

Psicoterapia en Acción

EL CAMINO DE LA PSICOTERAPIA

Terapia Breve y Focalizada en un caso de Trastorno de Personalidad desde un Modelo Integrativo de Psicoterapia.

Lic. María José Ferro

Análisis de un Caso Clínico

El presente artículo ilustra un tratamiento realizado con una paciente diagnosticada con Trastorno de la Personalidad. Basándonos en este diagnóstico nos haría pensar que se trata de un tratamiento prolongado, sin embargo, a la hora de iniciar un tratamiento tenemos que evaluar diferentes variables. En el caso que nos ocupa, una de las variables fundamentales que influyeron en el diseño del tratamiento, fue la dificultad económica de la paciente en pagar un terapia particular, y la cobertura médica que autorizaba tan solo 30 sesiones.

Por supuesto, a pesar del desafío, esto incentivó a intentar focalizar la terapia en algún objetivo que ayude a la paciente en el momento particular que estaba atravesando, y a la vez genere herramientas útiles para sobrellevar el día a día, una vez culminada dicho proceso terapéutico.

Datos Personales

Edad: 53 años

Sexo: Femenino

Nivel Cultural: Alto

Nivel Económico: Medio

Nivel de Instrucción: Doctorado

Ocupación: Científica

Familia propia: Esposo y dos hijos, un varón y una mujer ambos mayores de 20 años. Se encuentra casada hace 31 años.

Grupo Familiar de residencia: Esposo e hija. El hijo solamente vive con ellos durante 2 meses al año.

Precedentes

La paciente es hija única, proviene de un hogar legalmente constituido. De chica mantuvo muy buena relación con sus padres y con toda su familia. Eran de hacer varias reuniones familiares, siendo muchas personas las que se juntaban para distintos festejos, hasta el fallecimiento de su padre. Cuando ella tenía 12 años, su padre fallece de un infarto, tras intentar la paciente reanimarlo aplicándole RCP.

Luego de este hecho su madre cae en una profunda depresión, según comenta la paciente solía pasar casi todo el día en la cama y no se levantaba para almorzar, por lo que ella con su empleada doméstica comían solas y hacían las cosas del hogar. Además, en ese momento comenzaron a alejarse del resto de sus familiares ya que por el estado de la madre dejaron de ir a las reuniones.

Esto afectó a la paciente al punto que a los 14 años tuvo un primer intento de suicidio tomando pastillas de la madre, momento en el que le tuvieron que hacer un lavaje de estómago.

Por otro lado, respecto a su salud refiere que a los 8 años le detectan una leve disritmia cerebral según ella refiere, al indagar sobre los síntomas comenta que se manifestaban más bien como berrinches y ataques de llanto y ansiedad incontrolables en los que comenzaba a llorar, temblar y le costaba respirar. Luego de realizarle varios estudios le dijeron que no era epilepsia, sino que podría ser emocional por ansiedad y debido a este motivo cerca de los 10 años comienza a ir a una psicóloga. Fue así como realizó terapia psicoanalítica por más de 11 años. Decidiendo a los 21 años abandonar la misma, pero antes de terminar la psicóloga le pide realizar una entrevista entre ella y su madre, enterándose en ese momento que es hija adoptiva.

Su madre fallece en el 2005 por problemas físicos a los 83 años, habiéndosele diagnosticado demencia años antes.

Cuando se recibe, se casa y relega su carrera para ayudar a su marido a ingresar al ámbito de la investigación, a los 5 años de matrimonio nace su primer hijo y a su marido le sale una beca para trabajar un tiempo en otro país, por lo cual viajan los tres para radicarse por un par de años en Europa. Al regresar cae en una depresión muy fuerte, según refiere por todos los cambios que habían ocurrido en la sociedad y en sus grupos de amigos mientras ellos estuvieron afuera, ese episodio depresivo duró varios años y en medio queda embarazada de su segunda hija. En ese momento comienza una nueva terapia porque no podía continuar tomando medicación debido al embarazo, pero el deseo de quitarse la vida permanecía siempre, intentaba aferrarse a su hijo y al nuevo bebé, pero ese pensamiento la invadía constantemente.

Esto fue menguando con el tiempo y después de ese momento no tuvo otro episodio tan marcado de depresión, pero si en ocasiones donde su ansiedad se desregulaba sentía deseos de terminar con su vida.

Un mes antes de la consulta actual tiene una discusión telefónica (por un problema de su hijo) y en esa ocasión su desregulación emocional la llevó a tomar pastillas para intentar quitarse la vida a modo de dar una lección al mismo, quien desde el punto de vista de la paciente, no logra tomar conciencia de ciertos problemas. Tras este episodio es internada, le hacen un lavaje de estómago, la derivan a un psiquiatra quien le recomiendan realizar terapia, lo que motiva la presente consulta.

Indicadores explorados en el proceso de admisión para diseñar el tratamiento

Motivo de Consulta

Malestar general, por situaciones que se escapan de su control, depresión, ansiedad, intentos de suicidio.

Tipo y Duración del malestar:

Desde el inicio del tratamiento se lo percibe como severo y crónico. Ya que involucra un alto riesgo y la paciente ha sentido dicho malestar casi toda su vida.

Evolución de la demanda

La Demanda es de Larga Evolución. Como estrategias de resolución ha realizado varios tratamientos de psicoterapia y psicofarmacológicos durante su vida, con resultados momentáneos. La problemática se agudizó en la actualidad tras el episodio arriba descrito que desencadenó la consulta actual.

Acontecimientos vitales significativos

- A los 12 años Fallece su papá, su madre entra en depresión profunda, deja de frecuentarse con el resto de su familia.
- A los 14 años toma pastillas. Primer intento de suicidio.
- A los 21 años se entera que era adoptada.
- A los 26 años se mudan a Europa y es madre. Abandona el trabajo para dedicarse a la familia.
- A los 28 años retorna con su familia al país, se siente aislada de su grupo de amigos, no puede encontrar su espacio en su antiguo lugar, entra en depresión.
- A los 31 años vuelve a quedar embarazada, pico elevado de depresión (deseos de arrojarse bajo algún vehículo) no podía acompañar la psicoterapia con medicación por el embarazo.
- A los 51 años en un congreso se siente mal por no manejar de manera adecuada a su parecer el idioma inglés e intentó quitarse la vida con un cuchillo.
- A los 52 años, por discusión telefónica, toma pastillas intentando terminar con su vida.

Signos diagnósticos Autodescriptivos

a) Rotulación

La Paciente tiene una impresión diagnóstica similar a la del entrevistador que realiza la entrevista de admisión. Ella se auto-percibe como una persona ansiosa que se le dificulta el manejo de situaciones que le provocan ansiedad, mostrando ante las mismas una gran incapacidad de manejarlas.

b) Atribución

En el caso que nos ocupa se podría pensar que el **Locus** es **Oscilante**, ya que por momentos es interno, por ejemplo, cuando la paciente siente que es incapaz de hablar de manera adecuada el inglés y por ello no merece vivir, pero en otros momentos es externo, por ejemplo cuando atribuye a su hijo la incapacidad de tomar conciencia ante ciertas situaciones y ella debe morir para darle una lección. En cuanto a la **Estabilidad** es inestable, debido a que por momentos dice sentirse emocionalmente bien y puede en esos momentos llevar una vida tranquila acorde a sus necesidades, sin embargo algunas veces la desregulación es muy elevada y le impide su rutina habitual; asimismo se observa que en ciertas ocasiones puede manejar las situaciones de malestar y otras veces la desborda, lo que nos haría pensar a su vez que su **Control** es medio.

c) Búsqueda

La paciente acude a terapia buscando encontrar alivio sintomático. Deseando eliminar la elevada ansiedad que le generan ciertas situaciones y el inter-juego que se produce entre dicha ansiedad y la depresión que presenta de larga evolución, lo que la lleva a pensar que la vida no tiene sentido.

Representación del Equipo de Admisión

La paciente cuenta con una red familiar y social escasa pero fuerte, ya que su marido se muestra dispuesto a colaborar en el proceso terapéutico desde diferentes perspectivas. Las expectativas de la paciente son altas ya que, si bien ha realizado tratamientos previos con resultados momentáneos, es la primera vez que realiza Psicoterapia Focalizada ante lo cual se muestra muy abierta a nuevas intervenciones. Sin embargo, en un primer momento muestra una motivación media para el cambio, lo que se confirma al correr de las primeras entrevistas puesto que, si bien tiene muy buena predisposición en la terapia, continúa con el pensamiento de que ella decidirá cuando se acabará su vida, por esto se puede pensar que la reactancia de la misma es media.

Diagnóstico Presuntivo

En el MCMI-III la escala con puntuación de relevancia clínica fue ansiedad, siguiendo a esta las escalas de depresión, esquizotípico y Desorden de Personalidad.

Es así que como diagnóstico inicial, observando las características evidenciadas en las distintas técnicas psicodiagnósticas administradas, se puede decir que la paciente presenta un trastorno de personalidad, con rasgos depresivos y ansiedad.

Diseño del Tratamiento

El 29 de marzo de 2017 se realizó entrevista inicial de admisión, en ella se programó realizar 2 entrevistas psicodiagnósticas en las que se administraron las siguientes Técnicas: MCMI-III, SCL-90-R y el OQ.45.2.

Aquí se nos presenta el mayor problema. La paciente acude derivada de un centro dependiente de su obra social, y la misma le cubre 30 sesiones anuales, por ello se decide realizar una psicoterapia focalizada una vez por semana. Si bien, como es sabido los trastornos de personalidad tienen mejores resultados con terapias abiertas y de largo plazo, en esta oportunidad se tomó dicha decisión a los fines de incluir a la paciente en un dispositivo en el que reciba los cuidados adecuados para el momento que atravesaba y que lo pueda realizar por medio de la obra social.

Cabe recordar que por el episodio que motivó la consulta en esta oportunidad, la paciente había asistido a un psiquiatra, por lo cual inicia el tratamiento ya tomando medicación antidepresiva (Fluoxetina y Clonazepam) y es dicho profesional quien le recomienda realizar terapia psicológica.

Asimismo cabe destacar que el dispositivo fue flexible según las necesidades de la paciente a lo largo del tratamiento, ya que a pesar de la decisión inicial, por diversos eventos en el correr de las sesiones, en un momento se realizaron dos sesiones individuales por semana, una sesión con el marido y tras estabilizar los síntomas se dejó abierta la posibilidad de que ella decida si creía necesario asistir dos veces a la semana o solamente una. Todo ello fue útil

como herramienta de control de sus espacios y tiempos, según su capacidad de regular las emociones.

Por otro lado, las treinta sesiones se las programaron en dos etapas de quince, que a su vez se dividieron del siguiente modo:

1ra Etapa

a) Psicoeducación acerca del modelo terapéutico y de la problemática en sí. También se estableció el acuerdo de objetivos.

b) Trabajo e intervenciones específicas.

Luego de las primeras 15 sesiones se realizó evaluación terapéutica para analizar, si se obtuvieron los resultados previstos o era necesario redirigir la terapia.

2da etapa

a) Intervenciones terapéuticas de modificación de conducta

b) Las últimas 6 sesiones se trabajó el mantenimiento de los cambios alcanzados, con una previa evaluación de la terapia por parte de la paciente.

Marco Teórico

Debemos tener en cuenta que no se puede estudiar a la Personalidad como algo delimitado ya que es claramente una propiedad muy compleja. Belloch Fuster, Fernández Álvarez (2010) afirman:

La personalidad no es concebida pues como una entidad concreta y específica, sino más bien la suma de propiedades y características psicológicas de distinto orden y naturaleza, (...) que caracterizan el modo de ser propio y particular de un individuo y que lo identifican como tal, a través del tiempo y de las diferentes situaciones y roles que desempeña. (p. 22)

Por ello es más complejo que la mera suma de dichas propiedades, ya que estas se encuentran en constante cambio, a pesar de contar con algunos componentes más o menos estables a lo largo del tiempo, pero igualmente se podría pensar a la personalidad como algo móvil, permanentemente dinámica, que integra todos los niveles de funcionamiento del sujeto.

La personalidad está constituida como un sistema de RASGOS, que son Habituales (solemos actuar casi siempre de la misma manera), Dimensionales (se presentan en cada uno de nosotros con diferente intensidad) y Universales (todos tenemos los mismos rasgos en mayor o menor medida).

Según el modelo de Costa y Mc Care hay 5 grandes rasgos, en el caso que aquí nos ocupa se puede decir que presenta un elevado neuroticismo, baja extraversión, baja apertura a la experiencia, elevada cordialidad y baja escrupulosidad.

El identificar el motivo de consulta de la paciente como malestar general, nos acerca al reconocimiento de que las dificultades en ella se presentan respecto a diversos ámbitos de su vida, en su conflicto respecto de la adaptación a cambios, en su desregulación emocional, en el establecimiento de relaciones interpersonales adecuadas y en la falta de desarrollo personal como laboral que mencionaba la misma al inicio de la terapia.

El diagnóstico de Trastorno de Personalidad (T.P.), se hace más claro en el caso que nos ocupa, por lo descrito en el Tratado de Trastornos de Personalidad, donde se fundamentan que los T.P. tienen características particulares y diferentes a la mayoría de los trastornos que por lo general remiten a algo temporal, ya que estos tienen una temprana aparición en la vida del sujeto que lo padece, generalmente es estable y aparece en varios ámbitos de la vida de la persona mostrando a su vez una gran resistencia al cambio (Belloch Fuster - Fernández Álvarez, 2010).

Es por esto que, teniendo en cuenta que las dificultades de la paciente aparecieron a muy temprana edad evidenciándose con más fuerza a sus 14 años, afecta en la actualidad varias áreas de su vida y a pesar de haber realizado diversos tipos de terapias por muchos años, no ha logrado mantener cambios relacionados a ello.

Por todo lo antes dicho se decide abordar el caso que nos ocupa como un trastorno de Personalidad, no sin tener en cuenta que no se podrá utilizar un dispositivo convencional para dichas problemáticas, ya que no podemos dejar de recordar que en este tipo de trastornos los cambios deben ser graduales progresando desde las manifestaciones físicas hasta los patrones básicos de la

organización personal por lo que debería ser un dispositivo de larga evolución, sin embargo por delimitación de la Obra social de la paciente se deberá acotar dicha terapia a solamente treinta sesiones, focalizando en ellas la eliminación de los síntomas y el mejoramiento de su regulación emocional.

Desarrollo del tratamiento

Se trabaja en las primeras sesiones sobre la construcción de la Alianza terapéutica y de los objetivos.

En un principio la paciente se sentía tan perturbada que le era difícil organizarse, el malestar abarcaba tantos aspectos de su vida que se le dificultaba focalizar algún objetivo puntual para trabajar en terapia. Lo único que quería en un inicio era no seguir sintiéndose como se sentía, le era imposible seguir sobrellevando la sensación de malestar permanente.

De a poco pudimos plantear de manera conjunta como objetivo de la terapia, que la paciente pueda encontrar nuevas herramientas y tenerlas disponibles para cuando aparecían los pensamientos que la angustiaban. Fue así que se focalizó sobre sus distorsiones cognitivas (tengo que matarme porque mi hijo necesita una sacudida fuerte, si esto es la vida no quiero vivir más) y sobre su accionar compulsivo y peligroso ante situaciones de ansiedad.

Posteriormente la terapia se orientó a trabajar sobre la desregulación emocional de la paciente.

Técnicas utilizadas: psicoeducación orientada a la regulación de las emociones, reducción de pensamientos dicotómicos y confrontación con posibles resultados de sus actos.

Tomando en cuenta el modelo de Regulación Emocional de Gross (1999) se intentó intervenir sobre los distintos componentes de la emoción: la Experiencia Emocional, la Expresión Emocional y la Activación Fisiológica; utilizando los cinco posibles procesos de regulación emocional que a continuación se mencionan:

- A) Selección de la situación: en un primer momento la paciente intentaba evitar la situación estresante eligiendo a que lugares acudir o no.

B) Modificación de la situación: luego se comenzó a trabajar con técnicas de afrontamiento para poder permanecer en las situaciones que producían malestar y probar respuestas diferentes. Por ejemplo asistiendo a un congreso que no quería ir porque se sentiría mal, es decir acudir de todos modos pero mantenerse en el fondo, estando cerca de su marido y de una amiga que asistirían con quienes podía sentirse mejor y contenida.

C) Despliegue atencional: ejercicios de distracción. Cuando la angustia invadía poder contar autos rojos en la calle o realizar ejercicios de respiración focalizando la atención en la misma. Esto se utilizó en un primer momento, luego se cambiaron estas herramientas por técnicas de afrontamiento,

D) Cambio cognitivo: modificación de los pensamientos automáticos “si esto es la vida no quiero vivir más”. Intentar por un lado desarmar dichos pensamientos para entender los sentimientos de fondo que suscitaban los mismos y reconocer aspectos positivos.

E) Modulación de la Respuesta: Se trabajó sobre generar emociones positivas que aumenten sus recursos intelectuales, produzcan mayor apertura al cambio y una modificación en sus respuestas. Todas las herramientas apuntaban a que pueda lograr controlar el malestar que le producían ciertas situaciones, en un primer momento con ejercicios de relajación y respiración, luego dejar de evitar las situaciones implementando técnicas de afrontamiento controlando sus emociones.

Durante todo el proceso de psicoterapia se trabajó con una regulación explícita, consciente, esforzada y controlada, la cual solamente con el transcurrir del tiempo la paciente podrá incorporarla de manera inconsciente, automática y sin esfuerzo en la medida que pueda modificar sus pensamientos automáticos, manejar la expresión de las emociones que surjan y disminuir las activaciones fisiológicas. Es así que, hacia el final del tratamiento, se vislumbra un poco más estable, aunque es normal que en un primer momento existan situaciones que puedan escaparse a su control por lo cual se debe continuar trabajando en el mantenimiento de los cambios logrados.

Dado que el deseo de la paciente en un primer momento apuntaba a eliminar el malestar, se inició intentando que reconociera la importancia de aceptar todas las emociones, tanto las positivas como las negativas, ya que ambas cumplen funciones adaptativas en el sujeto. Reconociendo las situaciones que generaban determinadas emociones en un primer momento, evaluando cual es la significación que la paciente le daba a esas situaciones.

En este punto la paciente pudo reconocer que sus emociones *siempre* estaban exacerbadas, ya que no solamente percibía que las emociones negativas se incrementaban en gran medida al punto de producir malestar, sino que esto también le pasaba con las emociones positivas, por ejemplo en las clases de baile cuando sonaba una música que le gustaba mucho, sentía que perdía el control al bailarla. Ello llevó a que se trabajen con las técnicas de regulación emocional tanto con las emociones negativas como con las positivas, utilizándose para ello la planilla de auto-registro.

Las dos primeras sesiones se la notaba un tanto distante con dificultades para abandonar su punto de vista y con la certeza de que su muerte iba a estar en sus manos. En la tercera entrevista se percibe un leve cambio en su actitud ya que logra ver el posible resultado de su accionar y la manera que esto afectaría a su hija, comenzando a contactarse con sus emociones. Por esto se tomó en un primer momento como posible camino de cambio el fortalecimiento en la relación de la paciente con la hija, a los fines de que cuente con algún motivo para aferrarse a la vida y comenzar a encontrar un nuevo sentido.

Durante las 15 primeras sesiones, si bien de a poco iba incorporando cambios en sus conductas comenzando a modificar sus pensamientos automáticos y logrando implementar nuevas herramientas para afrontar su desregulación emocional, como es de esperar que ocurra, se producían recaídas respecto a sus crisis de angustia y le era difícil aun implementar dichas modificaciones en su accionar. Sin embargo, luego de la entrevista 17 estos cambios se tornaron un tanto más estables, con escasas dificultades en el control de algunas pocas situaciones.

Detalles de algunas entrevistas de gran importancia

Luego de la sesión N°8 se fue de vacaciones por un mes lo que interrumpió el tratamiento. Al volver mostró una mejoría en cuanto al control de sus emociones ya que refirió que durante el viaje no discutió con su marido, ni tuvo momentos de angustia, a pesar de que tuvo situaciones que en otros momentos le hubieran provocado alguna crisis.

Sin embargo, a los pocos días de volver de viaje, su psiquiatra le informa que no trabajará más por su obra social, por lo que se ve obligada a cambiar de profesional. Esto le produce gran malestar ya que la abruma el hecho de solo pensar en tener que volver a comentar toda su historia, lo sentía como tener que comenzar de cero según sus dichos. Por ello se propone que, si estaba de acuerdo, se podría comunicar con la nueva psiquiatra a los fines de pasarle un resumen de su historia clínica con lo que se fue trabajando hasta la fecha, lo cual la paciente agradeció.

En ese momento la nueva psiquiatra modificó la medicación, por ello la paciente comenzó a tomar Lamotrigina 50mg diarios y Quetiapina 25mg, manteniendo esa dosis hasta el final del tratamiento.

En sesiones subsiguientes se muestra nuevamente invadida por el malestar describiendo como detonantes: el no haber sido convocada en la organización de un congreso sobre la temática que ella trabaja a pesar de ser una referente importante en ello, además refiere malestar por la situación política y económica del país y el verse obligada a cambiar de psiquiatra, al punto que estas cuestiones en una sesión posterior detonaron en una crisis de angustia con síntomas físicos muy marcados, donde la paciente estalló en llanto, presentó ahogo y dolor en el pecho, teniendo que utilizar técnicas de relajación y respiración por un largo tiempo hasta que logró tranquilizarse.

Esto motivó que se solicite una entrevista con su marido, acudiendo ambos a la próxima sesión (N°13). En esta entrevista se evaluó la relación entre ambos, y se acordó con el marido ciertas indicaciones de cuidados, por un lado respecto al mantenerla alejada de situaciones de peligro (controlar medicación y no dejar la misma al alcance de su esposa en grandes cantidades), por otro lado que pueda acompañarla y contenerla ante posibles situaciones similares a la

ocurrida la sesión anterior, también se propuso que evalúen la posibilidad de realizar actividades juntos para favorecer el vínculo y pueda él ser un buen sostén cuando ella se sienta angustiada. Además, se pautaron acciones concretas para enfrentar el malestar que le podía generar asistir al congreso, siendo esta sesión donde se comenzó a plantear la necesidad de utilizar técnicas de afrontamiento.

En la entrevista posterior al congreso, comenta que, si bien en un primer momento sintió una gran ansiedad, pudo utilizar herramientas adecuadas para enfrentarlas, se sentó en el fondo donde no mucha gente la podía ver y realizó tanto técnicas de respiración como de relajación, posteriormente el marido se acercó para acompañarla, sintiendo ella que, tanto él como una amiga fueron un sostén importante en esa situación.

Posteriormente comienzan a surgirle muchas ofertas laborales y aparecen nuevos temores ya que en algunos casos tenía que manejar largos trayectos por autopista fuera de su zona de confort, fue así como se utilizaron dichas situaciones para implementar las técnicas de afrontamiento trabajadas en terapia, en situaciones de la vida cotidiana y de a poco pudo ir alcanzando nuevos objetivos y realizando cambios en sus conductas, como así también logrando una adecuada regulación de sus emociones.

Cabe destacar que con el tiempo también logró una buena alianza terapéutica con su psiquiatra, lo cual fue fundamental para el avance de la terapia.

Breve Resumen del Tratamiento

La paciente que nos ocupa solicitó la terapia luego de un episodio de intento de suicidio, siguiendo la indicación del psiquiatra al que acudía por lo cual inicia la terapia después de casi un mes de estar medicada. A mitad del tratamiento por cuestiones de la Obra Social se ve obligada a cambiar de psiquiatra y se le modifica la medicación.

En un primer momento la paciente marca como motivo de consulta un malestar general por lo que busca eliminarlo, refiriendo el deseo que con la terapia se pueda dejar de sentir angustia. Se trabaja con ella mediante

psicoeducación acerca de las emociones, planteando la necesidad de mantener las mismas, tanto positivas como negativas logrando reestructurar el objetivo de la terapia focalizando sobre su accionar compulsivo y peligroso ante situaciones de ansiedad, motivo por el cual se trabajó tanto sobre sus distorsiones cognitivas como en su desregulación emocional.

Hacia el final de la terapia, la paciente ha logrado avanzar en cambios muy significativos. Por un lado, pudo comprender sus pensamientos automáticos y realizar una reestructuración cognitiva, observándose cambios también respecto a su accionar y al mejoramiento en la regulación de sus emociones.

Se utilizaron las últimas 6 entrevistas, para fortalecer el mantenimiento de los cambios alcanzados.

Conclusiones del tratamiento

Es fundamental evaluar la perspectiva de los pacientes en diferentes momentos de la terapia, para analizar el camino que vamos transitando, observando, si fuera necesario, cambiar nuestra mirada, re-focalizar el objetivo, o si en realidad el paciente va obteniendo los resultados esperados.

Visión de la paciente respecto a la terapia

Desgravación de unos minutos de la sesión Nº 24 (antes de la etapa de mantenimiento)

“Recuerdo que en un principio estaba tan perturbada que tampoco podía venir en ese momento con nada demasiado elaborado... o sea lo único que quería cuando empecé era no seguir sintiéndome como me sentía, era imposible seguir sobrellevando esa sensación permanente o casi permanente todos los días, no podía aguantar un solo día más, eso era lo único que quería digamos, no seguir sintiéndome de esa manera. Se y recuerdo que después de a poco entendí de algún modo el objetivo que creo que vos me propusiste, o sea obviamente lo hice mío, pero digamos que fue el objetivo que vos me transmitiste que pusiste para esta terapia, que fue tratar de aprender a tener herramientas disponibles para cuando me agarran estos pensamientos que me angustian de esa manera, poder simplemente bloquearlos y resolver las situaciones de otra

forma no obviamente, también digamos la sintonía aunque no se comuniquen entre ustedes no pero que tenés vos y que tiene la psiquiatra esta es tal cual, lo cual es fabuloso porque hay una coherencia absoluta en las dos en el discurso, en el vocabulario, en las ideas, eso también hace todo más claro, en donde fue entender algo que una vez que uno lo entiende es super razonable, casi intuitivo, pero bueno tenerlo bien claro como que el cerebro tiene caminos que repite automáticamente ante determinados estímulos lo cual es lógico, y bueno es simplemente tratar de bloquear ese camino y construir uno nuevo hasta que se automatice de algún modo no?. Y bueno entiendo que la medicación ayuda a poder llevar este proceso de aprendizaje y bueno para que cuando ya más o menos esté todo automatizado por otras vías, poder ir suspendiendo la medicación y que ya solito vaya... Yo pienso que vamos bien obviamente ¿no?"

Evaluación del profesional sobre la terapia.

Siempre es importante pensar como los profesionales evaluamos las terapias, y analizar qué es para nosotros el proceso terapéutico en general y con cada paciente en particular.

En este caso, de las palabras de la paciente en cuestión pude analizar que cada persona que llega a una consulta con un psicólogo es alguien que tuvo que acostumbrarse a transitar por un camino difícil y poco atractivo, pero con las herramientas que tenía a mano en ese momento tuvo que adaptarse a él. Hasta que en determinado momento descubre que puede haber un camino alternativo, pero no sabe cómo encontrarlo o cómo recorrerlo.

Es aquí cuando nuestra labor terapéutica se transforma en constructora. Constructora de un nuevo camino el cual lo vamos edificando de manera conjunta con cada paciente, preparando cada tramo de a dos y a la vez enseñando a que ellos tendrán que aprender a transitarlo solos en un futuro.

Debemos recordarles que ahora tienen dos caminos paralelos. Uno es al que estaba acostumbrado antes de la terapia, que por más desagradable que haya sido es el más ancho y cómodo de transitar puesto que el trillo está mucho más marcado por las incontables veces que lo caminó. El otro, es el nuevo camino construido en terapia que aún es angosto y a veces difícil de caminar,

pero solo con el tránsito constante puede ir ensanchándose haciéndonos más ligero el andar.

No deben perder de vista que muchas veces la comodidad puede llevarlos a querer volver por viejos rumbos, momentos en los que debe prenderse un cartel de alerta ante el cual deben pensar, qué sería lo mejor para ellos, e intentar retomar el nuevo sendero.

BIBLIOGRAFÍA

Fernández Álvarez, H. (1992). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.

Fernández Álvarez, H. & Opazo, R. (2004). *La integración en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.

Fernández Álvarez, H. (2008). *Integración y Salud Mental*. Bilbao: Desclée.

Belloch Fuster, A. & Fernández Álvarez, H. (2010). *Tratado de trastornos de la personalidad*. Madrid: Síntesis.