puede ser difícil para las personas que tienen problemas para afrontar las pérdidas, y esto es frecuente en las situaciones de crisis. Los componentes de duelo que la terminación puede acarrear deben ser explícitamente abordados en las últimas sesiones. Este mismo proceso de duelo puede plantear problemas después de la terminación. Los sentimientos normales de tristeza o inseguridad pueden ser interpretados como una recaída. Esta posibilidad puede también ser prevista en las últimas sesiones.

Como una defensa ante el duelo anticipado por la terminación, puede ser que el paciente plantee nuevos objetivos a lograr. En tales situaciones resulta útil haber explicitado los objetivos en las fases iniciales.

2.4.3. Errores comunes

1. Convertir la entrevista en un interrogatorio. Uno de los objetivos de la entrevista es obtener información. La información es necesaria para hacer un plan de actuación. Pero obtener información no es el único y, a veces, no es el principal objetivo de la entrevista. Para que el proceso terapéutico avance es preciso que el paciente se sienta involucrado en un intercambio comunicacional útil para su objetivo de recibir ayuda y en un clima de confianza. Muchas de las cosas que el paciente puede relatar pueden ser dolorosas de recordar y difíciles de expresar. Esto no quiere decir que esas cosas puedan ser evitadas en la terapia (todo lo

contrario). Pero han de tratarse en un clima de confianza y seguridad y puede que haya que dedicar una parte de la conversación a generar ese clima. De otro modo la indagación puede ser vivida por el paciente como algo al servicio de otros objetivos y despertar resistencias.

2. Hacer juicios críticos. La suspensión del juicio (base de la aceptación incondicional de los rogerianos) es una de las condiciones de posibilidad del proceso psicoterapéutico. El terapeuta se compromete, para serlo, a trabajar de acuerdo con el sistema de valores del paciente y a no aceptar que los suyos interfieran en el proceso de tratamiento.

Los juicios del terapeuta pueden impregnar inadvertidamente sus intervenciones, aunque ésa no sea la intención principal de la misma. Buena parte de los términos que utilizamos los terapeutas en nuestra jerga para referirnos a nuestros pacientes tiene connotaciones críticas. Términos como manipulador, inmaduro, irracional, histérico, rígido, inadecuado, patológico o controlador tienen una notable carga peyorativa. No es lo mismo decir "vamos a intentar trabajar juntos para ver si llega usted a ser capaz de tener un comportamiento más adulto" (que supone calificar de infantil el comportamiento actual del paciente) que "vamos a trabajar juntos para intentar conseguir que las experiencias que tuvo en el pasado no interfieran en su intento de afrontar este problema" (que supone en el paciente la intención de actuar como un adulto y de luchar contra lo que le dificulta este intento). Wachtel (1993) ha dedicado un magnífico manual a la detección y corrección de estas tendencias.

3. Aceptar toda la responsabilidad en el trabajo terapéutico. Como señalábamos en la parte teórica, una de las características de la crisis es su capacidad de suscitar reacciones de ayuda en las personas que rodean a quien la sufre. Los terapeutas no están exentos de sucumbir a ese impulso. Si lo hacen se pueden encontrar asumiendo responsabilidades que no solamente no facilitan, sino que, frecuentemente, entorpecen o impiden el proceso terapéutico. Prestar dinero, dar el teléfono particular o llevar al paciente en el propio coche serían ejemplos groseros de esto, que pocos terapeutas aceptarían como pertinentes. Sin embargo, es frecuente que esta actitud se traduzca en acciones más sutiles y no tan infrecuentes de ver:

- a) Dar consejos. Dar consejos plantea muchos problemas. En primer lugar, coloca al terapeuta en una posición que no está autorizado para detentar. El terapeuta no tiene por qué saber qué es lo mejor para su paciente (a la hora de elegir casa, amante o trabajo, por ejemplo). Dar consejos supone colocarse por encima del paciente, atribuyéndose un mejor conocimiento sobre lo que es conveniente para él, del que él

mismo tiene.

Pero, además, como mínimo, dar consejos suele ser inútil. En primer lugar lo frecuente es que, cuando se nos ocurra un consejo, el paciente se lo haya oído ya a otras personas (seguramente tendrá amigos por lo menos tan sagaces como nosotros) y, probablemente a sí mismo. Si recomendamos algo que el paciente quiere pero no ha conseguido hacer, puede vivir que le estamos recriminando no haberlo hecho u ofenderse porque no le consideremos capaz de haber pensado en ello. Si lo que sucede es que está dudando entre varias alternativas tampoco tendrá un criterio para optar por una u otra.

No quisiéramos decir tanto como que el consejo no cabe en la intervención en crisis, porque, a veces, puede ser útil. Pero sí que es un tipo de intervención que rara vez es útil y que, antes de usarla, conviene preguntarse si no habría otro tipo de intervención más útil para el proceso terapéutico.

b) Proponer objetivos no suscitados por el paciente. En ocasiones el paciente tiene dificultad para explicitar los objetivos que pretende con la terapia. En situaciones así el terapeuta, en lugar de explorar esta dificultad, puede sentirse impelido a proponer objetivos que respondan a sus ideas sobre normalidad, salud o cualquier otro criterio no resultante de un acuerdo personal con el paciente. Esta actitud puede ser origen de dificultades importante y dar al traste con la terapia.

c) Ofrecer falsas seguridades. El terapeuta puede verse llevado por una actitud paternalista a intentar proteger al paciente de la ansiedad que suscita la incertidumbre o el conocimiento de peligros o problemas reales. Puede, por ejemplo, ocultar o suavizar un mal pronóstico, asegurar resultados en un plazo dado, vaticinar determinados acontecimientos favorables o minimizar la probabilidad de que ocurran otros no deseados. Esto no sólo es inútil, sino que, además, pone en grave peligro la confianza y la credibilidad del terapeuta.

4. Respuesta desde la persona y no desde la persona en el rol del terapeuta. El terapeuta es una persona y lo que sucede en la terapia le produce inevitablemente reacciones emocionales que van desde la curiosidad hasta la hilaridad pasando por la vergüenza, la piedad o la solidaridad. Un buen terapeuta no es el que está exento de estos sentimientos. De hecho, reconocerlos en uno mismo puede facilitarle la comprensión de sus pautas de interacción interpersonal (si tiene base para pensar que cualquier otra persona ante el modo de comportarse con ella del paciente hubiera reaccionado del mismo modo). Pero, para actuar como

terapeuta, éste debe evitar que estos sentimientos muevan acciones que puedan interferir con su papel como psicoterapeuta:

- a) Preguntas inapropiadas o irrelevantes. Los relatos del paciente pueden suscitar la curiosidad del terapeuta por conocer detalles que no son relevantes para la terapia (el contenido concreto de un proyecto de trabajo, las características del lugar donde ha pasado las vacaciones, su voto en unas elecciones...). Cuando la conversación está dirigida por el interés del psicoterapeuta en lugar de por el del paciente, un presupuesto básico de la actividad psicoterapéutica está siendo desatendido. Esto puede suponer no sólo una pérdida de tiempo, sino también una merma de la confianza del paciente (que puede advertirlo).
- b) Uso inadecuado del humor. El humor puede ser un instrumento poderoso en la terapia. De hecho, una solemnidad reverencial puede generar una incomodidad que no facilita el trabajo. Pero el humor es una modalidad de relación que es particularmente ambigua y puede prestarse a interpretaciones diferentes y, por tanto, a malentendidos que pueden comprometer la terapia. El paciente puede sentirse herido o que se trivializa su sufrimiento. Por ello conviene ser prudente en su uso.
- c) Utilización impropia del pudor o las buenas maneras. En una conversación normal se acepta una convención según la cual hay temas que son demasiado íntimos para ser tratados o indagaciones que serían de mala educación. Una de las características diferenciales de la conversación terapéutica es la suspensión de tal convención. Las perífrasis o sobreentendidos que, en otro contextos, sería razonable aceptar, pueden ser indagadas no sólo buscando precisión, sino además para poner de manifiesto las razones mismas de su uso. No hay temas demasiado íntimos o demasiado personales para ser tratados en terapia si lo que motiva su abordaje es cumplir los objetivos de la misma.

A veces son los pacientes los que se niegan a hablar de un determinado tema. Dependiendo del momento de la relación y del proceso terapéutico puede tratarse de diversas formas. Pueden explicarse los motivos para no proceder así o puede recordarse el contrato. Pero, con más frecuencia, será útil invitar al paciente, por lo menos a explicitar los motivos para no hablar y a analizar las consecuencias de proceder a tratar el tema abiertamente.

- d) Minimización. A veces la pretensión de devolverle al paciente una sensación de control o de darle seguridad puede llevar al terapeuta a quitar importancia a un problema dado. El paciente, en lugar de sentirse aliviado, puede sentirse incomprendido o ignorado. La minimización

puede llevarse a cabo de un modo sutil a través de la utilización de términos aparentemente no peyorativos que, incluso, pueden parecer más adecuados al terapeuta (molestia por dolor, preocupación por angustia, discusión por pelea, enfado por odio...). Éste es uno de los motivos por los que explorar el significado exacto de los términos propuestos por el paciente y atenerse a ellos es tan importante.

e) Uso extemporáneo del consuelo o tranquilización. La tranquilización del paciente puede evitar la expresión de los sentimientos en la terapia y, consiguientemente, convertirse en un obstáculo para ésta. El paciente puede salir con la impresión de no haber podido compartir sus sentimientos o, sencillamente, no habiendo podido trabajarlos. Generalmente, el impulso de tranquilizar proviene del malestar que suscita en el terapeuta la irrupción masiva de las emociones del paciente en la terapia, bien porque desencadena sentimientos de pena o piedad, bien porque reaviva las propias angustias (como es el caso del paciente terminal que expresa abiertamente su desesperanza y su miedo a morir). Sonreír a un paciente que expresa hostilidad, recordar a un paciente que expresa sentimientos de desesperanza ante una pérdida, que hay otras cosas valiosas en su vida, reclamar la confianza en la unidad del dolor del paciente terminal al que nos referíamos antes, son maniobras que se inscriben en este registro. No es que se trate de maniobras que no puedan ser utilizadas en el curso de la terapia, sino que su uso debe adecuarse a los requerimientos del momento del proceso terapéutico en que nos encontremos. En cualquier caso, sí podríamos decir que los momentos en los que este tipo de maniobras están indicadas son los menos.

f) Autorrevelación inapropiada. La autorrevelación (hacer referencia a los sentimientos, pensamientos o historia personal del terapeuta) es un tipo de intervención que estaba terminantemente proscrito en las terapias de base psicodinámica en las que, precisamente, el terapeuta debería aparecer como una pantalla en blanco expuesta a la transferencia del paciente. Sin embargo, utilizada prudente y puntualmente en el momento adecuado, puede ser un instrumento potente. Irvin Yalom (1989) nos cuenta que cree que fue una autorrevelación de su terapeuta la única intervención que le fue útil en un largo proceso psicoterapéutico en el que estuvo implicado como paciente. Intervenciones del tipo de "Fíjese, no sé por qué, pero cuando le oigo decir eso, me siento irritado" pueden facilitar en (contadas) ocasiones una ulterior exploración de una interacción. Pero fuera de estos momentos, la autorrevelación puede comprometer el desempeño del rol del terapeuta. Intervenciones del tipo

de "¡Qué me va a contar, por desgracia, sé muy bien lo que es perder un padre!", puede coartar la expresión del paciente, facilitar que se acoja a sobreentendidos, dificultar la personalización o promover que el terapeuta aparezca como un modelo en lugar de como un facilitador de la exploración. Por ello la autorrevelación debe ser utilizada con extrema prudencia y, en todo caso, siempre al servicio de la labor exploratoria de la terapia.

5. Pasar por alto las emociones. Relatos bastante prolijos pueden estar desprovistos de colorido emocional o pueden resultar incongruentes con las emociones que están siendo expresadas de modo no verbal en la consulta. Centrarse en los otros componentes, dejando pasar por alto el componente emocional, puede llevar al estancamiento del proceso psicoterapéutico. Lo mismo ocurre cuando ante la expresión de un problema terapeuta y paciente se implican precipitadamente a explorar posibles soluciones sin explorar los sentimientos asociados al problema mismo y a tales soluciones (que, frecuentemente, son los que dificultan la elección o la puesta en marcha de una de ellas). La exploración de las emociones y la atención a las mismas es una tarea central y constante a lo largo del proceso psicoterapéutico.
6. No personalizar. El proceso psicoterapéutico tiene efecto porque transforma la narrativa del paciente acerca de sí mismo y de su mundo. Pero es posible porque parte de la narrativa inicial del paciente y la transforma en otra significativa para él personalmente. Por ello los comentarios generales (sobre la crisis, sobre el duelo, sobre los borderline, las mujeres, los hombres o los adolescentes) o las actuaciones basadas en consideraciones de este tipo son generalmente inútiles (como todas, esta regla tiene sus excepciones y a lo largo de este texto hemos comentado algunas).
7. Intervenciones generadoras prematuras. Las intervenciones más específicamente generadoras de narrativas alternativas (como son el reflejo empático, la interpretación o las prescripciones de diversa índole frente a intervenciones menos desafiantes como las preguntas, paráfrasis o recapitulaciones), que son un componente clave del proceso terapéutico, sólo tienen cabida (por mucho que para el terapeuta puedan estar cargadas de sentido desde un principio) en el momento en el que un trabajo previo las ha hecho aceptables para el paciente. Lo que podríamos llamar intervenciones desacompañadas, esto es, realizadas en un momento en el que el paciente no está en condiciones de incorporarlas a su propia narrativa no sólo pueden resultar inútiles, sino que pueden dar al traste con la credibilidad del terapeuta, con la alianza terapéutica y con la idea misma de que la terapia es un instrumento del paciente para lograr objetivos relevantes para él. Antes de aventurar intervenciones de este tipo el terapeuta debe haber comprobado que pueden ser aceptables.

8. Abrumar con excesiva información. Dar información puede ser un elemento importante en las situaciones de crisis. Así sucede, por ejemplo, cuando un superviviente de una catástrofe desconoce qué ha sucedido o la suerte corrida por sus seres queridos, cuando alguien está aterrorizado por el posible significado patológico de fenómenos que son normales en una situación de duelo (como las ilusiones o los fenómenos de presencia...), por el significado que puedan tener sobre la salud somática del paciente los síntomas de un ataque de pánico, o por las consecuencias de un diagnóstico de una enfermedad grave... Hay algunos principios elementales que hay que tener en cuenta cuando se trata de recibir información. En primer lugar la capacidad de recibirla está condicionada por el estado emocional del receptor. Es posible que a alguien que vive una situación como de grave amenaza para su vida o su identidad le cueste prestar atención a detalles que, desde esa óptica, puedan parecer irrelevantes, aunque a nuestros ojos sean fundamentales para proporcionarle una salida que él no cree posible.

Por otra parte la cantidad de información que una persona puede asimilar en un momento dado, más aun si se trata de una información que mueve fuertes emociones y de un momento de sobrecarga emocional, es limitada. Por ello la información a transmitir debe seleccionarse, debe comenzar a darse por lo que se considere fundamental y debe expresarse de un modo sintético. Haber ensayado previamente el modo en el que se expresará una mala noticia, por ejemplo, nunca está de más.

Por los mismos motivos, después de haber recibido una información con fuertes implicaciones emocionales, el sujeto puede quedar bloqueado para incorporar contenidos nuevos. Las instrucciones sobre el modo de cumplimentar un tratamiento que se le den a un paciente inmediatamente después de haberle comunicado que los resultados de un análisis de rutina significan que padece una enfermedad muy grave, probablemente serán desatendidos y no registrados por éste.

Una buena transmisión de información es la que se transmite en unas pocas frases, con tiempo suficiente para asimilarla, en términos comprensibles (y, cuando es posible, elegidos) por el paciente, de modo que incite al diálogo y a la comprobación del significado preciso que cada parte atribuye a lo que se ha dicho, y que atiende a la repercusión emocional de lo transmitido y esclarece el papel que la relación de ayuda desde la que se emite puede jugar respecto a las consecuencias de lo transmitido.

9. Dejar pasar por alto comentarios negativos sobre la terapia o el terapeuta. Los juicios negativos sobre la terapia o el terapeuta aparecen con frecuencia en el proceso terapéutico y pueden obedecer a razones muy diferentes, desde el descontento con unos resultados peores de los razonablemente esperables hasta

fenómenos transferenciales en los que el paciente encara su relación con el terapeuta o la terapia precisamente en los términos de la pauta problema que motiva su consulta. Los comentarios de este tipo deben ser inmediatamente abordados y discutidos en la terapia, siempre desde una actitud exploratoria (¿A qué responden para el paciente?).

10. Perder el foco. Un sujeto en una situación de crisis puede estar con su atención dispersa en multitud de elementos de su entorno. También puede desviar su atención precisamente de los más relevantes para evitar emociones dolorosas. Al fin de una buena sesión el terapeuta debería ser capaz de decir en muy pocas palabras sobre qué ha versado ésta. Una sesión que ha discurrido saltando de un tema a otro o adherida a uno que no es sustancial en lo que se considera el foco del tratamiento, será en el mejor de los casos, inútil. El terapeuta debe mantener en la cabeza cuáles son los temas relevantes para la terapia y estar atentos a cuándo la conversación se desvía de éstos. Si, en un momento, aparecen temas de importancia que no fueron considerados al hacer las hipótesis iniciales y el contrato, el terapeuta deberá reconsiderar aquéllas y, quizás, replantear éste. Lo que no deberá hacer nunca es actuar como si nada hubiera pasado y dejar que la sesión pierda el rumbo sin más.

Cuadro resumen

Procedimiento básico

1. Fase de indicación
2. Fases iniciales
 - a) Evaluación y formulación
 - b) Construcción de la alianza de trabajo
 - c) Contrato
3. Fases intermedias
 1. Construcción de pautas problema
 - 1.1. Elección de la óptica para la construcción de la pauta:

Desde la historia biográfica personal.
Desde el pensamiento.
Desde la conducta.
Desde el sistema de relaciones.
Desde el sistema de creencias.

- 1.2. Elección de conceptos y habilidades a utilizar.
- 1.3. Consideración del rol del terapeuta en función de lo anterior.

2. Consideración de los factores implicados en el cambio

4. Fase de terminación

1. Consideración de objetivos y tareas.
2. Previsión de dificultades.

Situaciones de crisis más frecuentes

1. Trabajar con narrativas de tristeza.
2. Trabajar con narrativas de autodestrucción.
3. Trabajar con narrativas de rabia.
4. Trabajar con narrativas de vergüenza.
5. Trabajar con narrativas de miedo.
6. Trabajar con narrativas desde la posición de víctima.

Dificultades frecuentes

Dificultades derivadas de la naturaleza de la intervención.
Dificultades propias de cada fase del proceso terapéutico.

Exposición de un caso clínico

Marian fue traída en ambulancia a la Urgencia de un Hospital General después de haber hecho una tentativa de suicidio con ingesta de tranquilizantes.

Su novio abandonó la casa en la que convivían unos días antes y había iniciado una

relación con una conocida de Marian. En el momento de la entrevista, la paciente está profundamente angustiada:

Marian: Sé que he hecho una tontería, pero es que yo sólo sirvo para hacer tonterías. Vaya estupidez, y encima le he fastidiado el fin de semana a mis padres, se han llevado un susto de muerte. Soy una imbécil.

Terapeuta: Creo que estás siendo muy dura contigo misma. Acabas de separarte de tu pareja y estás sufriendo.

Marian: Yo siempre estoy así, por eso me dejó, porque soy una aburrida. Nunca me apetece hacer nada, no tengo conversación.

Terapeuta: Pues ahora estamos conversando...

Marian: Sí (porque tú sabes cómo sacarle las palabras a la gente, sino yo no sé ni qué decir).

Terapeuta: Lo que noto es que de nuevo estás siendo muy crítica contigo y que continuamente me enseñas que te valoras muy poco.

Marian: No tengo motivos para pensar otra cosa. La verdad es que tenía que haberme muerto.

Terapeuta: Hace dos días que tu novio y tú os habéis separado. Para ti ha supuesto enfrentar su pérdida, cambiar de domicilio, encajar de nuevo en casa de tus padres, ¿no crees que se te han acumulado muchas cosas en poco tiempo?

Marian: Sí, claro que sí, pero si yo hubiera sido algo más atractiva, más simpática, más alegre, seguramente que él no se hubiera ido.

Terapeuta: Tal como lo planteas parece que la marcha de él te convierte en una persona que no valga nada.

Marian: Me siento así. Con él, me encontraba segura, siempre sabía lo que tenía que hacer. Yo en cambio..., me cuesta siempre decidirme, no sé cuándo hago las cosas bien, salvo en mi trabajo.

Terapeuta: ¿En tu trabajo no es así?

Marian: No. Allí tienen muy buena opinión de mí, allí no me cuesta tomar decisiones, incluso me han hecho fija hace unas semanas. Ya verás cuando se enteren...

Terapeuta: O sea, que allí te encuentras valorada y quizá eso te ayuda a valorarte tú misma más y a trabajar con más seguridad.

Marian: Sí, puede ser.

Terapeuta: Y con tu novio ¿te sentías también valorada?

Marian: Bueno, él era muy exigente, le gustaba todo bien hecho, pero es que lo hacía casi todo bien. A mí me regañaba cuando me costaba decidirme o hacía las cosas peor.

Terapeuta: Pero ¿era para ti una relación de apoyo, de confianza, en la que te sentías segura, valorada?

Marian: No mucho, siempre iba un poco cohibida, porque me criticaba mucho. Por eso hemos tenido discusiones. Después de esto, estaba pensando en trasladarme de ciudad, no soporto enfrentarme a los amigos, a los sitios a los que íbamos, poder encontrármelo en alguno de ellos... No sé, me siento tan mal ahora..., también con él me sentía segura, ahora estoy perdida.

Terapeuta: Ahora estás atravesando una situación de crisis. Estás en un bache duro en tu vida, pero que tiene salida. No es el momento de tomar decisiones importantes. Te aconsejo que esperes para hacerlo, más adelante, cuando estés más serena, podrás tomar tu decisión, la que sea. Te propongo que nos veamos para hablar de todo lo que te ha ocurrido y ayudarte a que tú salgas de esta situación...

La paciente del ejemplo está en una situación de crisis. Su experiencia es de sentimientos que pueden ser considerados "normales" por la mayoría de las personas que experimentan una pérdida. El estrés ha sido desencadenado por un acontecimiento externo, la separación, en conjunción con el estilo de afrontamiento de la paciente, tendente a la autoculpabilización, y sus circunstancias particulares, ha tenido que desplazarse a casa de sus padres, o la consideración de que con la pérdida del novio hay también una pérdida de red social, por ejemplo. Pero lo que parece dominar en el campo de la experiencia de Marian es la pérdida del aporte de seguridad básica que le suponía la relación con su novio: "que su novio decida irse, la convierte a ella en una persona sin valor". Marian está "pegada" a ese significado de la experiencia de la pérdida, que incluye implícitamente la consideración de sí misma como persona incapaz de remontar el problema. El mundo de significados de la paciente, como persona adaptada a sus circunstancias de vida, como pareja de ese hombre, como mujer valiosa, etc., que hasta entonces le había servido, se quiebra y, ante el vacío de significados conocidos, emergen la ansiedad y la tristeza.

En el caso anterior, terapeuta y paciente se encuentran en un escenario determinado, la urgencia de un hospital, que como su nombre indica puede condicionar la actividad del terapeuta y presionarle a la actuación urgente o, en ocasiones, precipitada. Ser consciente del escenario es necesario para tomar en cuenta las restricciones o las posibilidades a las que estamos sometidos por el hecho de estar en ese contexto de acción y no en otro. La actuación es diferente si nos encontramos con Marian en la casa de sus padres, de donde nos llaman para hacer una visita domiciliaria o tumbada en una esquina de la calle después de haber ingerido las pastillas o, como es el caso, en el servicio de urgencias del hospital. En este último ámbito, el profesional puede estar presionado a una decisión rápida y, por tanto, ha de rentabilizar al máximo sus habilidades con el objetivo prioritario de evaluar y minimizar el riesgo de una repetición del acto suicida. Para ello, como se desprende de la secuencia clínica anterior:

Establece una relación empática con la paciente: "Acabas de separarte de tu pareja y estás sufriendo".

Acompasa sus emociones, sentimientos y pensamientos. Lo hace a través del reflejo verbal de las emociones ("estás triste", „eres muy dura contigo misma"), el reflejo de conductas no verbales ("observo que te emocionas, cuando lo cuentas"), la utilización de "puntos de anclaje de la experiencia de la crisis"(ahora no puedes sentir más que la angustia de este instante, llevas unas gafas negras que te impiden ver lo que hay más allá de este túnel").

Consigue encontrar alguna faceta en la que se produce una excepción al eslogan general que Marian mantiene sobre sí misma, "soy una inútil". En el trabajo, sin embargo, es una persona valorada y apreciada. El objetivo intermedio del terapeuta es hilar una experiencia del sí misma de Marian saturada por el síntoma, con una experiencia del sí misma de Marian de valor y de competencia.

Con todos los señalamientos anteriores, la terapeuta construye con Marian una relación en la que las respuestas más probables sean "sí - porque forman parte de la experiencia actual de la paciente (sí está triste, sí es dura con ella, sí es competente y valorada en el trabajo). Sobre esa relación, que también podríamos llamar de "mutualidad", es posible introducir la siguiente narrativa: la de la guía, en este caso la de la necesidad de ayuda.

Coloca la situación en una perspectiva temporal, rotulándola como coyuntural: "Estás en una crisis" (o bache), o "te sientes como en un túnel".

Aprovecha la oportunidad de que la paciente está en estos momentos más receptiva a la ayuda y se la ofrece.

Incluye en la ayuda la movilización de otros recursos de apoyo: en este caso, la familia.

Reformula la situación ofreciendo una salida a través de las condiciones de un contrato de ayuda.

En definitiva, se han explorado y asegurado los puntos de anclaje necesarios para construir la intervención en crisis. Así:

1. Se ha establecido un acuerdo sobre la existencia de momentos y áreas - el trabajo - de funcionamiento razonablemente satisfactorio.
2. Se ha puesto en relación la situación actual con la quiebra brusca de ese funcionamiento provocada por la ruptura con el novio.
3. Se han revisado los procedimientos de los que se valía Marian para sostener su autoestima, los problemas que ya le acarreaban entonces y los motivos por los que, ahora, no son aplicables (la marcha del novio).
4. Se ha señalado en la situación alguna de las características de la crisis: ruptura de la continuidad de la experiencia del tiempo, saturación de la narrativa propuesta por Marian, vivencia de incapacidad, pérdida de significado y malestar.

Cuatro días más tarde, terapeuta y paciente se encuentran en el despacho del primero en el centro de salud mental del barrio donde vive Marian:

Terapeuta: Hola Marian ¿qué tal ha ido todo?

Marian: Bueno.. no han cambiado mucho las cosas. Me quedé en casa de mis padres, como habíamos hablado en el Hospital... Ellos me vigilan constantemente. Me siento muy mal.

Terapeuta: Cuando dices mal, ¿a qué te refieres exactamente?

Marian: Pues... a que estoy triste, nerviosa. Me encuentro muy muy sola... He vuelto a casa como fracasada. Mis padres siempre se llevaron bien entre ellos, le dan mucha importancia a eso, ellos están muy preocupados. Mi hermana también. Duermo con ella en la habitación y le da muchas vueltas a cómo no pudo enterarse de que yo estaba tomando las pastillas mientras ella dormía. Creo que le he hecho mucho daño...

Terapeuta: Cuando tu novio y tú os fuisteis a vivir juntos, para ti fue la primera salida de casa.

Marian: Sí, yo me encontraba demasiado atada, mis padres siempre se han preocupado mucho por mi hermana y por mí. Para mí era muy agobiante. Fui un poco egoísta. Ellos no estaban muy de acuerdo, les parecía muy precipitado.

Terapeuta: Y ¿cómo fueron los primeros meses de vuestra relación?

Marian: Al principio, todo era nuevo. Me sentía por primera vez una adulta. Todo lo que él decía y lo que hacía me parecía maravilloso.

Terapeuta: ¿Qué cosas te gustaban de él?

Marian: Su seguridad, siempre sabía lo que tenía que hacer, decidía muy rápido.

Terapeuta: ¿Cómo, muy rápido?

Marian: ¡Mucho más rápido que yo...!

Terapeuta: ¿Decidía antes de que tú tuvieras tiempo de decidirte?

Marian: Siempre.

Terapeuta: ¿Quieres decir que no te daba tiempo a decidir a ti, y que para cuando hubieras podido hacerlo él ya había tomado la decisión por ti?

Marian (sonríe): Puede que algo así pasara.

Terapeuta: Si tuvieras que elegir, ¿qué era lo que menos te gustaba de él?

Marian: Eran más las cosas que me gustaban.

Terapeuta: Pero todas las relaciones tienen altos y bajos, ¿cuáles fueron los vuestros?

Marian: Bueno, hace tres meses yo quise hacer un curso en Barcelona, que me servía para ascender en el trabajo. Él no quería que yo me fuera, decía que me necesitaba aquí, que era mucho tiempo... y yo no lo hice.

Terapeuta: ¿Cómo te sentiste entonces, al renunciar a algo que tú deseabas y relegar tus deseos a los requerimientos de él?

Marian: Pensé que se lo merecía...

Terapeuta: Eso lo pensaste. Pero, ¿cómo te sentiste...?

Marian: No me sentí especialmente mal.

Terapeuta: ¿Pero cómo dirías que te sentiste?

Marian: Molesta...

Terapeuta: Pero, ¿cuál era ese sentimiento molesto?

Marian: No sé... Primero me sentí un poco... enfadada, pero luego me compensaba estar con él.

Terapeuta: ¿Enfadada?, ¿cómo expresas tú el enfado, como te lo notan los demás?

Marian: No lo hago, me lo trago todo. Estoy acostumbrada a estar pendiente de los demás.

Terapeuta: ¿Cómo te sientes ahora, cuando tres meses después de este episodio que me cuentas, tu novio decidió irse?

Marian: No sé ni cómo me siento, confundida supongo, triste.

Terapeuta: Pero me estás diciendo que tú renunciabas a aspectos importantes de tu vida, por agradarle. Que tu estilo implica darle más importancia a los sentimientos de los demás que a los tuyos propios. Que la decisión de su marcha fue inesperada y que se fue con otra chica conocida tuya.

Marian: Ya, ya lo sé. ¡Que soy tonta!

Terapeuta (observando que se sonroja): Parece que te emocionas ahora. ¿Qué sientes?

Marian: Me pongo nerviosa, se me acelera el corazón.

Terapeuta: ¿Como cuando uno se enfada?

Marian: Un poco sí.

Terapeuta: Parece, Marian, que te cuesta mucho reconocer y expresar el enfado y la rabia ¿no es así?

Manan: Yo prefiero ceder a que haya discusiones...

Terapeuta: Y si no te permites expresar rabia, sacar el enfado fuera, la

rabia se vuelve contra ti y se convierte en tristeza. Triste es como te sientes ¿no? Y sólo a veces, algunas veces, como ahora, un poco enfadada. Eso se puede convertir en un problema.

Marian: Pero ¿qué puedo hacer por salir de esta situación? Ya no quiero hacerle daño a nadie, a mis padres, mi hermana.

Terapeuta: De nuevo parece que estás poniendo por delante los sentimientos de los demás. Salir de esta situación, no porque tú tengas derecho a desearlo, sino porque tus padres o tu hermana no tienen por qué soportar tu tristeza. Me pregunto, si echas hacia atrás en la película de tu vida, ¿cuándo aprendiste que tus sentimientos no cuentan?

Manan (se emociona y llora): Quizás al ver todo el esfuerzo que mis padres han hecho porque nosotras tuviéramos otra vida. Mi padre, sobre todo, tuvo una infancia muy difícil, continuamente nos repetía que ellos estaban encantados de sacrificarse para que nosotras tuviéramos otra vida. Estudiaba por complacerles, para que vieran que su trabajo no era en balde. Ellos siempre estuvieron muy orgullosos de nosotras... Ahora siento que les he fallado.

Terapeuta: Parece que el cariño que sientes hacia tus padres te ha llevado a colocarte unos objetivos muy exigentes, ahora entiendo de dónde viene lo duro de tus críticas contigo misma. Lo que te sirvió en el trabajo, para ser competente y valorada, parece que te llevó a depender mucho también de la aprobación de los demás. Me estoy refiriendo a la relación con tu novio en el pasado y la relación que estableces ahora con tus padres, de nuevo.

Marian: Yo creo que ese agobio que sentía por no fallarles fue lo que me hizo precipitarme en mi marcha.

Terapeuta: ¿Qué quieres decir con eso?

Marian: Que ahora recuerdo que fue él, mi novio, el que más insistió en que nos fuéramos juntos, por entonces yo aún no estaba muy segura de ello...

Terapeuta: Pero después, esa sensibilidad tuya por reconocer las necesidades de los demás, te llevó a una relación que, por lo que has contado hasta ahora, no parece que fuera muy igualitaria ¿no? Él era quien decidía, sus sentimientos tenían prioridad sobre los tuyos... Me pregunto que hizo qué te mantuvieras en esa relación de esta forma..tú que también te habías

enfrentado a tus padres cuando te fuiste de casa.

Marian: Yo creo que le necesitaba mucho, que llegó un momento que llegué a sentir que si me iba, no iba a encontrar a nadie que me quisiera.

Terapeuta: ¿De dónde venía ese sentimiento?

Marian: Bueno, en las discusiones, él me repetía que yo era insoportable, que pocos hombres aguantarían a una mujer tan histérica como yo.

Terapeuta: Empezaste entonces a sentirte como alguien sin valor.

Marian: Sí. Hace años yo no me sentía así. Estaba ilusionada con mi futuro en el trabajo, formar una familia, me sentía capaz de hacerlo...

Terapeuta: Así que hubo otra época en que tú te apreciabas más, reconocías más tu valía personal y quizás eso te hacía sentir también más respeto por ti misma ¿no?

Marian: Sí, no lo había pensado antes, pero estos años con mi novio me han ido minando la confianza.

Terapeuta: ¿Qué te parece si hablamos de ello en la próxima sesión? Pero quizás sería también importante hacer un encuentro familiar con el objetivo de que tú puedas tranquilizar a tu familia y decirles abiertamente que estás dispuesta a salir de este bache, que pueden estar tranquilos, que no vas a volver a intentar suicidarte. Yo creo que algo así, les ayudaría, tal como tú desees, y además relajaría bastante la vigilancia a la que ahora te someten.

Quizás puedas aprovechar esta oportunidad, aunque haya sido por la vía del sufrimiento, para movilizar algunos recursos tuyos que han estado bloqueados en los últimos tiempos y salir fortalecida de esta situación.

Marian: Sí, es posible que después de todo vaya a sacar algo en limpio de todo esto.

La terapeuta le ha dado a Marian una cita muy próxima en el tiempo después de la primera entrevista. Empieza haciendo una pregunta abierta (¿cómo ha ido todo?), con objeto de hacer un repaso de posibles síntomas y acontecimientos que hayan ocurrido los días anteriores y, así, permitir que sea la paciente la que tome la primera dirección de la entrevista. Explora las decisiones que se han tomado en torno a la crisis y como forma de contenerla, por ejemplo, Marian se ha trasladado de nuevo a casa de los padres. Parece que ha sido algo propiciado también por la terapeuta desde la Urgencia del Hospital y una consecuencia de la movilización de la red de apoyo de la paciente, en este caso su

familia.

Durante este primer intercambio, la terapeuta se entera de que la familia está muy angustiada tras el intento de suicidio y que las soluciones buscadas por ellos para combatir esta emoción, tales como la vigilancia estrecha, pueden convertirse, de prolongarse, en un futuro problema para la autonomía de Marian. Ese riesgo, que por ahora no pasa de ser potencial, es "apuntado" por la terapeuta en su agenda de posibles soluciones que se puedan convertir en problemas en el futuro y, por tanto, soluciones a discutir y confrontar con ellos desde el principio. Es, al final de esta entrevista individual, y después de recorrer con la paciente algo sobre la dinámica familiar, cuando le propone la entrevista familiar con objeto de tranquilizar la angustia y evaluar, al paso, la necesidad de una intervención más prioritaria a ese nivel.

Después de esta primera interacción, la terapeuta decide centrarse en sus síntomas y en el acontecimiento que desencadenó la crisis. Juntas, terapeuta y paciente hacen una revisión de la relación perdida, desde el principio, la decisión de irse a vivir juntos que ya apunta que pudo ser una forma de escapada del férreo control familiar al que Marian se ha sentido sometida.

La relación se explora procurando que surjan no sólo los sentimientos positivos, que la convertirían en una narrativa de pérdida arrasadora para ella, tal como la vive, sino también otros sentimientos negativos enterrados en el recuerdo emocional y que, juntos, pueden abrir otro significado a la pérdida de la relación. Surge, así, la dificultad, actuada durante la entrevista, para expresar abiertamente la rabia o el enojo. No sólo ha perdido la relación con un hombre que le daba confianza, sino la relación con un hombre al que estaba sometida por sentirse de menor valía que él.

En la secuencia siguiente la terapeuta, con sus preguntas, le facilita evocar sus recuerdos sobre el comienzo de esa construcción de una sí misma que tenía que mantener un alto estándar para cumplir las expectativas que sus padres habían depositado en ella, así como su estilo relaciona) de relegar sus necesidades ante las de las personas significativas para ella. La entrevista termina con el reconocimiento por parte de la paciente, no ya de ser una persona sin valor, sino de haber estado en una relación que no había apoyado su sentimiento de estima propia y, como consecuencia, la necesidad de recuperar un sentimiento de sí misma basado en la valoración personal junto al respeto por los sentimientos de los demás.

Es decir, terapeuta y paciente han fortalecido la relación de alianza de trabajo que ya se había iniciado en la sesión anterior, han explorado algo sobre la forma de expresar sentimientos y la construcción del sí mismo de la paciente. Han iniciado el trabajo de duelo por la relación perdida y han acordado seguir trabajando sobre la construcción de un sí mismo preferido por la paciente y de afrontar algunas posibles dificultades futuras para conseguir esto, como es una posible reacción de hipercontrol familiar que no está en

sintonía con las necesidades expresadas por Marian o su momento del ciclo vital.

A la tercera sesión está convocada la familia de Marian: el padre, la madre y la hermana menor de Marian, Irene.

La terapeuta inicia la sesión recogiendo los acontecimientos de las dos últimas semanas y pidiendo a cada uno su opinión acerca de la situación en casa, así como interesándose por los sentimientos de cada uno de los miembros en torno a la tentativa autolítica:

Padre (emocionado): Nunca pensé que nos fuera a hacer algo así. Carmen (su mujer) y yo hemos dedicado la vida a ellas y caramba... nunca creí que fuera capaz de hacer algo como eso. Mira que nosotros hemos pasado penurias en nuestra vida, pero todo se pasa... Debería habérselo dicho. Ella sabe que la hubiéramos ayudado.

Terapeuta (dirigiéndose a la madre): Y usted Carmen, ¿qué piensa de lo que dice su marido?

Carmen: Que tiene razón. Siempre les hemos dicho que ellas se tienen que hacer respetar por los chicos y yo ya le decía que este chico no la respetaba.

Terapeuta: Tal y como les escucho, además de preocupación por el estado de ánimo de Marian, me parece que hay detrás algunos sentimientos de decepción. Eso me explica, en parte, los sentimientos de vergüenza que Marian tiene y que le hacen difícil sostener una imagen positiva de ella como una persona valiosa.

Marian: Es lo que hice. Meter la pata como de costumbre. No hago más que avergonzarles.

Irene: No digas eso. Tú siempre has sido una persona muy trabajadora. Ellos han estado muy orgullosos de ti.

Terapeuta: ¿Qué piensan ustedes acerca de esta preocupación de sus dos hijas por complacerles? ¿De dónde creen que viene?

Carmen: (Sonriendo en complicidad con su marido.)

Terapeuta (señalando esa interacción en lo no verbal): parece que éste es un tema viejo entre ustedes ¿no es así?

Carmen: Vaya que si lo es. Mi marido y yo hemos tenido que luchar

mucho en la vida. En el pueblo, él más que yo. Su padre era un "viva la virgen", un borracho, que les dejaba sin comer un día sí y otro no y él se encargó desde muy pequeño de cuidar a su madre y a sus hermanos. Fue él quien sacó la casa de su madre adelante. Yo tuve más suerte, porque mis padres sí que se preocupaban de nosotras, pero en cualquier caso había mucha necesidad.

Padre: Yo he querido que a mis hijas no les faltara nada, pero sé que eso sólo se consigue con el esfuerzo. La verdad es que ellas han sido buenas chicas. No hubo problemas hasta ahora.

Terapeuta: Entiendo que estén preocupados por lo ocurrido, pero me llama la atención que es como si no les encajara con lo que ustedes tenían previsto, como si les resultara especialmente difícil entender que Marian hubiera podido estar así, cansada de vivir.

Padre: Cómo no me va a ser difícil. Si ella lo tenía todo. ¿Qué le podía faltar?

Terapeuta: Quizás ella, gracias a ustedes, tuvo todo, igual que Irene, todo aquello que a ustedes les faltó, aquello que hubieran necesitado para crecer. Seguro que ellas lo han sentido así, ¿no es verdad? (a ambas hijas).

Irene: Sí, claro que sí. Y yo creo que eso también ha sido un poco de carga.

Terapeuta: ¿Te refieres a la carga de responder a tus padres en la medida de lo que ellos esperaban de vosotras?

Irene: Sí, eso es. Yo creo que tanto yo como mi hermana hemos estudiado mucho, nos hemos preocupado de comportarnos bien. Todo eso porque queríamos que nuestros padres estuvieran orgullosos.

Terapeuta: Así que en vuestra familia ha pesado mucho esa historia infantil desgraciada de tu padre y esa otra de falta de recursos de tu madre. ¡Hay que ver cómo puede traspasar los años una historia tan dura como la suya! (mirando a ambos padres). Una historia que les puede colocar a ustedes en una necesidad de dar- lo todo, aun antes de que el otro lo pida. Puede ser que algo así les haya ocurrido a ustedes.

Padre: Es posible. Yo lo pasé tan mal que igual me pasé de miedo y les transmití el miedo a que les pudiera faltar algo.

Terapeuta: pero ellas y ustedes estaban tan ocupados con el miedo a que

algo pudiera faltar que no podían sentir sus propios deseos ¿no? Sólo cabía el esfuerzo por obtener cosas que les protegieran a ellas de una infancia como la que ustedes tuvieron ¿verdad?

Padre: Sí, sí, quizás no fue lo mejor.

Terapeuta: Consiguieron ustedes muchas cosas con esa estrategia. Por un lado la seguridad material de su casa, sus trabajos, darles estudios a sus hijas, etc. Por otro lado transmitirles a sus hijas ese cariño que ellas han sentido y que a usted, sobre todo (al padre) tanto le faltó. Esto sí lo han conseguido tus padres ¿no?

Marian: Sí, claro que sí. Yo sé todo lo que nos quieren. Lo que pasa es que a veces yo no lo he sabido apreciar.

Terapeuta: O quizás que reconocerlo te cargaba de una responsabilidad tan grande que te "pegaba" a tu casa para siempre... como si tú y tu hermana os sintierais con el deber de devolverles a vuestros padres todo lo que ellos os dieron... Es como una tarea muy pesada que se ha ido pasando de una generación a otra. De hecho tú saliste de casa de la única forma que sabías, yéndote con un hombre.

Carmen: A nosotros nos pareció muy rápido todo. La verdad es que nos sorprendió tanta prisa por irse de casa.

Terapeuta: Parece que aunque ustedes estaban de acuerdo con la pareja, se sintieron un poco heridos por la rapidez ¿no?

Padre: Salió un poco como huyendo. Ahora pienso que quizás nosotros la agobiábamos un poco, con los horarios, las notas. Para mí es muy importante que sean unas mujeres de bien.

Terapeuta: Parece que eso lo han conseguido entre todos. ¿Cómo van a hacer ahora para conseguir lo que les queda, lo que falta?

Padre: ¿A qué se refiere?

Terapeuta: A hacer también las cosas por gusto, no sólo por esfuerzo, pero para eso sus hijas tienen que aprender a identificar sus deseos. Ustedes aprendieron a darse cuenta de sus deseos por la vía de la falta de cariño o recursos, sabían bien lo que no querían, había muchas cosas que desear. A ellas les queda hacerlo, identificar sus deseos a través de un montón de normas de "deberías" que acallan lo que desean. ¿Les parece que eso encaja con lo que ocurre en su familia?

Carmen: Sí, sí, algunas veces yo se lo he dicho a mi marido, que les exigíamos mucho...

Terapeuta: Veo que en su casa hay mucho cariño y que eso es el primer ingrediente para vencer las dificultades. Ustedes, que han sentido su falta lo saben bien, pero ¿qué piensan que van a hacer por recuperar el "darse cuenta" de lo que desean?

Padre: Quizás tengamos que preguntarnos qué es lo que queremos.

Terapeuta: Será un buen ejercicio intentar empezar sus frases quitando los "deberías". ¿Qué cree usted que pasaría si ahora su esfuerzo lo pusiera en la tarea de retirar los "debería"?

Carmen (se ríe mirando a sus hijas): Me resultaría muy raro ¿verdad?

Terapeuta (dirigiéndose a Marian): ¿Qué cambiaría en las relaciones que mantenéis entre vosotros ahora, si tus padres no usaran la palabra "deberías"?

Marian: ¡A mí no me dirían que debería intentar salir de esto o que debería dar gracias a Dios por lo que me ha dado o que debería quedarme en casa y no salir hasta que me encontrase bien o que debería descansar más! (con tono irritado).

Irene (interviene espontáneamente): A mí no me agobiarían con que debería vigilar a mi hermana o estar tan pendiente de ella que la aburro o que no hago otra cosa en el día... (llorando). Yo "debería" haberla escuchado cuando se tomó las pastillas por la noche.

Terapeuta: ¿Y si cambias el debería por el desearía ¿Te encaja también con lo que quieres decir?

Irene: Sí, claro que sí, yo "desearía" haber evitado que ella se tomara las pastillas (se emociona).

Terapeuta: ¿Y qué cambia si utilizas el desearía?

Irene: Cuando digo "desearía" no me lo reprocho tanto ¿verdad?

Marian: Tú no tienes nada que reprocharte. Todos deseamos cambiar esos "debería", me parece a mí.

Terapeuta: ¿Y si tú empiezas ayudándole a tu familia a ver qué cambios

se producirían en sus vidas evitando los deberías?

Marian (mirando al terapeuta): Yo desearía...

Terapeuta: (Retira ostensiblemente su silla hacia atrás, como distanciándose de la escena, mientras anima con la mano a Marian a dirigirse a su "público natural", su familia.)

Marian: Está bien (sonríe dirigiéndose a sus padres y a su hermana). Yo desearía que vosotros volvierais a tener confianza en mí. Estoy mejor. Sé que os ha asustado mucho lo que hice y me he arrepentido de ello. En aquel momento me sentía muy mal después de la marcha de Ricardo. Ahora me sigo sintiendo triste, pero creo que puedo descubrir cosas dentro de mí que me ayuden a superarlo y, desde luego, sé que cuento también con vosotros (se emociona, el padre le ofrece un pañuelo).

Terapeuta: ¿Qué piensan de lo que Marian les está diciendo?

Carmen: Que es verdad, que tenemos que volver a la normalidad. No podemos pasarnos el día vigilándola.

Terapeuta: ¿Se sienten ustedes más tranquilos, después de escucharla?

Padre: Hombre, claro que sí. Yo sé que ella puede salir adelante.

Terapeuta: Y yo también creo que ustedes, como familia, también pueden salir adelante. Hoy hemos avanzado algo ¿no les parece? Les animo a que observen algunos cambios que es posible que se produzcan si cuidan no empezar sus frases con el debería. ¿Qué te parece, Marian, si en la próxima sesión, tú y yo discutimos cómo influyen estos cambios en tus sentimientos?

Durante la sesión familiar, la terapeuta ha mantenido en todo momento una relación de apoyo, comprensión y cordialidad. Incluso cuando ha hecho preguntas embebidas en sugerencias, lo ha hecho cuidando de reconocer la intención positiva que había debajo de algunas de las "conductas-problema" familiares.

Después de la fase social, en la que la terapeuta intercambia presentaciones con todos los miembros, entra en una fase exploratoria, primero de actitudes ante la depresión y el intento autolítico de la paciente y hacia la terapia. Los miembros de la familia aceptan fácilmente la reunión con la terapeuta pues su ambiente familiar está cargado de angustia.

La terapeuta conoce, por la sesión anterior con Marian, que el riesgo de esta familia

es estar manteniendo una actitud de excesiva protección y control que la paciente recibe entre resignada y culpabilizada, pero que, de cualquier forma, está dificultando su crecimiento como persona y el crecimiento de su familia como grupo. La dirección que han tomado tras la crisis provocada por el intento autolítico les está colocando en una posición de sacrificio del bienestar de cada uno de sus miembros en aras de un hipotético bien común familiar. Marian e Irene sacrifican su autonomía y la expresión de sus deseos a un cumplimiento de expectativas paternas. El padre y la madre sacrifican sus propios deseos al cumplimiento de una necesidad más básica: asegurarse de que con sus hijas no se van a dar las situaciones que les tocaron vivir a ellos. En ambos casos los subsistemas paterno y filial no podrían diferenciarse nunca, porque hacerlo rompería ese equilibrio así descrito y podría poner en peligro la propia identidad familiar. Diferenciarse, cambiar con el cambio de cada uno de sus miembros, puede ser experimentado como desintegración familiar. En este caso, padres e hijas intensifican las maniobras que están acostumbrados a manejar en períodos de tensión emocional: sobreprotección y sometimiento de la expresión de los propios deseos y necesidades a la continuación de la familia tal y como ellos la conocen.

La terapeuta ha revisado, sobre todo con los padres, la comprensión transgeneracional de esa pauta-problema. Se ha encontrado con las situaciones de privación emocional y de bienes materiales que los padres han sufrido en su infancia y con el firme "deseo" desarrollado por éstos de que eso no les pasase a sus hijas. En algún lugar entre su infancia y el momento actual, ese "deseo" se transformó en imposición, de forma que lo que les imponen ahora a sus hijas es el camino que ellos conocen, un camino que les oculta, tras la amenaza de daño a los padres, el propio, más volcado en un mundo de fuera, que distancia a las hijas y las sumerge en situaciones alejadas del control paterno y materno y, por tanto, peligrosas.

Con la sugerencia del cambio del debería por el desearía surgen, se desatan, algunas emociones en las hijas. El resultado final es una comunicación clara de deseos de la hija a los padres, con un reconocimiento también de los sentimientos de éstos.

A lo largo de esta sesión, la terapeuta:

- Ha reconocido los sentimientos y emociones de cada uno de los miembros de la familia, facilitándoles un lugar de validez. Todos han tenido oportunidad de expresar sus sentimientos y la terapeuta les ha ayudado a sentirlos como legítimos e incluso a empezar a entender y sentir de qué les han servido.
- Ha explorado junto con los miembros familiares la comprensión de una pauta-problema que se explicita a través de una comprensión transgeneracional, haciendo uso del genograma: la pauta de sobreprotección en esta generación que compensa la privación en la generación anterior.

- Se ha servido de interacciones verbales y no verbales, consonantes con la pauta-problema para afianzar sus relatos: como cuando señala interacciones entre el padre y la madre y explicita que „eso parece ser un viejo tema entre ellos“.
- Ha facilitado que la familia pueda empezar a construir un relato alternativo (a través del juego de "deberías" y "desearías").
- Propone un nuevo encuentro a solas con Marian, acordando con ella algunas tareas. Por un lado, las que vienen de la sesión individual y que tienen que ver con la ayuda para encajar la experiencia de la ruptura afectiva con su novio y el significado que ésta tendrá en su vida futura. Por otro lado, la tarea de observar y discutir a solas con la terapeuta, aunque explicitado para todos, como un pequeño cambio en las "reglas" familiares, puede alterar, más satisfactoriamente para todos los miembros, las relaciones familiares, que, aunque diferentes, se mantienen.

Durante la siguiente sesión, una semana más tarde, el terapeuta ha citado a Marian individualmente:

Terapeuta: Hola Marian ¿cómo ha ido la semana?

Marian: Mejor, no he estado tan metida en casa. Salí el fin de semana con mi hermana y unos amigos.

Terapeuta: La última sesión fue en la que nos reunimos con tu familia, ¿hicisteis comentarios entre vosotros, después de haber estado aquí?

Marian: Sí. Algo sí... hablamos de que teníamos que recuperar un poco la confianza unos en otros. Porque al final, ellos estaban angustiados porque no confiaban en que yo fuera a ser capaz de salir adelante y yo me he pasado la vida angustiada por no disgustarles o no ser una decepción para ellos... Ahora veo que eso no puede ser. Cuando conocí a Ricardo me pasó un poco también. Estaba tan pendiente de gustarle, de que no se diera cuenta de mis fallos que yo creo que... no sé... me hice un lío.

Terapeuta: Estabas tan pendiente de convertirte en la persona que él deseaba que tú fueras que te olvidaste de ser la persona que realmente eras... ¡Caramba, es como un trabalenguas! No me extraña que te hicieras un lío (sonriendo).

Marian: Sí (riendo), creo que me impuse el "deber" (lo subraya en su discurso) de ser lo que él quería que fuera... Ahora me resulta difícil saber lo que quiero ser.

Terapeuta: Lo entiendo. Por lo pronto parece que sabes alguna cosa que

no quieres, ¿no es así? Me dices que lo que no quieres es basar tu vida en complacer a los demás o en intentar no decepcionarlos ¿verdad?

Marian: Sí. Eso sí es algo que tengo claro... Aunque me va a resultar difícil.

Terapeuta: ¿Te refieres a algo concreto?

Marian: Sí. Estoy pensando que quiero volver a mi casa, vivir independiente y eso no sé si le va a gustar a mi familia. Cuando me fui con Ricardo era distinto, porque me iba con un hombre.

Terapeuta: Ya veo. Parece que en tu familia no va a ser bien recibida la idea de que una chica pueda irse sola de casa ¿no es así?

Marian: Más o menos.

Terapeuta: ¿Crees que hubiera sido diferente si hubiera sido un chico el que plantease independizarse?

Marian: Sí, claro que sí. Les hubiera costado porque ya sabes cómo son de protectores, pero hubieran confiado más en que un chico se pudiera desenvolver solo.

Terapeuta: Así que, tal y como tú lo ves, en tu familia, quizás por las razones que ya hemos discutido cuando ellos vinieron, hay mucho miedo a que "el mundo" pueda tratar mal a alguno de sus miembros, así que intentan proteger, y vivir de acuerdo con las normas, con las normas sociales, con los "deberías". Y parece que los deberías son distintos para los hombres que para las mujeres.

Marian: Sí, sí, es así, ellos siempre nos han inculcado que teníamos que portarnos bien, que una buena chica debe de tener un comportamiento modelo, que no debe de permitir que los chicos le falten al respeto.

Terapeuta: Porque en tu familia ¿qué ha significado ser mujer?

Marian: Mi madre nos ha cuidado mucho, se ha dedicado por entero a la casa, a mi padre y a nosotras. Ella siempre intenta agradar a todo el mundo.

Terapeuta: Como tú dices que te pasa a ti.

Manan: Sí, he ido dejando atrás mis deseos, he perdido la noción de lo que yo quiero para mí.

Terapeuta: ¿Te estás refiriendo a la relación con Ricardo?

Marian: Sí, me estaba acordando de cosas. Dejé de pintarme porque a él no le gustaba. Cambié de trabajo para tener más horas disponibles para estar juntos, porque él decía que yo me volcaba mucho en mi trabajo y que era un error, que nadie me lo agradecería. Pero yo me encontraba a gusto haciendo bien mi trabajo.

Terapeuta: Allí sí te sentías valorada. Era algo que tú habías elegido.

Marian: Sí, ya no me acuerdo bien de cómo era yo, qué quería antes de la relación con Ricardo... O mejor, qué es lo que me planteo ahora, cómo voy a seguir.

Terapeuta: Ésa es una buena pregunta para que la discutamos con más profundidad en la siguiente sesión si tú estás de acuerdo.

Marian: Sí. Creo que me gustaría centrarme en eso, en diferenciar las cosas que quiero y las que no quiero... (sonriendo). Y en cómo voy a hacer para que los demás se acostumbren y me sigan queriendo.

Terapeuta: ¿Qué te parece si con este objetivo nos vemos durante los próximos dos meses? Te propongo que prolonguemos ocho sesiones más el trabajo que hemos iniciado, con objeto de afianzar lo que has conseguido y ayudarte a profundizar en ese nuevo proyecto de tu vida.

Marian: Muy bien.

Terapeuta: Pues te espero el próximo martes a la misma hora. Hasta pronto.

Marian: Adiós.

En esta sesión, el terapeuta, como siempre, inicia la sesión con una pregunta abierta que incita a un diálogo libre. A continuación enlaza con lo trabajado en la sesión anterior, la familiar, lo que facilita la experiencia de continuidad del proceso psicoterapéutico. En alguna de las intervenciones utiliza el humor, como una de las formas de potenciar la posición de observador y distanciarse de la propia conducta. La dinámica familiar, que se puso de manifiesto en la sesión anterior, ayuda a construir una pauta consonante con ella y más actual en la crisis de la paciente: "el establecimiento de la relación para buscar la aceptación junto con el temor a decepcionar primero a sus padres y después a su pareja". Una de las pautas alternativas que Marian encuentra, el mantener su deseo de independencia del hogar familiar, y que no contiene la pauta-problema, les lleva a terapeuta y paciente a la exploración de otro campo, el de las creencias de género.

Discutir acerca del significado que tiene en su familia, y las diferencias que establece, el ser hombre o mujer, hace visible unas limitaciones impuestas socialmente y sobre las que la paciente podría ahora decidir más libremente.

Las pautas familiares, derivadas de dinámicas transgeneracionales, junto con las creencias sociales, constriñen la libertad de acción de esta persona. Marian establece una relación de sometimiento con su pareja en la que la finalidad es ser aceptada a toda costa sin desviarse de las normas sociales marcadas. Su valía e identidad personal se basan en ello.

Con esta parte de la exploración Marian va dibujando, ayudada por el terapeuta, lo que tuvo la relación con su pareja de cesión y de pérdida. El aspecto más positivo de la relación ya había surgido en entrevistas anteriores de modo muy idealizado. Ahora es posible que se puedan reconocer también las sombras de la relación. En la parte final de la sesión, Marian resume su situación actual como la de alguien que ha perdido la capacidad de preguntarse acerca de sus deseos y de la construcción de un proyecto personal. El terapeuta resalta la pregunta y la coloca como nuevo foco de una prolongación del trabajo psicoterapéutico.

Lecturas recomendadas y bibliografía

Lecturas recomendadas

Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. Nueva York: Basic Books (trad. cast. *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós. 11.ª reimpresión, 1980).

Es el texto fundacional de la intervención en crisis y de los planteamientos de la salud mental comunitaria desde la óptica de la salud pública. Un clásico de lectura agradecida.

Fernández Liria, A. y Rodríguez Vega, B. (2001). *La práctica de la psicoterapia; construcción de narrativas terapéuticas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Texto en el que se fundamenta el modelo de psicoterapia integradora, desde la óptica de las narrativas, sobre el que se plantea el modelo de intervención en crisis expuesto en el presente libro.

Lindemann, E. (1944). *Symptomatology and management of acute grief*. *Am J Psychiatry*; 101: 141-148 (reeditado en *Am J psychiatry*, 1994; 151 (6) Sesquicentennial Anniversary: 155-160).

El artículo en el que se basan todos los desarrollos sobre intervención en crisis y duelo (incluido el texto de Caplan). Gracias a su reedición en el suplemento que celebra el 150 aniversario de la revista en 1994, es fácilmente accesible.

Slaikeu, K. A. (1984). *Crisis intervention*. Newton (Massachusetts): Allyn and Bacon (trad. cast. *Intervención en crisis*. México: Manual Moderno, 1988).

El texto de intervención en crisis más utilizado en lengua castellana. Se basa en una aplicación a este campo de la terapia multimodal de Lazarus.

Bibliografía

Aguilera, D. C. (1994). *Crisis Intervention. Theory and Methodology*. Mosby.

Ausloos, G. (1983). *Finalités individuelles, finalités familiales: ouvrir de choix*. *Thérapie familiale*, 4: 2, 207-219.

- Baldwin, B. (1977). Crisis intervention in professional practice: implications for clinical training. *Am J Orthopsychatry*, 47: 659-670.
- Bancroft, J. H. J. y Greenwood, J. (1983). *Crisis Intervention in Kendell RE and Zealley AK Companion to Psychiatric Studies Churchill Livingtone*.
- Beck, A.T.; Rush, A.J.; Shaw, B. E. y Emery, G. (1979). *Cognitive treatment of depression: a treatment manual*. Nueva York: Guilford (trad. cast. *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Bouwer, 1983).
- Bellak, L. y Siegel, H. (1983). *Handbook of intensive, brief and emergency psychotherapy (BEP)*. Nueva York: CPS Inc. (trad. cast. *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. México: Manual Moderno, 1986).
- Bellak, L. y Small, L. (1965). *Emergency psychotherapy and brief psychotherapy*. Nueva York: Grune & Straton (trad. cast. *Psicoterapia breve y de emergencia*. México: Pax-México, 1970).
- Bloom, B. (1963). Definitional aspects of the crisis concept. *J Consult Clin Psychol*, 27: 498-502.
- Book, H. E. (1997). *How to practice Brief Psychodynamic Psychotherapy; The Core Conflictual Relationship Theme Method*. Washington: American Psychological Association.
- Budman, S. H. y Gurman, A. S. (1988). *Theory and practice of brief therapy*. Nueva York: Guildford.
- Caplan, G. (1964). *Principies of preventive psychiatry*. Nueva York: Basic Books (trad. cast. *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós. 11.a reimpresión, 1980).
- Carrión, B.; Hellín, M.; Rodríguez Vega, B. y Suárez, T. (1989). Primer contacto de la familia con un miembro psicótico y la institución pública. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 11: 29, 295-300.
- Desviat, M. (1994). *La reforma psiquiátrica*. Madrid: Dor.
- Ellis, A. (1970). *The essence of rational psychotherapy: A cohomprensive approach to treatment*. Nueva York: Institute for rational living.
- Ellis, A. y Abrahams, E. (1978). *Brief psychotherapy in medical and health practice*. Nueva York: Springer (trad. cast. *Terapia racional emotiva*. México: Pax, 1980).

- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. Nueva York: Norton.
- Erikson, E. H. (1984). *The life cycle completed*. Nueva York: Norton (trad. cast. *El ciclo vital completado*. Barcelona: Paidós, 2000).
- Fernández Liria, A. y García Bernardo, E. (1985a). Crisis económica políticas de respuesta y atención a la Salud Mental en USA (I): la atención a la Salud en USA ante la crisis económica. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, 5: 280-292.
- Fernández Liria, A. y García Bernardo, E. (1985b). Crisis Económica, Políticas de respuesta y atención a la Salud Mental en USA (II): La atención a la Salud Mental. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, 5: 453-464.
- Fernández Liria, A. y González Aguado, E (1995). Sobre el programa de salud mental de Médicos de Mundo en Mostar. *Boletín Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial*, 4: 16-19.
- Fernández Liria, A. y Rodríguez Vega, B. (2001). *La práctica de la psicoterapia; construcción de narrativas terapéuticas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Gold, J. R. (1996). *Key Concepts in psychotherapy integration*. Nueva York: Plenum.
- Greenberg, L. S. y Paivio, S. C. (1997). *Working with emotions in Psychotherapy*. Nueva York: Guilford Press (trad. cast. *Trabajar con las emociones en Psicoterapia*. Barcelona: Paidós, 2000).
- Hitchcock, J. (1973). Crisis intervention: the problem in the pool. *Am J Nur*, 73: 1388-1390.
- Hoffman, D. y Remmel, M. (1975). Uncovering the precipitant in crisis intervention. *Social Casework*, 56: 259-267.
- Horowitz, M. J. (1988). *Introduction to psychodynamics, a new synthesis*. Londres: Routledge.
- Horowitz, M. J. (1997). *Formulation as a basis for psychotherapy treatment*. Washington: American Psychiatric Press.
- Horowitz, M.J.; Marmar, C.; Krupnick, J. et al. (1984). *Personality styles and brief psychotherapy*. Nueva York: Basic Books.
- Kaufman, G. (1949). *Psychology of shame*. Nueva York: Springer Publishing Company Inc. (trad. cast. *Psicología de la vergüenza*. Barcelona: Herder, 1994).

- Klerman, G.L.; Rousanville, B.; Chevron, E.; Neu, C. y Weissman, M. M. (1984). Interpersonal psychotherapy of depression (IPT). Nueva York: Basic Books.
- Korner, I. (1973). Crisis reduction and the psychological consultation. En Spector G, Claiborn W (eds.). Crisis intervention. Nueva York: Behavioral Publications.
- Lazarus, A. A. (1981). The practice of multimodal therapy: systematic, comprehensive and effective psychotherapy. Nueva York: Mc-Graw Hill (trad. cast. La terapia multimodal. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2000).
- Alan, D. H. (1979). Individual psychotherapy and the science of psychotherapy. Londres: Butterworths (trad. cast. Psicoterapia individual y la ciencia de la psicoterapia. Buenos Aires: Paidós, 1983).
- Meichenbaum, D. (1977). Cognitive-behavior modification. Nueva York: Plenum.
- Noshpitz, J. D. y Coddington, R. D. (coords.) (1989). Adjustment disorders. En Karasu, T. B. (coord.). Treatment of psychiatric disorder. Washington: American Psychiatric Press, vol. 3: 2497-2630.
- Paul, L. (1966). Crisis intervention. *Mental Hygiene*, 50: 141-145.
- Rapoport, L. (1962). The state of crisis: some theoretical considerations. *Social Service Review*, 32: 36: 211-217.
- Ravazzola, M.' C. (1997). Historias infames: los maltratos en las relaciones. Barcelona: Paidós.
- Rodríguez Vega, B. (1995). Intervenciones Psicoterapéuticas en la Urgencia Psiquiátrica. En Cañas, F. (coord.). Manual de Urgencias Psiquiátricas de Comunidad de Madrid. Servicio Regional de Salud, serie Monografías.
- Saporta, J. A. y Van der Kolk, B. A. (1992). Psychobiological consequences of severe trauma. En Basoglu, M. Tortura y sus consecuencias. Nueva York: Cambridge University Press, 151-181.
- Schwartz, S. (1971). A review of crisis intervention programs. *Psychiatry Q*, 45: 498-508.
- Slaikou, K. A. (1984). Crisis intervention. Newton (Massachusetts): Allyn and Bacon (trad. cast. Intervención en crisis. México: Manual Moderno).
- Stickler, M. y LaSor, B. (1970). The concept of loss in crisis intervention. *Mental Hygiene*, 54: 301-305.

- Swanson, W. C. y Carbon, J. B. (1989). Crisis Intervention: theory and technique. En Karasu, T. B. (coord.). Treatment of psychiatric disorder. Washington: American Psychiatric Press, vol. 3: 2520-2531.
- Turnbull, G. J. y McFarlane, A. C. (1996). Acute treatments. En Van der Kolk, McFarlane, A. C., Weisaeth, L. (eds.). Traumatic stress. Nueva York: Guilford Press.
- Wachtel, P. L. (1996). Therapeutic Communication; principles and effective practice. Nueva York: Guilford (trad. cast. La comunicación: principios y práctica eficaz. Bilbao: Desclée).
- Yalom, I. D. (1989). Love's executioner. Nueva York: Basic Books (trad. cast. Remedios de amor. Barcelona: Ultramar, 1991).

PSICOLOGÍA CLÍNICA

• GUÍAS TÉCNICAS

1 Técnicas de relajación y respiración

Vázquez, I.

2. Hipnosis

Capafons Bonet, A. V

3. La entrevista diagnóstica con niños y adolescentes

Ezpeleta, L.

4. Entrenamientos en inoculación de estrés

Muñoz, M. I. Bermejo, M.

5. Habilidades sociales

Ballester, Rafael

6. La exploración psicopatológica

Baños Rivera, R.M.º/Perpiná Tordera, C.

Índice

Capítulo 1. Aspectos generales	11
1.2. Concepto de intervención en crisis: una perspectiva constructivista	17
1.2.2. La construcción de la narrativa de la crisis	23
1.3. Aplicaciones	27
Cuadro resumen	29
Capítulo 2. La práctica de la intervención en crisis	30
2.2. Procedimiento básico	32
2.2.1. Fase de indicación	33
2.2.2. Fases iniciales	37
2.2.3. Fases intermedias	67
2.2.4. Fase de terminación	88
2.3. Situaciones de crisis más frecuentes	93
2.3.1. Trabajar con narrativas de tristeza	94
2.3.2. Trabajar con narrativas de autodestrucción	99
2.3.3. Trabajar con narrativas de rabia	103
2.3.4. Trabajar con narrativas de vergüenza	108
2.3.5. Trabajar con narrativas de miedo	113
2.3.6. Trabajar con narrativas desde la posición de víctima	117
2.4. Dificultades y errores frecuentes	122
2.4.2. Dificultades propias de cada fase del proceso psicoterapéutico	124
2.4.3. Errores comunes	129
Exposición de un caso clínico	137
Lecturas recomendadas y bibliografía	156