

Técnicas de psicoterapia breve en psiquiatría de enlace

Carlos Gómez-Restrepo¹

Resumen

Introducción: Los pacientes y las condiciones que trata el psiquiatra de enlace requieren técnicas terapéuticas breves que aporten soluciones a los problemas y que disminuyan la carga que existe sobre las familias y los profesionales de la salud. *Objetivo:* Hacer una revisión narrativa de algunas técnicas terapéuticas de uso en enlace. *Método:* Revisión de la literatura. *Desarrollo:* Se provee una revisión de algunas técnicas de terapia breve, modalidades grupales, técnicas de relajación, hipnosis, terapia de ordalía y otras usadas en los profesionales de la salud, como los grupos Balint, y en los pacientes y sus familias, como la psicoeducación.

Palabras clave: psiquiatría de enlace, terapia breve, terapia de grupo, técnicas de relajación.

Title: Short Psychotherapeutic Techniques in Liaison Psychiatry

Abstract

Introduction: Liaison psychiatrist treat patients and conditions that require short psychotherapeutic techniques, which will contribute to solve the patient's problems, and reduce the burden on both family and health professionals. *Objective:* To do a narrative review of some therapeutic techniques used in liaison psychiatry. *Method:* Literature review. *Development:* Some short therapy techniques are reviewed, i.e. group therapy, relaxation techniques, hypnosis, ordalia therapy and others used by health professionals, such as Balint Groups, as well as psychoeducation for the patients and their families.

Key words: Liaison psychiatry, short therapy, group therapy, relaxation techniques.

¹ Médico psiquiatra. MSc en epidemiología clínica. Psicoanalista. Profesor asociado y coordinador del Programa de Especialización en Psiquiatría de Enlace del Departamento Psiquiatría y Salud Mental y profesor del Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

Introducción

De acuerdo con Goldberg y Green (1), podemos enmarcar la psicoterapia en psiquiatría de enlace en el entendimiento e intercambio de experiencias del médico psiquiatra y el paciente, donde este último comunica sus vivencias, ideas, imaginarios y emociones sobre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de su enfermedad.

La enfermedad y, en muchos casos, la hospitalización subsecuente son eventos emocionalmente perturbadores y movilizan gran cantidad de emociones personales y familiares. El interjuego de los componentes biológicos, psicológicos y sociales de la enfermedad tiene manifestaciones particulares en cada persona, y lleva a que individuos con patologías similares puedan producir manifestaciones totalmente diversas en lo psicológico.

De acuerdo con Green (2) la dinámica de la enfermedad tiene diversos aspectos según sus componentes físicos, mentales y sociales. Así, en lo *biológico* podemos esperar diversas respuestas dependiendo del tipo de enfermedad, la gravedad, el tiempo de evolución, el órgano afectado, la función o el umbral al dolor, entre otros aspectos.

En lo *psicológico* influyen la estructura o madurez yoica, los me-

canismos de defensa que utiliza el individuo, sus rasgos de personalidad, la etapa del ciclo vital en que se encuentra, sus antecedentes psiquiátricos, sus antecedentes médicos y hospitalarios, por citar algunos elementos.

Y en lo *social*, el tipo de familia y sus relaciones familiares, la actitud familiar hacia la enfermedad, los imaginarios familiares sobre la enfermedad, los antecedentes de enfermedad en la familia, los duelos familiares, la cultura, las relaciones interpersonales, la responsabilidad del enfermo con su familia, la historia de relaciones con el equipo médico, entre otras circunstancias.

Esta diversidad y las múltiples combinaciones posibles hacen que cada enfermo y cada relación médico-paciente tengan una singularidad dada.

Las situaciones antes anotadas pueden llevar a diversas manifestaciones clínicas en las personas enfermas, las cuales se pueden evidenciar en la práctica como respuestas con un predominio de negación a la enfermedad, de ansiedad, agresión, depresión, dependencia, rompimientos de tipo psicótico, etc. que requieran diversos manejos y el empleo de diversas técnicas terapéuticas con las cuales se espera que el paciente recobre el equilibrio y pueda manejar de mejor forma sus dificultades.

Factores psicológicos y psiquiátricos asociados a la hospitalización y a la enfermedad

La enfermedad y la hospitalización producen un sinnúmero de reacciones personales y familiares que debe ser conocidas para realizar una intervención psicoterapéutica oportuna y eficiente.

Diversos autores (3,4) describen factores asociados a la enfermedad y a la hospitalización que predisponen a una mayor vulnerabilidad para trastornos mentales; estos factores deben ser tenidos en cuenta al momento de realizar intervenciones psicoterapéuticas (Cuadro 1).

Es fundamental tener en cuenta los factores enumerados al momento de realizar una intervención. El predo-

minio de uno u otro llevará a interacciones y pautas de intervención diversas dentro de las cuales se debe contar, por lo general, con la familia o, en su defecto, con el acudiente.

Es habitual que muchos pacientes requieran asistencia psiquiátrica durante su hospitalización o en su proceso de enfermedad. No obstante, una vez culminado la primera o el segundo, muchos deciden no continuar su manejo psicoterapéutico. Así mismo, los promedios de estancia cada vez más cortos y las restricciones que imponen las aseguradoras hacen que nuestro encuentro con el paciente deba durar muy poco, de tal manera que muchas intervenciones tienen que ser cada vez más breves y eficaces. Más aún cuando otros especialistas solicitan nuestra ayuda días

Cuadro 1. Factores asociados a la hospitalización y enfermedad

- Procedimientos médicos intrusivos
- Aislamiento
- Pérdida de la autonomía y privacidad
- Dolor
- Cambio del medio ambiente
- Posibilidad de incapacidad o muerte
- Deprivación de sueño
- Incertidumbre respecto a la etiología, el diagnóstico y el pronóstico
- Dificultades para asumir las responsabilidades habituales
- Carga económica y problemas financieros derivados de la enfermedad
- Consecuencias sobre el cuerpo y sobre la imagen corporal derivadas de la enfermedad o las intervenciones
- Pérdidas y duelos derivados de la enfermedad
- Conocimiento incompleto o equivocado acerca de la enfermedad
- Fantasías y representaciones sobre la enfermedad
- Temores acerca de la confidencialidad y el manejo de terceros
- Dudas acerca de la pertinencia o no de informarle al familiar acerca de su estado (esto con mayor frecuencia en menores de edad o en la tercera edad, lo cual se refleja en dificultades de los acudientes)
- Claridad o inquietudes sobre el soporte familiar

después del ingreso del paciente al hospital.

Modalidades terapéuticas en psiquiatría de enlace

A continuación presentaremos algunas modalidades terapéuticas (Cuadro 2) que pueden ser utilizadas por el psiquiatra de enlace para manejar algunas de las situaciones con las cuales nos enfrentamos en nuestro quehacer diario. Esta presentación pretende esbozar someramente algunas de las técnicas propuestas que pueden ser utilizadas durante la hospitalización o con pacientes con patología somática en la consulta externa.

Cuadro 2. Algunas modalidades terapéuticas de uso en psiquiatría de enlace

- Terapia breve de diversas orientaciones
- Técnicas de relajación
- Técnicas de hipnosis
- Terapia de grupo
- Terapia (técnica) de orjalía
- Grupos Balint
- Psicoeducación

Terapia breve de diversas orientaciones²

Abarca opciones como la terapia cognitivo-conductual, diversas modalidades de terapia Gestalt, terapia

rogeriana, programación neurolingüística, técnicas ericksonianas, terapia racional emotiva, etc. En el presente artículo no se pretende resumir cada una de las diferentes modalidades, sino dar algunos parámetros que son comunes a la mayoría.

En términos generales la terapia breve en el ámbito de la psiquiatría de enlace debe ser dinámica y flexible y en ella debe predominar lo directivo sobre lo interpretativo, dado que con muchos pacientes tendremos un número muy escaso de reuniones. En ocasiones la interpretación puede mejorar ostensiblemente un cuadro como el temor a la muerte en una persona que no duerme, o darle nombre a alguna sensación en el caso de un paciente con alexitimia. En estos casos una interpretación oportuna y adecuada puede cambiar el rumbo de un síndrome.

Durante la intervención, el psiquiatra de enlace debe identificar y describir claramente el problema, así como evidenciar la gama de posibles soluciones. Una vez delimitado, se procura precisar la historia de los intentos de solución que se han dado en el pasado (si existen) y se utiliza la estrategia

² Para este tema recomendamos la lectura del artículo "Fundamentos técnicos de la psicoterapia de apoyo", de Ariel Alarcón, publicado en este mismo *Suplemento* de la *Revista Colombiana de Psiquiatría*.

que haya demostrado mayor eficacia. Así mismo, es útil estructurar el problema en términos de los comportamientos, interacciones y tipos de comunicación implicado, así como definir cuándo, cómo, con quién, con qué frecuencia y a quién afecta. Por último, se fijan las metas o alcances del tratamiento y se diseñan las intervenciones plausibles al problema definido.

Refiere Halley (5) que mientras la terapia prolongada se basa en la interpretación, en la breve predomina lo directivo. En este sentido, el terapeuta es más activo. Por otra parte, la terapia breve suele centrarse en un problema y pretende devolverle su funcionamiento basal lo más rápidamente posible. Se ha propuesto que la terapia breve sea precisa y que cada intervención teóricamente debería producir un efecto.

Binder (6) establece una serie de conceptos básicos que deben incluirse en una terapia breve, los cuales adaptamos a continuación:

- *Problemas y metas concretos:* El énfasis y los objetivos de la terapia deben estar dirigidos a las problemáticas predominantes y sus metas deben estar claramente definidas. Por ejemplo, se debe definir el insomnio o los temores que tiene el paciente durante su hospitalización.
- *Límites y manejo del tiempo:* Establecer límites en el tiempo

no sólo lleva a centrarse en lo relevante, sino también a tener una actitud más proactiva tanto del paciente como del terapeuta para resolver el problema. El tener un tiempo limitado nos lleva a actuar como si fuera la última vez que nos encontráramos y ello puede tener efectos benéficos en psicoterapia o intervenciones breves.

- *Criterios específicos de selección:* Existen muchas características que hacen la terapia más exitosa. Dentro de estos criterios se destaca la historia de adecuadas relaciones interpersonales, el ajuste premórbido, la motivación, los rasgos de personalidad y la habilidad para la comunicación. Dentro de estas, la primera ha sido habitualmente recalada y predictora de éxitos.
- *Actitud del terapeuta:* En terapia breve y en concreto “ultrabreve”, como la de muchos casos de enlace durante la hospitalización, el terapeuta debe ser más activo, facilitar la comunicación, dirigir la exploración de temas relevantes, explicar y, en ocasiones, educar sobre problemas clínicos.
- *Cálculo de la duración del tratamiento y terminación:* En general, durante la primera entrevista el terapeuta debe calcular el número de sesiones deseable y posible con cada paciente. En caso de requerirse, se

le sugiere continuar después de su hospitalización; por ejemplo, cuando se ven problemáticas previas que incrementan o favorecen la actual, como en casos de abuso de alcohol, depresiones recurrentes, trastornos de personalidad, etc. No obstante, la mayoría de veces se limita a la hospitalización.

Terapia de relajación

La relajación y su entrenamiento son una de las metas más buscadas en el ámbito hospitalario y con pacientes enfermos. Desde los estudios clásicos de Walter R. Hess, W.B Cannon y Hans Seyle sobre respuestas del hipotálamo a diversas estimulaciones, homeostasis (respuesta de lucha y huida) y síndrome general de adaptación, respectivamente, la importancia de la respuesta de relajación ha sido referida por diversos autores (7-15) y su uso es cada vez más difundido.

En psiquiatría de enlace, la relajación ha sido utilizada para el manejo de diversos tipos de dolor, el insomnio, la mejoría de la respuesta inmune y el manejo de diversos síntomas, como la ansiedad por procedimientos médicos. Igualmente, es coadyuvante en el manejo de la hipertensión, el síndrome de colón irritable y otras problemáticas psicosomáticas, y se ha empleado como parte de otras técnicas, como la desensibilización sistemática y el

manejo de dolor con programación neurolingüística.

En general, se han descrito varias técnicas dentro de las cuales están la relajación autógena de Shultz, la relajación progresiva de Jacobson y la respuesta de relajación de Benson. Cada una de ellas tiene sus ventajas; no obstante, por facilidad se recomienda utilizar las dos últimas en el ámbito hospitalario. La de Jacobson, por su conveniencia para pacientes menores, y la de Benson, por su facilidad y rapidez en la mayoría de los pacientes. Podríamos catalogar la relajación autógena como el patrón de oro, pero tiene dificultades para enseñarla en unas pocas sesiones y su uso se recomienda más en pacientes ambulatorios y en quienes se pueda suponer una asistencia a mediano o largo plazo a la psicoterapia.

La descripción de las diversas técnicas puede ser consultada en diversas fuentes (8,14,16) En términos generales, es importante tener en cuenta que se debe manejar para ellas un ambiente silencioso, una posición cómoda, un objeto en el cual concentrarse y propender por una actitud pasiva.

El entrenamiento de relajación se puede realizar de manera individual en la cama de los pacientes hospitalizados y de manera grupal en el caso de pacientes con hipertensión arterial, VIH-sida, enfermedad

acido-péptica, fibromialgia, entre otros. Para su adecuado manejo, el entrenamiento habitualmente requiere entre tres y cinco sesiones, en las cuales se realizan prácticas que el paciente aprende para practicar posteriormente de una a tres veces al día.

Técnicas de hipnosis

La hipnosis pretende centrar la atención o llevar a concentrarse sobre algo en particular, reduciendo al máximo la generación de “ruido” por otros agentes externos o internos, con el fin de poder describir situaciones o recuerdos que puedan promover un entendimiento sobre eventos que fueron disociados o excluidos de la conciencia y que afectan al individuo o se manifiestan de una forma poco deseable para él.

En psiquiatría de enlace se emplean algunas veces técnicas de hipnosis; no obstante, es importante recordar que todo lo que uno puede lograr mediante estas técnicas se puede lograr también con otras psicoterapias. Desde que se acuñó el término *hipnosis* por Braid en el siglo XIX, este tipo de técnica se ha utilizado para tratar diversas dolencias y se ha observado repetidamente que tiene la particularidad de acortar o acelerar el impacto de nuestras intervenciones (16), lo cual la hace susceptible de ser utilizada cuando queramos resultados a corto plazo.

En general sus usos se han limitado al control y manejo del dolor, del insomnio de difícil manejo por otras técnicas y de los trastornos conversivos de diversa índole (por ejemplo, ceguera y parálisis histéricas); así mismo, es coadyuvante en el tratamiento para dejar el cigarrillo y controlar el peso y en algunas entidades o síntomas gastrointestinales, neurológicos, dermatológicos, osteomusculares y cardiopulmonares (17-21).

El éxito de esta técnica, de acuerdo con Restrepo (22) depende de:

- La susceptibilidad hipnótica del sujeto, que guarda relación con su habilidad disociativa e imaginativa.
- La motivación del individuo para este tipo de procedimiento.
- La relación de confianza que se establezca con el terapeuta hipnotizador.

Existen un sinnúmero de técnicas que podríamos denominar *métodos clásicos* (levitación, cierre de los párpados, etc.) y otros que llamaríamos *naturalistas*. Estos últimos fueron creados por Milton Erickson, quien describe técnicas adecuadas para aplicar en el ámbito de la psiquiatría de enlace por su sencillez y eficacia (23,24).

Por otra parte, el modelo de Erickson plantea una serie de modalidades de terapia breve que pueden ser combinadas con hipnosis y que podrían

ser útiles para intervenir sobre el paciente: el cambio de la frecuencia, velocidad, momento, ubicación, intensidad, cualidad, secuencia o duración del síntoma. Una o varias de estas modalidades pueden ser utilizadas para cambiar algunos de los síntomas con los que habitualmente nos topamos en el ejercicio de la psicoterapia en enlace (24).

Terapia de grupo

Podemos considerar al médico internista Joseph Pratt como el pionero en psicoterapia grupal. Él formó grupos de discusión para tratar los aspectos físicos de la tuberculosis que más tarde llevaron a una discusión de los problemas emocionales derivados de su enfermedad (25).

Los grupos pueden tener diversas orientaciones: de sensibilización (ayudan a “conectarse” con las emociones; por ejemplo, para personas con alexitimia), terapéuticos (para profundizar en problemáticas de los asistentes), y de apoyo o autoayuda (dentro de estos los más reconocidos son los de alcohólicos anónimos y aquellos para pacientes con determinada patología).

Dentro de las tendencias corrientemente utilizadas en los grupos terapéuticos, están aquellos con orientación psicodinámica (privilegian los procesos transferenciales, contratransferenciales, el porqué y la interpretación) y con orientación

gestáltica (privilegian más los aspectos emocionales, catárticos y el cómo de las situaciones).

Los grupos terapéuticos son habitualmente utilizados con pacientes con una determinada patología y que acepten trabajar en grupo las dificultades psicológicas derivadas o concurrentes con su trastorno somático de base. Por lo general, los grupos se componen de 8 a 12 pacientes, quienes trabajan una vez por semana por espacio de dos horas.

En la actualidad estos grupos se han desarrollado para patologías como el cáncer de diverso tipo, los trastornos de la alimentación, los eventos traumáticos (violaciones, amputaciones, etc.), la hipertensión o el VIH-sida, entre otros, donde los pacientes tienen un espacio para ventilar y comprender sus dificultades, y aprender, sobre la base de sus propias vivencias y las de terceros, manejos diversos para su problemática. Así mismo, tienden a convertirse en grupos de apoyo en el tránsito de la enfermedad.

En general los grupos fomentan la salud mental de los participantes, mejoran las relaciones interpersonales, la expresión verbal, la comprensión de las dificultades de otros y las propias, y brindan otras alternativas o repertorios a las personas.

La terapia de grupo comparada con técnicas individuales tiene la ventaja

de que el paciente cuenta con mayor apoyo (el de los otros integrantes del grupo). Así se disminuye el aislamiento en que viven algunos pacientes, se brinda la opción de observar otras respuestas a la enfermedad e interacciones con sí mismo o con otras personas y, en general, tiene un menor costo económico.

Dentro de la terapia gestáltica se destaca la técnica de la silla vacía, introducida por Fritz Perls, la cual se puede realizar en el contexto de una terapia de grupo o como técnica en la terapia individual. En esta modalidad le propone al paciente iniciar diálogos con personas u objetos internos o externos con las cuales tenga dificultades o situaciones inconclusas (26-28). Esta técnica se puede usar en:

- Una situación de carácter traumático (por ejemplo, violación, maltrato, duelo, etc.), en la cual se ha inhibido o bloqueado alguna función de la persona.
- Con una persona que no esté disponible y con la cual se tenga una situación inconclusa del presente o el pasado.
- Con aspectos de la persona. Se trata de aspectos de la personalidad del paciente, que mediante el uso de esta técnica se vuelven más tangibles para ser comprendidos y manejados por él. Además, sirve como método catártico que disminuye las tensiones internas.

La silla vacía ha sido utilizada con éxito en el contexto de duelos patológicos con el fin de cerrar situaciones que de otra forma habrían sido difíciles de elaborar mediante técnicas de otro tipo. Ejemplo de ello son las culpas de difícil resolución que se suscitan después de abortos provocados.

Terapia de ordalía

Ordalía significa experiencia penosa, prueba severa o prueba de fuego. Esta terapia o modalidad tiene por objeto imponerle al paciente una ordalía o tarea penosa y más severa que el problema que la persona desea cambiar. La ordalía debe tener las siguientes características, de acuerdo con Halley (29):

- Producir una molestia igual o mayor a la del síntoma que pretende erradicar.
- Ser algo que el paciente pueda ejecutar y que no pueda oponer objeciones válidas.
- Algunas veces se debe mantener por largos periodos para curar el síntoma.

En este tipo de técnica el terapeuta, después de conocer claramente alguna problemática o síntoma que por lo general no ha cedido a ninguna medida terapéutica—, identifica algo que el paciente desearía realizar pero no lo ha hecho (por ejemplo, arreglar la casa o hacer ejercicio), y trabaja sobre el deseo del paciente de hacer cualquier cosa para impedir que su problema o síntoma continúe.

Entonces, se le propone realizar la ordalía cada vez que quiera hacer o haga lo que quiere eliminar.

De esta manera, las etapas de la terapia de ordalía son:

1. Definir claramente el problema.
2. Comprometerse a superar el problema.
3. Seleccionar la ordalía.
4. Trazar una directiva para realizar la ordalía si se presenta el síntoma o conducta.
5. Continuar realizando la ordalía hasta que el síntoma se resuelva.
6. Insertar la ordalía en el contexto social.

Este tipo de técnica en psiquiatría de enlace puede ser útil para el manejo de casos de insomnio graves en los cuales no habido una buena respuesta a los tratamientos convencionales. Así mismo, para el manejo de algunas conductas de riesgo, como el fumar en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica o con antecedentes de infarto agudo del miocardio.

Grupos Balint

Fueron creados por el psicoanalista húngaro Michael Balint cuando se radicó en Londres y trabajó en la Clínica Tavistock. En 1925 publicó sus primeros artículos que muestran claramente su línea, titulados "Sobre las psicoterapias para el médico general" y "Psicoterapia y psicogénesis de los síntomas físicos". En 1950 inició los

Seminarios de Discusión Grupal sobre Problemas Psicológicos en la Práctica Médica General y en 1955 publicó su libro *El médico, el paciente y la enfermedad*. Hacia 1970 se funda la Sociedad Balint de Inglaterra y se edita la *Journal of the Balint Society* (30-32).

El grupo Balint se puede definir como "un grupo homogéneo de médicos que opera como un instrumento de investigación, enseñanza y aprendizaje de la relación médico-paciente" (30). En estos grupos, de manera resumida, se procura mejorar el ejercicio médico estudiando los problemas que se suscitan en la relación médico-paciente. Se plantea que todo encuentro médico-paciente, denominado *situación médica*, depende de:

- El ámbito en que se realiza (características y condiciones particulares).
- El médico y su intervención (incluye la concepción del ejercicio del rol médico).
- El paciente, sus características y el tipo de padecimiento que tiene.

Los grupos Balint son actividades realizadas por el psiquiatra de enlace, idealmente psicoanalista, con médicos o profesionales de la salud, donde se trabaja específicamente sobre una situación, problema o hecho médico significativo planteado por alguno de los asistentes, no sobre el caso como una historia clínica, historial psicopatológico o intervención técnica.

Por lo general, se trabaja con un grupo de 6 a 14 profesionales, por espacio de una a dos horas semanales, con el objeto de analizar situaciones médicas, sus encuadres y procesos relacionándolos con los problemas que se suscitaron en la relación médico-paciente. Esto, en procura, como decía Balint, de “ayudar a los médicos a adquirir mayor sensibilidad ante el proceso que se desarrolla, consciente o inconscientemente, en la mente del paciente cuando el médico y el paciente están juntos”, produciendo “un limitado pero considerable cambio en la personalidad del médico” y profundizando en el entendimiento y manejo de la contratransferencia (31).

Estos grupos tienen como fin enriquecer la praxis médica, aumentar sus posibilidades diagnósticas y terapéuticas mediante el análisis de los problemas (casos) en el grupo, mejorar la escucha del médico, entender su contratransferencia e introducir la noción de *acción terapéutica* del médico.

Psicoeducación

La psicoeducación es la actividad educativa que se provee sobre la enfermedad, sus consecuencias y manejos en diversos ámbitos (personal, familiar, social) de las personas que sufren problemas mentales y/o somáticos.

Se pretende que en la medida en que la persona enferma y su familia

entiendan la enfermedad, podrán ser capaces de manejarla mejor y de vivir con su condición.

En los trastornos psiquiátricos existe un desarrollo en diversas áreas de la psiquiatría involucrando pacientes y familias de personas con esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos de personalidad, trastornos de estrés postraumático, entre otros, con éxito evidenciado en la disminución de las angustias que suscitan la enfermedad, la emoción expresada por la familia, la mejoría de la adherencia de los pacientes y sus familias a los tratamientos o recomendaciones, la disminución global de las recaídas y la mejor aceptación, introspección y desenvolvimiento del paciente con su enfermedad (33).

En el campo de la psiquiatría de enlace, la psicoeducación ha logrado mediante intervenciones mejorar el conocimiento, las estrategias de manejo, el bienestar y la calidad de vida de los pacientes y cuidadores de personas con trastornos de diversa índole.

Quisiéramos recalcar los trastornos demenciales donde la sobrecarga del cuidador y el síndrome de agotamiento (Burnout) pueden repercutir enormemente sobre las posibilidades de tratamiento y rehabilitación de los pacientes. Así mismo, estos grupos han ayudado a que los cuidadores tengan un espacio para compartir y entender en muchos

casos dificultades inherentes a la patología de su familiar o paciente.

Por otra parte, existen intervenciones de psicoeducación sobre personas cuyo familiar se encuentra en una unidad de cuidado intensivo o está programado para una cirugía; en estos casos, la sola explicación de los procesos que se dan habitualmente dentro de estos servicios ayuda a que disminuyan las tensiones que supone esta situación y puedan colaborar de mejor manera con el personal que labora en estos servicios.

Conclusión

La labor del psiquiatra de enlace requiere el uso de diversas técnicas psicoterapéuticas para el manejo de los pacientes. En el presente artículo se revisan algunas de las técnicas individuales, familiares y con los profesionales de la salud que pueden ser empleadas en el ámbito de la psiquiatría de enlace.

Referencias

1. Goldberg R, Green S. Medical psychotherapy. *Am Fam Physician*. 1985;31(1):173-8.
2. Green SA. Principles of medical psychotherapy. En: Stoudemire A, Fogel BS, Greenberg DB. *Psychiatric care of the medical patient*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2000.
3. Wise MG, Rundell JR. *Clinical manual of psychosomatic medicine: a guide to consultation-liaison psychiatry*. Arlington VA: American Psychiatric Publishing; 2005.
4. Stoudemire A, Fogel BS, Greenberg DB. *Psychiatric care of the medical patient*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2000.
5. Halley J. ¿Por qué no hacemos terapia prolongada? En: Zeig JK, Gillian SG, editores. *Terapia breve: mitos, métodos y metáforas*. Buenos Aires: Amorrortu; 1994.
6. Binder JL. *Competencias clave en psicoterapia breve dinámica: la práctica clínica más allá del manual*. New York: Guilford; 2004.
7. Ader R. *Psychoneuroimmunology*. New York: Academic Press; 1981.
8. Benson H, Klipper MZ. *Relajación*. Barcelona: Pomaire; 1977.
9. Cannon WB. The emergency function of the adrenal medulla in pain and the major emotions. *Am J Physiology*. 1914;33(2):356-72.
10. Elliott GR, Eisdorfer C. *Stress and human health: analysis and implications of research: a study*. New York: Springer; 1982.
11. Gómez-González B, Escobar A. Estrés y sistema inmune. *Rev Mex Neuroci*. 2006;7(1):30-8.
12. Hess WR. *The functional organization of the diencephalon*. New York: Grune and Stratton; 1958.
13. Irwin M, Daniels M, Bloom ET, Smith TL, Weiner H. Life events, depressive symptoms, and immune function. *Am J Psychiatry*. 1987;144(4):437-41.
14. Jacobson E. *Progressive relaxation: a psychological and clinical investigation of muscular states and their significance in psychology and medical practice*. 2nd ed. Chicago: University of Chicago Press; 1938.
15. Moreno-Benavides C. El estrés, vino viejo en botellas nuevas. *Avances en psiquiatría biológica*. 2002;3:6-16
16. Gómez-Restrepo C, Cárdenas LA. Entrenamiento en relajación. En: Gómez-Restrepo C, Hernández-Bayona G, Rojas-Urrego A, Santacruz-Oleas H, Uribe-Restrepo M, editores. *Psiquiatría clínica: diagnóstico y tratamiento en niños adolescentes y adultos*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2008, p. 643-6.
17. Maldonado JR, Spiegel D. Medical hipnosis. En: Stoudemire A, Fogel BS, Greenberg DB. *Psychiatric care of the*

- medical patient. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2000.
18. Procter HG. Escritos esenciales de Milton H. Erickson. Barcelona: Paidós; 2002. 2 vol.
 19. Kopelman MD. Somatization and conversion disorders. In: Fogel BS, Schiffer RB, Rao SM, editors. Neuropsychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996. p. 625-34.
 20. Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA, editors. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2003.
 21. Spiegel H, Greenleaf M, Spiegel D. Hypnosis: an adjunct for psychotherapy. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins; 2005. p. 2548-68.
 22. Restrepo GM. Hipnosis. En: Gómez-Restrepo C, Hernández-Bayona G, Rojas-Urrego A, Santacruz-Oleas H, Uribe-Restrepo M, editores. Psiquiatría clínica: diagnóstico y tratamiento en niños adolescentes y adultos. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2008, p. 652-8.
 23. Erickson MH, Rossi EL. The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis. New York: Irvington; 1980.
 24. O'Hanlon WH. Raíces profundas: principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erickson. Barcelona: Paidós Ibérica; 1995.
 25. Restrepo GM. Psicoterapia de grupo. En: Gómez-Restrepo C, Hernández-Bayona G, Rojas-Urrego A, Santacruz-Oleas H, Uribe-Restrepo M, editores. Psiquiatría clínica: diagnóstico y tratamiento en niños adolescentes y adultos. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2008, p. 631-5.
 26. Castanedo-Secadas C. Grupos de encuentro en terapia Gestalt: de la "silla vacía" al círculo gestáltico. Barcelona: Herder; 2003.
 27. Perls F. El enfoque gestáltico: testimonios de terapia. Madrid: Cuatro Vientos; 2001.
 28. Casso P. Gestalt, terapia de autenticidad: de "ego" a "sí mismo": la vida y obra de Fritz Perls. Barcelona: Kairós; 2003.
 29. Haley J. Terapia de ordalía: caminos inusuales para modificar la conducta. Buenos Aires: Amorrortu; 1984.
 30. Luchina IL. El grupo Balint: hacia un modelo clínico-situacional. Buenos Aires: Paidós; 1982.
 31. Balint M. El médico, el paciente y la enfermedad. Buenos Aires: Libros Básicos; 1961.
 32. Balint M, Balint E. Técnicas psicoterapéuticas en medicina. México: Siglo XXI; 1966.
 33. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, Kornblith SJ, Greenwald DP, Ulrich RF, et al. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: II. two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. Arch Gen Psychiatry. 1991;48(4):340-7.

Recibido para evaluación: 10 de julio de 2008
Aceptado para publicación: 11 de agosto de 2008

Correspondencia
Carlos Gómez-Restrepo
Hospital Universitario de San Ignacio
Carrera 7ª No. 40-62, piso 2
Bogotá, Colombia
cgomez@javeriana.edu.co