

## La formulación de casos para psicoterapia

La formulación es un proceso por el que la información recogida durante la fase de evaluación se organiza en una serie de hipótesis sobre las que es posible entender la queja del paciente como un (conjunto de) problema(s) cuya solución supondría el logro de una serie de objetivos, y proponer una estrate-

### Cuadro 1: Guía para la presentación de casos para la formulación

La formulación es un trabajo que permite organizar la información obtenida durante el proceso de evaluación. Esa información es la que precisará el grupo para trabajar conjuntamente contigo en esta tarea. Puedes escoger para hacérsela llegar el método expositivo que te parezca más útil. Si optas por el método clásico del informe clínico utilizado en el Sistema Nacional de Salud (que tiene la ventaja de ser familiar a todos y de marcar un lugar para cada tipo de información, lo que facilita su búsqueda) te proponemos algunas sugerencias:

- 1) Divídelo en apartados que puedes señalar con las correspondientes siglas (MC: motivo de consulta, EA: enfermedad actual, PP: personalidad previa, B: Biografía, A: antecedentes personales, AF: antecedentes familiares, EC: exploración clínica, OE: otras exploraciones, T: tratamiento, D: diagnóstico)
- 2) Adjunta un árbol familiar del paciente
- 3) Añade algo sobre el proceso mismo de obtención de la información anterior, el clima emocional y tus sentimientos y reacciones

gia de tratamiento, previendo la modalidad, intensidad y duración del mismo y los problemas que mas probablemente encontraremos durante su desarrollo. El procedimiento aquí expuesto se ha desarrollado con fines didácticos para ser utilizado en las sesiones de supervisión colectiva en el curso de formación de especialistas en psicoterapia desarrollado desde 1997 por los autores. En estas sesiones uno de los alumnos presenta la información obtenida del paciente, en bruto, según un esquema que sigue las directrices del informe estándar utilizado en el Sistema Nacional de Salud español. El expositor entrega el caso por escrito, cumplimentando la información estándar según las instrucciones que se proponen en el **cuadro 1**.

### El proceso de formulación

El proceso de formulación se concibe como resultado de la realización de una serie de pasos que tratan de emular el proceso de organización de la información realizado, a veces de modo semiautomático y no consciente, por el terapeuta experto. De él deriva el **plan de tratamiento** y la propuesta de **contrato** con cuya **negociación** termina la fase de evaluación.

El **cuadro 2** esquematiza este proceso. En las líneas siguientes desarrollaremos su contenido en detalle:

### Cuadro 2: Guía para la formulación

- 1.- ¿Cuál es la queja? **motivo de consulta**
- 2.- ¿Cómo se ha producido la consulta? **análisis de la demanda**
- 3.- ¿Cuál es el problema (o problemas)? **listado de problemas, fenómenos**
- 4.- ¿Cómo, cuando y con quién se pone(n) de manifiesto? **precipitantes,**
- 5.- ¿Cuál es la secuencia de emociones, ideas, comportamientos y relaciones que implica? **estados mentales, defensas, modelos de relación**
- 6.- ¿Por qué se perpetúa(n)? **perpetuantes, refuerzos, ganancias neuróticas y secundarias**
- 7.- ¿Cómo se originó históricamente? **desarrollo, biografía, perspectiva transgeneracional**
- 8.- ¿Que facilitó su aparición o facilita su mantenimiento? **vulnerabilidad, déficits**
- 9.- ¿Que puede facilitar el cambio? **recursos, fortalezas, oportunidades**
- 10.- ¿Cuales son las expectativas respecto a la consulta? **realismo, límites**
- 11.- ¿Cuales son los objetivos planteables para la terapia? **definición operativa**
- 12.- ¿Cuales son los medios de que vamos a valem para conseguir cada uno de ellos? **factores terapéuticos, estrategias, técnicas**
- 13.- ¿Que curso de la terapia prevemos? **pronóstico**
- 14.- ¿Que dificultades prevemos?
- 15.- ¿Que contrato proponemos? **contrato**

### 1. ¿Cual es la queja?

Se trata de esclarecer que es lo que el paciente presenta como motivo de demanda de ayuda. Se intenta reflejar la óptica del paciente. En ocasiones, en el proceso de evaluación, la queja del paciente puede no coincidir en el problema que, a los ojos del terapeuta debe ser considerado para el tratamiento.

*Matilde es una mujer de 47 años que acudió al centro de trabajo de uno de los alumnos de nuestro curso por haberse trasladado de ciudad la terapeuta que trató con antidepressivos y «terapia dinámica durante un año, un anterior episodio depresivo sufrido a la muerte de su padre hace 7 años. Según refiere desde hace 8 meses se ha producido un importante deterioro en tres áreas de su actividad. En primer lugar expone dificultades en su progresión profesional como profesora universitaria donde ha tenido problemas con sus superiores "por no ponerse en su sitio" ya que tiene méritos para ascender y para investigar que no ha sabido hacer valer. Por otra parte se ha producido el final de una relación de pareja (con un hombre 10 años más joven que ella, que ha encontrado una nueva compañera a la que se ha llevado a vivir a una casa de campo propiedad de la paciente, quien no encuentra el modo de desalojarlos de allí), Por fin Matilde se queja de que "tiene que colaborar" económicamente un hermano (alcohólico abstinente desde que se le diagnosticó una encefalopatía de Wernicke) que, a la muerte del padre hace 7 años, heredó un negocio familiar que estuvo llevando con otro hermano (heroinómano y enfermo de sida) que murió de sobredosis hace 4 meses, y que está siempre al borde de la quiebra, requiriendo de Matilde un dinero que nunca devuelve. Además la paciente convive en su domicilio actual (situado en un pequeño pueblo alejado al campus, lo que dificulta sus relaciones interpersonales) con su madre anciana y a, que exige una cantidad importante de cuidados y, además, según Matilde "se entromete" en el modo en que Matilde organiza su vida. La paciente, que ha sido bebedora social importante (más de 80 gramos de alcohol al día) durante épocas anteriores de su vida, ha reiniciado en el actual episodio un consumo abusivo de alcohol en solitario que dificulta su desempeño laboral y sus relaciones interpersonales.*

*En el trabajo realizado en el grupo de supervisión se señalaron como quejas o motivo de consulta 1) la ansiedad, 2) la tristeza y pérdida de interés y 3) los sentimientos de minusvalía. El consumo abusivo de alcohol (que la ha hecho aparecer intoxicada en la consulta) será señalado, posteriormente en el proceso de formulación, como un **problema** cuyo abordaje fue considerado por el supervisor como prioritario e incluso como requisito previo para cualquier abordaje terapéutico. Pero, el consumo de alcohol NO es parte de la queja o del motivo de consulta de la paciente, y esto es importante considerarlo así, porque el proceso por el que habrá que hacerlo aparecer a los ojos de la paciente como un problema es diferente del que hubiera debido de seguirse si ella hubiera solicitado la ayuda preocupada por él.*

En cualquier caso el que la queja considerada para la formulación deba reflejar la óptica del paciente no quiere decir que el evaluador deba conformarse con el modo con el que el paciente la expresa a su llegada a su consulta y su definición puede conllevar un cierto trabajo conjunto de construcción que debe llevarse a cabo durante la evaluación. Por ejemplo formulaciones excesivamente generales ("ser infeliz", "no saber disfrutar de la

vida", "sentirse mal", "estar deprimido...") no deben ser automáticamente aceptadas. La exploración (la transformación mediante la conversación terapéutica) de estas expresiones generales suele abrir la posibilidad de formulaciones más concretas. Para la formulación debemos considerar tanto la primera expresión como la obtenida en el proceso de evaluación en la discusión de la misma.

*Rosario una mujer de 24 años derivada a un centro de salud mental por su médico de atención primaria al que acudió llorando a pedir tratamiento, manifiesta que busca ayuda porque "está harta de todo" y cuesta trabajo que ofrezca una descripción más detallada de su estado. La evaluación por el psiquiatra puso de manifiesto que, desde que la pareja con la que convivía desde hace tres años en un piso que estaban pagando gracias a un sobreesfuerzo laboral de Rosario, la dejó por una mujer que ella consideraba físicamente más atractiva que ella y de mayor nivel sociocultural, Rosario sentía que por mucho que se esforzara nunca sería una mujer atractiva, evitaba implicarse afectivamente con alguien por temor a ser decepcionada y consideraba que la actividad laboral a la que se había dedicado carecía de sentido. "Estar harta de todo" se convierte así en 1) soledad y tristeza por 2) "sentirse desprovista de atractivo", 3) evitar las relaciones íntimas por temor al rechazo y 4) pérdida de motivación para el trabajo. Se trata de aspectos que son claramente percibidos por la paciente en el momento de solicitar la consulta y que no han sido expresados así porque ésta considera que en realidad no son sino concreciones del hecho ("estar harta de todo") que ya ha referido. Sin embargo al evaluador este desglosamiento de la queja le ayudará a rastrear los problemas implicados en ella.*

### 2. ¿Cómo se ha producido la consulta?

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

La primera de estas preguntas, que ha sido señalada por algunos autores como pregunta central para la evaluación previa a psicoterapia breve (Budman y Gurman 1988) es: "**¿Por qué ahora?**". Esta pregunta tiene la ventaja de poder hacernos ver, en ocasiones, la demanda como resultado de una crisis que desafía el modo de funcionamiento habitual del paciente desbordando o haciendo inútiles sus procedimientos habituales para resolver problemas o señalando quiebras en la provisión de aportes psicosociales o de recompensas que le han permitido subsistir sin ayuda hasta el momento (Caplan 1964).

*No era fácil tipificar el desencadenante del ánimo triste y los atracones que empezó a desarrollar Ursula en lo que ella calificaba como "el mejor momento de su vida".*

*Precisamente cuando terminó brillantemente sus estudios y obtuvo la plaza de funcionario que siempre pretendió en las primeras oposiciones a las que se presentó. Había sido muy bien recibida por sus compañeros y había decidido seguir viviendo en casa de sus padres, con los que tenía una excelente relación, en la que se encontraba muy a gusto. Lo que Úrsula había perdido con su condición de estudiante era el hecho de ser periódicamente calificada y poder mostrar resultados positivos ante sus padres, lo que a la vez le proporcionaba la sensación de estar "ganando" el cariño que recibía de ellos. Esta apreciación permitió centrar desde el inicio la terapia en el modo en el que Úrsula construía su autoestima (y no intentar, por ejemplo, rastrear dificultades instrumentales, que no existían, para el desarrollo de su nuevo rol de funcionario).*

La segunda cuestión concierne a quién es el  **sujeto**  y quién es el  **objeto**  de la demanda. Hay problemas (pensemos, por ejemplo en los trastornos psicóticos, en los de la conducta alimentaria o en otros trastornos del comportamiento en adolescentes o en las adicciones) en los que la demanda es impulsada, e, incluso, sostenida por una persona diferente de la designada como paciente. Las preguntas sobre a quién se le ocurrió solicitar ayuda, cómo se lo comunicaron y cómo reaccionaron ante tal idea las personas próximas nos informan a este respecto. Esta información nos permite orientarnos acerca del reparto de responsabilidades y la autonomía relativa del grupo al que pertenece la persona designada como paciente y de cuales son las ideas que cada uno de sus miembros se hacen del problema y de los medios elegidos para resolverlo. No es lo mismo que una persona con problemas relacionados con el alcohol acuda a consulta preocupada porque siente que la bebida está interfiriendo con la posibilidad de desarrollar actividades gratificantes que porque su cónyuge le ha puesto como condición para no iniciar un proceso de divorcio, el someterse a tratamiento.

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

*Javier consultó en el Centro de Salud Mental por presentar alucinaciones auditivas e ideas delirantes de influencia. Cuando le comunicó a su madre que creía que le estaban transmitiendo ideas desde una base militar próxima a su domicilio, esta se lo comentó a su madre (la abuela de Javier), que decidió llevarse al párroco. Fue éste el que aconsejó que consultaran con un médico*

*Concha, una mujer casada hace cuatro meses, fue restringiendo sus salidas de casa después de sufrir una crisis de ansiedad. Cuando se sintió incapaz de proveerse de las cosas necesarias para sobrevivir, se trasladó a casa de su madre en otra ciudad del área metropolitana de Madrid mientras su marido seguía viviendo en el piso. Fue, tres meses después, cuando su padre le dijo que no estaba dispuesto a hacerse cargo de sus gastos, cuando se decidió a contar su problema al médico de atención primaria.*

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

### 3. ¿Cual es el problema (o problemas)?

Los pacientes acuden a nosotros con una  **queja** . La queja nos remite, casi siempre a algo que el paciente vive como una  **desgracia** . Una desgracia no es necesariamente un  **problema** . Lo que define a un problema como tal es el hecho de ser susceptible de una  **solución**  (lo que no es una característica de las desgracias). Alguien decía que una rata separada de su alimento por un laberinto enfrentaba un problema. Una mosca encerrada en una botella tapada, no. La mosca afronta una desgracia<sup>3</sup>. La clave del proceso de formulación (y de la psicoterapia en general) reside en el replanteamiento de las desgracias como problemas. Haber perdido un cónyuge es una desgracia. Sentir que ser capaz de experimentar afecto por otra persona sería traicionar al muerto, es un problema. Como lo es considerarse incapaz de llevar a cabo las tareas que éste hacía antes por uno.

El planteamiento de los problemas es la operación básica sobre la que se cimenta la posibilidad de construir un plan de ayuda. De hecho un plan tal puede expresarse en términos de objetivos a conseguir frente a cada problema planteado y actividades pensadas para lograrlos. El  **cuadro 3**  presenta un ejemplo de un plan de seguimiento y cuidados para un paciente psicótico crónico en un centro de salud mental planteado en estos términos.

3. La mosca puede tener que afrontar muchos problemas en esa situación. Pero el problema no es, desde luego, encontrar la salida (que no existe)

**Cuadro 3: Plan de seguimiento y cuidados**

(ejemplo)

Hoja n 1 \_\_\_\_\_

APELLIDOS, NOMBRE \_\_\_\_\_ Período \_\_\_\_\_ N° Hª C: \_\_\_\_\_

PROBLEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	AGEN	EVALUACIÓN
1) Persiste actividad alucinatoria causándole gran inquietud.	1) Suprimirla o desactivarla	1) Modificar medicación neuroléptica	PSQ	15 días
2) Acude continuamente a la urgencia del hospital pidiendo ingreso cuando hay un conflicto familiar.	2.1. Disminuir el uso de la urgencia hospitalaria, evitando que el médico general lo ingrese.	2.1. Incluir anotación para el médico de guardia en la historia del hospital	TUT	Semanal en la reunión con
	2.2. Propiciar el uso del SSM las situaciones de crisis.	2.2. Ofertar a cambio un tacto fácil con su tutor en los SSM en esas situaciones.	TUT	UHB.
	2.3. Facilitar contactos no nados con situaciones críticas.	2.3.1. Incluirlo en grupo de apoyo quincenal.	2.3.1. Incluirlo en grupo de apoyo quincenal.	PSIC
2.3.2. Cita semanal con su tutor		2.3.2. Cita semanal con su tutor	TUT	12 m
3) Acude siempre con la madre, que monopoliza la entrevista.	3.1. Que entre solo a la entrevista (o/y luego entre la madre)	3.1 Entrevista con la madre sola.	TUT	3 m
	3.2. Que venga algún día solo.	3.2 Motivación en entrevista individual	TUT	6 m
4.) Pérdida de habilidades sociales.	4.1. Recuperar las necesarias para su grado de vida social.	4.1 Grupo de actividades sociales	CRPS	1 año
5.) Deterioro cognitivo.	5.1. Desarrollo de estrategias alternativas.	5.1 Grupo de rehabilitación cognitiva.	CRPS	1 año

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

*Clara es una mujer de 39 años que acude a consulta tras una tentativa de suicidio en la que se embriagó para atreverse a tomar una caja de hipnóticos. Psicopatológicamente presenta un cuadro de ánimo triste, llanto fácil, pérdida de interés y de capacidad de disfrutar con actividades que antes le gustaban, insomnio de conciliación y, sobre todo, de mantenimiento y desesperanza intensa. Viene acompañada de una amiga que dice que conducirla hasta allí es la última cosa que está dispuesta a hacer por ella porque no le trae mas que problemas. Aunque ni ella ni la amiga identifican desencadenantes en la primera entrevista se pone de manifiesto que ha decidido recientemente romper una relación sentimental que ha mantenido con un hombre casado, compañero de trabajo que se ha desarrollado con altibajos durante 20 años. Se han relacionado en secreto viéndose en momentos en los que el trabajo o las actividades del hombre b permitían, por lo que ella ha vivido en un estado de perpetua disponibilidad para lo que ha huido de cuanto pudiera suponerle un compromiso al que tener que faltar, y ha faltado a muchos de los que no pudo evitar tener. Él ha expresado desde un principio su deseo de vivir con ella que, según le dice, ha ido postponiendo en un principio porque no quería hacer daño a su mujer y buscaba un momento propicio, luego en atención a la edad de los hijos o el mal momento económico; nunca le ha contado nada a su esposa. Clara convive con su madre muy anciana y necesitada de cuidados que es cada va menos autónoma y que está afrontando este hecho intentando controlar cada vez mas el comportamiento de Clara, pidiéndole cuentas de cada una de sus actividades y exigiéndole una dedicación completa a su cuidado. No tolera que Clara lleve otras personas a la casa en la que conviven lo que argumenta diciendo que la casa es de su propiedad. Clara fue una persona sin grandes dificultades para hacer amigas mientras estuvo estudiando. Luego las fue perdiendo en parte debido al diferente modo en que desarrollaron sus biografías (ellas se casaron y tuvieron hijos, Clara permaneció soltera) y, sobre todo, a las limitaciones impuestas por el modo en que se desarrollaron las dos relaciones (madre y amante) por las que Clara optó. La excepción es la que la acompaña a la consulta que, después del colegio, consiguió, gracias a Clara un trabajo en la misma empresa. La amiga conoce al amante, pero no sabe nada del tipo de relación que existe entre él y Clara.. Clara ha evitado el contacto con ella por temor a ser descubierta. Ha tenido que recurrir a ella en momentos de desesperación, siempre con demandas urgentes y masivas para desaparecer, una vez superado el momento crítico, sin dar una explicación (tajantemente prohibida por el amante).*

*Clara afronta varios problemas que no vamos a intentar enumerar aquí. Uno de ellos (del que nos ocuparemos aunque, desde luego, no es el central) tiene que ver con lo que podríamos llamar su **soledad o aislamiento**. Así enunciado podríamos estar hablando de algo debido a una falta de habilidades o de interés por las relaciones o un miedo a quedar en ridículo por un déficit de autoestima, que están lejos de ser el problema de Clara. Para la formulación nos será mas útil anotar como problemas algo así como 1) **Ha roto con la única relación importante, voluntariamente buscada, que mantenía,** 2) **No dispone de sus relaciones antiguas porque las había abandonado para evitar su interferencia con la relación con el amante y con la madre,** 3) **Ha desarrollado una forma de pedir ayuda masiva y urgentemente a personas cuya relación no ha cultivado suficientemente para ello, lo que genera rechazo.***

Como señala Horowitz (1997) pueden constituir problemas lo que, en otros contextos llamamos 1) síntomas (relatados por el paciente: "sensación de falta de aire, sudores e impresión de ir a morir" en un paciente ansioso),

2) signos (puestos de manifiesto por nuestra observación: "discurso prolijo, falto de tonalidad afectiva y evasivo" en un paciente obsesivo), 3) problemas de la vida (por ejemplo: "dificultad para mantener las relaciones iniciadas por plantear demandas masivas") o 4) temas de preocupación ("conflicto dependencia/independencia").

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

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

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

*Katia es una niña de 9 años diagnosticada de epilepsia fronto temporal a la edad de 5 años. A principios de Julio nos llaman del servicio de pediatría donde ha ingresado con la sospecha de que, desde hace unos días presenta crisis que son psicógenas. Ha estado en tratamiento con anticomieles prescritos por el servicio de neurología y se ha controlado su trastorno hasta la pasada primavera en que comenzó con crisis que, en algún momento, les parecieron de morfología no típica a los neurólogos que, de todas formas reajustaron la dosis de anticomieles. Hace unos días las crisis se han reiniciado. Su morfología ha extrañado a los padres y al personal de enfermería que las ha visto en el hospital. Han cedido sin tratamiento en un primer ingreso hospitalario y se han reiniciado al ser dada de alta.*

*Katia es hija única de dos profesionales prestigiosos en sus respectivos campos que, por motivos de trabajo, están muy poco tiempo en casa por lo que Katia pasa ¿w tardes, a la salida del colegio, y bastantes noches en casa de sus abuelos. Las fechas de aparición de las crisis (que efectivamente resultaron ser conversivas) coinciden con el comienzo de las vacaciones escolares de Semana Santa y con las de Verano y el momento en el que Katia debe empezar a pasar el día entero en casa de los abuelos. En la primera entrevista lo primero que nos cuenta la madre llorando es que si la enfermedad de su hija así le exige, esa dispuesta a abandonar su carrera profesional (y que está pensando seriamente en ello). La enfermedad de la niña es el único tema en el que los abuelos no se encuentran competentes para hacerse cargo de ella y, por tanto, el único motivo por el que pueden reclamar la presencia de los padres. Identificar las vacaciones y, por tanto la convivencia de los abuelos y la ausencia de los padres como precipitantes del problema motivo de la interconsulta fue el primer paso para un abordaje útil del problema.*

Hay problemas cuyo inicio coincide con un determinado acontecimiento (coincidencia que puede haber pasado inadvertida para el paciente)

*Así, cuando nos hicimos cargo de Samuel, que había sido atendido por un compañero por presentar un cuadro hipocondríaco gravísimo por el que le había sido concedida una incapacidad laboral permanente hacía dos años, pudimos poner de manifiesto que su primera consulta*

*a urgencias (en la que se le hace patente la posibilidad de morir repentinamente y se siente objeto por primera vez del maltrato y la incompreensión de los medias que se va a convertir en el eje de su vida) se produjo 20 años antes, estando él aún en el hospital en los últimos momentos de la enfermedad de su madre que murió inmediatamente después, tras dos años de cáncer, diagnosticado, a su vez, justo en el momento de morir el padre de Samuel de una enfermedad de Parkinson que le había ido incapacitando y haciendo cada va mas dependiente de los cuidados de Samuel, que tuvo que dedicar a ello toda su adolescencia. Samuel -que estaba convencido de padecer un problema orgánico- negó la importancia de tal coincidencia temporal y el contrato de psicoterapia tuvo que construirse sobre otras bases. Pero, para el terapeuta, la hipótesis, de que la presente demanda tenía, de algún modo, que ver con su experiencia de aquellas muertes fue central para la construcción del plan terapéutico (este caso ha sido desarrollado con mas detalle en González Suárez y Fernández Liria 1996).*

En otras ocasiones un problema recurrente se desencadena siempre ante determinados acontecimientos. Es frecuente encontrar personas que han respondido recurrentemente con cuadros depresivos ante situaciones de pérdida, con vómitos autoprovocados ante fracasos en el intento de mantener un nivel de autoexigencia o con crisis de ansiedad ante lo que experimentan como una sobreexigencia externa, por sólo referir algunos ejemplos prototípicos.

*José Manuel acude a un centro de salud mental a principios de los años ochenta con diagnóstico de calambre del escribiente realizado por su médico de atención primaria, que ha tenido que reconocerle una incapacidad laboral transitoria porque, debido a su imposibilidad de escribir no puede realizar su trabajo. José Manuel es un varón de 3 4 años que nació en un pueblo andaluz en el que pasó su infancia casi sin estudiar ayudando a sus padres en el trabajo de la taberna de la que eran propietarios. La costumbre era anotar con una toa las deudas de los dientes en la barra del bar. José Manuel nos contó a lo largo de la terapia la vergüenza que le suponía hacer las anotaciones con una letra que le parecía que iba a revelar su escasa escolarización, la admiración que le producía la caligrafía inglesa ejecutada con plumilla por el secretario del ayuntamiento y las horas que había pasado intentando imitarla. José Manuel emigró a Madrid a finales de los 60 con quince años de edad. Trabajó como mozo de almacén y, como era responsable y ordenado, fue ascendiendo hasta que, recientemente, le nombraron jefe de almacén, con lo que la mayor parte de su actividad pasó a consistir en firmar albaranes. José Manuel se había ocupado desde que llegó a Madrid de ocultar su origen humilde vistiendo siempre un traje de chaqueta imaculado, disimulando su acento andaluz, utilizando un lenguaje rebuscado y adhiriéndose a grupos ideológicos y religiosos de élite, en los que se destacaba por complacerse en un discurso especialmente clasista. Ahora temía que, de nuevo, su caligrafía, denunciara su origen y ello cuestionara su mérito para ocupar su actual posición.*

*Toda este cuadro pudo ser puesto de manifiesto al detectar que, en realidad, el agarrotamiento que le impedía escribir no se producía en cualquier situación y ya se había producido en algunas antes del actual episodio. José Manuel nunca había podido firmar las notas de su hijo (sus profesores le parecían personas capaces de detectar en el un pasado que había adornado hasta hacerlo irreconocible ante su hijo), podía firmar cheques (el cajero no le preocupaba) pero no solicitudes de crédito ante un banco (el director de la sucursal sí) y había podido escribir el papeleo que no salía del almacén (que no iba a ser leído mas que por incultos obreros a los que despreciaba) pero no quería exponerse con los albaranes que iban a ser controlados directamente por los educados empresarios a cuyo mundo pretendía incorporarse.*

Otras veces determinados problemas sólo ocurren frente a determinadas personas. La característica común es, a veces evidente (los hombres, los que compiten por determinados privilegios, las figuras de autoridad, los amantes...) y puede ser comunicada espontáneamente por el paciente. A veces, sin embargo el determinar las características comunes de las personas que desencadenan un determinado problema puede requerir una laboriosa exploración que puede ayudarnos a poner de manifiesto como se organiza para nuestro paciente una determinada constelación de significados que puede convertirse en objeto de la terapia.

*Marta acudió a consulta con un cuadro depresivo-ansioso que se puso en relación con una pauta interpersonal en la que, por miedo a perder las relaciones que eran emocionalmente importantes para ella, en lugar de pedir a los demás lo que deseaba de ellos, intentaba actuar según lo que creía que éstos podían esperar de ella, lo que la hacía sentir frustrada y, a la larga, rabiosa y decepcionada con las personas a las que necesitaba y quería. Esto había sucedido con su madre, que había enviudado cuando ella tenía 5 años y a quien se le había hecho muy cuesta arriba sacarla adelante. Ocurría también en el trabajo con un jefe paternalista y exigente que tenía. No era difícil rastrear la misma pauta en el proceso de ruptura con su anterior novio. El comportamiento de Marta con su actual compañero, que también le estaba dando problemas, parecía responder a un patón diferente en el lo que predominaba era su miedo a todo aquello que pudiera interpretarse como consolidación de una relación afectiva estable, en la que a ella le resonaba la experiencia de haber perdido abruptamente a un compañero que tuvo su madre después de enviudar en la que ella creyó haber encontrado el afecto y el apoyo paternos que necesitaba, pero que acabó dejando la casa sin despedirse de ella, una buena noche en la que tuvo una violenta discusión con la madre de Marta.*

El modo en el que se desarrollan los problemas también es importante y a ello se dedica el siguiente apartado.

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

La capacidad de identificar patrones de emociones ideas y comportamientos en la presentación de los problemas por los que los pacientes consultan, es básica para el ejercicio de la psicoterapia. La hipótesis central de este libro es que lo que los diferentes modelos teóricos que sustentan las distintas propuestas de intervención psicoterapéutica ofrecen es, precisamente, esquemas, constelaciones de elementos con que construir estos patrones. Las propuestas manualizadas de psicoterapia que se han desarrollado desde los años ochenta afrontan esta tarea explícitamente.

Los problemas de un paciente determinado podrán ser contemplados por un psicoterapeuta como mecanismos de defensa frente a la ansiedad provocada por determinados deseos inconscientes (que se ponen de manifiesto tan-

to en situaciones de su vida actual como en la relación con el terapeuta, y que se pueden rastrear en las relaciones primitivas del paciente con sus figuras parentales) (Malan 1979) o, por otro, como efecto de pensamientos automáticos sostenidos en base a supuestos depresógenos, activados por determinadas experiencias (Beck et al 1979). Los manuales más influidos por la óptica de las narrativas, como los de Luborsky (1984) o Strupp y Binder (1989), proponen definiciones operativas de los elementos a organizar (deseos, respuestas del yo, respuestas de los otros) y un patrón para su estructuración en forma de frase: "Yo deseo... de... pero... (por su parte) -respuesta del otro-y... (por la mía) -respuesta del yo". Así

*"...Desearía poder pedir abiertamente a mi esposa que me mime, pero temo que si lo hago me desprecie (por mi falta de hombría) con lo que me hago el fuerte y me siento sólo y triste"*

Lo que esta operación pone a prueba es la capacidad del terapeuta de colaborar con el paciente para organizar el material inicialmente aportado por él en una secuencia provista de sentido. Aunque la moda sea recurrir a la cita de Gadamer, Derrida o Lyotard para referirse a este tipo de operación lo cierto es que puede entenderse como resultado de un elemento de análisis del discurso (Semejante a la que propone, por ejemplo Roland Barthes en *s/z* (1970)) y un elemento de extracción de significados del orden de la propuesta por Lázaro Carreter (1990) en su libro sobre comentario de textos.

Para cultivar esta capacidad inductiva, Beitman incluye en el entrenamiento de sus discípulos ejercicios de detección de posibles pautas sobre viñetas de la vida cotidiana que entrega por escrito, transcribimos una de ellas:

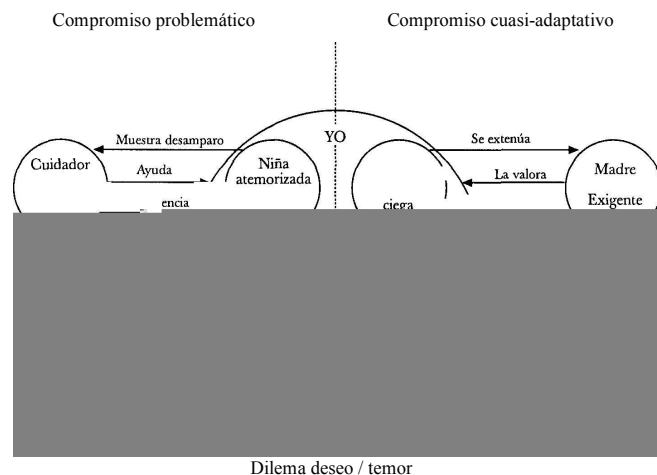
*Un directivo de un banco de 33 años se encontraba muy estresado. Hacía varios días, una mujer que trabajaba con él le pareció disgustada y él pensó que era por algo que él había hecho. Estuvo rumiando sobre ese problema durante varios días. Luego descubrió que lo que tenía molesta a la compañera era que su hija estaba saliendo con un chico que a ella no le gustaba. (Beitman y Yue 1999)*

En el entrenamiento de nuestros alumnos en formulación nosotros hemos intentado cultivar la capacidad de articulación en texto libre, acorde con el bagaje personal de cada terapeuta. Este texto libre, construido a medida del paciente (e inmediatamente "negociado" en la conversación con él) se corresponde de lo que Beitman (Beitman y Yue, 1999) denomina *pautas bien construidas*, que opone a las definiciones de pautas de primer nivel (por las que un paciente podría ser caracterizado, por ejemplo como narcisista o paranoide) o de las de segundo nivel, por las que lo sería en términos de los conceptos propios de un determinado modelo psicopatológico (como falta de habilidades sociales, negador o propenso al pensamiento dicotómico). El proceso de identificación de pautas a veces es muy simple porque las pautas problema

-y a veces las pautas alternativas- están casi presentes en la queja del paciente. Pero a veces, la narrativa de la queja está muy sólidamente constituida. En estas situaciones al terapeuta le puede ser útil la utilización de "moldes" para guiar su indagación. En nuestro trabajo como formadores nos ha sido útil el modelo propuesto por Horowitz (Horowitz 1997) porque no remite a un especie de posición congelada en la que un conflicto, un déficit, un esquema o cualquier otro constructo estático ejerce su influencia sobre la vida del paciente sino que establece una secuencia temporal de organización de la narrativa que va a ser abordada en la intervención. Este esquema se resume en el apartado de construcción de pautas problema desde la perspectiva biográfica personal bajo los epígrafes *Modelos de Relación de Rol y Diagramas deseo-temor: Configuraciones de modelos de relación de rol*. A modo de ejemplo, el siguiente esquema desarrolla el diagrama deseo-temor de la paciente a la que hemos denominado Matilde en la página 115 de este capítulo

De lo que en este punto se trata, es de disponer en una secuencia temporal comportamientos, emociones, pensamientos, conductas y modos de relación implicados en los problemas que hemos descrito en el paciente. El recurso a esquemas como los de Horowitz, Malan, Luborski o Strupp y Binder, sólo tiene la ventaja de organizar nuestra búsqueda y recordamos donde cen-

FIGURA 2: DIAGRAMA DESEO-TEMOR DE MATILDE



trar la atención. Finalmente será útil la formulación de la secuencia que tenga la característica general de haber sido coconstruida con el paciente y ser reconocible por él. Y el proceso por el que se llega a hacer esto se parece más al de contar una historia que al de hacer una exploración médica

### 6. ¿Por qué se perpetúa(n) ?

El comportamiento que lleva a las personas a requerir ayuda psicoterapéutica se podría caracterizar por la búsqueda de la gratificación o el alivio del sufrimiento a través de procedimientos que se resuelven en un sufrimiento mayor que el que pretenden evitar (véase al fóbico encerrado en su casa, o al obsesivo incapacitado por sus rituales). Freud así lo hizo. La pregunta que se le planteó a Freud y a los otros terapeutas que así lo han visto es ¿Que es lo que hace que se mantenga un comportamiento que produce sufrimiento? Para resolver ese problema Freud hubo de recurrir a un concepto de **ganancia neurótica** que supone el reconocimiento de una cierta forma de satisfacción a través del síntoma. Una buena descripción de las secuencias de emociones, ideas, comportamientos y relaciones a las que nos referíamos en el apartado anterior debería dar cuenta de este tipo de *ganancia*. Freud se refirió, además, a otro tipo de ganancia que llamó **ganancia secundaria**. Esta se refiere a los beneficios que pueden asociarse, por ejemplo, a la condición de enfermo. Tales beneficios pueden actuar como perpetuantes del trastorno. Por ejemplo, un paciente que puede tener dificultades para pedir manifestaciones expresas de cariño o atención a necesidades que le cuesta expresar a las personas de su entorno, puede encontrarse con que es mimado por ellas o que se desviven por saber que necesita en el momento en que consideran que ha sido víctima de una enfermedad llamada depresión. Otro puede descubrir en el temor a ser víctima de una nueva crisis de ansiedad el único motivo que acepta para no exigirse a sí mismo trabajar hasta la extenuación o someterse a criterios perfeccionistas para evaluar los resultados de su actividad. Una mujer de 44 años profesional liberal, que llevaba años sin salir de su domicilio (en el que trabajaba haciendo desplazarse a él a los clientes y compañeros) comentaba (con ironía, pero lo comentaba) en la fase de terminación de un tratamiento..

*¡Vaya negocio he hecho! Ahora tengo que llevar a los niños al colegio, hacer la compra, ir al banco, e ir a cenar con personas con las que, muchas veces, no me apetece... ¡Si lo llego a saber me quedo con la agorafobia!*

Tal y como es concebida por Freud la ganancia secundaria es tan inconsciente como la neurótica. Cuando existe una **ganancia consciente** (como si la paciente del ejemplo anterior volviera a aducir su miedo para eludir las

obligaciones que ahora había de compartir con el cónyuge) y deliberadamente buscada, entramos en el terreno del rentismo. Este factor debe valorarse muy especialmente cuando el trastorno motivo de consulta se asocia a algún tipo de compensación económica o exención de obligaciones laborales o sociales. Guillermo Rendueles (1992) ha hecho interesantes reflexiones sobre este tipo de problemas

Frecuentemente los factores perpetuantes tienen que ver con una ganancia para el entorno. Los terapeutas sistémicos han prestado particular atención a situaciones en las que el trastorno de uno de los miembros de una familia permite mantener el equilibrio o las reglas de la familia como sistema.

*Sonia es una paciente de 20 años que acudió a los servicios de salud mental, acompañada de sus padres, demandando atención por presentar un trastorno de la conducta alimentaria consistente en restricción de la dieta, ejercicio y vómitos autoprovocados. Los padres están intensamente preocupados por este comportamiento y, prácticamente, dedican su vida a intentar controlarlo, preparándole la comida, vigilándola, acompañándola a las cada vez menos actividades que Sonia realiza fuera de casa. En un momento en el que Sonia comienza a presentar episodios de disociación de la conciencia en los que no sólo restringe la comida, sino también la ingesta de agua, por lo que ingresa en el hospital, el psiquiatra que se hace cargo de la interconsulta decide prohibir las visitas. Los padres se atienen, después de algunos intentos de transgresión, a no entrar en el pasillo que da acceso a la habitación de Sonia, pero no vuelven a su casa y pasan los días y las noches en las salas de espera del hospital (aunque saben que sólo van a recibir información sobre su hija de boca del psiquiatra y a una determinada hora de la mañana los días laborables). En ese y en los sucesivos ingresos (que son cada vez más largos) se repite la misma pauta: el mutismo y el estado de disociación ceden a las pocas horas del ingreso; reinticia la ingesta de agua y de alimentos casi desde el principio aceptando dieta normal y expresa su convicción de ser capaz de mantener esta actitud al alta; se acuerdan con la familia unas pautas de funcionamiento al alta que son inmediatamente transgredidas y la paciente reingresa en cuestión de horas nuevamente disociada y negándose a ingerir líquidos. En una ocasión se acuerda que al alta la paciente vaya durante una temporada a casa de una tía. Pero en el momento de ir a tomar esta medida la tía acude diciendo que, una vez oídas las advertencias y recomendaciones de la madre sobre lo que debería hacer para evitar que "suceda lo peor" y tener noticia de hasta qué punto la madre se iba a encargar personalmente de garantizar que las siguiera, no se atreve a asumir esa responsabilidad. Fura lo que sirve ese episodio es para que se revele un secreto familiar celosamente guardado: el padre de la madre de Sonia era esquizofrénico y precisó de los cuidados de ésta. A su vez, el padre de Sonia, un hombre que acompaña pasiva pero inseparablemente a su mujer en sus actividades para controlar a su hija, tiene una historia de juego patológico por el que había estado en tratamiento y había sido objeto de una intensa vigilancia por parte de su mujer. Por regla general él, había aceptado sumisamente las recriminaciones de su mujer (sin por eso dejar el comportamiento problema) pero, tras una larga evolución, había respondido a ellos perdiendo el control de su agresividad. La última ocasión que esto sucedió en presencia de Sonia salió a relucir un arma de fuego. El fin del trastorno del padre y el inicio del de Sonia coinciden en el tiempo. La madre nunca ha dejado de tener que preocuparse por un familiar enfermo mental y nunca ha faltado uno en la familia. Mientras la familia se vuelca en el control de un miembro que no sabe controlarse no debe enfrentar otras necesidades y conflictos que son, a sus ojos, más peligrosos.*

Muchas veces lo que actúa como perpetuante de una situación no es tanto alguna ganancia obtenida por el paciente o por su entorno, sino algún déficit, a veces preexistente pero que no había tenido consecuencias prácticas hasta que no se produjo el desequilibrio provocado por la última crisis.

*Cristina es una mujer de 32 años que acudió a consulta con un cuadro depresivo cuyo inicio coincide con el primer aniversario de la muerte de su esposo, un hombre 10 años mayor que ella del que había sido novia desde los 14 años y con el que se había casado a los 18. No tuvieron hijos y habían vivido viajando por motivos de los negocios de la familia de él (a la que nunca le gustó la relación entre ambos, nunca tuvo buenas relaciones con ella y la consideraba causa de la frustración de ciertas expectativas de la familia respecto a él). En el momento en el que él murió en un accidente de automóvil, ella llevaba años incómoda con su situación de dependencia y resentida porque el marido frustraba todos sus intentos de buscar actividades propias, pero no se había atrevido a plantearlo por temor a que él respondiera abandonándola. Inmediatamente después de la muerte de él, ella inició una conducta de promiscuidad de la que posteriormente se sentía muy culpable. Buena parte de la terapia versó sobre sus dificultades para aceptar sin culpa los sentimientos contradictorios que había albergado hacia su marido antes y después de su muerte. Pero llegado un momento se hizo patente que, en realidad, la muerte de su marido la había dejado sin una red de relaciones de apoyo suficiente para rehacer su vida y que, por su historia personal carecía de las habilidades necesarias para construirla buscando relaciones nuevas desde un papel diferente al de Lolita que había jugado con él. Esta soledad y falta de habilidades eran factores perpetuantes de un cuadro cuyo origen podía entenderse en otros términos (la ambivalencia respecto al marido).*

## 7. ¿Cómo se originó históricamente?

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

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

*Paloma ingresó en el servicio de endocrinología del hospital con un índice de masa corporal (IMC de 13) y el resto de los síntomas y signos de una desnutrición gravísima después de un periodo de meses en los que ella afirmaba que no podía decirse que no comiera, porque comía lechuga los martes. Paloma, que había sido desde niña una estudiante brillante, había obtenido también unos resultados excelentes en sus estudios de empresariales a pesar de que en los últimos momentos ya había empezado a costarle muchísimo centrar la atención en otra cosa que no fuera la comida. El apellido de paloma era Obeso. Fue desde su nacimiento una niña más bien gorda. Tenía una miopía importante y había llevado dos gruesas lentes para corregirla desde muy pequeña. Poco antes de cumplir dos años sufrió una grave quemadura en un brazo sobre el que se derramó aceite hirviendo, por lo que hubo de sufrir diversas curas y se*



*le practicaron varios injertos. Quedó una cicatriz importante. Paloma narraba una infancia que, en sus palabras, había estado presidida "por el apellido, las gafas y la cicatriz ". Había aprendido que una persona -ella- podía reunir características, cuya permanencia no podía ser controlada voluntariamente por ella, que la hicieran difícil de querer y que los otros podían ser crueles y disfrutar haciéndole sufrir. Había aprendido también que sus logros dependían de lo que hacía y no de lo que era, que podía ser valorada por algo que conseguía con su esfuerzo y sacrificio (los buenos resultados en los estudios). Esta historia ayudó a trabajar en la terapia sobre cómo Paloma había llegado a plantearse que podía ganar valor a base de esfuerzo y sacrificio también en una de las áreas (la forma corporal) que se suponían inmodificables.*

La biografía del sujeto susceptible de psicoterapia debe ser explorada sistemáticamente durante la fase de evaluación. Tal sistemática incluye la exploración sobre lo que en la familia se cuenta sobre la primera infancia, cómo era calificado de niño, la escolarización, el rendimiento académico, la socialización, los juegos, las relaciones con los hermanos y compañeros, las expectativas propias y de la familia, la adolescencia, la información, los valores y el inicio de la actividad sexual, el fin de la escolarización, la autonomización respecto de la familia de origen, la historia de relaciones sentimentales, la actividad laboral, la historia de la familia propia, la paternidad, la historia de pérdidas, las de situaciones críticas, la jubilación... Es importantísimo la indagación de fechas que permita establecer relaciones significativas.

*En el caso de Samuel, expuesto en la página 121 de este mismo capítulo, la coincidencia temporal entre la primera consulta a urgencias (supuesto desencadenante del cuadro) y la muerte de la madre, no aparecía en el relato que él hacía, ya que, para él, eran dos hechos inconexos. Fue al pedirle fechas cuando surgió la pregunta "Esto es mas o menos cuando la muerte de su madre ¿Fue antes o después?" y cuando nos contó que bajó a la urgencia del hospital directamente desde la habitación en la que acababa de morir su madre.*

La indagación de las fechas es aún mas importante, requiere mayor exactitud y es mas difícil de hacer cuando enfrentamos las bastante frecuentes *reacciones de aniversario*, en las que una determinada sintomatología se desarrolla, por ejemplo, a partir de la fecha en la que se cumple un determinado número de años de un acontecimiento (frecuentemente una pérdida o un hecho traumático). Bowen (1960) insistió a sus discípulos: "dejad hablar al calendario".

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

### 8. ¿Que facilitó su aparición o facilita su mantenimiento?

Con la información organizada hasta llegar a este punto podemos tener una idea de en qué consiste el problema, en qué condiciones se manifiesta y qué tiene de particular la situación que lo ha hecho aparecer. Lo que en este punto nos preguntamos es ¿Que es lo que hizo que este sujeto en particular hiciera frente a esta experiencia este síntoma, cuando otra persona hubiera podido reaccionar de otro modo?

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

El otro elemento que facilita la aparición o el mantenimiento de los trastornos es lo que se conoce como los **déficits**. Además de poder ser sorda, ciega o coja, una persona puede, por ejemplo, haber vivido en un medio superprotegido que no le ha exigido aprender las habilidades básicas necesarias para buscar amigos o vivir autónomamente. Puede no haber aprendido a requerir atención o a expresar sus necesidades de un modo compatible con el grupo social en el que debe moverse. Este tipo de déficits deben ser evaluados de antemano porque a veces se estrellan contra ellos estrategias de psicoterapia que deberían dar lugar a situaciones para las que los elementos que son deficitarios serían prerequisites. Y si la terapia es sobre todo una experiencia correctiva, no considerar estos factores nos hace correr el riesgo de proporcionar a nuestros pacientes una experiencia de fracaso. Buena parte del fracaso, por ejemplo, de los primeros programas de desinstitutionalización tienen que ver con la falta de consideración de este aspecto. Los modernos programas de rehabilitación psicosocial para pacientes graves y crónicos se construyen precisamente dando prioridad a esta consideración (Lieberman 1988, Rodríguez González 1997).

### 9. ¿Que puede facilitar el cambio?

En medicina en general y en psiquiatría y en psicología clínica en particular, se tiende a considerar que hacer un diagnóstico consiste en determinar qué es lo que no funciona como sería deseable. Desde luego que un

diagnóstico debe incluir esto. Pero para lo que sirve un diagnóstico es para hacer de guía de una intervención terapéutica y esto requiere atención no sólo a cuales son las debilidades que determinan el problema que vamos a tratar, sino, también a cuales son los recursos y las fortalezas en las que podemos apoyarnos para resolverlo y cuales son las oportunidades que podemos aprovechar para eso. Este tipo de exploración es clásica en algunas intervenciones concretas como la psicoterapia de apoyo o la rehabilitación psicosocial. Pero, en realidad, toda intervención psicoterapéutica debe considerarla.

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

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

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

Los pacientes pueden acudir a la consulta deseosos de deshacerse de un problema que viven como limitante pero mas o menos dispuestos a implicarse personalmente en un trabajo para lograrlo o a cambiar otras cosas de su vida que pueden estar indisolublemente unidas al problema que se trata de resolver. Este aspecto de la presentación de un paciente ha sido tratado en la literatura psicoterapéutica como el de la **motivación** y, en buena parte de ella, se ha tratado para concluir que la presencia de esta característica (la motivación) era un requisito (un criterio *sine guaní non* para la indicación) de la psicoterapia. Hay una serie de chistes sobre cuál es el número de profesionales de distintas ramas que son precisos para cambiar una bombilla. En ella resulta que -contra lo que suele suceder con otras profesiones- para cambiar

una bombilla basta con un sólo psicoterapeuta. Pero -continúa el chiste- la bombilla tiene que querer cambiar.

Sustantivar de este modo la motivación para el cambio, puede ser una medida útil para seleccionar pacientes seguros para la práctica privada allí donde sobren los pacientes. Pero, en general no es de ninguna utilidad para practicar la psicoterapia. La motivación no es algo que se tiene o no. Ni siquiera es algo que se tenga en mayor o menor medida. Plantear este problema supone partir de una teoría del cambio. En el capítulo correspondiente expondremos las fases del proceso de cambio que plantean autores como Prochaska y Diclemente (1984). Se han llevado a cabo investigaciones que han puesto de manifiesto la relación entre el momento en el que un paciente se encuentra en este proceso y el grado de respuesta a un fármaco (Beitman et al 1994)

#### 11. ¿Cuales son las expectativas respecto a la consulta?

Tanto las expectativas negativas como las desmesuradas influyen negativamente en el resultado de la psicoterapia. Las expectativas previas deben ser activamente exploradas, preguntando qué es lo que el paciente espera de la consulta y cómo se imaginaba que iba a ser el tratamiento. Las expectativas inadecuadas pueden deberse a problemas de información, como en el caso de quienes se imaginan el tratamiento a partir de lo visto en películas como *Recuerda, Alguien voló sobre el nido del cuco* o las de Woody Allen. Pero puede también poner de manifiesto pautas de relación o de pensamiento características del paciente. Es frecuente que los pacientes hipocondríacos comiencen esperando que la exploración minuciosa que hemos iniciado con ellos nos lleve a *descubrir* la verdadera naturaleza de su padecimiento (orgánico, por supuesto) o que los pacientes con trastorno límite de la personalidad idealicen al nuevo terapeuta como la persona capaz de darles todo lo que los anteriores les han negado. Puede haber pacientes que esperan que la intervención les va a hacer cambiar el carácter (cuando, por ejemplo sólo se plantea hacer desaparecer un cuadro depresivo o controlar unas crisis de ansiedad) o les va a hacer dejar de sufrir la incomodidad o el malestar que necesariamente conlleva la vida cotidiana.

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

## 12. ¿Cuales son los objetivos planteables para la terapia?

Un análisis sistemático como el que hasta aquí venimos proponiendo puede poner de manifiesto problemas que no necesariamente van a ser objetivo de la terapia.

*Rosa es una mujer de 54 años que acude a consulta conducida por un ahijado que considera que padece un cuadro depresivo grave. Efectivamente presenta ánimo triste, llanto fácil que no la consuela, inquietud psicomotriz, apatía, astenia, anhedonia, autorreproches continuos, rumiaciones, insomnio de mantenimiento e ideas de suicidio que dice no haber llevado a efecto "porque no valgo ni para eso". Rosa dejó la empresa en la que había trabajado durante 10 años para montar un negocio en un lugar cercano a su casa que le permitiera cuidar a su madre durante una larga enfermedad que, finalmente, la condujo a la muerte. Tras la muerte de su madre continuó al frente del negocio hasta que, años mas tarde, este quebró y la puso en una situación económica muy difícil. En este momento apareció el cuadro depresivo. Rosa es una mujer perfeccionista, autoexigente, con enormes dificultades para reconocer sus necesidades y pedir ayuda porque eso la haría sentir vulnerable. Estos rasgos se detectaron en la evaluación y el terapeuta llegó a la conclusión que habían sido fuente de problemas interpersonales recurrentes. Sin embargo el terapeuta decidió restringir el trabajo a la dificultad de elaborar un duelo en el que se implicaban sentimientos contradictorios con el objetivo de restaurar un funcionamiento previo que había sido aceptable hasta el momento de la ruina económica, no abordando estos rasgos de personalidad mas que en la medida en que interfirieran en el proceso de duelo.*

Los objetivos deben ser limitados y realistas; los objetivos excesivamente ambiciosos, en el mejor de los casos, acaban traducándose en decepciones y, en el peor, hacen que el paciente enfrente situaciones para las que no está capacitado.

*Jorge es un paciente que hizo un primer brote esquizofrénico a los 22 años cuando estaba apunto de obtener un título de topógrafo. Respondió bien al tratamiento y consiguió terminar la carrera. Siempre había vivido con sus padres. Asistió a un programa de atención psicosocial intensivo. Presentó su curriculum en diversas empresas y fue contratado por una de ellas con lo que hubo de trasladarse a vivir solo a una localidad muy distante. Allí comenzó a decir que uno de los directivos de la empresa había instalado un sistema para observarle y hubo de ser ingresado en el servicio de psiquiatría de la zona. Volvió a su ciudad de origen y se recuperó sin problemas. Pudo trabajar en una empresa que estaba llevando a cabo una obra a la que podía acudir a diario desde casa de sus padres. Al terminar ésta la misma empresa lo destinó a 500 kilómetros de distancia. Sufrió un nuevo brote. En poco tiempo remitieron los síntomas, pero no quiso volver a trabajar. Cuando años después ha ido a presentarse a nuevas pruebas selectivas para optar a nuevos puestos de trabajo ha recaído. Probablemente la expectativa de que Jorge podía asumir a la vez las responsabilidades del trabajo, las de una vida autónoma, la convivencia con un extraño como compañero de piso y la soledad y falta de apoyo en una ciudad que no conocía, era excesiva, y contribuyó a que perdiera incluso el grado de autonomía ganado previamente.*

Es importante que los objetivos estén formulados en términos operativos, "ser feliz", "no ser tan obsesivo" o "dejar de maltratarse a sí mismo" no son objetivos útiles. Sí lo son formulaciones como "conseguir ir sola al super-

mercado cuando sea necesario", "poder interesarse por determinada actividad que antes era gratificante sin que el recuerdo de la persona perdida lo impida", "dejar de vomitar" o "no contar el número de veces que se lava las manos antes de comer". Es mas fácil que sepamos que tanto el paciente como nosotros entendemos lo mismo con objetivos formulados según este segundo modelo. Además con éstos es posible saber cuando los hemos alcanzado o hasta que punto los estamos alcanzando.

## 13. ¿Cuales son los medios de que vamos a valemós para conseguir cada uno de ellos?

En la formulación debe especificarse cuales son las estrategias que van a seguirse para lograr cada uno de los objetivos propuestos. En un mismo paciente puede pensarse en controlar unos rituales con exposición con prevención de respuesta, modificar una dinámica familiar que actúa como perpetuante mediante una intervención familiar y actuar sobre el pensamiento obsesivo mediante una intervención orientada al *insight* y clomipramina. A veces es útil disponer esta información con un sistema semejante al propuesto en el cuadro 3.

El **cuadro 4** presenta el esquema del tratamiento llevado a cabo con incluido en el apartado 4 de este mismo capítulo como Samuel (González Suárez y Fernández Liria, 1996).

## 14. ¿Que curso de la terapia prevemos?

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

## 15. ¿Que dificultades prevemos?

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

La primera fuente de dificultades tiene que ver con la **naturaleza del problema**. Sabemos que hay determinados problemas asociados a determi-

**Cuadro 4: Tratamiento de Samuel**

Planteamiento y secuenciación de las intervenciones

Problemas	Objetivo	Abordaje	Base	Fase
1. Samuel se relaciona con los médicos ensalzándolos primero, para incumplir sus prescripciones y denigrarlos después. Utiliza a unos especialistas para descalificar a otros	1.1. Impedir que nos incluya en este juego para poder establecer una relación terapéutica	1.1. Evitar asumir el rol que sustenta el juego.	1.1. Sistémica (Watzlawick).	1.1. Evaluación/ contrato.
	1.2. Mostrar esto como ejemplo de una pauta de relación constante ante personas que pueden prestarle una ayuda que él vive como humillante	1.2. Análisis de los paralelismos entre esta y otras situaciones en las que se ha desarrollado un juego semejante en su vida (y que, quizás, "justifiquen" su origen).	1.2. Psicoterapia dinámica cíclica (Wachtel).	1.2. Fase 2.
	2.1. Ayudarle a incrementar su capacidad de reconocer y nombrar sus sentimientos	2.1. y 2.2. Exploración conjunta de las emociones experimentadas en momentos en que éstas han sido especialmente intensas.	2.1. y 2.2. Intepersonal (Klerman).	2.1. y 2.2. Evaluación
2. Es incapaz de sentir y narrar sus emociones más que a través de su correlato somático que él interpreta como sintoma de una enfermedad. Ha aprendido que los intentos de hablar de esto por parte de los médicos acaban con un cuestionario de la "veracidad" de sus quejas somáticas, contra el que se defiende con ahínco.	2.2. Caracterizar momentos de su historia por emociones vinculadas a ellos.	2.3. Exploración de emociones en situaciones actuales y exploración del paralelismo con situaciones previas en su vida.	2.3. Psicoterapia dinámica cíclica (Wachtel).	2.3. Fase 3
	2.3. Mostrar sus síntomas como manifestaciones de Emociones negadas			
	3.1. Proporcionar un significado nuevo a su sensaciones corporales que dé sentido a una actitud más activa ante ellos.			
3. Interpreta erróneamente muchas sensaciones corporales, lo que aumenta su preocupación hasta el extremo de impedirle prestar la atención necesaria para cualquier abordaje y justifica a sus ojos su pasividad (de enfermo)	3.2. Modificar su actitud ante el cambio ( que una actividad de Samuel, no de un descubrimiento médico)	3.1 y 3.2. Reestructuración cognitiva a través de psicoeducación más entrenamiento en relajación	3.1. y 3.2. Cognitiva (Barsky)	Fase 1
	4. Tiene pendiente la realización del trabajo de duelo por la muerte de sus padres.	4. Completar el trabajo de duelo	4. Realizar en la terapia el trabajo diferido.	Interpersonal (Klerman)
5. Ha perdido las habilidades necesarias para afrontar diversas	5. Recuperar dichas habilidades.	5. Entrenamiento en habilidades sociales.	Conductual	Fase 1
6. Existe un componente importante de ganancia secundaria por incapacidad y el papel de enfermo	6. Descentrar estos roles y recompensar otro más funcionales.	6. Actuación sobre el medio.	Conductual	Terminación

nadas categorías diagnósticas. Los pacientes de los que decimos que padecen un *trastorno borderline de la personalidad* tienden a alternar la idealización con el odio hacia el terapeuta, tienden a transgredir el encuadre y responden a las dificultades en la terapia con actuaciones. Los pacientes obsesivos tienen dificultades para implicarse afectivamente en la terapia, pueden resultar aburridos, pueden ser inútilmente complacientes con el terapeuta y pueden presentar bruscas e inesperadas irrupciones de ira si se sienten relegados o despreciados por él, cosa que puede suceder por detalles que pueden parecer nimios. Los pacientes esquizofrénicos presentan sistemáticamente problemas de motivación y pueden entender de modo literal las metáforas que los terapeutas utilizamos con éxito en otros pacientes

*Antonio un esquizofrénico de veintiocho años que había iniciado una terapia con un psicoterapeuta de orientación psicoanalítica. Acudió a nuestro centro diciendo, verdaderamente ofendido, que la abandonaba porque "mi psicoanalista me ha dicho que mi cabeza es una cebolla". Cuando indagamos lo que había sucedido llegamos a la conclusión de que lo que el psicoanalista había hecho es decirle que para el trabajo del análisis podríamos imaginar que detrás de el sentido aparente de cada acto psíquico podríamos encontrar otro y aun detrás otro más, que se superponen como las capas de una cebolla.*

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

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

Hay rasgos del paciente que influyen, no en la tarea a desarrollar, sino **en la relación con el terapeuta** y constituyen una tercera fuente de problemas. Independientemente de cual sea el motivo de consulta los pacientes con ten-

dencia al *splitting* idealizan o denostan también al terapeuta, los que tienen dificultades para afrontar la separación presentan problemas para terminar el tratamiento (y, a veces, cada sesión), los más paranoides tienen dificultades para construir una relación de confianza. En general, al menos en alguna ocasión, los pacientes tienden a contemplar las acciones del terapeuta de acuerdo con las expectativas que se derivan de las pautas de conducta que les causan problemas también en otras relaciones. En definitiva en eso consisten los fenómenos transferenceles.

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

### 16. ¿Que contrato proponemos?

Como hemos expuesto en el apartado correspondiente no hay psicoterapia posible sin contrato. La formulación pretende ponernos en condiciones de que tratamiento vamos a intentar llevar a cabo y, por tanto, que contrato vamos a presentar al paciente. El cuadro 5 resume los componentes básicos de un contrato.

#### 1. FOCO

Devolución

**hipótesis** del terapeuta (razonada)

estimación **pronóstica**

justificación de una **propuesta de tratamiento**

Acuerdo de una versión conjunta (terapeuta/paciente) del problema

#### 2. ENCUADRE

• individual/pareja/familiar/grupo

• lugar/posición

• frecuencia/duración de las visitas

• manejo de incidencias

-retrasos

-citas perdidas/canceladas

-prolongación/derivación

-urgencias/citas extra

• ilimitado (¿hasta cuando?, ¿hasta conseguir que?), por tiempo predeterminado (número de sesiones determinado, número de horas determinado)

• normas del paciente (asociación, tareas para casa...)

• normas del terapeuta (directividad, respuesta a preguntas, consejos...)

#### 3. OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO