

# Debate

---

## Psicoterapia breve en instituciones públicas: a propósito de dos casos clínicos

---

## Brief psychotherapy in the public institutions: about two clinical records

E. GARCIA BERNARDO (\*) y M.ª L. ZAMARRO ARRANZ (\*\*)

---

### RESUMEN

*Los autores, después de hacer una breve descripción del funcionamiento de una Unidad de Hospitalización Breve como un dispositivo terapéutico más, integrado dentro de una red asistencial, en el Área de Salud Mental de la Zona Sur de Madrid, pasan a describir cómo se realizan, en la práctica clínica, psicoterapias a nivel institucional con casos concretos, siguiendo un esquema de psicoterapia breve de inspiración psicoanalítica.*

*A continuación se ilustra el modelo a propósito de dos casos clínicos.*

### SUMMARY

*The authors make a brief description of the therapeutic milieu of a Short-Term Inpatient Psychiatric Unit that functions as a therapeutic resource in an integrated Community Mental Health Care in the south of Madrid.*

*They describe how to practice psychotherapies in the institutional level following a psychoanalytically oriented model of brief psychotherapy. They illustrate this model with the presentation of two clinical records.*

### PALABRAS CLAVE

*Psicoterapia breve. Unidad de Agudos. Psicoterapia institucional. Continuidad de cuidados. Medio terapéutico. Trabajo en equipo.*

### KEY WORDS

*Brief psychotherapy. Short-Term Inpatient Unit. Therapeutic Milieu. Continuity of Care. Institutional Psychotherapy. Coordinated Network.*

---

### 1. INTRODUCCION

El objeto de este trabajo es ver cómo se realizan en la práctica clínica, psicoterapias a nivel institucional con casos concretos, en el marco de la Unidad de Hospitalización Breve (UHB) del Hospital Psiquiátrico de Leganés, siguiendo un esquema de psicoterapia breve, de inspiración psicoanalítica.

Tras una breve descripción del funcionamiento de la UHB y de las características de este tipo de psicoterapias, se exponen dos casos clínicos, en los que se describen la forma de trabajo, la creación de un ambiente terapéutico y los resul-

---

(\*) Psiquiatra. Unidad de Hospitalización Breve. Servicios de Salud Mental de Leganés.

(\*\*) MIR Psiquiatría. Servicios de Salud Mental del Hospital Psiquiátrico de Leganés.

tados obtenidos, en el marco de una institución pública con una continuidad de cuidados.

En un intento de reflexionar y analizar los factores que van a condicionar el éxito o el fracaso del proceso terapéutico, nos han ido surgiendo numerosos interrogantes que, lejos de haber encontrado una respuesta tras este pequeño intento de enlazar las bases y el conocimiento teórico con el clínico, abre otros muchos nuevos sobre la forma en que se establece la relación terapeuta-paciente cuando el primer contacto se hace con una institución pública, o cómo influye la institución sobre la práctica de la psicoterapia y la psicoterapia en la propia institución, etcétera.

## **2. PSICOTERAPIA BREVE EN EL MARCO INSTITUCIONAL**

### **2.1. Funcionamiento de la UHB**

La UHB es un dispositivo terapéutico más, dentro del Área de Salud Mental de la Zona Sur de Madrid, encontrándose en una situación de coordinación y continuidad de cuidados con los Centros de Salud Mental (CSM) de los distritos de la zona.

Consta de cuarenta camas, con una estancia media inferior a las tres semanas, estancia breve que es posible desde una visión de la enfermedad mental como un proceso en el que el ingreso es sólo un momento más dentro de una continuidad de cuidados, para lo que existe un contacto regular con los diversos CSM, que son los encargados de tratar al paciente antes y/o después de la hospitalización, facilitando la realización de un esquema terapéutico coherente, aquí se incluirían el seguimiento de pacientes tras el alta hospitalaria, ingresos programados, etcétera.

Es fundamental que exista una buena información y comunicación entre todo

el personal (terapeutas y enfermería) para trabajar en equipo, para lo cual se realizan diversas reuniones:

— Reunión diaria de la mañana: reunión clínica, en la que hay una primera parte que se realiza con los médicos de guardia, y una segunda parte que se realiza entre el personal de enfermería y los terapeutas habituales (es decir, el grupo tratante). Se habla de la clínica de los distintos pacientes, incidencias de la tarde-noche anterior, tensiones que originan con el resto de pacientes y el personal, y de los posibles proyectos y estrategias terapéuticas a seguir.

Es en este espacio en el que tres días a la semana hay una reunión de coordinación con los CSM de las distintas áreas; lunes y viernes (en que no hay coordinación) se habla de las vueltas y salidas del fin de semana.

—Grupo psicoterapéutico de pacientes: de una hora de duración, diario, excepto los miércoles en que a esa misma hora se realiza una:

—Reunión de todo el personal (médicos, auxiliares, ATS).

Estas reuniones, que facilitan la comunicación entre los distintos estamentos del personal de la unidad, y el trabajo en equipo así entendido, permite crear un medio terapéutico individualizado.

En cuanto a las técnicas utilizadas son: el tratamiento psicofarmacológico, la psicoterapia individual, entrevistas familiares, y grupo terapéutico. Con todo ello se busca la creación de un ambiente terapéutico flexible pero al mismo tiempo coherente y estable, que ayude al mejor abordaje del paciente, para lo cual es necesario una buena estructuración del personal como equipo, ya que la respuesta terapéutica será distinta para cada paciente, según cuál sea su psicopatología, su historia per-

sonal, etcétera; tomando actitudes diferentes, aplicando y desarrollando un plan de tratamiento para cada uno de ellos.

## **2.2. Características de la psicoterapia breve analítica**

Vamos a exponer a continuación de una forma esquemática, las características de este tipo de psicoterapias breves de orientación analítica, y sus fases, estudiadas por autores como MANN, MALAN, SIFNEOS y DAVANLOO, entre otros, en numerosos trabajos básicos y por todos conocidos.

Se caracterizan, en primer lugar, por realizarse en un medio hospitalario (institución pública), con una estancia del paciente corta (inferior a tres semanas) que supone una limitación del tiempo y del número de entrevistas, que se fija al hablar del tiempo que más o menos durará el ingreso, importante a la hora de la focalización y de trabajar la separación.

El terapeuta tiene que desempeñar múltiples roles debido a las distintas técnicas terapéuticas empleadas (psicoterapia individual, prescripción de psicofármacos, psicoterapia de grupo, entrevistas con la familia, indicaciones al personal auxiliar y de enfermería y medidas al alta), teniendo un papel más activo y no tan neutral. Se debe ser más flexible, pero al mismo tiempo establecer límites ante comportamientos inapropiados con claridad, límites concisos, también tiene que movilizar todos los recursos de los que dispone, así como manejar sus habilidades desde los distintos modelos para hacer un plan de tratamiento coherente y flexible.

Este tipo de psicoterapia breve se centra en los problemas actuales. Consta de tres fases:

- 1) Establecimiento de una ALIANZA TERAPEUTICA.
- 2) FOCALIZACION.
- 3) SEPARACION.

### **1) Establecimiento de una Alianza Terapéutica**

El paciente debe adaptarse al ambiente hospitalario. Existe una primera fase de acercamiento y contención. El paciente hace en este primer momento una asunción de su internamiento, y la Unidad, a través de su contención, se convierte en depositario de sus conflictos.

Se realiza también el contrato terapéutico, fijando aproximadamente el tiempo de estancia, frecuencia con que será visto el paciente, toma de medicación, etcétera. Siendo preciso fijar unos objetivos realistas que en lo posible se explicitan.

### **2) Focalización**

Es la fase media, después de las primeras entrevistas. El paciente ha establecido ya una relación de dependencia con el hospital. Se centra en trabajar los problemas actuales. El terapeuta se mantiene en un foco, con una inatención selectiva de otros temas, teniendo en mente la realidad del alta.

Esta fase debe permitir profundizar en el conflicto sin, por ello, prolongarla excesivamente, permitiendo desarrollar mecanismos defensivos más adaptativos para enfrentarse con las situaciones cargadas de conflicto, y que luego se seguirán tratando ambulatoriamente. El paciente puede hablar de sus síntomas, de sus conflictos y reconstruirlos. Hay que animarle a asumir un mayor control de sus sentimientos y acciones.

### **3) Separación**

Comienza a trabajarse al fijar una fecha de alta. Unos días antes de ésta puede haber un rebrote de síntomas, pero de forma atenuada, o puede el paciente expresar rabia, miedo, etcétera.

El terapeuta debe ayudar al paciente en este proceso de separación mediante contactos familiares, con otros terapeutas, asistentes sociales, etcétera. Es conveniente hacer maniobras de pre-alta, o dar mini-altas. Se le anima y ayuda así a recuperar su autonomía y responsabilidades fuera del hospital. Si hay que prolongar la hospitalización habría que renegociar los objetivos.

### **3. ADAPTACION DEL MODELO A PROPOSITO DE DOS CASOS CLINICOS**

Vamos a ver el funcionamiento práctico de este esquema expuesto (el correlato teórico-práctico), a través de dos pacientes tratadas por nosotros en el hospital.

#### **3.1. Paciente A**

Se trata de una mujer de veintidós años, soltera, hija única, que vive con los padres. Estudiante, con una buena escolarización, presentó problemas de adaptación al iniciar BUP y la carrera universitaria. Tiene terror a la oscuridad, muy pocos amigos y apenas sale de casa. Nunca ha tenido novio ni relaciones sexuales. Aspecto tímido y modesto. Como rasgos de personalidad, destacan su carácter débil, ambiciosa, trabajadora y tenaz, muy exigente en su trabajo. Posee fuertes normas morales, escrupulosa y muy religiosa. No ha tenido ingresos previos. Consultó en una ocasión por terror a la oscuridad hace dos años. Padres mayores, la madre de sesenta y dos años y el padre de cincuenta y seis, se casaron a los cuarenta años, sobreprotectores.

Viene derivada desde el Hospital General por haber ingerido lejía y amoníaco con intención autolítica. Gran odinofagia y náuseas. En las urgencias del Hospital General se resiste a cualquier exploración e intenta huir.

Desde hace dos días está sometida a gran estrés y agotamiento físico, está muy inquieta, con insomnio. Presenta ideas autorreferenciales, así como un delirio de persecución y perjuicio, la "quieren envenenar", "las vecinas graban cintas sobre ella", y de contenido sexual. Desde hace dos años tiene alucinaciones auditivas (voces que hablan sobre su padre). Hay también un delirio de influencia. Todo ello vivido egodistóticamente.

Desde hace unos meses tiene una mayor tendencia al aislamiento, muy retraída, habla sola, con risas inmotivadas.

#### **3.2. Paciente B**

Es una mujer de 29 años, soltera, tercera de cuatro hermanos, que vive sola con los padres, ya que el resto se han independizado. De profesión psicóloga, acabó la carrera hace dos años. Nunca ha tenido trabajo continuado, actualmente está en el paro. Hace cursos esporádicamente sobre temas de psicología. Descrita como seria, introvertida y solitaria. Sin amigos. Nunca ha tenido novio ni relaciones sexuales. Sin antecedentes de tratamientos psiquiátricos previos.

Es traída a urgencias por su familia (madre y dos hermanos) mediante engaños; aportan un certificado médico oficial con el diagnóstico de "cuadro delirante paranoide" solicitando su internamiento.

En el momento del ingreso presenta ideas referenciales, un delirio de contenido sexual y abundantes interpretaciones delirantes sobre su pasado. La clínica se inicia hace unos seis años, manteniéndose de forma larvada agravándose hace un año, en que aumenta su aislamiento, empeorando sobre todo en los últimos quince días, en que se recluye en su habitación y se fuga de casa en dos ocasiones.

Está muy recelosa, presenta ánimo triste y tono depresivo. La familia refiere afectividad inapropiada con risas inmotivadas y monólogos. Hay vivencia egodistónica de las ideas delirantes.

### **3.3. Establecimiento de la Alianza Terapéutica**

La paciente A presenta una actitud en las primeras horas de estancia en la UHB de total rechazo y aislamiento, no deja que el personal se acerque a ella, respondiendo con agresiones físicas hacia los auxiliares, no quiere hablar con nosotros y se niega a subir al despacho; elude cualquier contacto huyendo. Está muy angustiada.

El acercamiento lo conseguimos en un primer momento a través de su madre, con la que accede a subir al despacho y hablarnos, teniendo un comportamiento regresivo con ella; y también a través de las lesiones somáticas, por medio de su cuidado físico.

Ella se siente cuidada, en este primer momento, en lo puramente físico, perdiendo progresivamente el miedo, confiando en nosotros. En este momento firma el ingreso voluntario. Inicia la toma de medicación sin ningún tipo de rechazo.

Hay una contención, durante esta primera etapa, de su tendencia a la auto-agresión (riesgo de suicidio).

Mantenemos entrevistas individuales todos los días y familiares, concretando, en la medida de lo posible, que el tiempo de estancia será corto.

Durante las primeras entrevistas se van obteniendo datos de su estado, se siente comprendida y puede contarnos "sus locuras". Nos fijamos como objetivos que en unos diez o quince días aparezca crítica de su temática delirante y pueda replantearse algunas de sus actividades.

El caso de la paciente B es distinto al anterior, aquí son los miembros de la

familia los que están incluidos en su delirio, y la traen mediante engaños, que es un hecho que condiciona, de entrada, la relación a establecer de forma muy desfavorable y negativa (además traen un certificado de su médico que pide su ingreso), "lo que confirmaría que los médicos están de parte de su familia", con otro dato que es que además se negaba a tomar la medicación en los días previos al ingreso. Es un ingreso por fracaso terapéutico a nivel ambulatorio.

Sin embargo, es en su casa donde existe "un complot", por lo que su actitud más hostil es hacia ellos. La hacemos ver el hospital como un lugar donde está segura; el acercamiento sería por vía de la recogida (comprensión), sitio donde puede hablar de lo que la ocurre. El contacto con nosotros es desde el principio bueno, y ella misma dice que "confía en nuestra objetividad para valorar su situación". Firma el ingreso voluntario.

Hace una asunción de su internamiento, la alianza se establece al ver el hospital como lugar donde puede pensar las cosas con calma y ser entendidas; se realiza el contrato terapéutico al concretar el tiempo de estancia que será corto.

Toma la medicación sin rechazo. La relación con el personal del hospital es buena, tiene mayor contacto con otros pacientes. El esbozo de crítica que aparece en un primer momento de sus ideas delirantes, nos hace plantearnos objetivos ambiciosos en cuanto a desenmarañar y disminuir el entramado delirante, consiguiendo una mejoría de los síntomas que aparecían como poco consolidados, con numerosos puntos débiles; sin embargo, a medida que vamos profundizando aparece una construcción delirante más arraigada, con mayor firmeza y extensión en el pasado (más de seis años), accesible a la crítica en mucho menor grado, aparece bastante enquistado, lo que hace que nos replanteemos los objetivos.

### 3.4. Focalización

En esta fase, en el caso A, existe ya una buena relación con el terapeuta, que permite hablar y trabajar las situaciones más conflictivas, se plantea también dejar alguna de sus muchas actividades, que considera que son una sobrecarga. Hay una mejoría de los síntomas, apareciendo crítica de su temática delirante, primero a través de su madre ("quizá no sea cierto, mi madre dice que no lo es..."), y luego una crítica propia ("...se me desbordó la fantasía...").

Habla de su necesidad de afecto, de mantener una relación íntima, de sentirse considerada, apoyada, con necesidad de buscar independencia y amigos. Comenzando a elaborar lo que los síntomas han significado (elaboración que seguirá luego a nivel ambulatorio).

En el caso B, nos centramos en desbloquear la mala situación que tiene en este momento con la familia, para intentar restablecer un equilibrio, ya que cuando se vaya de alta volverá al medio familiar. Esto lo hacemos mediante entrevistas individuales con la paciente, evitando la idea del hospital como lugar de exclusión y consecución "del plan" de su familia, y con entrevistas familiares, que les ayuden a comprender las vivencias de la paciente con respecto a ellos.

Por otra parte, tratamos de que pueda explicar sus necesidades y sus problemas: se siente como una carga para su familia, su necesidad de mantener una relación afectiva de pareja, su frustración por la imposibilidad de encontrar trabajo e independizarse..., etcétera; indagando en su conflicto más actual y que ella pueda reconstruirlo.

Buscamos un equilibrio con su familia que permita una relación posterior más satisfactoria y adecuada para la paciente y la familia. Las visitas de sus familiares, que en un primer momento eran vividas como algo torturador, van perdiendo este carácter progresivamente.

De hecho, tras los contactos familiares, se aprecia un cambio importante con aparición de dudas respecto a su comportamiento con ella ("quizá lo hacen porque me quieren..."), disminuyendo su retracción y aislamiento, establece relaciones con otros pacientes; sorprendiendo en este sentido los resultados y la gran mejoría obtenida. Aparece crítica de sus ideas delirantes.

### 3.5. Separación

Con la paciente A se trabaja desde el comienzo, al hablar de una estancia lo más corta posible. Se habla durante el ingreso de lo que piensa hacer cuando se vaya de alta, va replanteándose así sus actividades. Se plantea también la continuidad de su tratamiento a nivel ambulatorio, ya que no es un tratamiento que termine con el alta hospitalaria, comprometiéndose a acudir a las entrevistas en el CSM, con el que se concierta una cita.

Durante su estancia sigue contactando con alguna amiga, que viene a verla, y se la da permiso para que salga el fin de semana (maniobra de pre-alta). A su regreso demanda el alta, considera que lo que la ha sucedido se debe a su agotamiento físico y al estrés, en este sentido podemos decir que hace una "huida hacia la salud", se "avergüenza" de todo, y pide un informe en que no conste su intento de suicidio.

La duración del ingreso fue de nueve días.

La separación se trabaja también con la paciente B desde el comienzo, al hablar de la duración del ingreso y manteniendo contacto con sus familiares durante las horas de visita y las entrevistas conjuntas. Se hacen movimientos de pre-alta (salida de fin de semana).

Se prepara el alta hospitalaria concediendo en este caso especial importancia a la continuidad del tratamiento, concertando una cita en el CSM del área correspondiente para el día siguiente.

te, después de hablar en las reuniones de coordinación previamente en su caso (al igual que el caso anterior) con los terapeutas que se harán cargo allí, y de buscar la estrategia o enfoque más adecuado a nivel ambulatorio, para seguir aquí con la elaboración de sus problemas, síntomas, etcétera, iniciado en el hospital.

La duración total del ingreso fue de veintiséis días.

#### 4. CONCLUSIONES

Hemos tratado de mostrar como se puede estructurar la asistencia en una Unidad de Hospitalización Breve que funciona plenamente integrada en un modelo de atención comunitaria de salud mental. Después de describir la organización interna que permite que la información y comunicaciones discu-

rran por los diversos estamentos de tal forma que se pueda hablar de un auténtico trabajo de equipo, pasamos a describir un modelo de psicoterapia breve de inspiración psicoanalítica tomando de la práctica ambulatoria para intentar demostrar su posible adaptación al contexto institucional y en un momento de descompensación intensa de los pacientes. Con todas las reservas que se pueden plantear hemos escogido dos casos particularmente graves, pues no parece que ello no es obstáculo para iniciar un abordaje psicoterapéutico que luego pueda tener su continuidad en el medio ambulatorio. Creemos que el modelo de psicoterapia breve de inspiración psicoanalítica es el que mejor se adapta para su utilización a nivel hospitalario y creemos haber podido mostrar su validez en los casos expuestos.

#### BIBLIOGRAFIA

- (1) GUILLIERON, E.: "Les psychothérapies brèves" 37812 L10-12, 1987. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*.
- (2) GUILLIERON, E.: "A propósito del encuadre y de la relación psicoterapéutica en las psicoterapias breves de inspiración analítica". *Revista de Psicoterapia y Psicosomática*, n.º 2, páginas 1-12, enero-junio, 1981.
- (3) GUSTAFSON, J. P.: "An Integration of Brief Dynamic Psychotherapy". *Am. J. Psychiatry*, 141, páginas 435-444, 1984.
- (4) ROBERT, L.; STEWART, M. D.: "Psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica". *Tratado de Psiquiatría*, FREEDMAN, KAPLAN, SADOCK. Ed. Salvat. Cap. 30, sección 30.1, págs. 1.977-2.002 (volumen I).
- (5) SIFNEOS, M. D.: "Brief Psychotherapy and Crisis Intervention". *Textbook of Psychiatry/III*, FREEDMAN, KAPLAN, SADOCK. Ed. Salvat. Cap. 30, sección 30.9, págs. 2.251-2.256 (volumen II).
- (6) SCHNEIDER, P. B.: *Propedéutica de una psicoterapia*. Nau Llibres, Valencia, 1979.
- (7) SIFNEOS, Peter E.: "Short-Term dynamic Psychotherapy. Evaluation and Technique". Second Edition: *Topics in general Psychiatry*. Edit.: John C. N. Nemiah.
- (8) LLOYD SEDERER, M. C.: *Impatient Psychiatry. Diagnosis and treatment*. Second Edition: Williams and Wilking, 1986.
- (9) BALINT, M.; OBSTEIN, P. M. y BALINT, E.: *Psicoterapia focal*. Ed. Gedisa, 1985.
- (10) GUSTAFSON, J. P.: *The Complex Secret of Brief Psychotherapy*. W. Norton and Company, 1986 (New York).
- (11) MANN J., M. D. and ROBERT GOLDMAN, M. D.: "A casbook in Time-Limited psychotherapy". *American Psychiatric Press, Inc.* 1982.
- (12) SLAIKUE, Karl A.: *Intervención en crisis*. Manual Moderno, S. A. de c.v. México, 1984 (capítulos 14 y 8).
- (13) GARFIELD, Soll and BERGIN, Allen E.: "Handbook of Psychotherapy and Behavior Change". Third Edition. Ed.: John N. Ley and sons, 1986. Part V (Special Topics) 14. *Research on Brief Psychotherapy*, 627. Mary P. Koss and James N. Butcher.
- (14) SIMON H. BUDMAN, Ph. D. and JENNIFER STONE, M. A.: "Advances in brief psychotherapy. A review of Recent Literature". *Hospital and Community Psychiatry*, october, 1983, vol. 34, n.º 10, páginas 936-946.
- (15) URSANO, R. J.; HALES, R. E. (1986): "A review of brief individual psychotherapies". *Am. J. Psychiatry*, 143, 12, págs. 1.507-1.517, december, 1986.
- (16) MALAN, D. H.: *La psicoterapia breve*. Centro Editor de América Latina (1974).

Dirección para correspondencia: Enrique García Bernardo. U.H.B. C/. Aragón, s/n. - 28913 Leganés. Madrid.