

Apuntes de Psicología
2006, Vol. 24, número 1-3, págs. 309-329.
ISSN 0213-3334

Colegio Oficial de Psicología
de Andalucía Occidental y
Universidad de Sevilla

El trabajo por objetivos con los diagnosticados de psicosis Un enfoque basado en las necesidades reconocidas por el paciente

Javier DÍAZ-ESTÉVEZ

Psiquiatra (práctica privada)

Berta STIEFEL GARCÍA-JUNCO

Servicio Andaluz de Salud

Resumen

Partimos de la definición de la terapia como el resultado del proceso que hace el paciente en su relación con el terapeuta. La técnica de trabajo por objetivos permite la integración de diferentes teorías y técnicas: trabaja sobre las necesidades reconocidas por el paciente, considera que son sus capacidades las que hacen posible su evolución, respeta su ritmo y supone una guía para la terapia. Definimos las características que debe tener un objetivo y consideramos las posibles dificultades a las que nos podemos enfrentar. Analizamos las peculiaridades de la comunicación con el paciente diagnosticado de psicosis. Especificamos el trabajo sobre el delirio y el sentido de concretar el objetivo en tareas, así como las características que éstas deben tener. Por último, abordamos el tema del incumplimiento y posibles estrategias ante la interrupción del tratamiento.

Palabras clave: psicosis, terapia, objetivos.

Abstract

We left from the definition of the therapy like the result of the process that the patient in his relation with the therapist does. The technique of work by objectives allows to the integration of different theories and techniques; it works on the necessities recognized by the patient, . it considers that they are its capacities those that make their evolution possible, it respects its rate and it supposes a guide for the therapy. We defined the characteristics that must have an objective and we considered the possible difficulties which we can be faced. We analyzed the peculiarities of the communication with the diagnosed patient of psychosis. We specified the work on the delirium and the sense to make specific the objective in tasks, as well as the characteristics that these must have. Finally, we approached the subject of the breach and possible strategies before the interruption of the treatment

Key words: Psychosis, Therapy, Objectives.

Dirección de la segunda autora: Centro de Salud Mental de Distrito Camas. C/ Santa María de Gracia, 54. 41900 Camas (Sevilla). *Correo electrónico:* martinezstiefel@telefonica.net .

Recibido: enero 2006. *Aceptado:* junio 2006.

El presente artículo es el resultado de años de trabajo con pacientes diagnosticados de psicosis y calificados de crónicos, problemáticos y resistentes al tratamiento. Con estos términos podríamos haber añadido uno más: *intratables*; preferimos pensar que los abordajes técnicos habituales no respondían a sus necesidades. De ahí el intento de ordenar en un marco de comprensión coherente, los distintos elementos que nos ayudaban a entender al paciente y, partiendo de ellos, realizar una intervención que pudiera resultar eficaz. Este trabajo está ampliamente desarrollado en Díez y Stiefel (2002).

Nos interesa, en primer lugar, el entendimiento del paciente no como un caso clínico, sino como una persona con sus necesidades, deseos, dificultades, etc. Acercándonos con ello al enfoque humanista (Rogers, 1972; Lafarga Corona y Gómez del Campo, 1978) y al de la antipsiquiatría (Laing y Esterson, 1964; Cooper, 1971; Fuller Torrey, 1974).

En segundo lugar, entendemos a ese paciente dentro de un contexto social, familiar e institucional (Bleger, 1966; Haley, 1974, 1980; Berger, 1978; Hoffman, 1981; Elkaïm, 1987; Cancrini, 1991; Hinselwood, 1991).

Y, por último, consideramos esencial la motivación y el compromiso al tratamiento. De ahí el enfoque basado en las necesidades reconocidas por el paciente y su concreción en un objetivo acordado con él y con todos los implicados en el tratamiento. Desde el ámbito del psicoanálisis, ya Bión (1974), mantenía que no admitiría en tratamiento a un paciente que no supiera lo que quería. De igual manera, la formulación de objetivos es práctica habitual y necesaria en psicoterapia breve (Braier, 1981; Bellack y Siegel, 1983; Fiorini, 1987).

Respecto a nuestro objeto de estudio: el paciente diagnosticado de psicosis, hacemos una propuesta de definición desde el modelo

de la *cebolla*, construido por los autores de este texto y otros colegas (Benítez, Bodi, Díaz, Durán, Escalera, Guerrero y Stiefel, 1995; Bodi, Díaz, Durán, y Stiefel, 1995) que se plantea como un modelo suficientemente útil para el entendimiento e intervención sobre los fenómenos grupales y también sobre la experiencia individual.

La cebolla está constituida por cinco niveles: el aglutinado (el más primitivo de todos), el psicótico, el psicopático, el neurótico y el operacional. Están ordenados desde lo más ineficaz a lo más eficaz en relación a la consecución de un objetivo. Todos los niveles existen y permanecen activos en todo momento en cada uno de nosotros y también en nuestras experiencias grupales, sin embargo, no todos están presentes con la misma intensidad. De ahí que nuestra *definición de psicosis sería la predominancia, en intensidad y duración, de los niveles aglutinado y psicótico en la experiencia de la persona*.

Este enfoque se nutre de las aportaciones de diferentes autores que han intentado definir esa parte psicótica de la personalidad como un elemento constituyente de todo ser humano (Bleger, 1967; Grinberg, Sor y Tabak de Bianchedi, 1972; Anzieu, 1975; Klein, 1975; Caparrós, 1992).

De ahí que la alianza terapéutica, se establezca con las partes del sujeto más libres de la experiencia psicótica, y el trabajo vaya encaminado a reforzar estas partes, pudiendo el trabajador tomar el papel de yo auxiliar del paciente en determinados momentos en que la experiencia psicótica invada la mayor parte de la persona (García Badaracco, 1989).

El trabajo de colaboración paciente-trabajador, va encaminado a concretar:

1. *Un objetivo para el tratamiento*, que satisfaga suficientemente las necesidades del paciente.

2. La determinación de tareas, que le acerquen a su consecución.
3. El análisis pormenorizado de las dificultades que el paciente encuentre en su realización, irán *desvelando los mecanismos de defensa básicos del sujeto* (Freud, 1911, 1917, 1925; Freud, 1982; Segal, 1982), -que nosotros preferimos denominar como mecanismos adaptativos- suavizándolos, socializándolos y acercándolos, en definitiva a la experiencia neurótica u operacional.

Desde esta comprensión del paciente, del terapeuta y del proceso terapéutico, la técnica está al servicio de dicho proceso. Desarrollamos un metamodelo que permite la aplicación de diferentes procedimientos técnicos definidos desde distintos modelos y escuelas de psicoterapia (Psicoanálisis, Gestalt, Humanismo, Cognitivo-Conductual, Psicodrama, Sistémica, etc.), en función de la necesidad detectada por el paciente y las tareas prescritas (enfrentamiento, relajación, diálogo socrático, fantasía dirigida, juego de roles, tareas familiares, etc.)

Por último, entendemos al paciente dentro de un contexto institucional, en nuestro caso, el sistema público de salud de Andalucía, con los logros y dificultades inherentes a dicho modelo de atención (IASAM, 1988).

Naturaleza de la intervención terapéutica

Definimos terapia como el proceso de aprendizaje en el arte de vivir que sucede en el interior del sujeto, familia o grupo, a través de su relación con el terapeuta. Del resultado de este proceso devendrán unos cambios conductuales, de la concepción del sujeto de sí mismo y de la realidad, así como un mayor bienestar personal.

El lugar del terapeuta

El terapeuta es el líder de la función de cambio del paciente. Su función no es resolver las necesidades de sus clientes, sino ayudar al paciente a que ponga en marcha sus propias capacidades para satisfacer sus necesidades. Así, no es el terapeuta el que hace la terapia, sino el cliente, con la ayuda del terapeuta. De la misma manera, el trabajo de la terapia se hace durante el acto de vivir, y no sólo durante el desarrollo de las sesiones. La función del terapeuta es de espejo, catalizador y acompañante. La dirección de la cura no es de su competencia, sino de la de la capacidad evolutiva del paciente.

El terapeuta podrá definir la dirección que el sujeto en tratamiento le está dando a sus esfuerzos, señalar sus desvíos con respecto a su objetivo (es decir, señalar las conductas que son resistentes para su meta y las que suponen un acercamiento), ayudarle a evaluar el resultado de sus esfuerzos, etc. En definitiva, el terapeuta tratará de funcionar como el espejo que devuelve su imagen a la mujer que se maquilla, permitiendo corregir y mejorar la eficacia de sus acciones, pero nunca determinando hacia donde dirigir su trabajo, ni menos aún, tratándolo de hacer por él.

El lugar del paciente

Es el de aprender a hacerse cargo de sus propios problemas, es decir, necesidades no satisfechas, para encontrar sus propias respuestas, su forma personal de librarse de sus dificultades y satisfacer sus necesidades.

Una frecuente distorsión de este lugar es la posición de *dependencia*, donde el paciente espera del trabajador que diga o haga su tarea por él (es la expectativa que genera el modelo médico, donde el paciente espera de

la habilidad del doctor, no de la suya propia, ni de su esfuerzo, obtener la cura).

La sesión como lugar de encuentro de los dos papeles

Se juega sobre la alianza del terapeuta con la parte sana del paciente, para intentar que ésta se desarrolle, venciendo los obstáculos que supongan, tanto la destructividad interior del propio paciente, como la oposición del medio a su cambio.

Así se plantea una situación paradójica en la terapia: tratamos al paciente como si estuviera sano, cuando justamente nos ponemos a trabajar con él por su grave enfermedad. Ya que, si lo tratáramos como incapaz, nosotros mismos estaríamos reafirmando los elementos que lo amarran a la imposibilidad de cambio.

Bases del modelo de trabajo por objetivos en la terapia del paciente psicótico

El trabajo por objetivos pretende: obtener la cooperación y voluntariedad en el tratamiento incluso en los pacientes más afectados o en los momentos en que los pacientes se encuentran más afectados; poner la técnica al servicio del paciente en los diferentes momentos de su evolución; cuidar la colaboración con los compañeros y, desde ahí, garantizar la continuidad de cuidados; mantener una referencia clara y acordada con el paciente, esencial ante la confusión y ambigüedad, características del discurso y del contexto psicótico. De ahí que propongamos un modelo con las siguientes características:

- Permite la integración de diferentes teorías y técnicas.

- Trabaja sobre las necesidades reconocidas por el paciente.
- Reconoce que son las propias capacidades del paciente las que hacen posible su evolución.
- Respeta el ritmo de la puesta en juego de las capacidades del paciente.
- Supone una guía para la terapia.

Permite la integración de diferentes teorías y técnicas

El *poder* de la orientación del trabajo la da el objetivo. La técnica utilizada es un medio para alcanzar el fin. De ahí que facilite la colaboración entre distintos profesionales con distintas orientaciones y recursos teórico-técnicos, sin necesidad de supeditarse unos a otros. Para ello, el objetivo tiene que ser consensuado, no sólo con el paciente sino también con los compañeros que intervienen en el caso.

Sin embargo, no se trata de ir aplicando técnicas y utilizando teorías de referencia según convenga, sino de utilizar un marco teórico de entendimiento de la relación que permita la inclusión de diferentes técnicas. En el caso del trabajo por objetivos:

- La terapia es algo que ocurre en el interior del paciente y persigue un cambio en el sujeto. La cualidad de este cambio, así como la dirección de la cura, es responsabilidad del paciente.
- El terapeuta es un acompañante del paciente, que cuida que la relación vaya encaminada hacia el cambio, y ayuda al paciente a enfrentar los obstáculos para ese cambio.
- La técnica específica de la *función terapéutica* es responsabilidad de cada terapeuta (fruto de su formación, su

- entendimiento de la situación, sus habilidades, etc.).
- Los factores específicos de cambio son formulados en objetivos. Ambos, paciente y terapeuta, acuerdan estos objetivos.
 - Estos objetivos están formulados sobre la base de las necesidades reconocidas del paciente, de manera que la fase de diagnóstico pasa a ser también competencia del paciente, y éste recibe desde el primer momento el mensaje de que debe ser activo y responsable en la terapia.
 - El terapeuta puede poner tareas que faciliten la consecución de los objetivos.
 - Cualquier cambio en los objetivos debe ser formulado claramente por el terapeuta y acordado con el paciente.

Trabaja sobre las necesidades reconocidas por el paciente

Ello es básico para obtener la cooperación y la voluntariedad en el tratamiento. Una de las dificultades graves, pero también una condición necesaria, para el funcionamiento del trabajo por objetivos, está basada en el intento de que el tratamiento sea voluntario (en el caso de que fuera necesaria la instauración de un ingreso involuntario, éste debe trabajarse, para que antes del alta, el paciente hubiera aceptado su implicación en el tratamiento).

Hay que tener en cuenta que los pacientes psicóticos graves, con frecuencia están sumidos en la confusión o bajo la acción de poderosas y primitivas defensas (escisión, fragmentación, proyección etc.), que, aunque suponen un cierto orden en el caos (por ejemplo, localizan perseguidores), también sesgan poderosamente su visión de las cosas. En estos casos, o mejor dicho, en estos momentos en que la parte más psicótica invade

el yo del paciente, el terapeuta puede y debe hacerse cargo del paciente, pero siempre en la línea de que éste vaya haciéndose cargo de sus dificultades. En estos momentos, el terapeuta hace de *yo auxiliar* del paciente.

Reconoce que son las propias capacidades del paciente las que hacen posible su evolución

Con lo que enfrentamos directamente la falta de crédito en el psicótico, tan característica en la familia, en las instituciones donde es tratado, y, lamentablemente, en el propio paciente.

La falta de confianza en las capacidades del psicótico vienen desde la misma definición clínica de enfermedad, por ejemplo, en la esquizofrenia, factores como el pronóstico pesimista, y el curso defectual, son aspectos de la definición del cuadro.

La tenacidad del terapeuta para seguir ahí y su capacidad de devolver al paciente sus dificultades, sin que esto ahonde su sentimiento de desesperanza sino que, muy al contrario, le sirva de motivación al cambio, le va a servir para que confíe en sus propias capacidades (y al terapeuta para que siga pensando que vale la pena trabajar con psicóticos graves).

Respetar el ritmo de la puesta en juego de las capacidades del paciente

Trabajamos con los psicóticos más castigados por la enfermedad, y los tratamos como si sus capacidades de funcionamiento estuvieran en activo. Sin embargo, es importante realizar una cuidadosa evaluación previa que nos permita tener la máxima seguridad posible de que el paciente va a salir vencedor de la prueba. Y ello, de acuerdo al principio de la motivación, que sugiere que la adquisición de habilidades nuevas debe

basarse en una petición al sujeto de algo que esté lo suficientemente por encima de sus capacidades actuales como para motivarlo, pero no tanto como para dificultar mucho su adquisición.

Supone una guía para la terapia

Una terapia consensuada con el paciente facilita las siguientes cuestiones:

- Tocar temas dolorosos para el paciente con toda legitimidad (fracasos personales, laborales, sentimentales, etc.). El reconocimiento del paciente de que aquel tema es importante, y su aceptación de que deban ser parte del trabajo, da entrada al terapeuta para manejarlos en la terapia.
- Devolver al paciente a estos temas, salvando sus maniobras defensivas, basándonos en nuestra alianza con él.
- Orientarnos y no perder el norte en el enredo, la confusión, la incoherencia, etc. que suele estar presente en la interacción con el psicótico; tanto en sus comunicaciones como en nuestra respuesta interior a ella.
- Utilizar en cada momento la maniobra o argucia técnica o el marco teórico que más útil parezca a la situación y a la consecución del objetivo.

Funcionalidad del objetivo.

Características. Posibles dificultades en su formulación

Definimos el objetivo como un clarificador de la relación terapéutica. Explicamos las características que debe cumplir un objetivo, de manera que el mismo proceso de formulación tenga una finalidad terapéutica: de aclaración, desidealización, formulación de conductas a adquirir, etc.

Por último, apuntamos algunas dificultades que pueden surgir, y la necesidad de discriminar claramente los objetivos del paciente de los de su familia, los trabajadores que le atienden o la institución donde es tratado. Asimismo, se apunta la posibilidad de pactar un objetivo de tratamiento ambiguo.

Necesidad del objetivo como clarificador de la relación

El objetivo, clarifica el sentido de la relación terapeuta-paciente, concreta la finalidad de esa relación y, con ello, disminuye la dependencia. Por otra parte, establece una meta y un límite a la relación. Este límite es tanto temporal (la relación durará lo que tarde el paciente en conseguir el objetivo, y en ese momento habrá que valorar si sus dificultades están razonablemente resueltas o hay que formular un nuevo objetivo), como personal, en cuanto es el paciente quien dirige el proceso, limitando las intervenciones del terapeuta a lo que haga relación con el objetivo propuesto. Por último, el paciente cobra un papel activo y no pasivo en la relación. Una vez pactado un objetivo, toda la comunicación del paciente se entenderá en relación al acercamiento o al distanciamiento del objetivo propuesto.

Características del objetivo

Para que el objetivo cumpla esa función de clarificador de la relación, su formulación debe cumplir las siguientes condiciones:

Formulación de conductas a desarrollar (no conductas a extinguir)

Aunque a veces sea más fácil determinar lo que uno *no quiere hacer* (ya que esta formulación posiblemente se basa sobre la necesidad de eliminar la conducta proble-

mática o que causa dificultades), es más útil formular un objetivo en positivo: sobre algo que uno *quiere hacer*, más que sobre algo que uno no quiere hacer. El crecimiento o la evolución no es cuestión de dejar de hacer algo, sino de aprender otras conductas más adaptativas o eficaces. Así, por ejemplo, es mejor un objetivo formulado como: *quiero ir a sitios donde pueda hacer amistades*, que otro basado en la misma situación que sea formulado como: *no quiero estar tan solo*; o, en el campo de lo agresivo: *quiero aprender a poner límites claros y firmes a la gente*, en lugar de: *quiero ser menos agresivo*. Para ello, podemos determinar la conducta o dificultad que uno quiere eliminar, buscar los factores implicados en esa dificultad y ayudar al paciente para que pueda formularlo como algo positivo a conseguir.

Formulación sobre el hacer

El formular un objetivo sobre algo a hacer ayuda, por una parte, a transformarlo en positivo, por otra, elimina la ambigüedad de la petición, y da una posibilidad clara de medida y evaluación. Por ejemplo, si yo quiero ser más abierto, estaré formulando un problema de identidad, en tanto que si digo que quiero hacer amistades o quiere hablar en público, estaré formulando un problema ligado a la acción y, por tanto, más fácilmente modificable. Por último, coloca los esfuerzos del paciente en el ángulo de lo medible y lo observable, y no en el del autoconcepto (que, en definitiva, es un constructo, frecuentemente valorativo desde el ángulo de la moralidad, sobre las cosas que hace uno y las que no hace). En el mismo sentido, huyamos de los conceptos abstractos como libertad, bondad, solidaridad, etc. y hagamos una cuidadosa labor de concreción de estos términos en conductas lo más claras posibles.

Formulación sobre la demanda manifiesta

El objetivo debe ser formulado sobre lo que el paciente expresa que necesita. Y ello aunque nosotros, como profesionales, creamos poder determinar que hay otras cuestiones, implícitas en la queja del paciente que serían más importantes o más primordiales. Esto no quiere decir que si el paciente propone un objetivo imposible, o está empezando la casa por el tejado, no se lo señalemos. Debemos ayudarle a discriminar todo lo que ha conseguido hasta ese momento, para poder abordar este objetivo último. En todo caso, si el paciente insistiera, deberíamos ajustarnos lo más posible a la formulación que él expresa, aunque supongamos que está abocado al fracaso, y siempre que no sea excesivamente destructiva. Todo ello, con el sentido de poder devolverle, tras el pertinente fracaso, los motivos por los que pensamos que no ha conseguido su objetivo, ayudándole a hacer del fracaso un motivo de aprendizaje.

Formulación sencilla

Cuanto más sencillo sea un objetivo, más fácil de conseguir, de evaluar y de hablar de él. Las formulaciones complejas facilitan que el paciente se quede con un cierto sentido, pero no permiten que tenga el objetivo en la cabeza como una meta a seguir. Hay que cuidar también, que en la formulación del objetivo, no introduzcamos frases subordinadas que pudieran condensar dos objetivos en uno; por ejemplo, *quiero tener amigos para sentirme mejor*, ya que si uno quiere tener amigos, eso es un objetivo en sí, y además los amigos a veces le harán sentirse mejor, otras le harán reír, otras llorar, etc. Del mismo modo, sentirse mejor puede conseguirse de muchas maneras, y, al ser una formulación ambigua, requerirá una mayor concreción en distintos objetivos más sencillos y más claros, uno de los cuales puede ser, hacer amigos.

Formulación fácil de evaluar

Sobre este tema ya hemos hablado en los apartados anteriores, siendo ésta una resultante del cumplimiento de las condiciones anteriores. Así, si un objetivo está formulado en positivo, trata sobre el hacer y está formulado de forma clara y sencilla, será más fácilmente evaluable.

Dificultades en la formulación de los objetivos

En función de las necesidades de los distintos sujetos implicados

En una relación terapéutica, seguramente, el objetivo recibirá una formulación y un contenido diferente dependiendo del lado de la relación desde donde se mire. Como característica general, cuando hay una dificultad en la relación, cada parte va a tender a formular unos objetivos para que los hagan otros, es decir, va a hacer una formulación psicopática de objetivos. En este sentido, y siempre que se trate de un objetivo relacional, el objetivo tendrá que ser acordado con todos los implicados. A continuación, describimos más detalladamente esta cuestión en lo que respecta a la discriminación de los objetivos de los trabajadores, las instituciones o las familias, de los del paciente.

El objetivo para los trabajadores y las instituciones

Esta cuestión, en lo referente a los trabajadores, va a ir mediatizada, también por cuestiones de índole institucional y cultural. Así, por ejemplo, si un paciente está internado en un lugar donde no se permite el establecimiento de relaciones sexuales, el trabajador podrá trabajar con el paciente para que se adapte a ese objetivo impuesto desde la institución, pero no tendrá sentido la prohibición de establecer relaciones sexuales

porque ello sea terapéuticamente beneficioso para el paciente. Es decir, el trabajador tendrá que discriminar las necesidades de la institución de las necesidades del paciente y ayudarle, en su caso, a que se adapte a los requerimientos de la institución si eso fuera menos destructivo para él. En el sentido más personal, el trabajador deberá cuidar de no contaminar con sus propios objetivos, creencias, valores, etc. la situación de tratamiento. Discriminando cuáles son sus necesidades respecto al paciente de cuáles son las necesidades de éste. Es el caso, por ejemplo, de un paciente que llega sucio y oliendo mal a la consulta y ello es desagradable para el trabajador que lo atiende. Sin embargo, no lo es para el paciente que se mueve en un círculo de personas tan desaliñadas como él; en este caso el trabajador deberá discriminar la necesidad de limpieza como una necesidad suya, y como un requisito para atender al paciente que puede ser beneficioso para éste en otros ámbitos, pero no como una necesidad de éste ya que, de hecho, no lo es.

El objetivo familiar. La confusión familiar. La cuestión de las ventajas

Todo lo que hemos visto respecto al objetivo de los trabajadores, es aplicable al objetivo familiar, añadiendo en este caso toda la confusión, mezcla, ambigüedad, etc. que suele regir las relaciones familiares. Así, una madre puede no saber distinguir su propia necesidad de compañía, de las dificultades de su hijo en la calle, pudiendo restringir las salidas de éste para que no se meta en dificultades, pero también para no quedarse sola. Si el trabajador, establece un plan con el hijo para que salga a la calle sin meterse en líos, puede sentir que la familia trabaja en contra del objetivo, dado que no oyó la otra parte del problema que era la necesidad de compañía de la madre. De ahí que en la deter-

minación de objetivos no sólo haya que oír al paciente, sino también a su medio ambiente cercano, proponiendo en principio, objetivos que no sólo sean ventajosos para el paciente sino también para los más implicados en la relación con él. Posteriormente, podrán abordarse otros, más conflictivos, cuando tanto el paciente como la familia hayan tenido la experiencia de que es ventajoso trabajar así.

En función de la ambigüedad en su formulación

Es posible trabajar sobre un objetivo ambiguo, siempre que se concrete en una tarea precisa, que pueda ser evaluada, y que clarifique la cooperación entre paciente y terapeuta. Así, podemos pactar un tratamiento sobre una expectativa (es decir, una idea general que no es posible plasmar en un objetivo concreto, y por tanto, de difícil evaluación) indicando una tarea, cuya ejecución tome la condición de objetivo.

La consecución de la tarea, no terminará el trabajo, sino que irá seguida de la formulación de otra tarea. De forma que la sucesión de tareas implique de alguna forma la obtención del objetivo ambiguo. Por ejemplo, si un paciente formula como objetivo: aprender a relacionarse o relacionarse mejor, podríamos indicarle tareas que supongan una relación: ir a comprar, coger el teléfono, conversar en las comidas, etc. revisando con él, posteriormente, cómo le ha ido, ayudándole a precisar qué es para él mejor, qué dificultades encontró e indicando tareas cada vez más ajustadas a la expectativa que sustentaba la petición ambigua.

La escucha de las necesidades. Peculiaridades de la comunicación con el paciente psicótico

El proceso de toma de contacto con el paciente, el establecimiento de una alianza de

trabajo, el desvelamiento de las necesidades del paciente (frecuentemente negadas, atribuidas a otros, expresadas de forma delirada o convertidas en una *ensalada de palabras*) y el acuerdo de un objetivo de trabajo, no son tareas fáciles. A continuación presentamos nuestro sistema de trabajo que va desde el conocimiento de los aspectos habitualmente comunes en estos pacientes al conocimiento del caso concreto que tenemos delante. Y, una vez conocido algo de su historia, la actuaciones se dirigen a establecer una relación de confianza, entender sus necesidades, reformularlas y pactar un objetivo.

El contexto de la escucha

Las dificultades al inicio del trabajo por objetivos. El contexto habitual en el paciente psicótico

Si es difícil hablar con una persona que padece una psicosis, aún lo es más si tratamos de convencerlo de que tiene que iniciar un tratamiento. En este sentido, podemos destacar una serie de factores que tienen que ver con la implicación del paciente en el trabajo psicoterapéutico. Estos son los siguientes:

1. *La falta de reconocimiento de enfermedad.* Para el trabajo con objetivos no es necesario el reconocimiento de padecer una enfermedad. Simplemente se necesita el reconocimiento de necesidades suficientemente básicas para trabajar sobre ellas, en la espera de que el aprendizaje de la satisfacción modifique suficientemente la calidad de vida del paciente y su conducta.
2. *El hecho de que el reconocimiento de la enfermedad sea sinónimo de descalificación.* Esto explica en gran medida la negativa del paciente a reconocerse como enfermo mental.

3. *La negación de la necesidad de ayuda.* Ésta suele ser menor de lo que comúnmente se cree. La mayoría de los pacientes, ante una oferta de ayuda que no suponga descalificación ni humillación alguna y parta de su propio reconocimiento de problemas, se muestran dispuestos a la cooperación, aceptando las indicaciones de encuadre que se hagan.
4. *La experiencia de pérdida de control sobre la propia vida en los tratamientos anteriores.* Tanto los tratamientos en régimen de ingreso, como los tratamientos farmacológicos plantean molestias, que ocasionalmente pueden ser serias.
5. *La dificultad en establecer vínculos de confianza.* Puede entenderse tal dificultad como la mejor adaptación del sujeto a sus experiencias vitales, incluidas las de sus propios tratamientos.

Estos factores explican suficientemente esta dificultad de implicación del paciente en el trabajo por objetivos. Una forma de abordarlo sería hablar de ello con el paciente, si al comienzo de la relación está remiso al contacto.

El contexto personal de cada paciente

Para entender dicho contexto hay que tener en cuenta dos aspectos básicos:

- a) *El estudio de los datos.* Antes de hablar con el paciente, el trabajador se familiarizará con la historia del paciente; tratándose de hacerse una idea de cuáles pueden ser sus necesidades más esenciales, es decir, aquellas que, al ser cubiertas, puedan modificar más su conducta. Para ello, más que el diagnóstico, le interesarán los sucesos, generalmente dolorosos, que jalonan su vida: ingresos, paro, toxicoma-

nías, desvinculación social, etc. El primer objetivo de la sesión con el paciente será verificar dicha hipótesis. El conocimiento de datos sobre su vida nos puede ayudar a enfrentar sus mecanismos de negación. A modo de ejemplo, si un paciente de este tipo nos explicara que no tiene problemas, responderíamos que nosotros en su lugar estaríamos preocupados por el hecho de que me ingresen cada cierto tiempo en contra de mi voluntad. De cualquier forma debiéramos tener mucho cuidado con que la información no sesgue nuestra forma de entender al paciente.

- b) *Crítica a los datos. La psicotización de la historia clínica.* Siempre hay que tener en cuenta, que dicha información puede estar *fantaseada* o cargada de contenidos emocionales, fruto de una de las prácticas habituales en la *praxis* psiquiátrica clásica: al ver a los familiares aparte del paciente y tomarse sus informes como datos reales, el facultativo fácilmente toma los miedos y fantasías de los familiares como elementos reales que le sirven de guía delante de la confusión, difícil de soportar, de la conciencia psicótica de su paciente.

La presentación

Lo primero será presentarse; mejor si ya se tiene alguna confianza con el paciente, o le presenta otro trabajador que le conozca. De cualquier forma deberemos decir nuestro nombre, la tarea que venimos a hacer y las personas que nos han pedido que lo hagamos, y sería de desear que le diéramos un breve informe de los datos que poseemos de él en el orden de sus necesidades. Con ello, damos un encuadre a la entrevista, señalamos nuestro sitio y eliminamos en lo posible la ambigüedad del encuentro.

El establecimiento de un vínculo de confianza

Tras esto, se le pide al paciente que verifique los datos. En muchos casos responderá a la *provocación* (de pro-*vocare* llamar a la palabra) sin necesidad de pedir que los verifique. Ahora el trabajador se enfrenta al siguiente objetivo: establecer un vínculo de confianza donde el paciente pueda hablar. El haberle explicado al paciente lo que sabemos de él sirve para ello, no se viene con ocultamientos que favorecen las actitudes paranoides. Tampoco debe informarse de las dificultades con agresión, sino con tono neutro, o si es posible hasta cálido, para transmitirle al paciente el mensaje de que no vamos a negar sus dificultades, pero tampoco vamos a despreciarlo por ellas.

Oír

La siguiente meta a cumplir por el entrevistador es oír a su cliente. Eso supone que uno deja tiempo al paciente para que diga lo que tenga que decir como pueda o quiera decirlo. Respetará su estilo de comunicación hasta donde le sea posible y tratará de entender su discurso. Será necesario que no solo oiga, sino que también vea los gestos, y esté atento a los elementos preverbales de la comunicación (tono de voz, etc.).

Se suele teorizar que estos pacientes tienen dificultades de simbolizar; parecen faltarles recursos lingüísticos para decir, y posiblemente decirse, algunas de sus emociones o impulsos más fuertes. Esto hace que dichas presiones internas sólo puedan ser actuadas por lo que aparecerán como acciones y no como palabras.

El trabajador tratará de detectar en el discurso del paciente, qué necesidades se apuntan, y cuáles de ellas coinciden, o pue-

den solaparse, con las que él había detectado antes. Pueden aparecer nuevas necesidades no calculadas, y deberá seleccionar una que sea motor suficiente de cambios como para justificar un tratamiento.

Cómo escuchar las necesidades de nuestro paciente

Hay que tener en cuenta que lo que uno entiende que escucha es una interpretación y la devolución de ésta, necesariamente una reformulación. De ahí que sea fundamental plantear cada una de nuestras intervenciones como una hipótesis que sirva para confirmar o desmentir. No una verdad, sino un camino, el camino por el que tanto el terapeuta como el paciente se van acercando al desvelamiento de la necesidad. Hablamos de *desvelar* la necesidad porque la necesidad del paciente permanece escondida gracias a los mecanismos defensivos y a los modos de comunicación típicos del paciente psicótico. Teniendo en cuenta que, cuanto más críptica sea una comunicación o más resistencia plantee el paciente a asumirla, más cuidadoso hay que ser con la interpretación y con el *tempo* del paciente. A continuación, vamos a asomarnos a diferentes posibles medios.

1. *Oír el sentimiento del otro.* Resulta de atender al contenido emocional de lo que dice, no al contenido verbal, escuchando el sentimiento del otro sin mezclarlo con el propio. En este caso, la devolución que confirmará o refutará nuestra hipótesis debe ser la devolución del sentimiento que el terapeuta cree haber entendido en el otro, unido a un señalamiento del carácter hipotético de la devolución. Por ejemplo, *debe ser jodido sentirse excluido de todo, me parece entender que te sientes molesto por..., quizás desearías...*

2. *Oír el sentimiento propio.* En este caso el terapeuta se abre a su propia experiencia emocional en la relación, siempre teniendo en cuenta que el sentimiento propio no tiene por qué ser el del paciente, puede ser la respuesta al de éste y que el sentimiento de éste pueda estar disfrazado gracias a la acción de los mecanismos defensivos. Es por ejemplo el caso del miedo que nos produce el intento de asustarnos del paciente que, a su vez, responde a su propio miedo. Por todo ello, la devolución del sentimiento propio debe hacerse como tal, formulando luego una hipótesis sobre aquello del paciente que ha suscitado ese sentimiento.
3. *Analizar gramaticalmente el texto (lo formal del pensamiento).* En este caso nos fijaremos especialmente en la construcción gramatical de las frases del paciente. Lo que nos interesa no es si lo que dice es verdadero o falso, si es lo que ocurrió o no, sino cómo construye el relato; si hay sujeto y quién es ese sujeto (por ejemplo, es habitual la desaparición del *yo* en un momento del relato que pasa a ser sustituido por el *tú* - *te sientes como si fueras un bicho raro* en lugar de *me siento como si fuera un bicho raro* - o por el *se* - *se agobia uno y se pone a decir tonterías* en vez de *cuando me agobio digo tonterías*); o bien el sujeto se pierde y la probabilidad sustituye a la certeza de las propias acciones (*parece ser que tuve que salir a la pizarra...*). En otros casos, el paciente cambia de sujeto sobre el que se predica la acción sin especificarlo, y en un mismo discurso *ella* puede ser la madre, la tía o cualquier concepto femenino. En todos estos casos, ayudar al paciente a reconstruir la frase utilizando el sujeto apropiado ayuda a ponerle en contacto con algo que estaba

enajenando de su discurso y, por tanto, de su vivencia, acercándole y acercándonos a la determinación de su necesidad.

4. *Analizar el contenido del texto.* En este caso estaremos atentos a lo que nos dice el paciente, qué tipo de contenidos está refiriendo, qué elementos son repetitivos, a qué historias hace alusión y cuál es el contenido de esas historias, etc.
5. *Analizar el contexto relacional.* A veces podemos jugar con la información que nos da el paciente para extraer datos relacionales relevantes. Por ejemplo, un paciente cuyas voces lo tachaban de maricón, tenía cuatro hermanas y todo su armario estaba lleno de ropas femeninas que sus hermanas pasaban a buscar cuando lo precisaban, invadiendo continuamente su intimidad.

Reformular la necesidad

Trataremos ahora de expresar de la forma más clara y concisa esas necesidades de las que habla el paciente. Y lo haremos a ser posible con sus mismas palabras, o con su mismo lenguaje. Esta adaptación al tipo de lenguaje del paciente es básica. Si a la dificultad en la comunicación del psicótico le añadimos el esfuerzo de: tener que traducir un lenguaje técnico o de un estrato social al que no pertenece, le estamos poniendo muy difícil el contacto con nosotros.

El aprendizaje de la satisfacción de la necesidad como objetivo

Una vez que el cliente haya dado muestras suficientes de aceptar nuestra reformulación de sus necesidades, planteamos el aprendizaje de la satisfacción de su necesidad como un objetivo de trabajo terapéutico que justifica nuestra intervención. Basándonos en

que su modificación puede traer un cambio significativo en la vida del paciente.

El delirio como forma de comunicación

Desde la óptica del trabajo por objetivos, tomaremos el delirio como parte de la comunicación que el paciente establece con nosotros. Siguiendo a Watzlawick (1986) y sus axiomas de la comunicación: *es imposible no comunicar* y *todo mensaje tiene un aspecto denotativo y otro relacional*; el delirio nos está informando de un contenido y una relación. Así, podemos *jugar* con el delirio para encontrar significaciones, enriquecer la experiencia, desatascar procesos, etc. Si hay un único tema delirante, lo entenderemos como la respuesta que el sujeto encontró para dar sentido a algo que no lo tenía para él. Su cronificación informa que la situación sigue sin ser elaborada satisfactoriamente. Si hay una repuesta delirada a distintas situaciones de la vida, lo entenderemos como un relato metafórico que le permite expresar (pero no asumir o elaborar) sus dificultades.

El abordaje del delirio desde el trabajo con objetivos

Para acordar un objetivo con el paciente, podemos sacar información de lo que le preocupa, en qué se encuentra estancado del análisis del delirio. Si el paciente acepta la interpretación y está de acuerdo en plasmar un objetivo sobre ella, el trabajo seguiría su curso como con cualquier objetivo acordado en base a cuestiones conductuales, necesidades, etc. La sistemática de trabajo sería:

a) Partimos de la consideración del sentido del delirio como defensa ante la disgregación psicótica o la confusión, cuando está atacada la capacidad de discriminación

entre los pares opuestos. La actividad delirante busca dar una explicación a toda esa confusión ordenando la experiencia para el sujeto.

b) Es necesario tratarlo como tal defensa. Utilizamos el mismo esquema de comprensión que para las actuaciones psicóticas repetidas. La pauta a seguir podría ser:

- Señalar la repetición de la conducta: cómo la conducta delirante aparece en su vida ante determinadas situaciones, conflictos vitales, exigencias, etc.
- Realizar una hipótesis sobre el sentido del delirio: por ejemplo, un delirio de omnipotencia o valía, puede estar funcionando como una afirmación de su valor como persona en un contexto donde es habitualmente descalificado.
- Señalar que, al afirmarse de esa manera se comporta como un loco, y, en lugar de conseguir su finalidad, lo que consigue es una descalificación mayor, teniendo que ser ingresado, recibiendo un aumento de medicación que le hace sentir aún más devaluado.
- Reformular su necesidad de sentirse hombre valioso buscando otra vía que no le cueste tan cara.

El trabajo por objetivos no necesita confrontar el delirio, más bien suele suceder que el paciente busque la alianza del trabajador sobre el contenido delirante. Éste elegirá un objetivo que tenga sentido dentro del mismo delirio, y no cumplirá el deseo del paciente de que confirme su delirio sino que, más bien, trabajará con la necesidad de dependencia del paciente, instándole a que pueda pasar de la opinión del terapeuta o soportar la divergencia de criterios.

También trabajará en la dirección de que el paciente discrimine con quién y cuándo

puede hablar del tema delirante, lo cual supone disminuir su necesidad de depender del reconocimiento ajeno, así como aprender a reservar una parcela de intimidad.

Podremos, también, trabajar con el contenido del delirio, de cara a ampliar la vivencia del sujeto y dotar el delirio de múltiples significaciones, por ejemplo:

- Tratándolo al modo de la *Gestalt* con los sueños (Naranjo, 1989), pidiendo al sujeto que se identifique con cada uno de los elementos del delirio: el perseguidor, la víctima, etc.
- Explorando su contenido relacional: quién me persigue, qué motivos tiene, que hago para ser perseguido, etc.

Utilizaremos la información así obtenida, unida a la que ya tenemos del sujeto (sus relaciones y sus necesidades) para la determinación del objetivo o el desvelamiento de sus dificultades.

Con todo ello, perseguimos la integración (no la segregación o exclusión) de todos los contenidos, expresiones y comunicaciones del paciente, que nos permitan y le permitan aclararse sobre el camino a seguir en su evolución hacia una posición en la vida más saludable.

La prescripción de tareas

El sentido de la prescripción de tareas

La prescripción de tareas como concreción del objetivo

Cuando una relación terapéutica se establece sobre un objetivo ambiguo, es decir, cuando el objetivo sólo se ha podido precisar a nivel de expectativas por su difícil concreción, se hace imprescindible el establecimiento de una tarea concreta, a través

de la cual ese objetivo pueda ser alcanzado, y que permita un quehacer claro al cliente que pueda ser evaluado por su terapeuta.

La tarea como elemento contra la dependencia en el tratamiento

La prescripción de tareas es una forma de sacar al paciente, y a la familia, de la posición de dependencia pasiva del quehacer del médico. Con esta técnica se prescribe que para que la curación sea posible, es necesaria la cooperación del cliente. De modo que si el trabajo del técnico es indicar la tarea adecuada, el trabajo del cliente es desarrollarla. Desde ahí, el fracaso o la dificultad tendría que achacarse a la responsabilidad de ambos: o bien la prescripción fue inadecuada, lo que podría devenir en otra prescripción de una tarea más idónea; o bien la cooperación del cliente no pudo ser lo suficientemente eficaz, lo que debería devenir en un análisis de la dificultad y una búsqueda de soluciones a ella.

El seguimiento de la tarea como expresión en lo cotidiano de las dificultades del paciente. Cooperación del paciente y el terapeuta en la detección concreta de la dificultad

Una de las características del síntoma en los trastornos mentales, en coherencia con el pedido dependiente, es que el paciente parece ignorar la forma en que conducta mantiene el síntoma en activo. Poniendo como ejemplo la obesidad, sería como si el obeso no supiera que está gordo porque abusa de la ingesta de comida. Este ejemplo, es la regla en los sufrimientos mentales. Así, desde la actitud paranoide los clientes pedirán que el mundo cambie en su forma de tratarlos a ellos (que no le den más palos, etc.), sin asumir nunca que en esa vivencia de recibir palos hay una importante implicación del sujeto, que primero idealiza positivamente al otro y su

relación con él, para posteriormente sentirlo destruido, es decir, lo idealiza negativamente, considerándolo en la relación como perseguidor. La prescripción de una tarea para que el cliente trabaje buscando la consecución del objetivo pactado, tiene como finalidad que el paciente pueda ir comprendiendo su responsabilidad en su forma de percibir las cosas, y que pueda iniciar un intento de confrontación de los elementos personales que mantienen el síntoma, o que lo mantienen imposibilitado para la consecución de su objetivo.

Involucrar al paciente en la búsqueda de otra conducta más adaptativa para la obtención de los objetivos. El señalamiento del tiempo entre sesiones como el tiempo de la terapia

Partimos de la idea de que las distintas conductas que va realizando el sujeto, por más desadaptativas que resulten, persiguen un objetivo que es de bienestar para el paciente. De ahí que sea importante reconocer esta función de utilidad de la conducta para evitar descalificar sin más los intentos del sujeto. Por ejemplo, el paciente que está en una situación de aislamiento muy grande puede estar haciendo un intento de defensa de su intimidad ante una familia demasiado invasiva. La formulación del objetivo debería recoger esa necesidad del paciente, y la indicación de la tarea trataría de proponer formas de actuación más adaptativas para la consecución del objetivo. Por ejemplo, podríamos proponer al paciente anterior que asistiera a alguna actividad fuera del hogar que le ayudara a poner distancia con su familia; podríamos formular una tarea en el hogar que supusiera una puesta de límites a los cuidados invasivos, etc.

De esta manera, el tiempo de la terapia sería el tiempo entre sesiones, donde el paciente estaría trabajando para sentirse mejor. El tiempo de la sesión estaría dedicado a

evaluar los resultados de la tarea, entender las dificultades para el cumplimiento y mantenerla, reformularla o cambiarla según se vea necesario.

Características de las tareas

Las tareas tienen que ser: personalizadas para cada sujeto y, dentro de la tarea con el mismo sujeto, para cada objetivo, revisables y modificables; y adecuadas al nivel de actuación y motivación de cada sujeto.

La tarea como negación de la dificultad del paciente

Al establecer la tarea, ésta debe ser tal, que pida al cliente que no tenga la dificultad por la que viene al tratamiento. Es así que lo que cabe esperar es que el cliente no pueda cumplir la tarea. Ahí es donde comienza el trabajo de análisis más fino de las dificultades que surgen en el cliente para poder afrontar su tarea.

El análisis del incumplimiento de tarea como la estructura de la terapia

Del análisis y confrontación con cada una de las dificultades que surjan al tratar de cumplir la tarea, el cliente podrá aprender de sus tendencias, o sus conflictos internos, en el camino de alcanzar su meta.

Evaluabilidad de la tarea

La tarea debe ser tan sencilla y clara como sea posible, tan concreta que, por un lado, sea fácil evaluar su cumplimiento, y por otro, desvele una a una las dificultades de la vida práctica del cliente, ofreciéndole una oportunidad de tomar conciencia de ellas y aprender como afrontarlas. El terapeuta

debe velar por comprender cada una de las dificultades, escudriñar en su estructura, y determinar la oportunidad, o no, de señalar tareas colaterales, o estrategias de confrontación de la dificultad.

El trabajo en la sesión en torno a la tarea

Cada sesión de terapia se encamina a la revisión de la marcha de la tarea: determinar su nivel de incumplimiento, analizar la estructura que mantienen ese incumplimiento, y buscar la estrategia más oportuna de enfrentamiento de la dificultad.

La tarea en su relación con el discurso del paciente

En la medida de lo posible, la tarea debe cimentarse sobre los emergentes del propio discurso del cliente, sobre su propia delimitación del deseo (lo que quiere alcanzar) o de lo imposible o de lo fracasado (lo que considera inalcanzable).

Tipo de tareas

Desde las diferentes escuelas de pensamiento se han planteado diversos estilos en la adjudicación de tareas que responden al grado de colaboración del paciente en la realización de las tareas. Desde ahí, podemos distinguir:

Tareas directas

Son las actividades que lógicamente se desprenden de los objetivos. Por ejemplo: para mejorar la relación social, apuntarse a un grupo en unos talleres del ayuntamiento, requiere del sujeto una actitud colaboradora y una capacidad o habilidad mínima en las actividades que se le piden.

Tareas indirectas

Se dirige al sujeto a una actividad que le es grata o que, al menos, considera al alcance de sus posibilidades; tarea cuya consecución supone el logro de otro objetivo que el sujeto considera ingrato o imposible. Por ejemplo, ir a comprar tabaco a un centro comercial en vez de que lo haga la madre; planteado como, por ejemplo, una cuestión de autonomía, puede abordar el objetivo social, de relación, que quizás cueste más a esa persona.

Tareas paradójicas

Cuando la resistencia al cambio es muy fuerte, o las demandas de la relación terapéutica se enfrentan gravemente a las demandas de la relación familiar, se pueden plantear tareas paradójicas, incluyendo una parte de la necesidad del sujeto o su contexto, pero con una finalidad distinta. Por ejemplo: a un paciente que tiene la necesidad de dominar en la relación y teme la situación de dependencia, se le puede consignar que sea él quien determine los tiempos y fechas de reunión (Selvini Palazzoli, Boscoso, Cecchin y Prata, 1986; Hoffman, 1981; Watzlawick, 1986).

Introducción al tema del incumplimiento

El incumplimiento como desvelo del síntoma

Tanto si la tarea es cumplida como si no lo es, nos va a dar una información valiosa. Así la tarea es como un *test* de la realidad del paciente, de sus dificultades, de su relación tanto con la terapia como con el terapeuta, de las fallas en la comprensión de sí mismo y de su entorno. El incumplimiento nos informa también de la magnitud de la resistencia al

cambio y, por tanto, sirve para ajustar la tarea a la situación actual del paciente.

Habrà que informar al paciente de la función de la tarea como fuente de información y no como solución mágica a sus dificultades; especialmente si el paciente tiende a la autoevaluación crítica e incapacitante; ya que, de otro modo, el incumplimiento podría precipitar el abandono del tratamiento.

Por otro lado, si el paciente tiende a la negación de sus dificultades, estaremos especialmente alertas a no olvidar ninguno de los aspectos de la tarea, indagando siempre con una actitud no crítica (recordando que habitualmente quien niega sus dificultades lo hace como defensa ante su propio e implacable juicio de incapacidad) pero sí firme.

Ante el incumplimiento, es conveniente ampliar el contexto de la escucha, informándonos de las reacciones de familiares y medio social cercano al paciente, ya que puede que hayamos planteado al sujeto una tarea imposible de aceptar por su entorno cercano, sometiendo a ambos (el sujeto y su entorno) a una tensión innecesaria e improductiva. Es el caso, por ejemplo, de las tareas dirigidas a la consecución de la autonomía que asustan a las madres y les llevan a estar aún más pendientes del hijo; en este caso, no sólo los habríamos sometido a una tensión improductiva sino que también habríamos empeorado la situación.

Orden de la intervención ante el incumplimiento de la tarea

El trabajo integrador debería:

- Reconocer y señalar el sentido positivo de protección, o de cuidado, del incumplimiento del paciente.
- Señalar la limitación de su conducta que bloquea su aprendizaje.

- Oír el discurso del paciente sobre estas cosas.
- Plantearse la posibilidad de elegir otro objetivo previo al planteado que actúe posibilitando su prosecución.

Análisis de la respuesta del cliente frente a la hipótesis

Dado que el oír al terapeuta es una de las tareas obvias que devienen de la relación entre el cliente y su terapeuta, y que se desarrolla a lo largo de la sesión, después de cada intervención, el terapeuta puede seguir hasta qué punto pudo cumplirse esta tarea elemental. Esto es esencial tanto en el momento de la prescripción de tareas como en aquel en que le comunicamos nuestras hipótesis sobre su conducta.

El cumplimiento de tareas durante la sesión, la confusión en el aquí-ahora

Es frecuente que el paciente, ante la prescripción de una tarea, dé una respuesta nada coherente con el pedido. La estrategia de trabajo en sesión se enfocará en la comprensión de esa incoherencia, dado que la falla de lógica implica la existencia de fallas de simbolización. El trabajo de análisis tratará de desarrollar la simbolización que falta.

Aclaración de las tareas prescritas para desarrollar entre las sesiones

Al prescribir una tarea para desarrollarla fuera de la sesión puede repetirse el fenómeno descrito en el párrafo anterior. Una posibilidad es dejarla ir y en la siguiente sesión repetir el análisis de la diferencia entre lo prescrito y lo hecho. Otra, consistirá en insistir en la prescripción tratando de producir un correcto aprendizaje de la

consigna. Para ello se puede, desde pedir al paciente que la escriba y que se la lleve, hasta examinarlo sobre lo que ha podido entender de la prescripción.

Estrategias ante la interrupción del tratamiento

Por la misma naturaleza de los procesos psicóticos, los vínculos que mantienen estos pacientes suelen ser poco tolerantes a las frustraciones; dando esta intolerancia una fragilidad típica a sus relaciones.

La otra cara de esta fragilidad es lo masivo, o simbiótico del vínculo, que fácilmente produce cierta sensación asfixiante de ser invadido, o la tendencia a la actuación simbiótica, es decir, a desarrollar el rol que necesita el paciente.

El planteamiento de la asistencia pública de atender a las necesidades en salud mental de un área geográfica, así como la importancia de la continuidad de cuidados, nos hace plantearnos la necesidad de idear estrategias ante la interrupción del tratamiento.

Repaso de la última sesión

El objetivo de esta revisión, es recoger el máximo de datos para construir una hipótesis que explique la interrupción y que nos ayude a situarnos delante del problema y desarrollar una táctica. Para ello:

- a. Revisar las expresiones del paciente. Tanto a nivel verbal como gestual o con acciones, tratando de retomar sus necesidades, o alguna ansiedad especial a la que no le prestamos atención suficiente.
- b. Revisar las interacciones que tuvimos con el paciente. En el sentido de detectar si le dimos al paciente señales de desaprobación, mal humor, rechazo

etc. Para cumplir estos dos puntos debe atenderse a: contenidos de la sesión, forma de expresión de estos, actitudes y reacciones del entrevistador, tareas que se pusieron, consonancia o disonancia de la tarea propuesta con el funcionamiento del sistema familiar, etc.

Elaboración de una hipótesis acerca de la causa de la interrupción del tratamiento

Es importante que la hipótesis se ajuste lo más posible a los datos que tenemos de la situación, que la tomemos como una mera fantasía que nos permite adoptar una estrategia y que debe ser validada por los próximos datos que vaya produciendo la evolución del caso.

La hipótesis tiene varias utilidades:

- Ante lo desconocido brinda un mapa que permite pensar y decidir una estrategia evitando la posición de despiste y pasividad.
- Permite una devolución al cliente, o a la familia, ofreciéndole un nuevo elemento de identificación.
- La disponibilidad a modificar la hipótesis, adaptándola o reformulándola, a los nuevos datos, permite al paciente desarrollar una posición de mayor flexibilidad, al facilitarle una experiencia sobre el valor de las palabras.

Elaboración de una estrategia encaminada a la continuación del tratamiento

Una vez construida una hipótesis nos planteamos cómo retomar el contacto con el paciente. Una relación de estrategias generales que habría que barajar en cada caso específico podría ser:

- Esperar a la próxima sesión antes de adoptar una postura más activa. Ya que la activación prematura del terapeuta puede dar un mensaje que fomente la pasividad del paciente. En dicha sesión, verificar la hipótesis mediante el análisis con el paciente, o la familia, de la interrupción.
- Llamar al paciente o visitarle en su casa con la idea de trabajar sobre la hipótesis.
- Tomar contacto con alguien cercano al paciente para, a ser posible, corroborar la hipótesis y elegir entre una intervención directa sobre el paciente (llamarle o ir a verlo) o una intervención estratégica a través de la familia u otros contextos.

Ampliación del contexto de intervención

Tomaremos contacto con las distintas instituciones donde el paciente o su familia pueden mantener el contacto: la unidad de hospitalización, el servicio de urgencias, atención primaria, el tercer nivel de atención (unidad de rehabilitación, comunidad terapéutica, unidad de día), instituciones no sanitarias, otros compañeros del equipo, etc. En el caso de compañeros del propio equipo o de otros recursos que también trabajen con el paciente, analizaremos si pueden haberse producido pedidos incoherentes desde los distintos profesionales, y acordamos la hipótesis y la forma de retomar el tratamiento en el Centro de Salud Mental, así como, formas de resolver, en su caso, el fallo o incoherencia que hubiésemos detectado.

Hay que tener en cuenta que cada vez que se amplía el contexto de intervención, se incluyen a más personas en el intento de estructurar con coherencia una respuesta ante el caso, con lo que cabe esperar que el ritmo de intervención se enlentezca, y que los niveles de confusión previa a llegar a acuerdos sea mayor.

Conclusiones

La experiencia de varios años de trabajo utilizando el modelo de trabajo por objetivos con los pacientes diagnosticados de psicosis nos permite formular las siguientes conclusiones:

1. Otorga al paciente una posición de reconocimiento de su libertad como persona en cuanto son reconocidos sus derechos: voluntariedad en el tratamiento, reconocimiento de sus necesidades, acuerdo en los objetivos de tratamiento...
2. Desde ahí, y por los mismos motivos, permite al trabajador una posición más afín a su profesión de ayuda.
3. Contempla la posición de la familia como objeto de trabajo en cuanto su colaboración es fundamental para el tratamiento del paciente, teniéndola en cuenta en el acuerdo de objetivos.
4. Dota de un lenguaje común las interacciones con el paciente, su familia y los compañeros, donde el objetivo (lo que ayuda y lo que dificulta su consecución), es el punto nuclear.
5. Permite una colaboración cómoda con los compañeros, en cuanto respeta la manera de hacer de cada profesional, facilitando con ello la continuidad de cuidados.
6. Con el paciente particular, obtiene con cierta facilidad la cooperación en el tratamiento y la aceptación de los aspectos desagradables y dolorosos del proceso (incluido la toma de medicación, el ingreso ocasional o la salida del hogar familiar) como medios para obtener un fin acordado con él.

Nos parecería importante realizar una investigación sistemática para valorar empí-

ricamente la efectividad de este modelo de tratamiento.

Referencias

- Anzieu, D. (1975). *El grupo y el inconsciente. Lo imaginario grupal*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Bellack, L. y Siegel, H. (1983). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. México: Manual Moderno.
- Benitez, M.C., Bodi, J.M., Díaz, J., Durán, P., Escalera, A., Guerrero, A.R. y Stiefel, B. (1995). Grupo que indaga sobre el sentido que tiene el trabajo en grupos. *Boletín de la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo*. Número Extraordinario, 79-99.
- Berger, M.M. (1978). *Más allá del doble vínculo. Comunicación y sistemas familiares. Teorías y técnicas empleadas con esquizofrénicos*. Barcelona: Paidós.
- Bion, W.R. (1974). *Seminarios de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Bleger, J. (1966). *Psicohigiene y psicología institucional*. Buenos Aires: Paidós.
- Bleger, J. (1967). *Simbiosis y ambigüedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Bodi, J.M., Díaz, J., Durán, M.P. y Stiefel, B. (1995). Segunda publicación de presentación del modelo de la cebolla. *Boletín de la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo*, 9, 41-63.
- Braier, E.A. (1981). *Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Cancrini, L. (1991). *La psicoterapia, gramática y sintaxis. Manual para la enseñanza de la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Caparrós, N. (1992). *Psicopatología analítico vincular. Tomos I y II*. Madrid: Quipú.
- Cooper, D. (1971). *La muerte de la familia*. Barcelona: Planeta de Agostini.
- Díaz, J. y Stiefel, B. (2002). *El trabajo por objetivos con los diagnosticados de psicosis*. Vitoria: La llave.
- Elkaím, M. (1987). *Las prácticas de la terapia de red*. Barcelona: Gedisa.
- Fiorini, H.J. (1987). *Teoría y técnica de psicoterapias*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Freud, S. (1911). Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides). En S. Freud: *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva (1981).
- Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. En S. Freud: *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1925). Lanegación. En S. Freud: *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, A. (1982) *El yo y los mecanismos de defensa*. Barcelona: Paidós.
- FullerTorrey, E. (1974). *Lamuerte delapsiquiatría*. Barcelona: Martínez Roca. (1980).
- García Badaracco, J.E. (1989). *Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar*. Madrid: Tecnipublicaciones.
- Grinberg, L., Sor, D. y Tabak de Bianchedi, E. (1972). *Introducción a las ideas de Bion*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Haley, J. (1974). *Tratamiento de la familia*. Barcelona: Toray.
- Haley, J. (1980). *Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar*. Buenos Aires: Amorrortu. (1989).
- Hoffman, L. (1981) *Fundamentos de la terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hinselwood, R. (1991). Dinámica social y síntomas individuales, comunidad terapéutica y/o terapia de la comunidad. *Boletín de la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo*. (Monografía I). 72-82.

- IASAM (1988). *La reforma psiquiátrica en Andalucía 1984-1990*. Serie monográfica Salud Mental 2. Consejería de Salud y Asuntos Sociales. Junta de Andalucía.
- Klein, M. (1975). *Obras completas. Tomo III*. Barcelona: Paidós.
- Lafarga Corona, J. y Gómez del Campo, J. (1978). *Desarrollo del potencial humano. Aportaciones de una psicología humanista (Vols. I y II)*. México: Trillas.
- Laing, R.D. y Esterson, A. (1964). *Cordura, Locura y Familia. Familias de esquizofrénicos*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Naranjo, C. (1989). *La vieja y novísima Gestalt. Actitud y práctica de un experientialismo ateórico*. Chile: Cuatro Vientos.
- Rogers, C.R. (1972). *El proceso de convertirse en persona*. Barcelona: Paidós.
- Segal, H. (1982). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Barcelona: Paidós.
- Selvini Palazzoli, M., Boscoso, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1986). *Paradoja y contraparadoja. Un nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrénica*. Barcelona: Paidós.
- Watzlawick, P. (1986). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.

