



Asociación Psiquiátrica de América Latina

MANUAL DE PSICOTERAPIAS

Importancia de las psicoterapias
en Psiquiatría desde diferentes
perspectivas

Asociación Psiquiátrica
de América Latina

MANUAL DE PSICOTERAPIAS

Importancia de las Psicoterapias en Psiquiatría desde diferentes perspectivas

Secciones de APAL

Compiladora: Dra. Graciela B. Onofrio (APSA-APAL)

ÍNDICE

- **PRÓLOGO:** Dr. Rodrigo Nel Córdoba Rojas y Dra. Graciela Beatriz Onofrio **4**
- **CAPÍTULO I:** “LA PSICOTERAPIA COMO TÉCNICA ESPECÍFICA Y, MUY ESPECIALMENTE, COMO INTERVENCIÓN EN LA ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA” **6**
Sección Psicoterapia - Dr Rafael Sibils (Uruguay)
- **CAPÍTULO II:** “EVIDENCIA CIENTÍFICA Y PSICOTERAPIA” **13**
Sección Psicoterapia - Dra. Sara Gilda Argudín Depestre (Cuba), Dra. Miriam de la Osa O’Reilly (Cuba)
- **CAPÍTULO III:** “LA COMUNICACIÓN HUMANA Y EL ARTETERAPIA” **19**
Sección Arte, salud y comunidad - Dr Carlos Caruso (Argentina)
- **CAPÍTULO IV:** “TERAPIA NEUROCOGNITIVA” **23**
Sección Integración del conocimiento - Dra Elba Beatriz Tornese (Argentina)
- **CAPÍTULO V:** “ROL DE LA PSICOTERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD” **27**
Sección Medicina, Psiquiatría y Atención Primaria de la salud - Dra Susana Calero (Argentina) y Prof Julio Torales (Paraguay)
- **CAPÍTULO VI:** “IMPORTANCIA DE LAS PSICOTERAPIAS EN EL ABORDAJE DE LAS VIOLENCIAS” **31**
Sección Violencia, sociedad y patologías emergentes - Dr Horacio Vommaro (Argentina)
- **CAPÍTULO VII:** “PSICOTERAPIAS Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR” **37**
Sección Violencia intrafamiliar - Prof Andrés Arce (Paraguay) y Prof Julio Torales (Paraguay)

- **CAPÍTULO VIII: “ROL DE LAS PSICOTERAPIAS EN LOS TRAUMAS SOCIALES”** 41
Sección Salud Mental, Derechos Humanos y Emergencias Sociales - Dra Mariana Lagos (Argentina)
- **CAPÍTULO IX: “LAS PSICOTERAPIAS EN ADICCIONES (TRASTORNOS POR SUSTANCIAS)”** 45
Sección Trastornos por sustancias y patología dual - Dr Elvia Velásquez de Pabón (Colombia), Dr Rafael Navarro Cuevas (Perú) y Dr Javier Didia Attas (Argentina)
- **CAPÍTULO X: “LA NARRATIVIDAD EN LAS TERAPIAS GRUPALES: DIFERENTES PERSPECTIVAS”** 52
Sección Trastornos de la conducta alimentaria en la cultura contemporánea – “La consulta del paciente con trastornos de la conducta alimentaria (TCA)”, Dra Graciela Beatriz Onofrio (Argentina)
- **CAPÍTULO XI: “PSICOTERAPIAS EN ESQUIZOFRENIA”** 61
Sección Esquizofrenia - Dr Fabián Lamaison (Argentina), Dra Milagros Marot (Cuba), Dra María Elizabeth Gesell (Argentina) y Lic Claudia Durand (Argentina)
- **CAPÍTULO XII: “TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL PARA DELIRIOS, ALUCINACIONES (VOCES) Y SÍNTOMAS NEGATIVOS”** 64
Sección Terapia cognitivo conductual - Dra. Ana María Vaernet (Argentina) y Dra Lía Marcela Fernández (Argentina)
- **CAPÍTULO XIII: “PSICOTERAPIA DE LAS REACCIONES DE CÓLERA: HABILIDADES Y HERRAMIENTAS PARA SU TRATAMIENTO DESDE LA PERSPECTIVA COGNITIVA”** 70
Sección Terapia cognitivo conductual – Dra. Lía Marcela Fernández (Argentina)
- **CAPÍTULO XIV: “PSICOTERAPIA EN EL ADULTO MAYOR”** 78
Sección Psicogeriatría - Dra. Alicia Kabanchik (Argentina)
- **CAPÍTULO XV: “CONCEPCIONES PSICODINÁMICAS DE LA DEPRESIÓN”** 81
Sección Trastornos del Humor – Dr.Sergio L. Rojtenberg (Argentina)

El libro “Manual de Psicoterapias. Importancia de las psicoterapias en Psiquiatría desde diferentes perspectivas” fue declarado de interés para la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, bajo la Resolución 1476, a los 19 días del mes de junio de 2017, con las firmas del Decano: Prof. Dr Sergio Provenzano y del Secretario: Prof. Dr. Juan Álvarez Rodríguez.

Foto de Portada: S/T Autora: Melina Constantakos, Buenos Aires, 2015.

Queda prohibida la reproducción total o parcial del contenido de este libro por cualquier medio electrónico o mecánico, sin autorización por escrito de las Autoridades de APAL.

PRÓLOGO

La Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL) ha decidido encarar con énfasis y entusiasmo la recopilación de producciones escritas desde diversas perspectivas en torno al tema de las psicoterapias en el campo de la Psiquiatría, nutriéndose del frondoso trabajo de sus Secciones científicas de subespecialidades.

La investigación en esta temática es una pieza clave tanto para profundizar en la dimensión humanística de la Psiquiatría y en su tradición antropológica, como para diseñar planes de prevención y tratamiento en las diferentes etapas de las manifestaciones del padecimiento mental, y por qué no social, al cual somos convocados los psiquiatras desde el campo más amplio de la Medicina. La Psiquiatría es y se desarrolla dentro de una mirada en contexto y las realidades de nuestra región muestran un padecimiento social singular. A veces, “un contexto único de atención primaria de la salud” (Calero S, Torales J.). Como especialistas médicos tenemos incorporada, en nuestra visión de la clínica, la dimensión humana de nuestras prácticas de derecho.

Como plantean algunos de los autores, a lo largo de estas páginas, las investigaciones han permitido controlar tanto el excesivo optimismo como las críticas inconsistentes a las psicoterapias. Mejorar la calidad de vida de las personas y estimular la neurogénesis van de la mano en un mundo en el cual las Neurociencias dan fundamento al poder curativo de la relación humana tan particular que se desarrolla en un encuentro psicoterapéutico. “La plasticidad es la capacidad del cerebro para remodelar las conexiones entre sus neuronas, es una capacidad de cambio que posee a lo largo de la vida.” (Tornese E.)

Al decir de Henry Ey, pionero de la Psiquiatría dinámica contemporánea iniciada en el Siglo XX, las psicoterapias no son la cura “de” la mente sino “por” la mente.

Froncosa historia y creativas experiencias en el tema situaron a los psiquiatras como los brujos de la tribu. La llamada cura por la palabra, “the talking cure”, al decir de la paciente a quien Breuer y Freud llamaron “Ana O”, permitiría poner un orden verbal dialógico dentro del desorden ideativo. Refiriéndonos a otro autor consagrado de fines del Siglo XIX y principios del Siglo XX, Philippe Chaslin, la discordancia en el paciente que padece esquizofrenia es consecuencia del lenguaje desordenado. Es esto lo que enferma y disocia la personalidad y no el camino inverso. El diálogo pone coherencia allí donde sólo hay huesos, músculos y fisiología. El encuentro verdadero con el otro: he ahí el hecho cultural y curativo del diálogo entre las personas. Las psicoterapias, cualesquiera sean sus banderas científicas y metodológicas, es un diálogo por definición, un diálogo con método y objetivos, ya se trate de tratamientos psicoanalíticos, cognitivo conductuales, a mediación artística, mindfulness, abordajes grupales, familiares, u otros que se desarrollan en sus conceptos más fundamentales a lo largo de las páginas de este libro.

La construcción de la experiencia vital, hecha de signos cotidianos, de recuerdos y memoria y de sueños y propósitos, es el antecedente freudiano, por el cual la Neurología traspasó al campo de las experiencias vitales historizadas en la memoria, dando nacimiento a la Psiquiatría contemporánea del Siglo XX, dentro del marco del descubrimiento e invención del Psicoanálisis. Los recorridos anatómicos se convierten, entonces, en transcripciones emocionales en el cuerpo en su necesaria trabazón de lo biológico con lo anímico.

“La psicoterapia es un sistema interactivo entre un individuo o grupo que asume el rol de paciente, y un individuo o grupo que toma el rol de psicoterapeuta. Se basa en el vínculo; es el tratamiento a través de una relación personal concreta.” (Sibils R.)

Es nuestro propósito, como sociedad científica de América Latina, reflejar, a través del trabajo de las Secciones de subespecialidades de APAL, el lugar que ocupan actualmente los abordajes psicoterapéuticos dentro de la Psiquiatría y remarcar, por lo tanto, los fenómenos psicopatológicos puestos en juego.

Agradecemos calurosamente a los autores sus aportes y la bibliografía respaldatoria que acompaña sus reflexiones.

Agradecemos también a este Comité Ejecutivo que acompañó todos nuestros sueños.

Octubre de 2016.

Dra. Graciela Onofrio
Secretaria Ejecutiva Comité Ejecutivo
Coordinadora de Secciones

Dr. Rodrigo Nel Córdoba Rojas
Presidente del Comité Ejecutivo
de APAL (2014-2016)

CAPÍTULO I: LA PSICOTERAPIA COMO TÉCNICA ESPECÍFICA Y, MUY ESPECIALMENTE, COMO INTERVENCIÓN EN LA ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA

Sección Psicoterapia

Dr Rafael Sibils

Coordinador de la Sección Psicoterapia de APAL

Ex Presidente de la Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica

País: Uruguay

N° Teléfono: 0598 24873613

Mail: rafaelsibils@gmail.com



La psicoterapia es un sistema interactivo entre un individuo o grupo que asume el rol de paciente, y un individuo o grupo que toma el rol de psicoterapeuta. Actúa en y a través de la psiquis y su propósito es suprimir o disminuir síntomas, trastornos, limitaciones y sufrimientos mentales y/o físicos. Permite también enfrentar crisis vitales y eventualmente puede tener como meta el desarrollo de la vida emocional de personas no enfermas. Se basa en el vínculo; es el tratamiento a través de una relación personal concreta (1).

Su eficacia, efectividad y eficiencia están probadas desde hace tiempo: sin dudas el fenómeno complejo y global que es la psicoterapia da resultado. Lambert y Archer planteaban en 2006 que la investigación ha permitido controlar tanto el excesivo optimismo como las críticas inconsistentes (2). Los meta-análisis y revisiones acerca de muchas escuelas que se han sometido a investigación empírica muestran su valor para mejorar la calidad de vida de las personas y reducir costos sanitarios.

Múltiples estudios de los enfoques psicodinámico, comportamental, cognitivo, humanístico y sus combinaciones, señalan que aproximadamente 75% de las personas que reciben psicoterapia son beneficiadas, y que hay relación directa entre la dosis de tratamiento y los índices de mejoría.

Por otra parte, 20 a 25% de los pacientes no mejoran, y dentro de ese porcentaje 5 a 10% empeoran. Este efecto negativo se encontró comparando grupos en tratamiento con controles que reciben placebo, por lo que es claro que la psicoterapia puede desmejorar al paciente en algunos casos, hecho que durante mucho tiempo fue soslayado. Los anteriores datos son consistentes para todas las corrientes terapéuticas y tipos de tratamiento (individual, grupal, familiar, etc.).

Poch y Ávila Espada (1998) (3) mediante una exhaustiva revisión llegan a las mismas conclusiones: “la cuestión de si la psicoterapia es o no eficaz sólo tiene un interés histórico”. Se centran en la relevancia de los factores comunes: experiencia motivacional, relación terapéutica, técnicas concretas, expectativa de ayuda, apoyo y fortalecimiento de la confianza del paciente, su adquisición junto con el técnico de nuevas perspectivas y formas de pensar y encarar problemas, activación emocional y la posibilidad de ensayar el manejo emocional y el razonamiento en un setting privado.

Las psicoterapias son formas de abordaje de la patología psiquiátrico-psicológica abarcativas: pueden tomar en cuenta todos los aspectos de un paciente, no sólo los clínicos y psicopatológicos sino también los sociales, relacionales, somáticos, así como las creencias y convicciones, capacidades, posibilidades, etc. También pueden ser sumamente específicas y

enfocar campos puntuales para profundizar en cada problema y circunstancia, dedicando muchas horas de trabajo a un aspecto de la vida de la persona.

Para ciertas patologías la psicoterapia es tan o más efectiva que los fármacos y en otros casos la confluencia de ambas terapéuticas es superior a cada una por separado, presentando la psicoterapia menos efectos secundarios o adversos (4).

Es posible agrupar a grandes rasgos las diferentes modalidades de psicoterapia: psicoanalítico/psicodinámicas, cognitivo-conductuales, sistémicas, humanísticas, hipnóticas, de relajación e integrativas. (5) Más allá de precisiones y controversias, las investigaciones sistemáticas revelan resultados equivalentes para todas las escuelas en cuanto a utilidad clínica, eventualmente con mínimas diferencias entre ellas (2,3).

En cuanto a sus mecanismos de acción, existen presunciones bastante consistentes acerca de cómo funcionaría un proceso psicoterapéutico en términos de los soportes orgánicos que lo subtienden en los niveles bioquímico y neurofisiológico (6).

También existen teorías variadas acerca de los mecanismos intrapsíquicos, las que expresan la diferencia entre la gran variedad de modelos psicoterapéuticos. Hay entonces hipótesis acerca de cómo funcionan en los niveles neurobiológicos y también conocemos su eficacia como fenómeno global, pero poco sabemos acerca de lo que sucede en medio, o sea de los mecanismos del “proceso psicoterapéutico en sí”. Más allá de ello, las investigaciones muestran que la eficacia de las psicoterapias en buena medida depende del vínculo (alianza terapéutica) muy por sobre las teorías o las técnicas (7,8).

Relevancia psicoterapéutica de la entrevista clínica

La entrevista psiquiátrica tiene como objetivo generar un diagnóstico y un proyecto terapéutico, como sucede en cualquier área de la medicina. Tal proyecto puede incluir psicoterapia como técnica específica; en ese caso el propio médico podrá ejercer tal práctica o derivar el paciente a otro profesional.

También el psiquiatra puede incluir intervenciones de perfil psicoterapéutico en su entrevista clínica adaptándolas a cada persona, proceso y ámbito de desempeño. Tal aspecto implica diferencias entre consultas clínicas de buena calidad y otras de menor jerarquía, y este es el punto que pretendo resaltar en esta comunicación.

Hay pacientes que vienen con una lista de síntomas. Otros traen a la consulta sus problemas y a menudo esperan ideas, consejos, orientaciones, interpretaciones, etc., los que pueden constituir verdaderas acciones psicoterapéuticas. Por tanto es importante que el psiquiatra sea capaz de aportar en cada caso una comprensión psicopatológica integral y no sólo agrupar síntomas en síndromes y dar una respuesta farmacológica.

La gama de posibilidades que se abre en el contacto clínico es amplia y muchas veces constituye el aspecto fundamental de la terapéutica: en tanto el padecimiento del paciente es en términos generales relacional, con frecuencia se manifiesta, reedita y es pasible de intervenciones en el vínculo.

La transferencia (repetición de prototipos infantiles: formas de relación, reacción y comportamiento, emociones, fantasías, impulsos y sentimientos respecto a ciertos objetos) y la contratransferencia (sentimientos que surgen en el psiquiatra a partir del contacto con su

paciente) adquieren entonces protagonismo, y el profesional atento a esta dinámica podrá asumir y utilizar creativamente su rol de instrumento terapéutico.

Toda entrevista psiquiátrica es entonces potencialmente psicoterapéutica. Pero también puede ser iatrogénica –por acción u omisión- si no se cuida en detalle lo relacional; si no se toma en cuenta esta perspectiva o no se está preparado para ella.

Decidir la oportunidad y la medida en que se utilizan tales intervenciones depende de parámetros múltiples y complejos. Estos incluyen la serie diagnóstica habitual y también la evaluación del paciente en otras dimensiones, particularmente su apertura para ese tipo de recursos y su capacidad para recibirlos sin desestabilizarse.

El conocimiento de la psicopatología, la experiencia de trabajar en psicoterapia, la de haber recibido terapia, la percepción clínica y un cierto grado de intuición se suman a la evaluación general del paciente y su entorno sociofamiliar a los efectos de evaluar cada situación. Otras variables dependen de la estructura los servicios asistenciales: tiempo y frecuencia de las consultas, aspectos locativos, etc.

Naturalmente, no siempre es posible valorar en profundidad al paciente y la circunstancia, sino que a veces se trata de decidir en el momento, con certezas limitadas. Serán particularmente valiosas las intervenciones en caso de que la persona necesite una psicoterapia y no pueda acceder a ella: como plantea Donald Winnicott, muchas veces lo que no se logra en una consulta no se logrará en ningún lado.

Pretendo ahora complejizar aún más la cuestión. En efecto, frecuentemente los pacientes nos hacen saber que determinados comentarios, actitudes y/o conceptos que les hemos hecho llegar fueron importantes para ellos y generaron modificaciones relevantes en sus vidas. Y muchas veces no tuvimos intención ni noción consciente de haber aportado tales ideas; no nos percatamos de ello.

La comunicación supone un continuum no verbal y verbal que comprende todos los órganos sensoriales e implica emociones, gestualidad, la palabra con su sonoridad, contenido conceptual y simbólico, las inflexiones del discurso, el significado onírico y los diversos sentidos del silencio. Comprende la naturaleza de las acciones simples y también las complejas (conversiones, hipocondría, actuaciones, etc.).

Este amplio espectro implica componentes conscientes e inconscientes, simbólicos y subsimbólicos en constante cambio temporal en el paciente y en el psiquiatra.

Los elementos en juego en toda comunicación son de tal complejidad que no es posible controlarlos más allá de cierto punto. Así funciona la comunicación en la vida cotidiana y en la entrevista clínica, por más que en ésta se procure clasificar y normatizar los complejos intercambios verbales y no verbales (que por otra parte son inconscientes en un 60 a 70 %). (9, 10, 11, 12,13). Esto es un límite a toda pretensión de que la operatividad de una entrevista psiquiátrica dependa de la estricta aplicación de una técnica y un riguroso esquema teórico: su esencia es la comunicación entre paciente y profesional dentro de una relación signada por la confianza en la que se transmiten en ambos sentidos y de diversas formas infinidad de detalles que tienen efectos.

No quiere decir esto que no haya aspectos claros y controlables en la entrevista, pero cuando el grado de compromiso es importante, los intercambios no conscientes también lo son y podrán aportar a la mejora clínica. Y si el compromiso es escaso, esto también se hará evidente al paciente, posiblemente operando como obstáculo: los sesgos son inevitables.

La paradoja es que el médico debe ser en lo posible neutral; limitar la vigencia de sus deseos o concepciones. Pero dadas las características de la comunicación humana, es sólo

posible aproximarse asintóticamente a tal modelo: las preferencias y opiniones del psiquiatra comprometido de un modo u otro podrán llegar al paciente.

Así, toda entrevista psiquiátrica se desarrolla en un campo vincular que supone consecuencias y posibilidades psicoterapéuticas -positivas o negativas- para el paciente y el trabajo del psiquiatra. La construcción de tal campo depende de la preparación conceptual del médico (conocimientos, diagnósticos, proyecto terapéutico), de su disponibilidad emocional, sensibilidad y accesibilidad, y de otros múltiples factores.

Por otra parte, es un derecho de los pacientes recibir atención de calidad en la que el psiquiatra pueda incluir perspectivas psicoterapéuticas, y también es un derecho de los psiquiatras ejercerla.

A estos temas me referiré tomando como eje el esquema de competencias profesionales. Estas implican *saber* (conocimientos), *saber hacer* (habilidad para ponerlos en práctica), *saber ser o estar* (actitud), *querer hacer* (motivación) y *poder hacer* (recursos disponibles, medio social, condiciones laborales) (14).

1) **Saber.** La importancia de una comprensión psicopatológica integral depende de una formación que incluya la psicoterapia, y esta es una disciplina en la que hay cientos de escuelas, teorizaciones diversas, diferentes niveles de evidencia y sólo relativo consenso en cuanto a modelos básicos. Estos aspectos son un problema en cuanto a definir qué formación debería recibir el psiquiatra que inicia sus estudios.

Por otra parte, de acuerdo a la OMS, 50% de los países reporta aceptable formación en psicoterapia en los psiquiatras, existiendo un déficit general y gran variabilidad en diversos países. En muchos de ellos la mayoría de los psiquiatras entrenados en psicoterapia no cumplen con los requisitos del organismo acreditador, si este existe (15).

Una investigación hoy en curso en APAL comienza a señalar que en Latinoamérica la formación en psicoterapia durante el pregrado es en 51% de los casos escasa o nula, y en 49% suficiente, buena o excelente. También que 45 % de los colegas tienen menos de 3 años de formación en psicoterapia y 55% más de tres años (16).

Por otra parte, el 74% de los colegas entrevistados no investigaría en psicoterapia.

Si pensamos que la psicoterapia como técnica específica y/o fundamento de muchos aspectos de la entrevista clínica es relevante, y que la amplitud teórica y experiencia con diferentes modalidades de tratamiento son valiosas en cuanto a la mejora de las capacidades clínicas, son números no muy alentadores.

2) **Saber hacer.** En términos generales la formación a la que me refería en el párrafo anterior no está específicamente dirigida a incluir elementos psicoterapéuticos en la entrevista psiquiátrica, sino a aprender técnicas para aplicarlas en psicoterapias regladas. Esto supone dificultades para estructurar internamente modelos propios de consulta psiquiátrica incorporando tales recursos y problemas para tomar decisiones al respecto.

Por otra parte, la investigación y la enseñanza de la psicoterapia se hacen refiriéndolas a técnicas en general manualizadas, pero en la práctica estas no se usan y es difícil incluirlas en la clínica.

3) **Saber ser o estar.** Se trata de la actitud; de la disponibilidad y la proximidad, de la empatía operativa. En psiquiatría esto significa pensar psicopatológicamente y estar dispuesto a ofrecer ideas integradas a otros recursos, involucrar a los pacientes en cierto grado de

alianza terapéutica, mostrar captación de los problemas, comunicar entendimiento y preocupación y utilizar variadas estrategias para resolver dificultades.

Todo lo anterior exige, desgasta y compromete. Es más sencillo escuchar a los síntomas que a la persona, y también tomar cierta distancia, replegarse de modo no del todo consciente para luego apelar al recurso farmacológico.

La psicoterapia personal es relevante en este sentido: como autoconocimiento, apoyo, aprendizaje y trasmisión de los modos de poner en práctica un saber.

De la mencionada encuesta de APAL surge que 19 % de los psiquiatras no han realizado psicoterapia personal, 15% lo han hecho durante menos de un año, 19 % entre uno y tres años, y 47% más de tres años (16).

4) **Querer hacer.** El rápido acceso al empleo en los modelos actuales de atención, la disponibilidad de la opción de utilizar fármacos y muy especialmente el aspecto económico-laboral motivan al psiquiatra a ir dejando de lado las aproximaciones psicoterapéuticas, ya sea como técnicas específicas o integrándolas a su accionar clínico.

En EEUU una sesión de psicoterapia se cobra 41% menos que 3 consultas de 15 minutos destinadas a medicación, y en buena parte del mundo occidental se repiten datos similares. (15)

Un estudio muestra que 79% de los psiquiatras en América Latina refieren utilizar farmacoterapia, 51,6% psicoterapia cognitiva o comportamental, 46,4% psicoanalítica o psicoanálisis, y 12,6% terapias alternativas (17).

Por otra parte, la encuesta que actualmente está en curso apunta a que la mayoría de los psiquiatras refieren utilizar recursos psicoterapéuticos en su práctica clínica, aunque no se especifica cuáles son ni tampoco en qué condiciones (16).

5) **Poder hacer.** En este punto es relevante la inserción laboral del psiquiatra y las características de los ámbitos donde ejerce la profesión. El tiempo, la frecuencia y el lugar de consulta inciden notoriamente en la tarea, junto con una serie de variables de orden administrativo, edilicio, de estructura de los servicios, legal, etc.

Si el ejercicio psiquiátrico es privado habrá mayores posibilidades de dedicar tiempo a los pacientes; asimismo en algunos países la atención hospitalaria ofrece esta posibilidad. Por el contrario, la atención colectivizada y los seguros proponen -de alguna manera imponen- consultas mucho más breves y distanciadas.

En buena parte del mundo y seguramente también en Latinoamérica la tendencia actual es hacia una psiquiatría institucional con consultas breves y poco frecuentes en las cuales el psiquiatra indica fármacos y eventualmente otros profesionales hacen psicoterapia a menor costo (15). Esto implica más riesgo por responsabilidad, además de redundar en entrevistas psiquiátricas de baja o media calidad. En estas se resuelve de forma no del todo inadecuada efectuando diagnósticos, indicando fármacos y agregando algún consejo psicoeducativo.

La impresión general es que las estructuras asistenciales están cada vez menos dispuestas para una atención psiquiátrica que permita intervenciones psicoterapéuticas.

El panorama es complejo. El campo de las psicoterapias en el mundo es amplio, se va extendiendo y la población las toma más en cuenta, las acepta y las exige. Los psiquiatras tienen cada vez menos formación y tiempo para la psicoterapia, y otros profesionales de la salud mental son quienes suelen llevarlas adelante.

La validez de las técnicas es indiscutible y los psiquiatras lo reconocen, aunque a veces las dejan de lado orientándose más hacia el diagnóstico y la farmacoterapia. Van así dejando de lado una de las características más gratificantes de la tarea: entender en amplitud y profundidad qué les sucede a sus pacientes y habilitar formas de relación terapéuticas con ellos. De hecho, de todos los profesionales que actúan en el campo de la salud mental únicamente los psiquiatras que han realizado una formación completa tienen las capacidades y posibilidades para integrar todas las modalidades terapéuticas.

Por otra parte, ciertos estudios revelan que los psiquiatras que realizan psicoterapia y dedican más tiempo a sus pacientes refieren mayor satisfacción con su carrera. También es significativo el hecho de que no realizar trabajo psicoterapéutico sea un predictor de burn out en psiquiatras (18,19, 20). Por esas razones el ejercicio de una buena psiquiatría no es sólo un derecho de los pacientes sino también de los psiquiatras.

En muchos países las cátedras universitarias y las asociaciones de colegas intentan jerarquizar el enfoque psicoterapéutico. Además los psiquiatras jóvenes parecen estar interesados en formarse como terapeutas; en darle a su trabajo una dimensión y profundidad mayor que la pura psicofarmacología. A la hora de jerarquizar una psiquiatría que tome en cuenta la relevancia de los aspectos psicoterapéuticos es importante tomar en cuenta las competencias profesionales antes mencionadas.

Parece esencial una formación que integre las psicoterapias como recurso de la psiquiatría, así como entrenamiento en psicoterapia y en entrevistas clínicas con cualidad psicoterapéutica.

La actualización permanente en el tema por parte de las instituciones que agrupan colegas aportaría mucho en ese sentido, y en algunos países se expide un título de especialista en psicoterapia que enfatiza este aspecto.

También sería necesario generar posibilidades y estímulo para que los colegas reciban tratamientos psicoterapéuticos, y que estos eventualmente sean exigidos como condición para desarrollar determinadas tareas.

Otras variables referentes a estructuras y modelos asistenciales son mejorables si los colectivos de psiquiatras reivindican el derecho a ejercer en condiciones apropiadas, evitando que se privilegie la perspectiva farmacológica y se oriente la actividad hacia una psiquiatría empobrecida en cuanto al uso pleno de sus recursos.

Bibliografía:

- 1) Capítulo de Psicoterapias de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, (2005). "Acerca de las psicoterapias". Sin publicar.
- 2) Lambert, M. J., & Archer, A. (2006). Research Findings on the Effects of Psychotherapy and their Implications for Practice.
- 3) Ávila Espada, A., & Poch, J. (1998). Investigación en psicoterapia. La contribución psicoanalítica.
- 4) Gabbard, G., & Kay, J. (2002). Destino del tratamiento integrado: ¿ qué fue del psiquiatra biopsicosocial. *The American Journal of Psychiatry* (ed. española), 5(3), 129-136.
- 5) Pritz, A. (2011). The struggle for legal recognition of the education of psychotherapy and an autonomous psychotherapy profession in Europe. *European Psychotherapy*, 10(1), 5-20.

- 6) Kandel, Eric. "Un nuevo marco conceptual de trabajo para la psiquiatría". *American Journal of Psychiatry*. 155:4. April 1998.
- 7) Roth, A., & Fonagy, P. (2013). *What works for whom?: a critical review of psychotherapy research*. Guilford Publications.
- 8) Ávila, A., Bastos, A., Castelo, J., García-Valdecasas, S., Gasparino, A., Pinto, J. M.,... & Aburto, M. (2002). Reflexiones sobre la potencialidad transformadora de un psicoanálisis relacional. *Intersubjetivo: revista de psicoterapia psicoanalítica y salud*, 4(2), 155-192.
- 9) Birdwhistell, R. L. (2010). *Kinesics and context: Essays on body motion communication*. University of Pennsylvania Press.
- 10) Davis, Flora "El lenguaje de los gestos" Emecé Editores. Bs. As., 1975.
- 11) Goffman, Erving. "La presentación de la persona en la vida cotidiana" Amorrortu Editores. Bs. As., 1997.
- 12) McLuhan, Marshall "El medio es el masaje" Ed. Paidós. Barcelona, 1987.
- 13) Mortensen, David. C "Comunicaciones. El sistema interpersonal" Ed. Tres Tiempos. Bs. As., 1978.
- 14) (2006). Modelo de gestión por competencias en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- 15) Guimón, J., & Chouza, J. M. (2009). Presente y futuro de la formación de los psiquiatras en psicoterapia. *Avances en Salud Mental Relacional*, 8(1).
- 16) Factores relacionados con la realización de psicoterapia por parte de psiquiatras latinoamericanos. Investigación en curso en APAL.
- 17) Córdoba RN, Cano JF, Alzate M, Olarte AF, Salazar I, Cendales E. El médico psiquiatra latinoamericano: su perfil y su grado de satisfacción con la especialidad. *Act Esp Psiquiat* 2009; 37(1): 9-16
- 18) Garfinkel, P. E., Bagby, R. M., Schuller, D. R., Dickens, S. E., & Schulte, F. S. (2005). Predictors of professional and personal satisfaction with a career in psychiatry. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50(6), 333-341.
- 19) Fothergill, A., Edwards, D., & Burnard, P. (2004). Stress, burnout, coping and stress management in psychiatrists: findings from a systematic review. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(1), 54-65.
- 20) Tejada, P. A., & Gómez, V. (2009). Psychosocial and Work Factors Associated with Burnout in Colombian Psychiatrists. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(3), 488-512.

CAPÍTULO II: EVIDENCIA CIENTÍFICA Y PSICOTERAPIA

Sección Psicoterapia

Dra. Sara Gilda Argudín Depestre* email: sara.argudin@infomed.sld.cu Telf 53(7)7664844

Dra. Miriam de la Osa O'Reilly** psiq@hha.sld.cu Telf 53(5)2924959/53(7)8761933

País: Cuba

*Profesora Auxiliar y consultante. Especialista de 2º grado en Psiquiatría. Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”

**Profesora Auxiliar, Especialista de 2º grado en Psiquiatría. Jefa del Servicio de Psiquiatría H.C.Q. “Hermanos Ameijeiras”

DESARROLLO.

La Psicoterapia es un tipo de tratamiento psicológico que busca hacer modificaciones en los pensamientos inapropiados, en las emociones patológicas y en las alteraciones del comportamiento, que requiere se establezca una relación entre personas y se vale de diversos instrumentos para desarrollar una comunicación que sirva de enlace emocional y permita transmitir información del paciente hacia un profesional calificado y de éste hacia el paciente o pacientes mediante la comprensión de sus personalidades para superar conflictos y promover el desarrollo adecuado de la personalidad.

Durante años, la Psicoterapia como modalidad terapéutica ha sido cuestionada por la comunidad científica por las dificultades que enfrenta para cuantificar resultados y repetir las experiencias, debido, entre otros aspectos, a la influencia de las corrientes positivistas y neopositivistas en las ciencias y específicamente en las ciencias médicas. (2)

El desarrollo de la medicina como ciencia, al igual que otras, se sitúa en el contexto de condiciones socioeconómicas y culturales específicas; en este marco, la especialización ha constituido una manifestación del desarrollo de las ciencias, lo que trae aparejados problemas nuevos relacionados con la organización del trabajo científico.

En el contexto de la revolución científico-técnica, con el elevado nivel de desarrollo de tecnologías avanzadas, los preceptos y principios que están implícitos en la relación médico-paciente y que vienen representados por los valores, actitudes, propósitos y acciones que el profesional asume ante su paciente, deben darse en una relación armónica y con características peculiares donde se conjuguen en proporción perfecta, el interés, la dedicación, el caudal de conocimientos y la profesionalidad en el ejercicio de las funciones médicas.(1)

En la medicina moderna la introducción y apropiación de los principios filosóficos del dualismo cartesiano, el positivismo comtiano y el neopositivismo por una parte y los avances de las ciencias biológicas por otra, han dominado desde hace varios siglos y han afectado de alguna forma el curso armónico del desarrollo de las ciencias médicas por la contraposición dualista entre psiquis y soma, observación clínica y alta tecnología, medicina tradicional y occidental y un sinfín de variantes que traen aparejadas consecuencias nocivas para una visión integradora, con el predominio de una u otra corriente conforme a la tendencia preponderante. (1)

La psicoterapia es una forma de tratamiento basada en la palabra que produce modificaciones cognitivas, emocionales y conativas y está dirigida a seres humanos diversos, que están enfermos por aprendizajes anómalos en el desarrollo de sus personalidades.

Nadie duda que los psicofármacos tengan efecto sobre la función cerebral. Esta es una verdad que nadie cuestiona, son innumerables los estudios acerca de la acción sobre los

neurotransmisores, la farmacocinética, los mecanismos involucrados. Nadie pone en duda esa afirmación.

Pero, cuando se afirma que la psicoterapia tiene determinados efectos mensurables en el cerebro y que explican las modificaciones producidas en los pensamientos, los sentimientos y la conducta por las intervenciones psicoterapéuticas, se han generado y generan dudas acerca de la validez de la afirmación.(4)

La idea de que algo terapéutico puede ocurrir cuando alguien habla con un profesional capacitado siempre ha sido motivo de controversia.

En algunos sectores, la psicoterapia es vista como algo similar a tomarse de las manos.

Los profesionales de la psicoterapia tardaron en utilizar métodos empíricos rigurosos para demostrar la utilidad de lo que hacían. Sin embargo, los datos que la investigación ha ido acumulando sugieren que la psicoterapia produce mejoras duraderas e incluso cambios funcionales del cerebro.

Los primeros intentos sistemáticos para investigar la psicoterapia datan del inicio del siglo XX. Earl F. Zin, en 1929, y Percival Symonds, en 1938, realizan las primeras grabaciones de sesiones con objetivos de investigación. (4)

Se atribuye a Carl Rogers y sus colaboradores directos, en la década de 40, el mérito de haber sido los precursores de la investigación en psicoterapia.

El contexto de investigación era naturalista porque eran realizadas por los terapeutas que analizaban las sesiones en el marco natural de las mismas. Predominó en la década de los 50 del pasado siglo.

Entre los años 1950 y 1970, la cuestión que dominó la investigación fue la de la eficacia general de la psicoterapia para inducir el cambio.

¿Sirve la psicoterapia?

Hans Jürgen Eysenck (1916-1997) psicólogo alemán radicado en Inglaterra realizó estudios en la década del 50 donde pretendió demostrar que los pacientes evolucionaban de manera semejante tratados con psicoterapia psicoanalista o de manera espontánea lo que demostraba, según su estudio que la psicoterapia no servía. Eysenck profundo defensor de la terapia conductista como la única capaz de demostrar eficacia, dedicó mucho esfuerzo para denostar a la psicoterapia psicoanalítica.

En 1952 publicó un artículo en el cual refería que la ausencia de tratamiento era igual o aún mejor que la psicoterapia psicoanalítica. Esto propulsó la investigación a nivel científico de los modelos psicoterapéuticos comportamentales y cognitivos. Gracias, paradójicamente, a su afirmación podemos afirmar que las terapias cognitivo comportamentales actuales tienen base empírica demostrable.

Al final de la década de 1970, importantes revisiones de literatura demostraron inequívocamente que:

- La psicoterapia es más beneficiosa que los procesos de remisión espontánea en los grupos de control no sometidos a tratamiento
- Los estudios de eficacia controlados indican una tasa de mejoría media de 70% en los pacientes tratados, contra una tasa de mejoría del 40% en los pacientes no tratados.

Sin embargo, los psicoterapeutas no se mostraban especialmente interesados en tratar de demostrar y/o fundamentar de una forma empírica y objetivable que aquello que estaban

realizando resultaba eficaz. Eso impedía consolidar prestigio, reconocimiento y respeto entre otros profesionales que sí sometían sus prácticas a este tipo de escrutinios.

Otro de los factores que han dificultado la evidencia científica en psicoterapia es el número de modalidades que proliferan en la literatura. 60 en 1960, 125 en 1975, 400 en 1986.

En virtud de una mejor adecuación a la investigación científica, se pueden resumir en cuatro grandes grupos que incluirían las distintas modalidades.

1. Las basadas en una mayor comprensión de sí mismo y de los conflictos pasados y presentes (modelos psicoanalíticos)
2. Las basadas en la adquisición y aprendizaje de nuevos comportamientos (modelos cognitivo-conductuales.)
3. Las basadas en la modificación de las pautas de relación interpersonal dentro del abordaje del sistema relacional como un todo (modelos racional y sistémico).
4. Las basadas en facilitar nuevas experiencias en el aquí y ahora (modelos existencial-humanista y corporales).

Los avances en la investigación de las neurociencias han llevado a una comprensión más sofisticada de cómo la psicoterapia puede afectar el funcionamiento del cerebro. Estos acontecimientos señalan el camino hacia una nueva era de la investigación en psicoterapia y la práctica en la que los modos utilizados pueden ser diseñados para localizar sitios específicos del funcionamiento cerebral.(5)

Los estudios que explican los mecanismos fisiológicos implicados en la sintomatología objetiva de las emociones (vg. ansiedad, angustia, miedo, ira) (Fig.1), la descripción de la comunicación entre los distintos circuitos neuronales y su relación con los neurotransmisores catecolaminérgicos implicados en los núcleos del sistema límbico-hipocampo-hipotalámico y la amígdala, la medición de marcadores biológicos antes, durante, después del tratamiento y a largo plazo, pueden ser controles útiles para este desafío. (4)

Se han demostrado las variaciones en la Noradrenalina (NA) y Adrenalina urinarias medidas en 24 horas en pacientes afectados de ansiedad y depresión. Así como los valores de NA y su metabolito el Metoxihidroxifenilglicol (MHPG) plasmáticos. También hay evidencias de las variaciones en los valores del cortisol urinario y plasmático en 24 horas.

La supresión con Dexametasona de la respuesta de la hormona adenocorticotropa (ACTH) al Factor liberador de la Corticotropina (CRF).

El aumento de la Serotonina plaquetaria.

El incremento de la Tiroxina basal así como de la respuesta de la hormona estimulante del Tiroides (TSH) a la hormona liberadora de la tirotropina (TRH).

La información creciente que sustenta la base neurobiológica de la ansiedad y la depresión permite vislumbrar un nuevo horizonte para la psicoterapia.

La interrelación entre cerebro, psicología y biología, fármacoterapia y psicoterapia es interés de la neurociencia a comienzos del nuevo milenio.

Esta afirmación ha quedado demostrada irrefutablemente.

Eric Kandel (1929) psicoanalista austríaco estadounidense escribió entre otros libros, "Psiquiatría, psicoanálisis y neurobiología de la mente". Demostró que los procesos psicológicos del aprendizaje pueden conducir a cambios biológicos en las sinapsis cerebrales.

Entre los principios descubiertos por Kandel y colaboradores, están los siguientes

1. Las modificaciones de la fuerza sináptica subyacentes al aprendizaje de un comportamiento pueden ser suficientes para reconfigurar una red neural y su capacidad de procesamiento de información.
2. En coincidencia con la teoría de Cajal, un determinado conjunto de conexiones sinápticas entre dos neuronas puede modificarse en sentidos opuestos mediante formas distintas de aprendizaje; puede debilitarse o reforzarse, pues la habituación atenúa la sinapsis mientras que la sensibilización y el condicionamiento clásico la refuerzan. Esos cambios duraderos en la tenacidad de las conexiones sinápticas son los mecanismos celulares que sustentan el aprendizaje y la memoria de corto plazo. Además, como los cambios se producen en diversos sitios del circuito neural correspondiente al reflejo de retracción, la memoria no se almacena en un lugar determinado sino que se distribuye en todo el circuito.
3. Se comprueba que en las tres formas de aprendizaje la duración de la memoria de corto plazo depende de la longitud del periodo de atenuación o afianzamiento de la sinapsis.
4. La robustez o tenacidad de una sinapsis química determinada puede ser alterada de dos maneras distintas, según la índole del circuito neural activado por el aprendizaje: un circuito mediador o un circuito modulador." (6,7)

Kandel escribió: "Una de las características fundamentales de la memoria es que se constituye por etapas. La memoria de corto plazo dura unos minutos, mientras que la memoria de largo plazo puede durar muchos días o periodos más largos aún. Los experimentos sobre el comportamiento sugieren que hay una transformación gradual de la memoria de corto plazo y que, además, esa transformación se logra mediante la repetición. La práctica implica perfección". (5)

Esto constituye un acicate para la continuidad de trabajos investigativos.

¿Cómo se puede investigar en psicoterapia?

Son diversas las posibilidades de investigación en este campo, atendiendo a diversos enfoques. No obstante, la investigación en psicoterapia sufre múltiples presiones (metodológicas, conceptuales y económicas) lo cual influye en el trabajo de manera positiva y negativa también. Lo positivo es que se han realizado estudios y publicaciones con más calidad, complejidad metodológica y relevancia clínica. Lo negativo de manera general es que se hacen estudios de eficacia pero, no explicativas del mecanismo de acción de la psicoterapia. En sentido general proponemos varios enfoques:

- Medición y control de los niveles de los neurotransmisores vinculados a la ansiedad y a la depresión bajo el influjo de la psicoterapia y otros recursos psicoterapéuticos antes, durante, después y a largo plazo.
- Estos marcadores podrían guiar el curso del tratamiento, predecir los resultados del tratamiento a corto y mediano plazos.
- Se recomiendan estudios longitudinales para conocer tiempo de mejoría. Pueden reducir los gastos de tratamientos ulteriores y aumentar la productividad laboral.

- La relación médico-paciente tiene importantes correlatos neurofisiológicos que pueden ser sobresalientes a los resultados del tratamiento por lo cual debe ser tomada en cuenta.

En Cuba se han realizado en diversos períodos, investigaciones para validar efectividad y eficacia de distintas modalidades psicoterapéuticas y las más divulgadas y conocidas han sido las siguientes:

Década de 1950, se comienzan estudios sistemáticos sobre un tratamiento de la Impotencia Sexual.
Dr. J.A. Bustamante H.C.Q. "Calixto García"

Década de 1970, se realizan estudios sobre un modelo de psicoterapia sistémica autóctona.
Dr. Hiram Castro López-Ginard H.C.Q. "Calixto García"

Década de 1980 se realiza un doctorado en Alemania que implica una investigación en una modalidad de psicoterapia grupal dinámica.

Dra.C. Reina Rodríguez Hospital C.Q. "Joaquín Albarrán"

Década de 1990 se realiza estudio de eficacia de una modalidad autóctona.

Dra. Sara G. Argudín Hospital C.Q. "H. Ameijeiras"

Década de 1990. Doctorado que defendió una modalidad autóctona de psicoterapia de actitudes.

Dr. C. Alberto Clavijo Hospital Psiquiátrico de Camagüey "Dr. René Vallejo"

Década 2010 Proyecto de investigación ramal de una modalidad autóctona de Psicoterapia.

Dr. H. Suárez Ramos/Dra. Ileana Cabrera Hospital C.Q. "Enrique Cabrera"

Conclusiones.

La universalización del conocimiento, la Medicina basada en la evidencia, la protocolización y guías de práctica clínica como exigencias del desarrollo científico técnico como vías de garantizar la optimización de la atención médica con una concepción integradora, holística, unificadora que permita el objetivo último que es definir:

¿Qué tratamiento es más efectivo para este individuo, con este problema específico, en un determinado contexto cultural, por quién, bajo qué estado de circunstancias y cuál es el modo de llevarlo a cabo?

Establecer el puente entre terapeutas e investigadores es indispensable y se logrará cuando el punto de vista de los terapeutas sea oído y considerado.

Bibliografía:

1. Argudín Depestre, SG. ¿Relación médico paciente vs Alta tecnología? Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana 2009, 6(2)
2. Colectivo de autores. Pautas de tratamiento. Guía clínica para la psicoterapia. Rev Psiquiatría del Uruguay 2004; 68 (2):108
3. Colectivo de Autores. Sociología para médicos. La Habana: Ed. Ciencias Sociales; 1985.
4. Gabbard GO: Una perspectiva neurobiológica informada en psicoterapia Br.J.Psychiatry 2000; 177:117-122

5. Kandel Eric R. En busca de la memoria. Una nueva ciencia de la mente. Katz Barpal Editores, 2007
6. Kandel Eric R. Neurociencia y conducta. Pearson Prentice Hall, 1996
7. Kandel Eric R. Psiquiatría, psicoanálisis y la nueva biología de la mente. Grupo Ars XXI de Comunicación, 2006

CAPÍTULO III: LA COMUNICACIÓN HUMANA Y EL ARTETERAPIA

Sección Arte, salud y comunidad

Dr Carlos Caruso (Argentina)

Presidente del Capítulo "Arte y Psiquiatría" de APSA

Secretario de la región Cono Sur de la Sección "Arte, salud y comunidad" de APAL.



Coordinador del Centro de Terapia por el Arte del Hospital Británico de Buenos Aires

País: Argentina

N° Teléfono: 011 4862-9832

Mail: carlos@tangosbycaruso.com

- Si preguntamos a la mayoría de las personas cómo se comunica un ser humano, dirán que verbalmente o por medio del lenguaje, o sea lo que alude al habla, la lengua, los sonidos de las palabras que tienen un significado **FORMATO**:
- La evolución de la comunicación humana simbólico. Sin embargo, si observamos a un ser humano cuando habla, veremos que adopta diferentes actitudes con su cuerpo, gesticula con la cara y las manos. Su voz emite más o menos palabras en la misma unidad de tiempo, varía de intensidad y se torna más aguda o más grave según los casos.
- Quienes se dedican al estudio de la comunicación humana afirman que sólo el 30 o 40 % de nuestra comunicación se debe a las palabras que pronunciamos, el 60 o 70 % restante es resultado de la actitud corporal, de los gestos faciales y de las manos y de la entonación de la voz (prosodia). Incluso, con los gestos, la actitud corporal y la entonación de la voz, podemos cambiar totalmente el sentido de un mensaje dicho con palabras por su significado opuesto. Eso explica los malos entendidos que se producen en las comunicaciones telefónicas o por correo electrónico, donde no se ve al interlocutor y sólo nos basamos en el significado de las palabras (semántica).
- ¿Por qué nos comunicamos así? Para entenderlo debemos tener una perspectiva evolutiva del desarrollo de la humanidad. Considerar que en la naturaleza todo lo que sirve se conserva, pero subordinado a la forma última y más desarrollada de la función. Tenemos un auxiliar de muy fácil acceso para comprobarlo. Podemos observar qué hace para comunicarse un ser humano recién nacido y seguirlo en su crecimiento. Veremos que lo primero que utiliza es el cuerpo: se contrae, se relaja, si lo soltamos bruscamente cierra los brazos en forma refleja, trata de aferrarse. Si presionamos la palma de su mano, la cierra; de nuevo trata de aferrarse. Y, por supuesto, grita y llora cuando algo lo molesta o tiene alguna necesidad. Aquí, la voz no emite palabras con significado, sólo sonido con altura, timbre, intensidad y duración, los mismos elementos que conforman la música. Y un poco más adelante el bebé jugará con su voz, "cantará". También sonreirá, aun naciendo ciego y sordo, y comenzará a gesticular con miedo, desagrado o ira. A los tres años dibujará y pintará, con más o menos habilidad, mucho antes de escribir la primera palabra o el primer número.
- Podemos tomar lo que acontece con la adquisición de la comunicación de un ser humano en particular (ontogenia) como una representación sintética y resumida del desarrollo y la evolución de la comunicación de la especie humana en general (filogenia).

- Imaginemos que viajamos a un país del cual no conocemos el idioma. Nuestra necesidad de comida y alojamiento deben ser satisfechas de todos modos. ¿Cómo nos comunicamos? Recurrimos a los gestos y sonidos: señalamos lo que queremos comer, la dirección en la cual necesitamos ir. Y nos responden de la misma manera. Así se comunicaban nuestros antepasados: gestos de alegría, amenaza, peligro, acompañados de movimientos de manos y cuerpo, con gritos o sonrisas o imitando sonidos.
- Setenta mil años antes de que aparezca el primer testimonio arqueológico de palabra escrita, con signos cuneiformes, en la civilización Sumeria, hoy Irak, en Medio Oriente, ya había instrumentos musicales. La flauta de la cueva de Djvje Babe, en Eslovenia, Europa, encontrada en 1995 por el profesor Iván Turk, así lo atestigua. Para quienes dudan, un miembro de la orquesta de la Ópera de Ljubljana ha hecho sonar, en un modelo de ella, partes del “Adagio” de Albinoni, del “Himno a la Alegría” de la Novena sinfonía de Beethoven y del “Bolero” de Ravel.
- En la Cueva de Blombos, al sur de lo que hoy es la República de Sudáfrica se hallaron los que se consideran los primeros objetos de arte de la humanidad; dos trozos de esquistos de ocre de 8x4x4 cm., de setenta y cinco mil años de antigüedad, tallados con líneas cruzadas, romboidales, simétricas, por lo tanto no casuales. En el mismo lugar se encontraron varias cuentas de un collar hecho con valvas de un molusco. El surgimiento del arte nos indica, en forma indirecta, de la aparición de un mayor grado de abstracción en la mentalidad primitiva.
- La humanidad toda comenzó a dibujar y pintar treinta y cinco mil años antes de escribir, semejante a lo que hoy hace un niño.
- En la Cueva Chauvet, al sur de Francia, se descubrieron en 1994, las pinturas rupestres más antiguas conocidas hasta hoy. Esas imágenes de leones, panteras y osos asombran por su calidad y belleza. Nos informan, también, del surgimiento de un mayor grado de simbolización: la representación analógica, donde la representación guarda relación con lo representado. Es la forma de representación del Hemisferio Cerebral Derecho, que es el primero en madurar en el niño y que procesa los contenidos emocionales, subjetivos e intuitivos.
- En las tablillas de escritura cuneiforme sumerias ya no hay representación analógica del objeto representado sino formas arbitrarias, también designadas como digitales. La representación analógica de un león es la figura de un león. La representación digital de un león, el sonido de la palabra león o las letras que forman la palabra león no guardan ninguna relación con el animal. Y eso nos denota un mayor grado de abstracción y simbolización que agiliza el pensamiento y la comunicación. Y eso lo procesa el Hemisferio Cerebral Izquierdo, que se ocupa de lo lógico y racional.
- Como vemos el arte precedió a la ciencia como forma de representación, simbolización y comunicación, y las emociones y las impresiones subjetivas precedieron al pensamiento racional y objetivo. ¡Lo mismo sucede en el desarrollo de un ser humano desde la niñez a la adultez!
- ¿Qué podemos hacer cuando por dificultades en el transcurso del desarrollo o por sucesos traumáticos, tanto neurológicos como psicológicos, una persona no pudo adquirir o perdió la posibilidad de comunicarse verbalmente?
- ¡Pues imitar a la naturaleza y recuperar formas de comunicación que nos fueron útiles durante nuestro desarrollo!

- Si el arte le sirvió a la humanidad y le sirve a los niños, bien nos puede servir a nosotros para tratar diversas patologías con alteración de la comunicación. Por eso decimos que “cuando la palabra no alcanza, recurrimos al arte”.
- ¿Qué es la Danzamovimientoterapia, sino el uso del cuerpo como forma de comunicación? El movimiento y la actitud del cuerpo nos transmiten estados de ánimo: decaído en la tristeza, altivo en el orgullo y la alegría, agazapado en el miedo y la defensa. En la danza lo unimos a la música, la otra gran comunicadora de emociones. La música es prosodia, es “entonación” sin palabras. Un cambio en el tono, en el volumen o en el ritmo nos comunica distintas emociones: lento, en tono menor y poco intenso en la tristeza, rápido, en tono mayor y volumen alto en la alegría.
- Por medio de la danza y la música podemos acceder a estados subjetivos y emociones que no se pueden expresar hablando.
- En el Psicodrama y las técnicas teatrales también toman preeminencia las actitudes corporales, los gestos y la voz para “representar” distintos personajes y estados de ánimo. “Meterse” dentro de otro para “sentir” en el propio cuerpo lo que el otro sentiría y aprender de la experiencia enriqueciendo el propio bagaje de expresión.
- En las psicoterapias con niños, que aún no tienen un uso y control del lenguaje se usan los dibujos. Quien ideó la técnica, la Dra. Melanie Klein, antes de estudiar medicina y dedicarse al psicoanálisis, curso Historia del Arte en la Universidad de Viena. Pudo unir sus conocimientos de arte y ciencia, de las formas de expresar lo subjetivo y lo objetivo. Por supuesto la técnica no sólo es útil con niños sino con cualquiera con dificultad en comunicarse “digitalmente”. En ese caso podemos recurrir a la comunicación “analógica”.
- En la literatura y la poesía se usa engañosamente el lenguaje escrito que usamos todos siempre, pero no se usa de la forma habitual, para expresar hechos objetivos y referidos al mundo exterior. Un cuento o una novela relata cosas que bien podrían ocurrir, pero nunca ocurrieron, de lo contrario eso sería ciencia histórica y no literatura. El que escribe expresa metafóricamente cosas de las cuales muchas veces no es consciente. En poesía, expresión primordial de lo subjetivo, como las palabras comunes muchas veces no alcanzan, se inventan palabras nuevas. Los poetas son quienes nos surten de palabras.
- Cuando usamos arte en distintas terapias lo hacemos por necesidad. Al no poder comunicarnos con el lenguaje verbal tenemos que recurrir a formas de comunicación que fueron útiles a lo largo de nuestro desarrollo individual y en el desarrollo de nuestra especie a través de la cultura. Ampliamos la posibilidad de expresión y comunicación incluyendo lo emocional y lo intuitivo.

Bibliografía :

Anzieu Didier: Le psychodrame analytique. (Introducción a la teoría y a la técnica. Communication a la Société française de Psychanalyse, 2 de febrero 1954.)

Berdichevsky F., “El arte como recuperación del sentido vital”, XVI Congreso de APSA, abril de 2000, Mar del Plata; “Arte, humanismo y psicoterapia”, XVII Congreso de APSA, Abril del

2001, Mar del Plata; "El arte y la personalidad", Clase de Posgrado en el Curso sobre Personalidad, Necochea, 15-5-04, Anexo VII.

Caruso Carlos. "El arte en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades", en: Prevención en salud mental. Escenarios actuales. Elsa Wolfberg, compiladora. Lugar Editorial, Buenos Aires, 2002.

Berdichevsky F. Caruso Carlos.y otros: "Arteterapia. Experiencias desde Argentina" Editorial Akadia, Buenos Aires, 2009.

Caruso Carlos. "Silbando en la oscuridad. Música y Psicósomática". Editorial Akadia, Buenos Aires, 2010.

Caruso Carlos. "¿Y los sapos dónde se van a dormir? Cómo y porqué el arte cura." Editorial Akadia. Buenos Aires, 2012.

CAPÍTULO IV: TERAPIA NEUROCOGNITIVA

Sección Integración del Conocimiento

Dra Elba Beatriz Tornese

País: Argentina

Jefa de Servicio del Hospital “Dr. Braulio A. Moyano”, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Profesora Titular de la Universidad Abierta Interamericana, Buenos Aires.

Profesora Adjunta Equiparada de Anatomía de la Facultad de Medicina de la Universidad de Bs. As.

54-11-48556655 Mail: ebtornese@yahoo.com.ar



La terapia neurocognitiva o neuropsicológica se construyó de los aportes de la Neurociencia cognitiva, describiéndose como un tipo de técnica que tiene como objetivo restaurar, mantener o facilitar los procesos neurocognitivos, basándose en el principio de la neuroplasticidad. Se considera una forma de terapia neurocientífica o de reprocesamiento.

Su diseño involucró la estimulación de áreas corticales cerebrales intervinientes en el aprendizaje, pero su aplicación se generalizó abordando las funciones cerebrales implicadas en diferentes funciones cognitivas a fin de efectivizar su eficacia. De esta manera, se intenta modificar la estructura cerebral.

La terapia neurocognitiva aborda la cognición, contemplando su definición como el proceso por el que se adquiere y organiza la información del mundo externo e interno, transformándola en conocimiento.

Se ha considerado que el terapeuta neurocognitivo mantiene los principios básicos de la interrelación con el paciente, pero se apoya en la Teoría de la Mente o en principios derivados de las investigaciones sobre cognición social o los modelos de Inteligencia Interpersonal para desarrollar empatía y luego intervenir en variadas formas de aplicación según caso. (8)

El abordaje del terapeuta neurocognitivo parte de la construcción de esquemas sobre la base de la Neurociencia Cognitiva. Se reportó su utilidad en el dolor y en los trastornos de ansiedad y de alimentación, entre otros.

La terapia neurocognitiva se ha instrumentado como estimulación neurocognitiva, tanto en adultos como en adolescentes y niños. Se vio que en adultos mayores se emplea frecuentemente para prevenir o tratar el deterioro cognitivo, como en traumatismos craneoencefálicos, accidentes cerebrovasculares y demencias. Se han diseñado distintos programas de entrenamiento cognitivo, especialmente destinados a los adultos mayores, los que se vienen perfeccionando y mediante técnicas de informática se ha llegado a generar una intervención cerebral integral. En niños, la estimulación neurocognitiva se ha aplicado satisfactoriamente para desarrollar capacidades mentales y mejorarlas o para incidir en el

desarrollo y control de la conducta y las funciones ejecutivas. Además, la estimulación neurocognitiva se ha aplicado particularmente en los problemas de aprendizaje, el déficit de atención con hiperactividad y el retraso en el desarrollo cognitivo.

La estimulación cognitiva se sustenta en la flexibilidad cerebral e implica mejorar las capacidades como la atención, los procesos de orientación, la percepción (gnosias), el razonamiento, el pensamiento abstracto, la memoria, el lenguaje, el cálculo y la praxia. Su intervención es integral, pues también abarca la afectividad, la conducta y las relaciones interpersonales. (7,9)

Según Blakemore, el entrenamiento cerebral a través de la ideación de estrategias y la búsqueda de soluciones permite la adaptación al medio, inclusive la incorporación de ejercicios virtuales como los juegos lógicos, los videojuegos de simulación y los videojuegos educativos que mejoran ciertas habilidades cognitivas. El entrenamiento cerebral cognitivo genera potenciación sináptica. (2)

La terapia llamada de rehabilitación cognitiva o de rehabilitación de las funciones cerebrales superiores, representa un método terapéutico cuya finalidad es mejorar o compensar los déficits neurocognitivos producidos por los distintos trastornos que alteran el funcionamiento cerebral y lo desvían de su normalidad. Se vio que las funciones cognitivas pueden incrementarse o mantenerse o bien puede enlentecerse la progresión del deterioro según el caso. La actuación es sobre la base de la facilitación de la plasticidad neuronal. (3, 5)

La plasticidad es la capacidad del cerebro para remodelar las conexiones entre sus neuronas, es una capacidad de cambio que posee a lo largo de la vida. Se ha abordado como un proceso mediante el cual las neuronas llegan a incrementar sus conexiones con otras neuronas y a estabilizarse por la experiencia, el aprendizaje y la estimulación sensorial y cognitiva. Entonces, la neuroplasticidad o plasticidad neuronal pasó a implicar los cambios asociados a la neurona por su propiedad de establecer conexiones, con la característica no solo de incrementar en número sino de formar nuevos circuitos.

El alcance de la terapia de rehabilitación cognitiva se investigó en distintas capacidades cognitivas, reportándose beneficios en la atención, la memoria de trabajo, la flexibilidad cognitiva, la planificación y otras funciones ejecutivas, con incidencia en el funcionamiento social de los pacientes. (4)

Un tipo de terapia denominado Terapia de Remediación Cognitiva se ha aplicado a la inflexibilidad o rigidez cognitiva de pacientes mediante ejercicios cognitivos que interactúan en las áreas afectadas, potenciando así la flexibilidad cognitiva y el procesamiento global. Se han reportado los resultados favorables en la anorexia, permitiendo habilidades de cambio cognitivo. Se especificó que debido a la rigidez cognitiva se bloquea la implementación de técnicas terapéuticas de tipo emocional.

Si informó que la terapia neurocognitiva actúa por el entrenamiento de los procesos cerebrales básicos que aumentan y reorganizan las conexiones neuronales y, también, por la enseñanza de estrategias adaptativas.

En general, la concepción dinámica del cerebro y de neuroplasticidad derivó en el fundamento científico de la psicoterapia.

Para Kandel, la efectividad de la psicoterapia radica en los cambios comportamentales por aprendizaje, debido a los generados por la expresión génica y las conexiones sinápticas.

La psicoterapia facilita la plasticidad cerebral, implicando la integración de las redes neuronales.

La psicoterapia genera modificaciones en estructuras y circuitos cerebrales, así como en la transformación de los significados conceptuales y de las experiencias vivenciales.

Según Ralph, las regiones derechas e izquierdas del cerebro trabajan en conjunto para dar respaldo a la información conceptual, como que las regiones de un hemisferio actúan de *backup* del otro. En relación con el procesamiento conceptual, los conceptos estarían codificados por una red de regiones de la corteza cerebral coordinadas por un centro distribuidor en el lóbulo temporal. (6) Con respecto a la implicancia emocional, podemos recordar a LeDoux quien manifestó "...anatómicamente hablando, el sistema emocional puede actuar independientemente del neocórtex. Existen ciertas reacciones y recuerdos emocionales que tienen lugar sin la menor participación cognitiva consciente ". Por lo tanto, resulta valioso considerar las funciones hemisféricas cerebrales, la implicancia conceptual del hemisferio izquierdo y emocional del hemisferio derecho, a fin de determinar la estrategia de abordaje neurocognitivo.

Tryon, basado en la Neurociencia Cognitiva, propuso un modelo genérico conexionista de redes neuronales con procesamiento distribuido en paralelo implicado en la psicoterapia. (10)

La Neurociencia Cognitiva busca elucidar los mecanismos neurobiológicos de las facultades mentales, los estudia intentando entender cómo la función cerebral da lugar a la actividad mental.

Barsaglini et al. revisaron y analizaron trabajos de investigación en relación con la intervención de la psicoterapia en personas con trastorno mental. (1)

Las distintas investigaciones, incluyendo la aportada por la tecnología imagenológica, han llevado a la conclusión que la psicoterapia produce cambios en el funcionamiento cerebral, objetivándose que los cambios se asocian a una merma en la sintomatología de los pacientes. Por lo tanto, la psicoterapia puede considerarse capaz de interactuar con los patrones anómalos de la actividad cerebral, llegando a compensarlos.

Bibliografía:

1. Barsaglini A, Sartori G, Benetti S, Pettersson-Yeo W y Mechelli A. The effects of psychotherapy on brain function: A systematic and critical review. *Progress in Neurobiology* 2014; 114: 1–14.

2. Blakemore SJ, Frith U. Cómo aprende el cerebro. Las claves para la educación. Barcelona. Ed. Ariel. 2011.
3. Bush G, Whalen PJ, Rosen BR, Jenike MA, McInerney SC, Rauch SL. The Counting Stroop: An interference task specialized for functional neuroimaging - validation study with functional MRI. *Human Brain Mapping* 1998; 6:270-282.
4. DeRubeis RJ, Evans MD, Hollon SD, Gaivey MJ, Grove WM, Tuason VB. How does cognitive therapy work? Cognitive change and Symptom change in cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1991; 58: 862-869.
5. Frieri, L. Critical Review: Effectiveness of cognitive stimulation therapy groups for individuals with dementia. University of Western Ontario. School of Communication Sciences and Disorders. 2010.
6. Jefferies E, Patterson K, Ralph L, Matthew A. Deficits of knowledge vs. executive control in semantic cognition: Insights from cued naming. 2008. Disponible en: <http://biblioteca.versila.com/6882578>
- Orrell M. Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia. *British Journal of Psychiatry* 2003; 183: 248 – 254.
7. Pino JH, Román N, Dieguez, N, Iturry M, A. Álvarez Delvenne. NEUROCIENCIA COGNITIVA: Un Nuevo Modelo Terapéutico, La Terapia Neurocognitiva. 2005. Disponible en <http://www.psicopsi.com>
8. Tárrega L., Boada M., Morera, A., Guitart M., Domènech S, Llorente A. Cuadernos de Repaso: Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer en fase leve. Barcelona. Editorial Glosa. 2004.
9. Tryon, W.W. Cognitive neuroscience and psychotherapy: network principles for a unified theory. .USA. Academic Press – Elsevier. 2014.

CAPÍTULO V: ROL DE LA PSICOTERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Sección Medicina, Psiquiatría y Atención Primaria de la Salud

Dra. Susana Calero

Médica Psiquiatra, Coordinadora de la Sección “Medicina, Psiquiatría y Atención Primaria de la Salud” de APAL

País: Argentina

N° Teléfono: +541149027466 / Mail: susanacalero@fibertel.com.ar



Prof. Julio Torales

Profesor de Psiquiatría y Psicología Médica

Jefe del Departamento de Neurociencias, Facultad de Ciencias Médicas,

Universidad Nacional de Asunción

País: Paraguay

N° Teléfono: **+595971683748** / Mail: jtorales@med.una.py



Desde la sección de Medicina, Psiquiatría y Atención Primaria de la Salud de APAL recordamos una definición de medicina psicosocial donde se la señala como “puente entre la psiquiatría, la psicología y el resto de la medicina”, siendo el área de la clínica la que incluye todas las actividades diagnósticas y terapéuticas que realizan los especialistas de Salud Mental.

Sorprende que se cuestione, dude o suponga si Psicoterapia “Sí” o “No” en el ejercicio de la Psiquiatría. Se requiere que en todos los espacios, el paciente sea escuchado y contenido. La mayoría de las veces, los pacientes son excesivamente estudiados (los avances tecnológicos nos han llevado a eso), sin duda para un gran beneficio del paciente, pero durante este proceso los mismos han sido poco escuchados. Escuchar ayuda a detectar tanto el dolor físico como el dolor psíquico.

Se puede afirmar que la segregación, artificial, entre el tratamiento de salud mental y la atención primaria de salud, es considerada actualmente como anacrónica debido a que la mayoría de los pacientes con problemas psicosociales está dirigiéndose primero a sus proveedores de atención primaria (1). En ese sentido, el desarrollo de enfoques psicoterapéuticos válidos y ajustados a las características propias de la consulta en atención primaria es una tarea que psiquiatras y psicólogos de todo el mundo están abordando.

Los psiquiatras y psicólogos que trabajan en atención primaria se enfrentan a contextos únicos en la manera que prestan servicios terapéuticos en instalaciones de atención primaria: lo limitado del tiempo destinado a las consultas y la necesidad de ajustar sus intervenciones a pocas sesiones, debido a las dificultades inherentes de un sistema distinto a los hospitales de tercer nivel. Asimismo, la atención primaria en psiquiatría y psicología se distingue de la

atención secundaria, donde los pacientes típicamente se presentan con cuadros crónicos y severos y con factores de riesgo severos (2, 3).

Pero, ¿realmente funciona la psicoterapia en atención primaria? En corto, podemos afirmar que sí (4). Investigaciones recientes han confirmado la efectividad de intervenciones psicoterapéuticas breves (principalmente de corte cognitivo conductual, terapia de resolución de problemas y consejería) para el tratamiento rutinario de problemas psicosociales en atención primaria, tomando en consideración que algunos pacientes claramente deberán ser derivados a instalaciones donde se puedan realizar tratamientos de más largo plazo.

Ejemplo de caso

La Sra. A, de 70 años de edad, viuda, se presentó a la Unidad de Salud de la Familia por una historia de 8 meses de evolución de ataques en los que le costaba respirar, sentía que se atragantaba, sentía que iba a volverse “loca” y se queja de dolor en tórax. Se sentía también con mucha angustia al ir de compras al supermercado o tomar el bus. Estos ataques se repetían al menos 1 vez por semana.

El médico de familia descartó algún proceso orgánico y derivó a la paciente al consultorio del psiquiatra de atención primaria.

En la consulta con el psiquiatra, se llegó al diagnóstico de trastorno de pánico con agorafobia. Debido a que la Sra. A estaba poli medicada debido a una serie de patologías médicas (ácido úrico elevado, hiperlipidemia, diabetes, hipertensión arterial, y síndrome vestibular), se decidió no iniciar psicofármacos, optándose por un enfoque psicoterapéutico.

Debido a las limitaciones propias de un contexto de atención primaria, se estructuró el tratamiento en 8 sesiones. Se decidió enfocar el trabajo en entrenamiento en respiración, entrenamiento en relajación y reestructuración cognitiva (5), obviándose las técnicas de exposición debido a la multiplicidad de patologías médicas en la pacientes (por ejemplo, síndrome vestibular) y la imposibilidad de contar con atención médica adecuada en caso de complicaciones.

En las sesiones 1 y 2, se instruyó a la paciente sobre cómo utilizar la respiración abdominal, al primer signo de hiperventilación, ansiedad o ataque de pánico. Asimismo, se enseñó a la paciente técnicas básicas de relajación. La paciente fue motivada a practicar estas técnicas en su casa, incluso en periodos libres de síntomas.

En las sesiones 3 a 8, se trabajó con la paciente en la reestructuración cognitiva, identificándose primero creencias irracionales en la misma (por ejemplo, “si dejo de ir al supermercado, los ataques ya no sucederán), reestructurando el proceso del pensamiento y enseñando a la Sra. A técnicas de manejo de sus sensaciones corporales y de los síntomas físicos de la ansiedad.

La paciente cumplió con todas las sesiones, siendo la respuesta muy buena. A partir de la sesión 4, la paciente se encontraba ya libre de síntomas. Actualmente, solo ha recaído 1 vez, desde que finalizó la terapia (12 meses atrás).

En atención primaria, el desafío inicial para los psicoterapeutas es renunciar a la idea de la “curación” y hacer frente a los muchos problemas psicosociales que el paciente puede traer a consulta, contentándose con ver la evolución que tiene el paciente, a lo largo de las sesiones. Esto puede representar un cambio de mentalidad muy difícil para muchos terapeutas (2).

Otro desafío para los psicoterapeutas es balancear los procesos de autoexploración del paciente con el enfoque más directo que podría tener la psicoterapia en atención primaria. Para poder trabajar efectivamente en un modelo de psicoterapia breve, el psicoterapeuta debe enfocarse constantemente en encontrar la manera más eficiente de lograr los objetivos terapéuticos, muchas veces en un corto lapso de tiempo, lo que muchas veces puede implicar “dirigir” al paciente hacia ciertas áreas, y reducir el tiempo de discusión en otras.

Asimismo, se deben tener en cuenta las características médicas del pacientes, a la hora de diseñar las estrategias psicoterapéuticas, como se vio en con el ejemplo de la Sra. A. En los procesos psicoterapéuticos realizados en atención primaria, es responsabilidad del terapeuta ayudar al paciente a mantener un balance fundamental entre el “cambio” y la “estabilidad”. Debido a las limitaciones de tiempo, el terapeuta debe ser cauto al hacer frente a los mecanismos de defensa y estilos de afrontamiento que el paciente ha desarrollado (6).

En resumen, podemos afirmar que la psicoterapia es útil en atención primaria y, para ser exitosa, debe tomar matices distintos a los usualmente utilizados en la atención secundaria. Debemos insistir en la necesidad de no buscar que siempre el psicofármaco resuelva los problemas. La psicoterapia es estar, es acompañar, es ayudar a ver, es escuchar. Si el paciente pudiera detectar en solitario sus áreas de conflicto, no recurriría a ningún profesional. Sea cual sea la orientación terapéutica, la psiquiatría debe ser capaz de aplicar y utilizar la psicoterapia.

Es cierto que en la actualidad, desde áreas no reconocidas profesionalmente, se está actuando y generando riesgos en la salud, pero esto se debe al abandono de nuestro lugar profesional. El equipo inter y multidisciplinario es de suma importancia para la atención en salud mental, pero el mismo debería ser supervisado por un psiquiatra que, además de psiquiatra, es médico y no dejará de contemplar todas las dolencias del paciente. En este sentido podemos reafirmar aquello que se suele decir: que el médico transmite tranquilidad al paciente con su sola presencia.

Bibliografía:

1. Alexander CL, Arnkoff DB, Glass CR. Bringing Psychotherapy to Primary Care: Innovations and Challenges. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2010; 17: 191–214.
2. Lyons R, Low P. Brief Psychological Therapy in Primary Care: The Psychologist's Challenge. *New Zealand Journal of Psychology* 2009; 38(1): 24-31
3. Frank R, McDaniel S, Bray J, Heldring, M. Primary Care Psychology. Washington, DC: American Psychological Association; 2004.

4. Cape J, Whittington C, Buszewicz M, Wallace P, Underwood L. Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression. *BMC Medicine* 2010 8: 38-39.
5. Pompoli A, Furukawa TA, Imai H, Tajika A, Efthimiou O, Salanti G. Psychological therapies for panic disorder with or without agoraphobia in adults: a network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016; 4: CD011004.
6. Rothwell N. How brief is solution focused brief therapy? A comparative study. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 2005; 12: 402-405.

CAPÍTULO VI: IMPORTANCIA DE LAS PSICOTERAPIAS EN EL ABORDAJE DE LAS VIOLENCIAS

Sección Violencia, Sociedad y Patologías emergentes

Dr. Horacio Vommaro (Coordinador)

Ex Presidente de la Asociación de ^Psiquiatras Argentinos (APSA)
Director del Curso de Actualización en Psiquiatría con orientación
en Neurociencias Facultad de Medicina (UBA- INEBA)

País: Argentina

Teléfono: 54111552485189 / Mail: horacio.vommaro@gmail.com



En los últimos años se ha observado un incremento notable en las patologías ligadas a la violencia y la exclusión social. Hoy los problemas sociales inundan no solo los servicios de psiquiatría sino también las guardias de hospitales generales, salas de clínica médica y hasta de cirugía. La formación tradicional no prepara al médico para abordar las problemáticas vinculares y sociales y las instituciones asistenciales no están en condiciones de dar una respuesta terapéutica adecuada a estas nuevas demandas. El marco social y cultural es donde se inscribe el malestar subjetivo contemporáneo. No olvidemos que lo social y la cultura son factores importantes en el proceso de subjetivación, es decir la forma en que se organiza el deseo y la fantasía. A su vez las modificaciones en la subjetividad generan nuevas espacialidades y temporalidades. El espacio y el tiempo no son simplemente contenedores físicos de la acción humana, sino que representan, en un mismo momento, al contenedor y a los contenidos de las prácticas sociales.

Las instituciones en su relación con la subjetividad tienen como basamento a los sujetos presentes en su nacimiento como actores y portadores de las mismas. Las tramas vinculares en que el sujeto está inmerso nunca son un elemento aislado, expresan la articulación de los sucesivos ámbitos institucionales y sociales. El desafío es pensar de manera diferente la demanda actual, no sólo para abordarla sino fundamentalmente por las características diferenciadas de cómo se expresa la subjetividad y el tipo de representaciones sociales. Ya no basta con una clínica que tenga en cuenta el factor social, hay que generar una clínica del sujeto social y vincular. Se trata de ir construyendo una subjetividad historizada para poder actuar sobre el presente.

Las nuevas realidades sociales atraviesan nuestra práctica clínica y configuran un nuevo escenario social y cultural que nos obliga a reflexionar sobre estos cambios y a pensar en los ajustes necesarios en nuestras prácticas y saberes. . La relación médico – paciente es un encuentro de subjetividades, por lo cual se establece, tomando en consideración un concepto psicoanalítico, un campo transferencial. También en el acto de medicar se produce una relación donde opera la palabra. La experiencia clínica muestra que en dispositivos de internación el fármaco puede indicarse como componente químicamente puro, como placebo, expresión de un campo atravesado por la sugestión y las creencias de quien lo da y quien lo recibe y siempre connotado por el significado que el psicofármaco tenga en la historia familiar y personal del paciente. La problemática institucional atraviesa al cuerpo humano, densidad somática atravesada por las contradicciones sociales; y corporalidad sufriente de las presiones y las violencias que minan, su validez, su unidad psicofísica, su salud.

La palabra violencia remite a una multiplicidad de significados (violencia social, violencia familiar, violencia de género, violencia verbal, violencia simbólica, violencia institucional). Todas estas significaciones responden a manifestaciones comunes y a fenómenos singulares de cada una de las diferentes modalidades de violencia.¹

La violencia en sus distintas expresiones es un problema de Salud Pública. La Salud Mental es parte de la Salud Pública. Podríamos afirmar que ha cobrado el carácter de epidemia social. En toda epidemia hay una responsabilidad insoslayable de los distintos niveles del Estado por su carácter intersectorial y de atravesamiento de todos los sectores sociales. La violencia puede ser entendida desde distintas comprensiones teóricas y distintos posicionamientos ideológicos. Su multicausalidad presupone abordajes múltiples. Es importante subrayar que carecemos de una epidemiología de la violencia. La violencia presupone partir de la posesión del otro pensado no como otro semejante sino como un vínculo asimétrico.

La violencia impone nuevas lealtades y pactos de silencio, El otro es alguien a dominar. No reconoce la posibilidad de consentir o disentir. Si la violencia es todo aquello que instaura un grado de destitución subjetiva, tenemos que ensayar hipótesis y relaciones sobre la subjetividad, la identidad y la otredad como factores coadyuvantes para comprender su trama intrínseca y sus consecuencias. A diferencia de la agresividad que es una respuesta ante una amenaza y tiene función de autopreservación; la violencia se da en relaciones asimétricas.

La psiquiatría aporta a la medicina una nueva noción de síntoma. El síntoma con lleva lo biológico, lo psicológico, lo social y lo cultural. Esta noción complejiza el criterio de causalidad biológica al integrarlo al de una causalidad psíquica vinculada a lo social y cultural. Los psiquiatras ocupamos un lugar en el que se nos interpela sobre cada uno de los componentes de esta noción de síntoma.²

Saber que no todas las violencias son iguales permite realizar una evaluación más rigurosa y específica. De esta forma, se aumenta la eficiencia y la eficacia de las intervenciones en violencia, por cuanto se podrían desarrollar modos más especializados para cada situación de violencia. En la etapa de evaluación es importante tener en cuenta la gravedad y riesgo de la violencia para evitar que el espacio de la terapia y el terapeuta no se conviertan en un ámbito que posibilite la violencia. El terapeuta tiene que dejar en claro que se sostiene el espacio terapéutico solo en la ausencia de violencia. La violencia es un modo de vínculo donde no solo sufre las consecuencias la persona que la padece sino que también puede transmitirse como modalidad relacional en otros vínculos.

En los últimos años se ha observado un incremento notable en las patologías ligadas a la violencia y a la problemática social. Estos problemas abundan no solo los servicios de psiquiatría sino también las guardias de hospitales generales, salas de clínica médica y hasta de cirugía. El denominador común más frecuente es una demanda que desborda las estructuras existentes y que expresa vínculos caracterizados por la violencia y la fragmentación. Estas experiencias resaltan la importancia de una mirada que incluya el lazo vincular y social. En los últimos tiempos ha cobrado mayor relevancia la clínica con predominio de la inhibición y las patologías del acting out y pasaje al acto. Las patologías vinculadas con el consumo y la acción se articulan con la cultura predominante. El progresivo deterioro de las condiciones de vida ha contribuido al aumento de los padecimientos sociales

¹ Deprati, María Cristina (Comp.) Violencia, del apego a lo social. Bs. As. Letra Viva 2014

² Ibídem

como la violencia y las adicciones, y a sufrimientos subjetivos inseparables de su contexto vincular caracterizado por la fragilidad de los lazos, la desintegración familiar y el abuso. Se han incrementado diferentes modalidades de violencia social, familiar y escolar. Aumentan las situaciones de maltrato y abuso infantil. Lo traumático de un acontecimiento se expresa en relación con el factor sorpresa y el efecto de horror. Situación inesperada en la que la persona queda perpleja con modificación de los tiempos y espacios conocidos. Situación que por su velocidad y condiciones se asemeja a lo siniestro (el horror de lo familiar). El desafío es que la tragedia no sea solo trauma sino experiencia subjetiva. En definitiva que no se celebre la vida con la muerte. Se trata de que ese antes y después que marca la situación traumática pueda establecer un puente, la posibilidad de entender el sentido y la razón de la tragedia. La vida humana no es sin conflicto, los conflictos son parte de la vida personal y social pero depende de cómo se los tramite tanto individual como socialmente el tipo de consecuencias posibles que puedan ocasionar.³

El trauma siempre deja marca, pero depende de condiciones individuales y sociales la calidad de las secuelas. Las consecuencias de las violencias serán tanto psicológicas como fisiológicas. Sus efectos pueden permanecer por mucho tiempo, y presentarse también a corto, mediano y largo plazo. A) Desde lo psíquico: impacto emocional desorganizante, desamparo, desesperanza (suicidios, depresiones graves, estados de futilidad, apatía y violencia).

B) Desde lo somático: enfermedades psicosomáticas, adicciones.

C) Desde lo social: ruptura de lazos sociales, deterioro personal y de vínculos familiares.

El abordaje a través de la palabra ayudará a procesar el trauma. El vínculo psicoterapéutico es una tarea de ir encontrando las palabras que expresen el horror vivido.⁴

Para comprender la importancia de las psicoterapias en el abordaje de las diferentes violencias es necesario desentrañar la manera como la actividad del cerebro se relaciona con la psique y el comportamiento, las dos manifestaciones que constituyen el tema de estudio de la psiquiatría. La formación del psiquiatra tiene que necesariamente contemplar: a) Una teoría del Sujeto; b) Una teoría de la conducta; c) Una teoría neurocientífica. Desde el inicio de la humanidad la cabeza y luego el cerebro fueron motores de la indagación de las cualidades que distinguen al humano de otros seres vivos. La mente consciente que se abre a realidades inteligibles tiene un modus operandi esencialmente distinto a la ejecución algorítmica de un computador. El cerebro es mucho más complejo que una supercomputadora. . El cerebro del hombre es el más complejo objeto psíquico del mundo viviente

Como sabemos del interjuego de la estructura genética y del medio cultural sobre las emociones y el temperamento se constituirá el carácter y la personalidad. Estudios recientes aportan evidencias de la implicación de procesos epigenéticos en el desarrollo de fenotipos conductuales en diversos trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia, depresión, adicción a drogas y trastornos de ansiedad. Respecto a la duración de los efectos epigenéticos, se ha encontrado que las marcas epigenéticas pueden persistir hasta la edad adulta e influir en la vulnerabilidad a la psicopatología.⁵ El sujeto es una realidad compleja y abierta, comprenderlo

³ Vommaro H, Garramuño J. Tobal D." Desafíos en Salud Mental" Buenos Aires, Ed. Polemos, 2011

⁴ Vommaro, Horacio: Resiliencia, Trauma y Subjetividad Revista de APSA 2006

⁵ Lorea Conde, I. y Molero, P. (2015), "Implicaciones de los mecanismos epigenéticos en el desarrollo y tratamiento de los trastornos de la personalidad", Actas Esp. Psiquiatría 43(2): 42-50

implica desarrollar una mirada integral, multidimensional y la construcción de redes dinámicas y múltiples. La plasticidad es inherente a cada sujeto. La experiencia de cada sujeto es única y tiene un impacto único. La plasticidad es el mecanismo por el cual cada sujeto es singular y cada cerebro único. En el siglo pasado se pensaba que el proceso de neurogénesis, que ocurre, por ejemplo, en el giro dentado del hipocampo, se desarrollaba durante las primeras etapas de la vida de los individuos. Desde hace ya algunas décadas se comprobó que el proceso de fabricación de neuronas no termina en el desarrollo temprano sino que acompaña a las personas por el resto de sus días. No es un mecanismo que se activa solo por una lesión o traumatismo sino que es una propiedad del Sistema Nervioso Central durante toda la vida.. La plasticidad sináptica es una propiedad de las células cerebrales que hace posible que el sistema nervioso supere las restricciones que la genética le impone. El fenómeno de la plasticidad demuestra que la experiencia modifica permanentemente las conexiones entre las neuronas y los cambios son tanto de orden estructural como funcional. ⁶El cerebro es considerado, entonces, como un órgano extremadamente dinámico en permanente relación con el medio ambiente, por un lado, y con los hechos psíquicos o los actos del sujeto, por otro. Su organización y función se entrelaza en compleja interacción con el aparato psíquico. El hecho trascendental desde esta perspectiva es que lo psíquico, lo representacional, las inscripciones de las experiencias subjetivas modifican los circuitos neurofisiológicos. Lo que altera profundamente el criterio de que solo lo biológico es modificador de la subjetividad.

Por ejemplo, si un infante trae un carga genética que lo predispone a ser muy agresivo (gen del transportador de serotonina), pero recibe cuidados maternos óptimos en cantidad y calidad (afectivos), la expresión de estos genes no ocurre, y el nivel de agresividad de este infante, cuando sea adolescente o adulto, no será alta. Estos cambios epigenéticos pueden ser transmitidos de una generación a otra (transmisión intergeneracional). La epigénesis abre un campo común en la intersección cerebro-mente. Lo común esta dado en que no se puede comprender al cerebro y el aparato psíquico solo desde la biología sin incluir lo histórico, social y cultural.

En las situaciones de violencia pensar al hombre como una unidad mente-cuerpo-ambiente permite que la mirada clínica, hecha desde esta semiología, pueda realizar una construcción histórica del paciente centrada en el sujeto mismo, y no en una exclusiva sumatoria de síntomas y posibilita lograr procesar los efectos del trauma. El proceso psicoterapéutico no solo implica trabajar sobre los síntomas y consecuencias de las violencias sino también comprender las conductas, las emociones y los procesos cognitivos. Juega un papel importante el componente social en la construcción subjetiva, entendiéndolo desde la experiencia personal y la manera que impacta en la afectación emocional. Es frecuente que en los casos de abuso infantil lo que agrava las consecuencias del trauma es la desmentida materna. En mi experiencia clínica una paciente que había sido abusada por su abuelo, en circunstancia de una entrevista vincular con la madre, irrumpe en un grito: mamá no me cuidaste” cuando la madre relata que había sido abusada por su padre; abuelo de la paciente. Es necesario evaluar la red vincular para poder trabajar con los vínculos de apoyo y seguridad de la depositaria de la violencia de tal modo que puedan ser parte de la elaboración de la experiencia traumática.

⁶ Pierre Magistretti y Francois Ansermet A cada cual su cerebro: Plasticidad neuronal e inconsciente Bs. As. Katz Editores 2006

Un rasgo fundamental de la clínica del vacío: modalidades adictivas, satisfacción pulsional inmediata y desinvestidura del pensamiento y la palabra. Una faceta de exceso, la pulsión desamarrada, imposible de satisfacer, donde el vacío ocupa el lugar del deseo. Una faceta de carencias tempranas que inciden decididamente en la construcción del psiquismo y en la maduración del sistema nervioso central, donde la palabra es reemplazada por la acción y el afecto por el cálculo operacional. Un efecto es la objetualización de la relación entre las personas. En las llamadas patologías del vacío lo observables es:

- a) La impulsividad sin mediar la palabra
- b) La transgresión sin mediar el Derecho-Ley fundante
- c) Las diversas adicciones, obtención del placer ya
- d) La violencia como desconocimiento del otro humano
- e) El aislamiento, donde el otro es hostil

Se despliega en esta clínica una lógica paradójica: la ambigüedad, contraria a la del conflicto: la ambivalencia. Cuando se plantea las modificaciones sociales de existencia y los cambios de las redes vinculares se remarca que el sujeto y su subjetividad se resignifican en torno a la constitución de nuevas identidades colectivas. El desafío es una conceptualización del sujeto que rupte la disociación entre la externalidad y el andamiaje interno del sujeto.

El abordaje antropológico es el más aplicable porque comprende el estudio de las variantes de los grupos humanos considerando tanto sus caracteres biológicos como socioculturales, es decir un enfoque biológico, social y humanístico. En el diseño de la estrategia terapéutica es importante tener en cuenta la integración del paciente con su red social (familiar y comunitaria); la estrategia terapéutica enfatiza el proceso de comprometer al conjunto de la red en el abordaje de las violencias.. Para los pacientes, es fundamental que se los escuche. Todos piensan y saben que la cura se inicia a través de las palabras, de las palabras que van y vienen, que construyen una narrativa del horror padecido. Para construir esta narrativa hay que darle la palabra al sujeto para escuchar lo que no puede ser comprendido

Hay situaciones en la infancia en las cuales se expresa un sentimiento de desvalimiento que da lugar a la más profunda de las angustias: se trata de la sensación de “des-auxilio”, de “des-ayuda”, sentir que el otro del cual dependen los cuidados básicos no responde al llamado, deja al ser sometido no sólo al terror sino también a la desolación profunda de no ser oído, a tal punto que puede devenir en “marasmo”, un dejarse morir por abandono de toda perspectiva de reencuentro con el objeto de auxilio.

La relación entre institucionalidad y la condición subjetiva de lo humano se puede pensar en dos sentidos con consecuencias distintas en cuanto a la actitud ante el problema humano de la causalidad. Uno es la concepción del sujeto autofundado y autosuficiente (responsables absolutos de su propia existencia) y el otro es la construcción institucional de la subjetividad como construcción cultural de un momento fundante.

Dos conceptos, dos maneras de comprensión o un criterio del cerebro aislado autosuficiente o el hombre en relación con su medio, que porta una biografía única en relación a su singularidad como sujeto.

La idea del sujeto autofundado genera desamparo, en tanto desconoce que la causalidad psíquica es también una causalidad de orden institucional. Con lo cual lo que es del orden del lazo social se presenta sólo como individual. El sujeto está atravesado por el tipo de subjetividad socialmente instituida. La sociedad irrumpe cada vez más tempranamente en

cada persona desde los inicios de la niñez a través de los medios de comunicación y de los enormes avances de la comunicación y la técnica.

En la demanda actual la perturbación psíquica se presenta cada vez más como una epidemia social. La producción social de subjetividad conlleva la eficacia de la acción por sobre la palabra, la velocidad de respuesta por sobre el tiempo para pensar, el pragmatismo por sobre la reflexión.

Subrayamos que en el curso de una psicoterapia se puede modificar la microestructura del cerebro y se pueden producir cambios neuroquímicos similares a los de los psicofármacos. Es la subjetividad actuando y modificando lo neurobiológico.

La clínica que nos demanda se funda en la dialéctica intimidador- intimidado, por lo cual es importante considerar los rasgos principales de la sociedad en que nos toca vivir vinculados a las características de las patologías más frecuentes. Generalmente en las consultas por motivos de diferentes violencias, pánico y depresión nos encontramos ante personas intimidadas, por lo que es importante crear un espacio de "intimidad". Se trata de personas que no sólo no pueden generar intimidad con los demás, sino que tampoco la tienen con ellos mismos. Se defienden de su propio interior angustiante, paralizante, sobre el cual no pueden pensar. Vivencian la situación por la que atraviesan de manera amenazante y por eso pueden llegar a amenazar. Se trata de ir construyendo una subjetividad historizada para poder actuar sobre el presente. Crear un espacio de intimidad posibilita generar una dialéctica entre el otro en la relación social y los otros interiores de la estructura psíquica, una dialéctica diferente a la de amenazado/ amenazador con la que se inaugura con frecuencia este tipo de consulta.

Es necesario apelar a la constitución de equipos de carácter multidisciplinario para poder abordarla en su complejidad. El carácter policausal y polifacético de la violencia demanda un enfoque que integre saberes e instituciones.

Bibliografía:

1. Deprati, María Cristina (Comp.) Violencia, del apego a lo social. Bs. As. Letra Viva 2014
2. Lorea Conde, I. y Molero, P. (2015), "Implicaciones de los mecanismos epigenéticos en el desarrollo y tratamiento de los trastornos de la personalidad", Actas Esp. Psiquiatría 43(2): 42-50
3. Pierre Magistretti y Francois Ansermet A cada cual su cerebro: Plasticidad neuronal e inconsciente Bs. As. Katz Editores 2006
4. Vommaro, Horacio: Resiliencia, Trauma y Subjetividad Revista de APSA 2006
5. Vommaro H, Garramuño J. Tobal D." Desafíos en Salud Mental" Buenos Aires, Ed. Polemos, 2011

CAPÍTULO VII: PSICOTERAPIA Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Sección Violencia Intrafamiliar

Prof. Andrés Arce

Profesor y Jefe de la Cátedra de Psiquiatría. Profesor y Jefe de la Cátedra de Psicología Médica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción
Coordinador de la Sección “Violencia Intrafamiliar”, Asociación Psiquiátrica de América Latina

País: **Paraguay**

N° Teléfono: **+595981419679** / Mail: drandresarce@gmail.com



Prof. Julio Torales

Profesor de Psiquiatría y Psicología Médica.

Jefe del Departamento de Neurociencias, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción

Secretario Regional para el Cono Sur de la Sección “Violencia Intrafamiliar”, Asociación Psiquiátrica de América Latina

País: **Paraguay**

N° Teléfono: **+595971683748** / Mail: jtorales@med.una.py



Conceptos

Puede definirse a la violencia intrafamiliar como *“la violencia ejercida en el terreno de la convivencia familiar o asimilada, por parte de uno de los miembros contra otros, contra alguno de los demás o contra todos ellos”* (1).

Comprende todos aquellos actos violentos, desde el empleo de la fuerza física, hasta el hostigamiento, acoso o la intimidación, que se producen en el seno de un hogar y que perpetra, por lo menos, un miembro de la familia contra algún otro familiar. El término incluye una amplia variedad de fenómenos, entre los que se encuentran algunos componentes de la violencia contra las mujeres, violencia contra el hombre, maltrato infantil, o padres de ambos sexos (2, 3).

Puede manifestarse a través de golpes, insultos, manejo económico, amenazas, chantajes, control, abuso sexual, aislamiento de familiares y amistades, prohibiciones, abandono afectivo, humillaciones o al no respetar las opiniones, son estas las formas en que se expresa la violencia intrafamiliar, comúnmente en las relaciones de abuso suelen encontrarse combinadas, generándose daño como consecuencia de una o varios tipos de maltrato.

En toda Latinoamérica, cada día, personas, principalmente mujeres y niños, son víctimas de violencia mortal o no mortal, cuyas lesiones físicas (y psicológicas) requieren tratamiento en servicios de urgencias. En este contexto, muchas víctimas de maltrato físico, sexual o psicológico, no solicitan ayuda del personal de salud ni de otras autoridades, en un marco de silencio cultural. Comprendiéndose que muchos de estos comportamientos violentos están

influidos significativamente por el consumo de alcohol, la relación parento-filial y el apoyo social de los pares; siendo estos saberes importantes para idear estrategias integrales eficaces de prevención adaptadas al contexto (4, 5).

Si bien todas las personas que integran una familia pueden ser víctimas de violencia, quienes la sufren con mayor frecuencia se encuentran principalmente en los grupos definidos culturalmente como los sectores con menor poder dentro de la estructura jerárquica de la familia, donde las variables de género y generación (edad) han sido decisivas para establecer la distribución del poder en el contexto de la cultura patriarcal. De esta manera las mujeres, los menores de edad (niños y niñas) y a los ancianos se identifican como los miembros de estos grupos en riesgo o víctimas más frecuentes, a quienes se agregan las personas con discapacidad (físicos y psicosocial) por su particular condición de vulnerabilidad. Los actos de violencia dirigidos hacia cada uno de ellos constituyen las diferentes categorías de la violencia intrafamiliar.

Rol de la psicoterapia

Desde el psicoanálisis se explica que las indeseadas situaciones de violencia están presentes en toda familia, pues en todo ser humano existen desde la temprana infancia tendencias e impulsos agresivos que surgen en la relación con el semejante y que deben ser descargados, pues la imposibilidad de descargar estos impulsos genera displacer (6).

No obstante, intentar describir todas las escuelas, aproximaciones y enfoques que hacen a los tipos de intervención psicoterapéutica para el manejo de situaciones de violencia intrafamiliar escapa a los objetivos de este breve capítulo.

La violencia intrafamiliar constituye en la actualidad un problema social de primer orden. Frente a las formas más graves y/o asentadas como fenómenos a combatir, están apareciendo nuevas manifestaciones; episodios de violencia graves a edades cada vez más tempranas, acoso escolar, violencia de hijos a padres, entre otros. Muchos de estos fenómenos se producen en el entorno familiar o es factible que su factor precipitante se encuentre en este ámbito (7). Frente a la dinámica de intervención y explicación víctima-agresor, la psicoterapia debería sumarse a la corriente que aboga por la necesidad de un enfoque preventivo global sobre el origen y el mantenimiento de la violencia que se produce en el seno de las familias (8), fortaleciendo las capacidades, las relaciones afectivas y el equilibrio intrafamiliar, como vía para prevenir las conductas violentas en el futuro, en cualquiera de sus expresiones.

El enfoque de prevención sobre la violencia intrafamiliar puede ser útil a la hora de diseñar orientaciones preventivas generales, tales como (7):

1. La coherencia, proveniente de los padres, manteniendo siempre el mismo criterio, que permita corregir desde el principio las conductas agresivas del hijo;
2. La educación para la empatía y transmitir a todos los integrantes de la familia afecto y valores basados en la comunicación y el respeto mutuos; y,
3. La educación para la responsabilidad inculcando el binomio esfuerzo-responsabilidad hacia la colectividad. Los padres han de aprender a decir no al hijo, sin crispación, sin

violencia, sin temor a que esta negativa provoque en el niño reacciones negativas en el presente o en el futuro.

Se debe recordar que la permisividad no es educativa y que inculcar pautas y pequeños hábitos de comportamiento hechos como rutina pone los fundamentos de una vida futura en que el niño sea capaz de asumir sus decisiones. Asimismo, las intervenciones psicoterapéuticas con población joven por un delito de violencia intrafamiliar tienen que ser diferentes a la que se hacen por otras conductas delictivas, prioritariamente desde el ámbito de la salud mental familiar o individual, de la mediación comunitaria y del ámbito social (9).

Se hace necesario recalcar que en psicoterapia lo terapéutico no es meramente la técnica. Esto es así especialmente en una problemática como la de la violencia intrafamiliar en la que las emociones y la implicación vital son tan intensas. Una entrevista clínica no es una mera operación o transacción, sino que es también una relación. La perspectiva y la actitud terapéutica y la calidad de la relación son también factores de cambio. Pero por otro lado es sabido que muchas intervenciones son efectivas. Lo son especialmente cuando se implementan en el momento adecuado. Emplearlas en un momento menos adecuado aumenta el riesgo de gastarlas, sin que resulten útiles. Aunque no haya reglas estrictas para este proceso, sí existen orientaciones. Son esas orientaciones las que todo psiquiatra debe aprender, comprender y practicar desde su egreso de la escuela de postgrado (10).

Finalmente, el valor de los protocolos y guías existentes es el de orientar la acción terapéutica proporcionando por un lado un mapa de lo que sucede y de los recorridos posibles, y por otro lado facilitando el acompañamiento del paciente. La psicoterapia no depende sólo de las acciones unilaterales de los terapeutas. Éstos pueden proponer, indicar, acompañar, orientar o hasta emocionarse con los pacientes. Pero no pueden dar efectivamente por sus pacientes los pasos que hacen que sus vidas y problemas mejoren o empeoren. Son los pacientes los que, finalmente, deberán dar esos pasos, en el momento en que se sientan seguros y confiados, reforzados por el trabajo realizado con el terapeuta.

Bibliografía:

1. Mora Chamorro H. Manual de protección a víctimas de violencia de género. Alicante: Editorial Club Universitario; 2008.
2. Villacampa Estiarte C. Violencia de Género y sistema de justicia penal. Valencia: Editorial Tirant lo Blanch; 2008.
3. Gelb J; Lief Palley M. Women and Politics around the World: A Comparative History and Survey. Santa Barbara CA: ABC-CLIO; 2009.
4. Moreno M, Torales J. Violencia y salud mental. *Revista Paraguaya de Psiquiatría* 2015; 3 (1): 7.
5. Torales J. La violencia contra las mujeres es un problema de estado: Programa de 14 puntos para la Prevención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres. *Revista Paraguaya de Psiquiatría* 2015; 3 (1): 70-73.
6. Aramburo NU. Nuevas perspectivas sobre violencia intrafamiliar. Un enfoque psicoanalítico. *Affectio Societatis* 2010; 7: 18-19.
7. Alonso Varea JM, Castellano Delgado JL. Por un enfoque integral de la violencia familiar. *Intervención Psicosocial* 2006; 15(3): 253-274.

8. Trujano P, Nava C, Tejeda E, Gutiérrez S. Estudio confirmatorio acerca de la frecuencia y percepción de la violencia. *Intervención Psicosocial* 2006; 15(1): 95-110.
9. Romero F, Melero A, Cánovas C, Antolín M. La violencia de los jóvenes en la familia: una aproximación a los menores denunciados por sus padres. Barcelona: CEJFE - Generalitat de Catalunya; 2005.
10. Manjón González J. Psicoterapia Ambulatoria con Mujeres Víctimas de Violencia de Pareja: Una propuesta desde el Modelo Transteórico del Cambio. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2012; 32(113): 83-101.

CAPÍTULO VIII: ROL DE LAS PSICOTERAPIAS EN LOS TRAUMAS SOCIALES

Sección Salud Mental, Derechos Humanos y Emergencias Sociales

Dra. Mariana Lagos

Médica psiquiatra y psicoterapeuta-

Presidente del Capítulo de Salud Mental, Derechos Humanos y Emergencias Sociales de APSA y Coordinadora de la Sección homónima de APAL.

Miembro del Consejo Internacional de Rehabilitación de Víctimas de Tortura (IRCT- Copenhague). (2013-actualidad)

País: **Argentina**

Nº Teléfono: **+54 9 11 6165 3535** / Mail: m Lagos@intramed.net



**“Hay que cuestionar lo dado, esa es la función del saber”
Cornelius Castoriadis (1922-1997)**

Las problemáticas derivadas de la violación de derechos humanos y los traumatismos sociales ocurren en Latinoamérica en distinta magnitud y formas, pero tienen aspectos comunes tanto en sus causas, como en las estrategias de abordajes clínicos y psicosociales.

A nivel regional, son múltiples las situaciones que implican la afectación de personas, familias y grupos que sufrieron o sufren persecución, secuestro y torturas. Se puede mencionar a las víctimas del terrorismo de Estado durante las dictaduras militares, que rigieron en las décadas de los 60, 70 y 80, muchas de ellas, hoy constituidas en querellantes y testigos, en las causas por delitos de Lesa Humanidad, como por ejemplo en Argentina o en Guatemala con el reciente Juicio por delitos sexuales del caso de Sepur Zarco. Los miles de desplazados y asesinados en Colombia a causa del conflicto armado interno. Afectados por problemáticas derivadas de la violencia estatal actual en México y Honduras, como el caso paradigmático de los 43 normalistas desaparecidos de Ayotzinapa, en septiembre de 2015 y el asesinato de Berta Cáceres, reconocida líder indígena y ambientalista hondureña el 3 de marzo de 2016. También miles de víctimas por la criminalización de la protesta social, por la trata de personas y la violencia de género. Las personas privadas de su libertad que sufren hacinamiento, tortura y muerte en las cárceles y centros de detención. Y en términos generales todas aquéllas derivadas de las graves condiciones de pobreza, exclusión social y narcotráfico tan trágicamente instaladas en todo el continente.

Las situaciones traumáticas de origen social, invaden violentamente la vida de las personas y producen una pérdida generalizada de los factores de apuntalamiento material y psíquico.

Sus efectos tienden a desestructurar el psiquismo y a paralizar y/o obstruir la implementación de respuestas adaptativas adecuadas. Avasallan al sujeto, afectando violentamente su subjetividad.

Impactan a nivel multigeneracional y causan profundos trastornos en las víctimas directas y en el conjunto del cuerpo social.

Los traumas sociales corresponden a aquellos daños físicos y muertes, en los que el Estado pierde su función de garante simbólico, y por acción u omisión tiene relación y responsabilidad en los eventos traumáticos. El trauma impacta en la vida de quienes lo padecen, generalmente asociado a la pérdida de seres queridos, provocando condiciones psicológicas derivadas del derrumbe psíquico, y excede el orden de lo privado para instalarse en la escena social. Con la consiguiente falta de apoyatura por parte de las diversas instancias de la estructura del Estado, que acentúa los sentimientos de desprotección y desamparo. Condiciones a las que se suman otros elementos que inciden en la subjetividad colectiva como por ejemplo la incidencia de los medios de comunicación masivos,⁷

La psicoterapia, entendida como todo método de tratamiento de los desórdenes psíquicos o corporales que utilice medios psicológicos y, esté mediatizada por la relación del terapeuta con el paciente, permite la puesta en palabras de lo padecido y de lo silenciado como parte del trabajo elaborativo necesario en las situaciones traumáticas. Es el instrumento privilegiado para los abordajes clínicos y psicosociales. Ya sea en dispositivos convencionales bipersonales o familiares, como en los grupales o intervenciones no sistematizadas.

La problemática de la elaboración del trauma, en tanto, trabajo psíquico de ligadura, está vinculada muy estrechamente al sentido que éste adquiere para cada persona y a la posibilidad de encontrar y mantener apoyos adecuados para el psiquismo.

El relato de lo ocurrido y las vivencias asociadas, implica un trabajo de historización, con efectos terapéuticos.

Se tiende a construir y recuperar un orden simbólico subjetivante en un modelo vincular que habilite recursos psíquicos para comprender la significación y el sentido de la situación traumática.

Otro desafío del trabajo psicoterapéutico implica abordar las problemáticas derivadas de la pérdida de la autoestima y los sentimientos culpabilizantes desencadenados por el traumatismo.

La tarea clínica reconoce especificidades que requieren ser tenidas en cuenta a fin de fundar un ámbito propicio para el trabajo de elaboración psicológica. Solo en determinadas condiciones del encuadre y del vínculo terapéutico será posible evocar sufrimientos, pérdidas, tormentos y desplegar la fantasmática originada en estos profundos traumas, como camino necesario a recorrer hacia la reparación.

- Reconocimiento y legitimidad de los hechos traumáticos

Al demandar asistencia o ser acompañados por un equipo que se ocupa de estas problemáticas, implica saber que los profesionales comparten su valoración sobre la situación sufrida. Se establece un supuesto que aloja el drama del evento traumático padecido, más allá de que se hable o no de lo sucedido. Esto genera un sentimiento de alivio, ya que en muchos casos puede pasar un tiempo hasta que se pueda hablar de ciertas tramas. En algunas oportunidades llevará un tiempo poner en palabras aquello del orden de lo siniestro (como ciertas experiencias padecidas en la tortura, particularmente referidas a vejámenes

⁷ Elaboraciones desarrolladas a partir de la experiencia clínica con afectados por graves traumatismos sociales, en el marco de la tarea asistencial llevada a cabo en el Equipo Argentino de Trabajo e Investigación Psicosocial – EATIP- y el Capítulo y la Sección de salud mental, derechos humanos y emergencias sociales de APSA y APAL.

sexuales), o aquéllas fantasías del orden de lo inimaginable y en el límite de lo elaborable, sobre la pérdida de los hijos o el sufrimiento o circunstancias últimas de sus vidas.

- La confianza y la continencia

Son requisitos básicos para inaugurar el abordaje psicoterapéutico. El acercamiento a veces se produce con la presencia y presentación de miembros del equipo en el momento y lugar que ocurren los hechos (intervenciones en crisis). En otras ocasiones, las personas se contactan con el equipo a partir de alguna referencia, por la que existe un conocimiento previo sobre quiénes somos y esto constituye un factor de transferencia que favorece y acelera los procesos clínicos.

- Acompañamiento psicosocial

Se lleva a cabo en forma simultánea con los abordajes psicoterapéuticos que desarrollamos y asume diferentes maneras según las circunstancias. Por ejemplo la participación en los actos conmemorativos, las marchas, las audiencias judiciales, las acciones de incidencia o sensibilización a funcionarios con poder de decisión política, etc. Y también con una presencia sostenida junto a los nucleamientos de afectados que se van organizando, muy frecuentemente como respuesta inmediata y espontánea al evento traumático.

Llamamos a estas agrupaciones “colectivos testimoniantes”, quienes tienen la capacidad de irrumpir en la escena pública y se erigen como portavoces de una demanda propia según el trauma padecido y representantes de un reclamo social.

En la dinámica de estos nucleamientos, el relato de lo ocurrido y las vivencias asociadas, implican un trabajo de historización, con efectos terapéuticos. El valor del testimonio ocupa un lugar relevante en términos elaborativos y de subjetivación.

Los dispositivos de abordaje requieren de una modalidad asistencial continente y retentiva, que procure establecer vínculos de confianza y que parta del reconocimiento de la complejidad y arbitrariedades de su padecimiento.

La implementación de una respuesta activa por parte de las personas que han perdido familiares queridos, contribuye a la autopreservación del psiquismo. El sujeto tiene la vivencia de estar haciendo todo lo posible, logrando sobreponerse a las exigencias del Ideal del Yo, y disminuyendo la tensión del aparato. De esta manera los sentimientos de hostilidad, que normalmente forman parte de la ambivalencia afectiva presente ante el objeto perdido, se ven acotados, como así también en el futuro los sentimientos de culpabilidad y autorreproche que suelen expresarlos.

Generalmente las personas afectadas encuentran a través de su participación en diversas prácticas sociales, otra vía de procesamiento frente al arrasamiento producido por el trauma. Así, el psiquismo individual encuentra en el lazo social, un soporte indispensable para mantener su integridad y funcionamiento.

Hay elementos que inciden fuertemente en sentido contrario, provocando efectos de re traumatización, tales como la inducción a la negación, el silenciamiento o la inversión de culpabilidad sobre las víctimas por parte del discurso hegemónico y la impunidad. Nuevamente aquí se vuelve relevante el papel de la grupalidad en tanto generadora de prácticas sociales de respuesta, con efectos desalientes y como ámbito productor de cambios en la subjetividad.

En este sentido, rescatamos el valor de los agrupamientos de personas afectadas, como espacios eficaces para la elaboración colectiva y su correlato con los efectos reparatorios a nivel individual. Asimismo operan como elemento clave para evitar fenómenos de justicia por mano propia y otras formas de respuestas violentas.

Del mismo modo destacamos los dispositivos grupales y comunitarios como instrumentos privilegiados en el abordaje psicológico y psicosocial de los traumatismos sociales.

La modalidad de intervención será formulada en cada caso, proponiendo un encuadre abierto a los participantes, con pautas estables en términos de lugar y duración de los encuentros y estarán a cargo de una pareja de profesionales en la coordinación del grupo.

Los grupos tienen el poder de generar un efecto de red para alojar el peso de la carga traumática y de habilitar un ámbito de recepción para la necesidad de testimoniar la historia personal y singular de sus miembros, representando muchas veces el único espacio disponible con que cuentan los sujetos para tramitar el dolor y la angustia.

Si bien la experiencia clínica con personas afectadas por traumatismos sociales, incluye explícitamente nuestro atravesamiento como sujetos sociales, en la tarea profesional, lo social es parte inherente del acontecer humano y de nuestra implicación.

Desde nuestra perspectiva nos proponemos aportar a la Psiquiatría en su función y compromiso social, particularmente desde los desafíos que se plantean a nivel regional. El rol de las psicoterapias en el marco de la práctica de nuestra especialidad tiene un valor trascendente para los efectos elaborativos de las prácticas sociales a nivel transubjetivo y transgeneracional, y el poder que entrañan en los procesos de reparación simbólica.

Bibliografía:

Edelman, L.; Kordon, D. (2011). *Grupos de reflexión en Sur, dictadura y después... Elaboración psicosocial y clínica de los traumas colectivos*. Buenos Aires: Psicolibro ediciones.

Edelman, L. y Kordon, D. (2002). *Práctica social y subjetividad en Paisajes del dolor, senderos de esperanza*. Buenos Aires: Polemos.

Kaës, R. (1991) Rupturas Catastróficas y trabajo de la memoria en *Violencia de estado y psicoanálisis*, Centro Editor de América Latina.

Kordon, D.; Edelman L; Lagos, D.; Kersner D. (2002). *Trauma social y psiquismo. Consecuencias Clínicas de la Violación a los Derechos Humanos en Efectos Psicológicos y psicosociales de la represión política y la impunidad. De la dictadura a la actualidad*. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.

CAPÍTULO IX: LAS PSICOTERAPIAS EN ADICCIONES (TRASTORNOS POR SUSTANCIAS)

Sección Trastornos por Sustancias y Patología Dual

Elvia Velásquez de Pabón

Médica Psiquiatra Epidemióloga Coordinadora Sección Trastornos por Sustancias y Patología, Dual Asociación Latinoamericana de Psiquiatría, APAL
Profesora Titular de Psiquiatría Universidad de Antioquia Medellín Colombia
N° Teléfono (57) 310 895 47 76 / Mail: elvel10@yahoo.es



Rafael Navarro Cueva

Secretario Países Andinos de la Sección de Trastornos por Sustancias y Patología Dual de Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL). Profesor principal del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Marcos – Lima, Perú.



Javier Didia Attas

Secretario Cono Sur de la Sección de Trastornos por Sustancias y Patología Dual Asociación Latinoamericana de Psiquiatría, APAL: Unidad de Adicciones Hospital Italiano de Buenos Aires y Escuela de Medicina Hospital Italiano, Profesor Departamento de Salud Mental Escuela de Medicina Universidad de Buenos Aires, Argentina.



Se da el nombre de Psicoterapia o Psicoterapias a un variado conjunto de intervenciones estructuradas que tienen en común el uso de técnicas de naturaleza verbal y no verbal, que buscan el alivio de síntomas, comportamientos y emociones. Se aplican a lo largo de un período de tiempo, dentro del contexto de una relación terapéutica y dentro de unas condiciones que varían según el tipo de psicoterapia (1)

Existen mas de 400 técnicas de psicoterapia en la literatura, las cuales pueden agruparse en tres troncos teóricos principales de los cuales resultan múltiples ramas y subramas, son :

- Los que emplean técnicas derivadas del psicoanálisis
- Los que se basan en técnicas cognitivo conductuales, las cuales son las mas utilizadas en la actualidad en adicciones.
- Los que utilizan técnicas sistémicas. (1) A éstos grandes grupos pueden agregarse
- Las psicoterapias con base humanista y existencialista como el análisis existencial, la logoterapia, el psicodrama, la psicoterapia gestáltica, (el individuo como totalidad, el aquí y el ahora) (2)

Las psicoterapias entendidas como aquellas intervenciones basadas en la palabra y en la comunicación preverbal con técnicas estructuradas según el tipo y modalidad de psicoterapia empleada, en busca del alivio para el paciente, representa uno de los pilares fundamentales del tratamiento del paciente con adicciones al lado de la farmacoterapia.

El objetivo de este artículo es presentar una visión general de las diferentes técnicas e intervenciones psicoterapéuticas utilizadas con mayor frecuencia en adicciones y que han probado ser efectivas al lado de otras acciones, para mejorar la abstinencia y aspectos relacionados con el tratamiento del paciente adicto.

En las adicciones las psicoterapias son útiles y necesaria en diferentes formas a lo largo de todas las fases de la adicción prevención, urgencias, tratamiento y rehabilitación teniendo mayor desarrollo y sistematización las que se usan en el tratamiento.

Las Adicciones y su tratamiento

Las adicciones o los trastornos por sustancias son una enfermedad cerebral caracterizada por la necesidad compulsiva de repetir el consumo (craving) de una sustancia, la pérdida de control para interrumpir el consumo y la reducción progresiva de la actividad e intereses del individuo sólo a lo relacionado con la búsqueda de la sustancia.

Es una enfermedad crónica con frecuentes recaídas, ocasionada por la interacción de vulnerabilidad individual y contextos problemáticos con disponibilidad e ingestión de una o varias sustancias adictivas. Se inicia en la adolescencia, el tratamiento es prolongado en el cual hay un alto % de recaídas. Según el Instituto Nacional para Abuso de drogas de los Estados Unidos (NIDA) las cifras de recaídas se estiman en 40 a 50%, similares a las de otras enfermedades crónicas como la diabetes con 30 a 50%, la hipertensión 50 a 70% y el asma 50 a 70% (3)

El anterior comportamiento obedece a una alteración cerebral cuyo resultado es un desequilibrio de los sistemas cerebrales de control muy debilitados y los sistemas subcorticales, de craving compulsivo muy reforzados, asociados a la alteración de los sistemas de gratificación cerebral.

Generalmente hay falta de conciencia de enfermedad, alteraciones neuropsicológicas asociadas (previas, o producidas por las drogas, algunas veces recuperables luego de períodos prolongados de abstinencia) lo cual debe considerarse a la hora de la psicoterapia

El tratamiento de las adicciones es complejo y prolongado, y requiere controles externos y el uso de variadas técnicas con el fin de cortar el ciclo de “consumo, ansiedad, consumo”. Requiere atención integral a las múltiples necesidades del paciente adicto como otros trastornos médicos y mentales, atención familiar, vocacional, laboral, educativa, financiera, vivienda, legal y al VIH SIDA y debe recurrirse a múltiples estrategias.

Las diferentes intervenciones psicoterapéuticas están dirigidas a promover cambios, a fortalecer el autocontrol, a facilitar habilidades de afrontamiento o manejos de contingencias, a conseguir cambios cognitivos y comportamentales, cambios en el estilo y proyecto de vida, cambios en la estructura y función del sistema familiar e intervenciones y orientaciones psicodinámicas (4)

Algunas de las particularidades que deben tomarse en cuenta en los enfoques psicoterapéuticos dirigidos a las adicciones son los principios generales del tratamiento para adicciones y trastornos por sustancias. Mencionamos algunos de estos principios sobre el tratamiento de adicciones contenidos en publicación de NIDA (3) pertinentes a la psicoterapia

--“La terapia individual y de grupo, además de otros tipos de terapia de la conducta, son las formas de tratamiento más comunes para el abuso de drogas.

--No hay un sólo tratamiento que sea apropiado para todas las personas.

--El tratamiento eficaz abarca las necesidades diversas de la persona, no solamente su problema de abuso de drogas

--Para muchos pacientes, los medicamentos constituyen un elemento importante del tratamiento, especialmente cuando se combinan con la orientación psicológica y otros tipos de terapia de la conducta.

Tipos de Psicoterapias en Adicciones

A continuación se relacionan algunos de los tipos de psicoterapia mas utilizados en adicciones y luego se enumeran los tipos de psicoterapias que han mostrado efectividad según NIDA” (3)

Existen múltiples tipos de psicoterapias en adicciones desde teoterapias hasta terapias analíticas y conductuales. Algunos de los modelos mas utilizados son los siguientes: entrevista motivacional, la comunidad terapeútica, terapia individual y grupal, terapia cognitivo conductual, terapia conductal según sustancia, iintervención psicoeducativa en adicciones, tratamientos de autoayuda y grupos de 12 pasos, prevención de recaídas en adicciones, manejo de contingencias en adicciones, terapia familiar y grupos familiares de diferentes tipos: evaluación, intervención, psicoeducativos, etc. Todas pueden ser consultadas en internet y en la bibliografía (5) (Velásquez E, et al., 2013)

Terapias Cognitivas Conductuales y Mindfulness (Dr . Rafael Navarro Cueva)

Las relativamente bajas tasas de recuperación de los pacientes con trastornos por uso de sustancias psicoactivas han sensibilizado a los investigadores e instituciones a desarrollar nuevas estrategias de abordaje terapéutico con fundamentos científicos avalados por la investigación empírica así como respaldados por principios éticos.

Este problema es claramente potenciado por la patología dual que tiene importancia fundamental no solo en el desarrollo de la conducta adictiva sino que también contribuye en las diferentes etapas del establecimiento del trastorno por uso de sustancias como en la adquisición, desarrollo, incremento y perpetuación del trastorno. Influye también en el abordaje terapéutico, la evolución del cuadro clínico, el tratamiento, la rehabilitación repercutiendo todo lo anterior en el pronóstico.

El uso de la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de las adicciones es muy amplio en especial en terapia individual y sobre todo en el tratamiento residencial. Una experiencia que en el Perú comenzó en 1982, es el programa de tratamiento desarrollado en el Centro de Rehabilitación de Ñaña, en Lima, para dependientes de sustancias psicoactivas. Este combina armónicamente los principios de la comunidad terapéutica de Maxwell Jones con la Terapia Cognitivo-Conductual sobre una base contextualística, en un sistema modular y cuenta con un instrumento de evaluación de objetivos terapéuticos (IEVOT) (6).

En la última década del siglo XX, las técnicas cognitivo-conductuales se acercan al Mindfulness y a los métodos de tercera generación al compartir varios aspectos como la base contextualística (desarrollada por Hayes, 1987) y que fue formulada posteriormente como Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes et al, 1999). La práctica del Mindfulness implica la desidentificación del yo, con el síntoma, hay exposición de los pensamientos, emociones y sensaciones al focalizar y mantener la atención en un estímulo determinado, en el aquí y el ahora, sin escudriñar ni evaluar, sin juzgar y con aceptación y por supuesto sin permitir la ejecución de conductas de escape, como consecuencia. Con lo anterior se producirá la habituación y la consecuente reducción o extinción de la ansiedad con beneficio para el paciente. **(7, 8, 9)**

Terapias de la conducta relacionadas por NIDA como efectivas

Los tratamientos conductuales tienen aplicación a todo lo largo del tratamiento desde el compromiso inicial para dejar las drogas, para permanecer en la abstinencia, para modificar conductas, evitar riesgos psicológicos y ambientales de recaídas hasta mejorar habilidades sociales, manejo del stress etc. Es decir pueden ser efectivas en aspectos del tratamiento que son importantes en el resultado final.

Las terapias de la conducta relacionadas por NIDA (3) como efectivas son: (Esta terapias son estructuradas en cuanto tienen duración, número de sesiones, **indicaciones, población objeto y técnicas definidas**)

- Terapia cognitiva conductual (alcohol, marihuana, cocaína, metanfetamina, nicotina)
- Enfoque de refuerzo comunitario (CRA) con bonos de incentivo (alcohol, cocaína)
- Intervenciones de manejo de contingencias e incentivos para la motivación (alcohol, estimulantes, opioides, marihuana, nicotina)
- Terapia de estímulo a la motivación (MET) (alcohol, marihuana, nicotina)
- El modelo Matriz (estimulantes)
- Terapia de facilitación de 12 pasos (alcohol, estimulantes, opiáceos)
- Terapia conductual de pareja (BCT)
- Terapia de la conducta para adolescentes (MST)
 - Terapia multisistémica (MST)
 - Terapia familiar multidimensional para adolescentes (MDFT)
 - Terapia familiar breve y estratégica (BSFT),

Terapia cognitiva conductual (alcohol, marihuana, cocaína, metanfetamina, nicotina)

La terapia cognitiva conductual basada en la teoría del aprendizaje consiste en una serie de estrategias destinadas a mejorar el autocontrol, interrumpir el abuso de drogas y abordar muchos otros problemas. Las técnicas específicas incluyen: --exploración de las consecuencias positivas y negativas del uso continuado --el auto-monitoreo para reconocer la compulsión por las drogas en una etapa temprana; --identificar situaciones de alto riesgo para el uso, ---anticipar problemas -- elaboración de estrategias de afrontamiento eficaces. (10)

En conclusión. Las psicoterapias son el principal componente del tratamiento de las adicciones en la actualidad, aunque en muchos pacientes es necesario agregar la farmacoterapia. Hay múltiples modalidades de psicoterapias algunas de las cuales pueden aplicarse simultáneamente. Según las necesidades del paciente debe aplicarse, variadas estrategias de tratamiento. Las modalidades psicoterapéuticas cognitivo- conductual son las más empleadas.

Bibliografía:

1. González TMA, Fernández RA, y Oraá GR. Terapéuticas psicológicas, capítulo 125 pag 1985. En Vallejo RJ, Leal CC, editores. Tratado de Psiquiatría Volumen II. 1ª ed Ars Médica. Barcelona 2005. Reimpreso en Colombia 2008 por D'vinni S.A
2. Pérez del Río F, Martín I, Nuevas adicciones, Adicciones Nuevas? Abordajes en el Tratamiento de las Adicciones pag 69 1ª Edición 2007 Intermedio Ediciones

Guadalajara Disponible en <http://proyectohombre.es/wp-content/uploads/2012/02/2007-NUEVO-ADICCIONES-FINAL.pdf>

3. Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA) Institutos Nacionales de la Salud Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. Principios de tratamientos para la drogadicción. Una guía basada en las investigaciones. NIH Publicación No. 10–4180(S) Impresa en julio del 2001; revisada en julio del 2010 2ª edición 88 pags disponible en <https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/podatasp.pdf>.
4. Begoña IE, Cortés M. [Coordinadores) Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones. Guías Clínicas Socidrogalcohol Basadas en la Evidencia Científica, 2008 . Edita Socidrogalcohol Martín Impresores. Valencia, España disponible en file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/ES03_GuiaClinicaIntPsicologica.pdf
5. Velásquez E, Olaya A, Castaño G, Castro S Editores. Fundamentos de Medicina. Adicciones, Aspectos clínicos, psicosociales, tratamiento y prevención. 1ra. Edición, Corporación para Investigaciones Biológicas CIB 2013. Medellín Colombia pags 289 a 371.
6. Navarro R. Development of a Program of Behavior Modification Directed to the Rehabilitation of Drug Dependent Patients: Treatment and Follow-Up of 223 Cases. The International Journal of the Addictions, 27 (4): 391-408; 1992
7. Bowen S, Chawla N, Marlatt A. Mindfulness-Based Relapse Prevention for Addictive Behaviors. A Clinician's Guide. The Guilford Press, New York, USA, 2011
8. JAMA Psychiatry. Mindfulness ayuda a prevenir la recaída en alcohol y drogas. (online). 2014. Disponible en: <http://www.mindfulness-salud.org/novedades/mindfulness-ayuda-a-prevenir-la-recaida-en-alcohol-y-drogas/>
9. Rodríguez L. Aplicación de un Enfoque Basado en Mindfulness en Patología Dual. Revista de Patología Dual 2016; 3(2):16 Disponible en http://www.patologiadual.es/profesional_revista.html
10. Carroll, K.; Sholomskas, D.; Syracuse, G.; Ball, S.A.; Nuro, K.; y Fenton, L.R. We don't train in vain: A dissemination trial of three strategies of training clinicians in cognitive behavioral therapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology y 73(1):106–115, 2005

Referencias Psicoterapias en Adicciones (Orden Alfabético y Nro. De orden en el texto)

4. Begoña IE, Cortés M. [Coordinadores) Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones. Guías Clínicas Socidrogalcohol Basadas en la Evidencia Científica, 2008 .

Edita Socidrogalcohol Martín Impresores. Valencia, España disponible en file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/ES03_GuiaClinicaIntPsicologica.pdf

7. Bowen S, Chawla N, Marlatt A. Mindfulness-Based Relapse Prevention for Addictive Behaviors. A Clinician's Guide. The Guilford Press, New York, USA, 2011

10Carroll, K.; Sholomskas, D.; Syracuse, G.; Ball, S.A.; Nuro, K.; y Fenton, L.R. We don't train in vain: A dissemination trial of three strategies of training clinicians in cognitive behavioral therapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology 73(1):106–115, 2005

1 González TMA, Fernández RA, y Oraá GR. Terapéuticas psicológicas, capítulo 125 pag 1985. En Vallejo RJ, Leal CC, editores. Tratado de Psiquiatría Volumen II. 1ª ed Ars Médica. Barcelona 2005. Reimpreso en Colombia 2008 por D'vinni S.A

3 Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA) Institutos Nacionales de la Salud Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. Principios de tratamientos para la drogadicción. Una guía basada en las investigaciones. NIH Publicación No. 10–4180(S) Impresa en julio del 2001; revisada en julio del 2010 2ª edición 88 pags disponible en <https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/podatsp.pdf>.

8 JAMA Psychiatry. Mindfulness ayuda a prevenir la recaída en alcohol y drogas. (online). 2014. Disponible en: <http://www.mindfulness-salud.org/novedades/mindfulness-ayuda-a-prevenir-la-recaida-en-alcohol-y-drogas/>

6 Navarro R. Development of a Program of Behavior Modification Directed to the Rehabilitation of Drug Dependent Patients: Treatment and Follow-Up of 223 Cases. The International Journal of the Addictions, 27 (4): 391-408; 1992

2 Pérez del Río F, Martín I, Nuevas adicciones, Adicciones Nuevas? Abordajes en el Tratamiento de las Adicciones pag 69 1ª Edición 2007 Intermedio Ediciones Guadalajara Disponible en <http://proyectohombre.es/wp-content/uploads/2012/02/2007-NUEVO-ADICCIONES-FINAL.pdf>

9 Rodríguez L. Aplicación de un Enfoque Basado en Mindfulness en Patología Dual. Revista de Patología Dual 2016; 3(2):16 Disponible en http://www.patologiadual.es/profesional_revista.html

5 Velásquez E, Olaya A, Castaño G, Castro S Editores. Fundamentos de Medicina. Adicciones, Aspectos clínicos, psicosociales, tratamiento y prevención. 1ra. Edición, Corporación para Investigaciones Biológicas CIB 2013. Medellín Colombia pags 289 a 371

CAPÍTULO X: LA NARRATIVIDAD EN LAS TERAPIAS GRUPALES: DIFERENTES PERSPECTIVAS. La consulta de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

Sección Trastornos de la Conducta Alimentaria en la Cultura Contemporánea

Graciela Beatriz Onofrio

Médica Psiquiatra y Psicoanalista, Miembro de la Comisión Directiva de APSA (Asoc de Psiquiatras Argentinos).

Presidente Honorario de los Capítulos de Trastornos de la Conducta Alimentaria e Investigación en Psiquiatría de APSA.

Miembro fundador de la Sección Trastornos de la Conducta Alimentaria de APAL. Actual Coordinadora de Secciones de APAL. Secretaria del Comité Ejecutivo de la Sección

Psychoanalysis in Psychiatry de la World Psychiatric Association. Prof Asociado del Depto de Ciencias Humanas del Instituto Universitario del Htal Italiano de Buenos Aires.

Docente del Depto de Psiquiatría y Salud Mental de la Univ de Buenos Aires (UBA).

País: Argentina

N° Teléfono: (54 11) 48645364 / Mail:

graciela.onofrio@gmail.com



1. INTRODUCCIÓN A LA TEMÁTICA TCA:

Los trastornos de la conducta alimentaria son síndromes clínicos incluidos en los Manuales de Clasificación de los Trastornos mentales de la American Psychiatric Association ya desde el DSM III.

Pero veamos un poco de historia...

A partir de un interesante texto de Rudolph Bell: *Holy Anorexia* (Anorexia Santa) cobran dimensión una serie de fenómenos relacionados con la piedad popular y observados por este sociólogo, de origen estadounidense, en un estudio de jóvenes canonizadas italianas del Siglo XIII en la alta Italia. Este estudio fue realizado en la década de los ochenta y publicado por la Universidad de Chicago en 1985.

Este investigador se pregunta qué relación puede haber entre la cantante de los Carpenter, la modelo Twiggy y las jóvenes Santas del Siglo XIII y XIV, todas ellas canonizadas, que modelan patrones de conducta alimentaria y preocupación por el ascetismo en relación al cuerpo muy similares.

Estas descripciones, si bien no han sido descripciones clínicas, han sido suficientemente documentadas por archivos papales. Estos patrones de ayuno superaban lo establecido por los cánones religiosos. Al punto tal que dieron lugar a revisiones históricas en relación al tema de las posesiones demoníacas. Jurados *ad hoc* han debatido algunos de estos casos,

verbigracia, Santa Catalina de Siena, a quien se le llegó a prohibir comulgar todos los días, atribuyendo a la comunión el tenaz poder anorexígeno sobre Catalina.

En 1868, W. Gull, en Inglaterra, escribe un artículo donde describe estos casos de anorexia denominándolos *apepsia histérica*. La revisión de este artículo será publicada en 1874, simultáneamente con la publicación del artículo de Lasegue en Francia quien hablará allí de anorexia *nervosa* y añadirá la hiperactividad al complejo sindromático. Se trata de ocho casos de pacientes en las cuales aísla el complejo sindromático de la anorexia, llamándolo *perversión alimentaria*. Diferencia estas descripciones sindromáticas de la emaciación histérica y la llama *anorexia histérica*, subrayando en este complejo la conducta díscola de la paciente y la lucha con o contra la autoridad médica.

Volviendo al presente de nuestra práctica clínica...

La primera pregunta que nos hacemos gira alrededor de la posibilidad de visualización de estos síndromes para los psiquiatras. ¿Vemos o no vemos pacientes con trastornos de la conducta alimentaria? Esta pregunta y sus respuestas alternativas llevan a pensar en estrategias distintivas y diferenciadas. En esta primera proposición tenemos que subrayar la diferencia entre aquellos pacientes que padecen una serie de trastornos entre los cuales el problema de la conducta alimentaria es un problema más del cortejo sintomático general y aquellos otros pacientes en los cuales su trastorno alimentario se juega en el terreno de su propia identidad: “ser anoréxico(a) o bulímico(a)”, como dicen muchos de nuestros pacientes de sí mismos.

¿Debemos encarar el tratamiento del paciente a solas o con otros colegas médicos o psicólogos o, aún, con otros expertos de otras disciplinas? La Guía de tratamientos de la APA (American Psychiatric Association, 2002) recomienda la concurrencia de diversos abordajes para el trazado de estrategias en fases de creciente complejidad, que, obviamente, se realizan por diferentes especialistas. Tenemos, en los países de la región (verbigracia: Argentina, Brasil, Chile, México, Perú, Uruguay y Venezuela, entre otros), una larga trayectoria clínica de trabajo ambulatorio en equipos especializados sobre estas temáticas. Entonces, nos preguntamos: ¿Cómo se trabaja en interdisciplina? Afirmamos que la reunión de diversos especialistas (multidisciplina) no constituye, por su sola enunciación, un trabajo interdisciplinario. Se nos plantea una encrucijada entre la psicología individual y la psiquiatría, entre las interacciones familiares y los abordajes grupales en grupos homogéneos monosintomáticos, entre los abordajes a mediación artística y las intervenciones de psicoeducación. Todo esto constituye un trabajo terapéutico acerca del cuerpo no reconocido, del cuerpo no habitado, no subjetivado⁸), tanto en su aspecto más biológico como en su vertiente emocional y en lo que esta construcción psíquica tiene de bisagra entre lo biológico y lo representacional con la consecuente inserción social del paciente.

En este capítulo nos proponemos reflexionar acerca de nuestros recursos psicoterapéuticos y poner el foco especialmente en las indicaciones de psicoterapia grupal para abordar algunos pacientes con diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria, teniendo en cuenta, además, que muchos de estos pacientes presentan comorbilidad con otro/s diagnóstico/s

⁸) Llamamos “subjetivación” a la operación crítica sobre una subjetividad instituida. (Lewkowicz y Grupo 12: “Del fragmento a la situación. Notas sobre la subjetividad contemporánea”, ed del autor, Buenos Aires, 2002)

tanto en Eje I como en Eje II, desde una perspectiva multiaxial. No siempre es tenida en cuenta esta perspectiva multiaxial, que tanto provecho nos ha dado a la riqueza de los diagnósticos en Psiquiatría. Lo que resulta insoslayable es que, a la hora de requerir alianza terapéutica y promover motivación al cambio en el paciente, deberemos evaluar en profundidad dos aspectos ineludibles: los recursos yoicos del paciente afectado y su red posible de ayuda. Especial atención del psiquiatra clínico requiere el tema de cómo estos recursos yoicos se han organizado o estratificado a lo largo de la vida del sujeto, sobre todo cuando hablamos de pacientes adultos que ya tienen moldeada su personalidad a través de las transformaciones que ha introducido este síndrome, que, notoriamente, afecta la auto percepción de ese Yo. Nos referimos, acá, al trípode sindromático de todo trastorno de la conducta alimentaria: a) búsqueda de delgadez o, lo que es comparable: temor mórbido a engordar o temor importante a crecer (en púberes), b) relación de la conducta alimentaria con la autoestima, c) ideación distorsionada respecto del acto alimentario, de la conformación del cuerpo propio y desestimación, por lo tanto, de los riesgos de enfermedad como consecuencia de las alteraciones de su nutrición.

2. HAY SÍNTOMAS QUE HABLAN SEGÚN EL CONTEXTO DE CONSULTA:

Cada vez que nos incluimos, como profesionales de la salud mental, en un Área específica de trabajo dentro de un servicio de atención de pacientes con determinada problemática, se nos plantea una tensión entre la construcción del síntoma y la instalación del fantasma. Llamamos síntoma a aquello que aqueja al paciente, más cercano a su conciencia, expresado en su motivo de consulta de manera manifiesta más clara o más veladamente. El fantasma implica un anudamiento singular con la construcción de las soluciones de compromiso del psiquismo. Revela la posición subjetiva del consultante referida, muchas veces, a las situaciones en las que se ve exigido o presionado por el entorno. He ahí también la fórmula fallida de los intentos de llegar al perfeccionismo puro de algunas o algunos de estos pacientes, en su mayoría mujeres.

Esta tensión clínica no siempre se resuelve y, muchas veces, la tarea de cabalgar a dos aguas implica el desafiante camino de enfrentar varias perspectivas (podríamos aludir a la metáfora de un canal que conecta dos mares con diferentes niveles, sistema de esclusas que permite la comunicación). La mayoría de las veces se produce un cierto desacople entre los síntomas de una enfermedad y la realidad psíquica del sujeto. Muchas realidades conviven recursivamente: la biología dañada de un paciente y el mundo de fantasías que animan su vida cotidiana, sus sueños, sus proyectos y sus anhelos. Sabemos de ambas orillas y en ellas navegamos, no sin algunas contradicciones, pero sí con pasión y con espíritu investigativo. Además, ambas orillas sólo pueden conectarse con un tiempo de espera, con la inscripción de una temporalidad.

➤ PRESENTACIONES Y DISPOSICIONES AL CAMBIO:

Cuando un sujeto se hace presente en sus síntomas, lo hace en un discurso que expresa cómo, por qué y de qué manera está enfermo -creencias sobre su condición de enfermar- remitiéndonos, de este modo, a una historia particular, a un contexto de sentido. Será la tarea

del clínico la que busque integrar esas narrativas. Quien consulta puede narrarse a sí mismo, estará en quien lo recibe y escucha hacer lugar a esa narración.

Se configuran algunas preguntas que hacen a sus síntomas:

- ¿la historia de quién está contando?
- ¿por qué en este momento?
- ¿cómo era la vida para esa persona antes de estos problemas?
- ¿qué cree esa persona que debería pasar para ser ayudado?
- ¿cómo es su calidad de vida, según su propia apreciación?

Hemos apreciado, en su uso clínico, la utilidad de la formulación ideográfica de la Guía Latinoamericana de Diagnóstico en Psiquiatría (GLADP VR, edición 2012)

Cuestionario de la Formulación Idiográfica (CFDI)

Para sección 1

Problemas Clínicos y su Contextualización

- 1) ¿Cuáles cree usted que son las causas o factores más importantes de su problema emocional?
- 2) ¿Qué situaciones del pasado han influenciado en su problema emocional?
- 3) ¿Qué situaciones mantienen su problema e impiden su recuperación?

Para sección 2

Factores Positivos del paciente

- 4) ¿Cuenta usted con alguna fortaleza especial o cualidad personal, que pueda ayudarlo(a) a superar su problema emocional?
- 5) ¿Qué es lo que le da sentido a su vida?
- 6) ¿Como contribuye la fe o su vida espiritual en su salud?
- 7) ¿Qué apoyo ha recibido de parte de su familia o personas cercanas?
- 8) ¿Con qué recursos cuenta su familia para ayudarlo(a) en la recuperación de su problema emocional?
- 9) ¿Con qué recursos cuenta su comunidad para ayudarlo(a) en la recuperación de su problema emocional?

Para sección 3

Expectativas de Recuperación y Promoción de la Salud

- 10) ¿Considera usted que es posible recuperarse de su problema emocional?
- 11) ¿Cómo debería estar usted para considerarse recuperado(a) de su problema emocional?
- 12) ¿Qué podría hacer usted para recuperarse de su problema emocional?
- 13) ¿En qué podrían ayudarlo(a) los demás para recuperarse de su problema emocional?
- 14) ¿Qué espera usted de la atención de salud de su problema emocional que podría recibir?
- 15) ¿Como ve su futuro, una vez recuperado(a) ?
- 16) ¿Qué podría hacer usted para que le vaya mejor en la vida? (en el futuro)

➤ FUNDAMENTOS DE UNA PSIQUIATRÍA DINÁMICA:

Desde una perspectiva psicodinámica, para Rene Kaës, las hoy llamadas *nuevas patologías* aparecen como una expresión de la dificultad en la constitución del sujeto dentro del campo vincular y de la creciente sensibilización de las aproximaciones terapéuticas para trazarse su posibilidad de intervención.

Para Philippe Jeammet, las producciones de lo que él ha dado en llamar *clínica de la dependencia* nos abren horizontes de comprensión acerca de la metapsicología actual, así como, otrora, el modelo de la histeria permitiera trazar las primeras formulaciones del inconsciente freudiano.

Se habla de epidemia, ¿será una verdadera epidemia? o ¿es sólo la visibilización de las dificultades de construcción del sujeto y de la autoestima dentro de sus vínculos en condiciones contemporáneas?

En un mundo que valoriza el consumismo y las leyes de mercado y que, al mismo tiempo, está plagado de personas que no tienen recursos para comer adecuadamente, la adicción a no "poder dejar de comer o no poder dejar de dejar de comer" según expresión de Maldavsky, nos quedamos sin palabras. Una forma aún más sofisticada: la vigorexia, el complejo de sentirse muy pequeño, que, generalmente, afecta a hombres jóvenes y que no está clasificado en los Manuales diagnósticos de enfermedades mentales, teniendo su aproximación nosográfica en el síndrome denominado trastorno dismórfico corporal (DSM IV-TR). Por otro lado, algunos pacientes y colegas hablan también de ortorexia, contradictoria definición de una búsqueda activa, sobrevalorada y obsesiva de un hábito sano de alimentación, que habitualmente conduce a hábitos alimentarios que bordean lo patológico. Desde el punto de vista psiquiátrico no se trata de pacientes que piensan en el suicidio.

3. FUNDAMENTOS DEL MARCO GRUPAL PARA PATOLOGÍAS CRÓNICAS:

Es importante tener en cuenta conceptos básicos para trabajar en terapias grupales: la inclusión del paradigma de la narrativa grupal y la modelización solidaria del conjunto humano alrededor de un síntoma que brinda identidad patológica. El sujeto en el grupo debe estar sostenido por los líderes de la tarea que serán sus coordinadores bajo el concepto de salud desde una perspectiva psicosocial. Nos plantearemos, entonces, las relaciones entre grupo e inconsciente, considerando que las fantasías humanas tienen un suelo común por el que podemos equiparar situaciones de enfermedad, creencias sobre las enfermedades y sensación de autonomía, afirmación del "sí mismo" (self) y autoresolución cuando se alcanza la curación de un problema. Por lo tanto, se construye algo así como un aparato psíquico grupal en la cadena asociativa verbal o no verbal (Kaes) que se desarrollará a lo largo de las sesiones y que podemos evocar como una melodía, polifonía del sueño.

Una aplicación clínica práctica de las terapias grupales es abordar sufrimientos "inaccesibles", en los cuales se plantea como fundamentación la superación epistemológica entre individuo y grupo. El planteo interesante de un autor con marco teórico psicoanalítico, Recalcati, es el encuadre de los pacientes en pequeños grupos terapéuticos monosintomáticos, con la finalidad de salir del empaste identificador que dio sentido a sus desviaciones alimentarias y poder buscar la des-identificación necesaria para otras salidas. Buscar salir de estas graves neurosis, en su mayoría, con mejor nivel elaborativo de simbolización es un objetivo de primer

alcance. También se los menciona a estos grupos como un lugar posible de corrección emocional.

Siguiendo a Zukerfeld, podemos situar once factores de valor terapéutico en un trabajo grupal:

1. Cohesión.
2. Universalidad
3. Esperanza.
4. Altruismo.
5. Imitación.
6. Información.
7. Resocialización.
8. Factor existencial.
9. Catarsis.
10. Experiencia Emocional Correctiva.
11. Aprendizaje interpersonal.

Dentro de un programa general de tratamiento de pacientes con TCA:

A. El grupo o los grupos terapéuticos, ya sean verbales o a mediación artística, se constituyen como un espacio de sostén y de elaboración psicológica dentro de un plan o programa general de asistencia ambulatoria de pacientes. Citamos a aquellos pacientes capaces de concurrir voluntariamente, con conciencia, aunque sea a veces parcial, tanto de situación como de enfermedad, teniendo en cuenta su implicancia subjetiva en la problemática por la que consultan.

B. El dispositivo GRUPAL se vuelve más importante en su conjunto que la problemática INDIVIDUAL.

C. La posibilidad de compartir hace su buen servicio al carácter identitario que adquirió ese síntoma para el consultante.

D. Los pacientes son seleccionados entre aquellos que, voluntariamente, tienen deseos de agrupabilidad y que estiman que están atravesando un problema que desborda el marco espacio – temporal de sus terapias individuales. De hecho, son los mismos terapeutas los que solicitan un soporte más de ayuda en el proceso terapéutico.

E. Nuestra travesía: el tiempo que hace que están “con esto”, “el temor a estar con esto siempre”(sic)

Siguiendo a un autor argentino, Marcos Bernard, *“El tiempo es inmanente a la formación y funcionamiento de los grupos y está implícito en la definición de la tarea. Los grupos son grupos “de pasaje” para sus miembros, la terminación está prevista, manifiestamente o no, en el contrato que marca el coimienzo del grupo”. “La “burocratización” de un grupo es cuando los grupos muestran una organización tendiente a convertirse en un fin en sí mismos... a quedarse en un contexto que no será una preparación para una posterior socialización, sino la vida de sociedad misma.”*

Los grupos homogéneos tienen una ventaja y un riesgo, para los cuales deberán estar advertidos sus coordinadores:

- Ventaja: cohesión rápida. “A mí me pasa lo mismo que a usted...”

- Riesgo: fijación iatrogénica al síntoma. “No puedo dejar el grupo.”

Diferentes clínicas:
(Massimo Recalcati)

CLINICA MONOTERAPÉUTICA. “grupos de autoayuda”

Los efectos terapéuticos se producen a partir de la consolidación de la homogeneidad, del ser Uno con los otros.

VERSUS...

CLINICA MONOSINTOMÁTICA:

Los efectos terapéuticos se producen por el debilitamiento progresivo de la homogeneidad imaginaria de lo idéntico. Hace posible la rehabilitación del sujeto del inconciente y la extracción de lo particular subjetivo de la identificación anónima a la enseña sintomática.

Pilares universales del trabajo grupal, fundamentos, finalmente, del lazo social:

1. La pluralidad.
2. El frente a frente.
3. La inter-subjetividad que da lugar a la inter-discursividad.

Quiero finalizar este breve recorrido con la cita de un exquisito texto de un escritor uruguayo, Eduardo Galeano (1940-2015):

“El mundo”

“Un hombre del pueblo de Neguá, en la costa de Colombia, pudo subir al alto cielo. A la vuelta contó. Dijo que había contemplado, desde allá arriba, la vida humana. Y dijo que somos un mar de fueguitos. -El mundo es eso- reveló-. Un montón de gente, un mar de fueguitos. Cada persona brilla con luz propia entre todas las demás. No hay dos fuegos iguales. Hay fuegos grandes y fuegos chicos y fuegos de todos los colores. Hay gente de fuego sereno, que ni se entera del viento, y gente de fuego loco, que llena el aire de chispas. Algunos fuegos, fuegos bobos, no alumbran ni queman; pero otros arden la vida con tantas ganas que no se puede mirarlos sin parpadear, y quien se acerca, se enciende.”

Eduardo Galeano, El libro de los abrazos

Bibliografía:

- 1) Amenta M, "Grupos y pacientes borderline: criterios de derivación y agrupabilidad. Cuestiones transferenciales", Actas de la XX Jornada de la Asoc Arg de Psicología y Psicoterapia de Grupo, Medio Siglo de pensamiento en el campo vincular, Buenos Aires, 2004.
- 2) American Psychiatric Association, Practice Guidelines for the treatment of Psychiatric Disorders, Compendium 2002, American Psychiatric Association, Washington D.C., 2002;697-766
- 3) Amigo S, Clínica de los fracasos del fantasma, Letra Viva Ed, Buenos Aires, 2012.
- 4) Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA), Panel del XVI Congreso Argentino de Psiquiatría: *Trastornos de la Conducta Alimentaria: Psicopatología, Estrategias y Dificultades*, Mar del Plata, Marzo del 2000.
- 5) Aulagnier P, La Perversión como estructura, Seminario Centro Hospitalario Sainte Anne, París, 1966.
- 6) Bell R, Holy Anorexia, University of Chicago Press, EEUU, 1985.
- 7) Berenstein I, Puget J, Lo vincular. Clínica y Técnica Psicoanalítica, Paidós, Buenos Aires, 1997.
- 8) Berenstein I, El sujeto y el otro. De la ausencia a la presencia, Ed Paidós, Buenos Aires, 2001.
- 9) Bernard M, El trabajo psicoanalítico con pequeños grupos, Lugar Editorial, Buenos Aires, 2006.
- 10) Bertera H, Subtipos clínicos en Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa, *Comunicaciones AAP*, año II, No 3, Buenos Aires, octubre 1995.
- 11) Bion W, Experiencias en grupos, Paidós Ed, Buenos Aires, 1980.
- 12) Cazón M, Onofrio G, El transcurso de lo vital en los grupos homogéneos, *Rev Redes y Paradigmas*, Fund Prosam, Buenos Aires, 2010
- 13) Cristobo C, Clínica grupal de la obesidad, Letra Viva Ed, Buenos Aires, 2011
- 14) Fiorini H, El psiquismo creador. Teoría y clínica de los procesos terciarios, Letra Viva Ed, Buenos Aires, 2006
- 15) Freud S, La transitoriedad, (1916), Amorrortu Ed, Buenos Aires, 1979.
- 16) Heinrich H, Border S de las neurosis, Homo Sapiens, Buenos Aires, 1997.
- 17) Inda N, Mondolfo N, Rolfo C, "Trauma: impacto y tramitación vincular", *La pareja y sus anudamientos –erotismo, pasión, poder y trauma*, Puget J, Lugar Ed, Buenos Aires, 2001, pp 137-160.
- 18) Jeammet Ph, Las conductas bulímicas como modalidad de acomodamiento de las disregulaciones narcisísticas y objetales, *Psicoanálisis con niños y adolescentes, n/A*, N°5, Copyright ELESNA, Argentina, 1993.
- 19) Jeammet Ph, Dynamique de l'adolescence, *Encyclopédie Médico-Chirurgical*, N° 78, 1994, Editions Techniques, París.
- 20) Jeammet Ph, Anorexia y Bulimia, *Zona Erógena*, N° 18, Ed. F. Urribarri, Bs. As., 1994.
- 21) Jeammet Ph. (2000), Hacia una clínica de la dependencia, (ficha Asoc Arg de Psicología y Psicoterapia de Grupo: traducción Graciela Onofrio).
- 22) Jeammet Ph.y col, La Boulimie. Realités et perspectives, Masson Ed, París, 2000.
- 23) Kaes R (1999), Las teorías psicoanalíticas del grupo, Amorrortu Ed, Buenos Aires, 2000.

- 24) Le Poulichet S (1994), *La obra del tiempo en psicoanálisis*, Amorrortu Ed, Buenos Aires, 1996.
- 25) Polzella C (comp.), Abritta L, Bonera C, Cabanellas A, Galván S, Godoy V et al, *Hospital de Día. Abordaje interdisciplinario*, Letra Viva Ed, Buenos Aires, 2008.
- 26) Recalcati M, *Lo homogéneo y su reverso. Clínica psicoanalítica de la anorexia-bulimia en el pequeño grupo mono sintomático*, Miguel Gomez Ed, España, 2007.
- 27) Rios C, "Las identificaciones en la adolescencia", *Rev Psicoanálisis*, Vol VII, No 3, Buenos Aires, 1985.
- 28) Sujoy O, "Maltratos y abusos en niños y adolescentes", *Rev AAPPG, Psicoanálisis de las configuraciones vinculares, "Excesos Vinculares"*, Buenos Aires, Vol XXXII, N° 1, 2009, pp47-66.
- 29) Torres de Aryan D, "Subjetividad y cuerpo en la adolescencia", *Actualidad Psicológica*, Buenos Aires, 2004.
- 30) Zukerfeld R, Zonis, R, *Procesos Terciarios. De la vulnerabilidad a la resiliencia*, Lugar Editoria, Buenos Aires, 2005.
- 31) Zukerfeld R, *Psicoterapia en la obesidad*, Letra Viva Ed, Buenos Aires, 2011

CAPÍTULO XI: PSICOTERAPIAS EN ESQUIZOFRENIA

Sección Esquizofrenia

Dr Fabián Lamaison Fabian:

Coordinador Seccion Esquizofrenia APAL,

Director Medico de CIANE (Centro Integral Ambulatorio en Neurociencias La Plata).

5492214512335,hflamaison@yahoo.com.ar



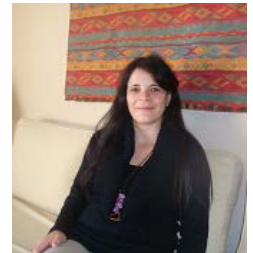
Dra Milagros Marot

Secretaria Seccion Esquizofrenia Centro America y Caribe,
Hospital Psiquiatrico Hermanos Amejeiras Cuba La Habana.
milamar@infomed.sld.cu

Dra Maria Elizabeth Gesell

Sub Investigadora INSA. 2- Docente Catedra de Psicologia Medica Univesiad Nacional de La Plata, staff de CIANE.

5492214741026,mariagesell@hotmail.com.ar



Licenciada Claudia Durand

Docente Facultad de Ciencias Medicas Universidad Nacional de La Plata,
Miembro de Staff de CIANE.

5492214006197,claudiadurand@hotmail.com

Al abordar la esquizofrenia, no podemos dejar de lado las particularidades de la presentación clínica. Y es allí donde nos encontramos con diferentes formas que abarcarían distintos síndromes que comparten elementos en común. Esto nos llevaría a pensar o plantear el diagnóstico no solo desde una categorización homogénea con un conjunto específico de síntomas, sino desde una mirada dimensional, abarcativa, en la que no se descartan síntomas ni las formas en las que se entrelazan. Es un intento de pensar el cuadro clínico dentro de un continuo, donde el paciente en el transcurso de la enfermedad fluctuaría de acuerdo a la presentación sintomática con sus distintos gradientes y particularidades.

Desde este punto de vista, podemos pensar la esquizofrenia como un trastorno psiquiátrico mayor que se caracteriza por su rasgo invasivo, produciendo graves alteraciones en la capacidad de vinculación del paciente, con consecuencias profundas en el funcionamiento ejecutivo. Podríamos también plantear como punto importante para el diagnóstico diferencial, el grado de conciencia con respecto al sin sentido de las ideas y percepciones que se le imponen al paciente. Por el carácter invasivo, limitante, por el impacto e interferencia de los síntomas en el funcionamiento normal, pero además por la ansiedad y la angustia que el trastorno conlleva, no sólo para el paciente sino también para su grupo familiar, postulamos fundamental el trabajo psicoterapéutico con el paciente en primer término, pero también con el grupo familiar.

El trabajo terapéutico apunta a generar técnicas y herramientas que ayudan al paciente a manejar sus experiencias y a su vez a investirlas de un sentido psicológico.

Podemos postular como objetivos del trabajo psicoterapéutico, principalmente la posibilidad de desarrollar comprensión de la enfermedad, que involucre al paciente a participar de forma activa en el tratamiento. También se dirige a identificar con el paciente factores que pueden exacerbar los síntomas y así también disminuir la posibilidad de recaídas, trabajar en la adherencia terapéutica, afianzar el manejo de los síntomas, de la angustia y la ansiedad concomitantes. También apuntamos a mejorar las habilidades sociales y replantear y mejorar las relaciones y vínculos familiares.

Intentamos establecer un sentido de continuidad para el paciente, más que la aceptación diagnóstica, acercando al paciente a una comprensión más empática de aquello que le ocurre. De esta manera posibilitamos DESESTIGMATIZAR al paciente, disminuir la vergüenza y la angustia, y contribuye a una implicación activa, mejorando la adherencia terapéutica.

Es necesario explorar junto al paciente las circunstancias en las que los episodios pueden ocurrir, como también las emociones y conductas que surgen en las mismas. La mayoría de las veces, estas situaciones están asociadas a metas, objetivos o demandas que el paciente no logra cumplir, también a situaciones familiares o también a los mismos síntomas, que funcionan como elementos estresantes para el paciente. Detectando estos elementos, podemos trabajar para resignificarlos y diseñar junto al paciente estrategias y herramientas para afrontar dichas situaciones de una manera más satisfactoria.

En este punto es necesario introducir el trabajo con el grupo familiar, estableciendo un buen vínculo con éste para poder incluirlos dentro de la alianza terapéutica, ya que para ellos también es necesario entender qué ocurre con el paciente. Brindarles una explicación, poner en claro las características del trastorno, escuchar sus interrogantes, dudas y miedos, dado que muchas veces las demandas familiares, o quejas y exigencias funcionan como elementos angustiados que dificultan el sostén del tratamiento. Trabajamos con encuentros con el grupo familiar en donde también participa el paciente. En estos encuentros se ponen al descubierto las dudas, miedos y “culpabilidades” que circulan entre los miembros y se intenta resignificar las expectativas con respecto al paciente y al tratamiento en sí.

Reatribuir o resignificar las posibilidades y expectativas tanto del paciente como de la familia, resulta tranquilizador, brinda mayor esperanza para ambos, pero principalmente fortalece e incrementa la alianza terapéutica y facilita el sostén del tratamiento en su totalidad.

Las expectativas de la familia y del medio social pueden funcionar como aplastantes, generando gran frustración, dificultad en las relaciones interpersonales y aislamiento. Mejorar estas habilidades en cuanto al trabajo en conjunto, mejorando la comunicación y disminuyendo su aislamiento, posibilita aumentar la motivación personal y social, corriéndolo del lugar de estigmatización.

A modo de conclusión.

No es nuestra idea presentar un trabajo cerrado y acabado sobre el tema, sino postular la forma de abordaje como un intento de acercamiento a este trastorno y los interrogantes y cuestionamientos que nos plantea la clínica en lo cotidiano.

Creemos que no solo es suficiente el trabajo terapéutico desde y con el paciente, sino que consideramos indispensable la inclusión del grupo familiar como soporte tanto del paciente como del tratamiento. De esta manera, abrimos la posibilidad de brindar a ambos un espacio que posibilite re estructurar, resignificar, pero ante todo abrir nuevas posibilidades y miradas para el paciente y los suyos frente aquello que les acontece.

Bibliografía:

- 1) Arango C, MT Buscarna , M.BousonoG Flores M. P. García Portilla, P.A.Saiz J Bobes Esquizofrenia en Esquemas 2ª Edición Ars. Medica 2008
- 2) Gabay Pablo Miguel , Bruno,Monica(compiladores) Arqueros A, A. Bloch, Dratcu L. Kaminski R, Kopelowicz A, Liberman R. McGurk S., Mueser.K,. Ortega.M. S. Roldan E. Toro Martinez E. Zarate “Rehabilitación Psiquiátrica”. Claves para su Recuperación, Buenos Aires Editorial Polemos 2011
- 3) Jones P Buckley P Schizophrenia El Sevier 2006
- 4) Mesones Arroyo H , Musacchio de Zan A. Oro R. Urzua R. Fernandez Alvarez H. Curso de Psicoterapia IV , la formación del Psicoterapeuta, Editorial Ananke 2001
- 5) Riba M Balon R. Psychopharmacology and Psychotherapy, A Collaborative Approach. American Psychiatric Press 2005,
- 5) Suarez Richards M Introducción a la Psiquiatría Tercera Edición Editorial Polemos 2006

CAPÍTULO XII: TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL PARA DELIRIOS, ALUCINACIONES (VOCES) Y SÍNTOMAS NEGATIVOS

Sección de Terapia Cognitivo Conductual

Dra. Ana María Vaernet
Médica Especialista en Psiquiatría
Presidente Capítulo TCC de APSA
Argentina. Tel. cel.: 54 11 1541718248
anavaernet@cidepp.com.ar



Dra. Lía Marcela Fernández
Magister en Clínica Psicológica Cognitiva.
Coordinadora sección TCC de APAL.
Argentina. Tel cel. 54 11 1541883155
Mail: liamarcelafernandez@fibertel.com.ar



DELIRIOS

Durante mucho tiempo se ha considerado a los delirios impermeables a las intervenciones psicoterapéuticas. Sin embargo, este concepto ha ido modificándose ya que se observa que los delirios presentan variaciones en el tiempo en relación al grado de convicción y preocupación asociadas, así como también ser pasibles de modificarse a través de la terapia (1)

Hipótesis acerca de la formación de los delirios: Beck y Rector (2) plantean algunos sesgos que podrían distorsionar la percepción de la experiencia, colaborando de ese modo en la formación del delirio:

- Sesgo egocéntrico: interpretar los hechos que suceden desde la perspectiva de sí mismo, de manera excluyente.
- Sesgo externalizador: Síntomas o sensaciones internas son atribuidos a agentes externos.
- Sesgos intencionales: Los pacientes atribuyen intenciones hostiles a las conductas de la gente.
- Otra de las características importantes en la formación de delirios es la de saltar a conclusiones rápidamente con información limitada y con dificultades para considerar otras posibles alternativas a sus interpretaciones (8).

ESTRATEGIAS COGNITIVAS EN LOS DELIRIOS

No en todos los delirios es preciso o recomendable intervenir, se decide intervenir para reducir principalmente su malestar emocional. Algunas de las razones para intervenir pueden ser (6):

- Malestar emocional que refiere le hace sentir dicho delirio.
- Interferencia en su vida diaria, en su salud, en su relación con la familia
- Sensación de falta de control, sensación de indefensión.

El objetivo de las intervenciones: Debilitar la convicción del delirio, flexibilizar dicha creencia, abrir el abanico de alternativas posibles a su malestar, reducir malestar emocional, lograr sensación de control (8).

Se proponen dos estrategias principales de intervención (8) : una sobre los estresores que podrían favorecer la aparición o incrementar las ideas delirantes, y otra sobre los delirios en sí.

Intervención sobre estresores:

Debe explorarse en qué circunstancias aparecen estas ideas, así como las reacciones emocionales y/o conductuales ante tales circunstancias. Es importante que el paciente aprenda a detectar esos estresores, los cuales pueden tener que ver con demandas que éste no puede cumplir, con situaciones de conflictiva familiar o con los mismos síntomas, como por ejemplo las alucinaciones, que pueden actuar como un estresor en sí mismas. Al respecto, además de atender estas situaciones en sí, en particular mediante el trabajo con el sujeto afectado y su familia, podemos enseñarle a nuestro paciente algunas modalidades de afrontamiento para reducir el estrés, por ejemplo técnicas de relajación/respiración o planificación de actividades recreativas o deportivas.

Intervenciones sobre los delirios: Es importante en primer lugar examinar hechos ligados a nuestras intervenciones que podrían generar en el paciente ideas delirantes, tales como la situación de internación vivida como una conspiración, o los efectos colaterales de la medicación : excesiva sedación como intento de control, o ginecomastia como idea de querer cambiarle el género. En estos casos, es importante instrumentar una buena psicoeducación para propiciar que estos fenómenos puedan ser entendidos desde una perspectiva más racional. (8)

El abordaje de los delirios en sí mismos se lleva a cabo en forma similar a la utilizada en otros trastornos, es decir, a través del desafío verbal y las técnicas conductuales que a modo de experimento busquen desconfirmar el modo delirante de construcción de la realidad, al favorecer el hallazgo de explicaciones alternativas. Se puede comenzar por la exploración de una idea delirante que menos fuerza de convicción sostenga (para que sea más fácil intervenir y lograr resultados, y después aplicarlos a otros) o aquella que el paciente elija por ser más preocupante para él (5).

Por ejemplo un paciente que sostiene la idea de ser un enviado de Cristo. Se comienza a cuestionar el delirio, tomando el empirismo colaborativo como base, esto es: el terapeuta es un aliado del paciente en esta búsqueda. Así, teniendo especial cuidado en no confrontar al delirio en sí, sino que mediante la realización de preguntas que busquen cuestionar las evidencias que lo sostienen, (a partir del razonamiento guiado) se intenta ayudar al paciente a que pueda ir reconsiderando sus ideas, revisarlas, y a buscar con el terapeuta alternativas posibles:

“¿Qué lo lleva a pensar que esto es así?”

“¿Qué otra explicación podría haber?”

“X también piensa que es enviado de Cristo, ¿que opina Ud. al respecto?”

Tomar una perspectiva diferente: Preguntar al paciente qué pensaría “X” (persona que sea confiable para el paciente) acerca de estas ideas.

Se buscarán también las creencias subyacentes, a través de la “inferencia en cadena” ya que estas guardan relación con la conformación del delirio (5). Por ej., si el paciente cree tener poderes especiales por ser enviado de Cristo, preguntar: *¿por qué esto es importante para Ud?* Si lo considera importante porque cree que así va a ser respetado, cabe preguntar por qué siente que no es respetado, o por quienes. En estas ocasiones, la creencia de base puede ser el “no ser tenido en cuenta”, o “no ser respetado”. Serán también éstas, entonces, importantes focos de intervención futura (7).

En esta búsqueda de evidencias, se intenta encontrar los puntos inconsistentes de las ideas delirantes, para debilitarlas de manera progresiva. En general se comprueba que las ideas no desaparecen rápidamente, pero van perdiendo convicción a medida que el paciente va encontrando explicaciones más adaptativas para su experiencia.

Además de cuestionar evidencias que sostienen el delirio, es importante al igual que en otros cuadros, diseñar técnicas conductuales, que a modo de “experimentos” procuren un testeo con la realidad. Por ejemplo, si un paciente se siente perseguido por la policía y tiene una actitud evitativa toda vez que ve un patrullero, se lo puede estimular a que progresivamente se acerque, formule una pregunta a algún policía (Ej: donde queda una calle u otra pregunta similar), para contrastar sus ideas con la realidad, o buscar información en Internet acerca de determinados temas que sean de su preocupación (Ej. Si existe alguna forma de leer los pensamientos de otras personas).

ALUCINACIONES

Hipótesis acerca de las alucinaciones: Si bien hay variadas hipótesis explicativas acerca de las alucinaciones, en general el consenso es que surgirían de la dificultad para discriminar estímulos internos de aquellos generados en el exterior del sujeto. (3)

Estrategias cognitivas en alucinaciones: Nos referiremos principalmente a las alucinaciones auditivas y en forma de voces por ser las más frecuentes y las que más sufrimiento generan. En general se interpreta que este sufrimiento está dado por que los pacientes les otorgan crédito a lo que escuchan, además de atribuir su origen a algo omnipotente, a alguna fuerza extraña y poderosa, lo cual les genera la sensación de que son incontrolables (6). Una de las estrategias que plantean Turkington y Kingdon es la reatribución (8), esto es generar una explicación alternativa en el paciente por ejemplo que pueda considerar las alucinaciones como un desequilibrio bioquímico, en lugar de hacer hincapié en que son producidas por un trastorno mental.

En este sentido y siguiendo el modelo de normalizar la experiencia, también se le puede explicar al paciente que bajo determinadas circunstancias, por ejemplo: consumo de sustancias, stress intenso, privación sensorial o ser tomado de rehenes, todos podemos llegar a alucinar. En este

punto, puede relatarse experiencias de personas que tras perder a un ser querido creen verlo en la calle o escuchar su voz que los llama. Para el paciente suele resultar tranquilizador el normalizar la experiencia, ya que brinda mayor esperanza sobre su enfermedad, a la vez que incrementa la alianza terapéutica.

ESTRATEGIAS COGNITIVAS PARA LAS VOCES

Desde Beck y Rector (2) se postulan diversas estrategias, tales como:

Llevar un registro de voces: Determinar frecuencia, intensidad, duración, así como también variabilidad en el tiempo. Esto permitirá tener una guía para operar más eficazmente sobre ellas.

Detectar que estímulos las disparan o exacerban, así como también aquellos que las atenúan. Tomando el modelo de vulnerabilidad, situaciones estresantes podrían generar la aparición de dichos síntomas, por lo que será de utilidad poner en juego las estrategias explicadas.

Establecer conexión entre elemento disparador (Ej., escuchar algo en la radio) y reacción posterior, ya sea emocional (temor, enojo) o conductual (aislamiento, enfrentarse).

Cuestionamiento (detalles de la experiencia): Preguntar al paciente: -“*Los escuchás como yo te estoy hablando?*” “*Alguien más los escucha ¿Por qué no?*” “*Cómo se comunican con vos?*” “*Sería posible que yo los escuchara?*”.(7)

Identificar contenido de las voces: en general, estas insultan al paciente: “*no sos nada*” o que describen lo que el paciente hace.”*Ahora va a acostarse*”.

Explorar el contenido es importante, por lo cual la siguiente estrategia es:

Discutir contenido de las voces: Se considera que los pacientes dan crédito a las voces porque en general reflejan aspectos negativos que ellos tienen de sí mismos. En este sentido, podemos preguntar: *¿cuánto cree Ud. en ellas? ¿A quién se las adjudica?* Se procede de manera similar a la descrita para los delirios, esto es: buscar evidencias para desconfirmar esta manera de construir la realidad, a la vez que se introducen alternativas posibles.

Desarrollar estrategias para afrontar las alucinaciones cuando se hacen presentes. Por ejemplo: involucrarse en una actividad, iniciar una conversación, escuchar música, relajación, distracción. De este modo, se “desafía” la aparente omnipotencia de las voces, y se le da al paciente la idea de que puede recuperar el control, en vez de sentirse controlado por ellas.

SINTOMAS NEGATIVOS

Hipótesis acerca de los síntomas negativos

Turkington y Kingdon (5) plantearon que los pacientes vulnerables, en una etapa de su vida como es la adolescencia, intentan alcanzar metas comunes a esa etapa, tales como: comenzar una carrera, encontrar un trabajo, o iniciar una relación afectiva. Debido a la vulnerabilidad que presentan tienen dificultades en alcanzarlas, generándose así una intensa frustración. Las expectativas del medio familiar y social, pueden ser vividas como “aplastantes”, por lo cual en el intento de lograrlas se esfuerzan demasiado, se estresan más, y en una espiral ascendente pueden desarrollar un episodio psicótico. Cuando se recuperan de este episodio, intentan retomar metas y se encuentran con que

son más difíciles de afrontar, lo que los lleva a paralizarse. Se aíslan socialmente como forma de protegerse del estrés, pero empeora el cuadro a largo plazo.

ESTRATEGIAS COGNITIVAS EN SÍNTOMAS NEGATIVOS (8)

Disminuir estrés: Se debe trabajar con el paciente y la familia para evitar que éste se sienta presionado, explicar la necesidad de recuperarse en primer lugar para luego proponerse otros objetivos.

Redefinir metas: Muchas veces, la desmotivación se genera por plantearse metas demasiado elevadas, difíciles de alcanzar. Para evitarlo, las metas a largo plazo deben ser redefinidas en pequeñas metas, que sean posibles de alcanzar para el paciente. A su vez, el logro de estas actuará como motivadora para plantearse otras, siempre buscando un equilibrio entre el punto de escasa motivación y el de exceso de exigencia.

Agenda de actividades: de manera similar a como trabajamos en depresión, se debe partir de la actividad basal del paciente, para ir incorporando progresivamente actividades, que al lograrlas funcionen como estímulo reforzante.

Aumentar motivación personal y social: se intentará que el paciente encuentre dentro de sus áreas de interés, aspectos que lo lleven a desarrollarse como persona, sin desconocer las dificultades inherentes a su cuadro, pero apuntando más allá del manejo de los síntomas.

Para finalizar un comentario sobre la alianza terapéutica, necesaria en todo tratamiento psicoterapéutico, pero imprescindible en el tratamiento de personas con este tipo de psicopatología. Toda intervención va a estar sostenida para lograr un buen compromiso con el tratamiento. Algunas veces los tratamientos fracasan porque se producen rupturas en la misma (4). Estas rupturas pueden ocurrir porque el paciente no acuerda con los objetivos, o con las tareas a realizar o por rupturas en el vínculo, como malos entendidos o la dificultad para establecer vínculos maduros.

Situaciones que amenazan el compromiso:

- Fracaso en la empatía (terapeuta poco hábil para empatizar con situaciones inusuales)
- Creencias vinculadas al terapeuta (por ejemplo alguna creencia delirante que se resiste a la terapia)
- Creencia sobre sí mismo negativa (miedo a que el terapeuta sea punitivo o controlador)
- Vivir el vínculo amenazante (paciente que siente dominado por el terapeuta)
- Visión de la terapia como poco beneficiosa (por ejemplo que crea que el terapeuta lo va a dejar sin sus creencias, o sin sus voces)
- El paciente se da cuenta que el terapeuta no le cree (delirios o creencias no realistas)

CONCLUSIONES: Si bien existe una diversidad de cuadros dentro del campo de las psicosis y diferencias en severidad de las mismas, la aplicación de la terapia cognitiva ha mostrado resultados muy prometedores en el tratamiento de los mismos, tanto en la reducción de síntomas positivos (5, 6, 7 y 8), así como también en síntomas negativos (3) o en relación a la disminución de recaídas siempre bajo el paraguas de un vínculo terapéutico comprometido. Esta modalidad

terapéutica se debe llevar a cabo con una actitud flexible, que lleve al paciente a integrar las técnicas a su vida cotidiana, seleccionando aquellas que le resulten más útiles o menos dificultosas para poner en práctica. No obstante estos resultados promisorios, somos conscientes de que aún falta mucho camino por recorrer y se necesitarían más investigaciones para avalar su eficacia.

Bibliografía:

1. Beck Aaron T., R. N. "Cognitive approaches to schizophrenia: theory and therapy." Annu Rev Clin Psychol (2005).
2. Beck AT, R. N.. "Cognitive therapy of schizophrenia: a new therapy for the new millennium." Am J Psychother (2000)
3. Morrison A Haddock G: "Cognitive factors in source monitoring and auditory hallucinations": Psychological Medicine 27:669-679 Cambridge University Press Copyright © 1997
4. Safran, J.D.; Muran, J.C.; Samstag, L.W. Y Stevens, C. Repairing alliance ruptures. En J. C. Norcross (Ed.), Psychotherapy relationships that work: Therapists contributions and responsiveness to patients (pp. 235-254).New York: Oxford University Press (2002).
5. .Scott J., Kingdon D., Turkington D.. Cognitive-Behavior Therapy for Schizophrenia. Cognitive-Behavior Therapy. T. Wright, M. Washington, American Psychiatric Publishing, Inc. (2004) **23**.1-24
6. Tur Barja, Cristina y Caballero Campillo Rocio, Evaluación y tratamiento de las ideas delirantes desde la Terapia cognitivo conductual: perspectiva desde un caso. Revista de Casos Clínicos en Salud Mental (2014) 1: 39-56
7. Turkington, D., D. Kingdon, et al.. "Cognitive behavior therapy for schizophrenia." Am J Psychiatry (2006)
8. Wright,J. Turkington,D. Kingdon,D. Ramirez Basco, M Cognitive-behavior therapy for severe mental illness. An illustrated guide. American Psychiatric Publishing,Inc. .(2009)Washington. London.

CAPÍTULO XIII: PSICOTERAPIA DE LAS REACCIONES DE CÓLERA: HABILIDADES Y HERRAMIENTAS PARA SU TRATAMIENTO DESDE LA PERSPECTIVA COGNITIVA

Sección de Terapia Cognitivo Conductual

Dra. Lía Marcela Fernández
Psiquiatra. Magister en Clínica Psicológica Cognitiva.
Coordinadora Sección TCC de APAL.
Argentina. Tel cel 54 11 1541883155
Mail: liamarcelafernandez@fibertel.com.ar



*“La cólera perjudica el sosiego de la vida,
Y la salud del cuerpo,
Ofusca el juicio y ciega la razón”*
Denis Diderot

La cólera o ira es una reacción repentina de tipo violento-agresivo. El acceso de cólera produce trastornos neurovegetativos que pueden manifestarse en forma de sudor, palidez, o por el contrario, enrojecimiento del rostro, temblores, gestos desproporcionados con gritos y violencias, sentimientos apasionados de odio que disminuyen momentáneamente el raciocinio.

Frente a condiciones adversas, los individuos tienden a ensayar conductas defensivas, y la agresión, o las reacciones de cólera, pueden ser una de ellas, junto con la huida y la transformación del contexto. La cólera, la ira, la indignación y el comportamiento agresivo son reacciones de lucha instintiva cuando nos amenaza algún peligro.

¿Cuándo estas reacciones se transforman en un problema que debemos tratar?

Cuando se vuelven persistentes, severas, descontroladas, y altamente disruptivas en los contextos interpersonales. Relaciones estrechas se desmoronan bajo el impacto de la cólera o ira descontrolada. Las reacciones de cólera descontrolada, dignas de recibir tratamiento, van desde una reacción de enojo, un estado de irritabilidad fácil hasta ira intensa. Las personas con reacciones de cólera o ira excesiva, se han tornado cada más habitual en nuestra consulta, en relación a los tiempos que nos tocan vivir. Las herramientas naturales no suelen alcanzarnos y muchas veces no estamos suficientemente entrenados para su manejo en la clínica. Genera conflictos interpersonales y familiares, ataques verbales y físicos, propensión a la destrucción, y mala adaptación en el área laboral. Conduce a evaluaciones negativas de sí mismo y de los otros. Es generalmente expresión de una baja autoestima, como a la vez su expresión abierta la refuerza. Conlleva consecuencias negativas, tanto para el que las padece como para los que lo rodean. Los terapeutas nos vemos enfrentados, con insuficiencias teóricas y técnicas, en cuanto a que estrategias utilizar, o tener déficits de recursos o dificultad para establecer o acordar objetivos.

Dejamos fuera de estas consideraciones, aquellas reacciones claramente de violencia física reiterada, que tienen otros programas específicos de tratamiento.

Nuestro aporte intenta proponer herramientas para un abordaje específico.

Características de estos pacientes:

- Son pacientes que frecuentemente están desmotivados a cambiar, ya que suelen llegar de forma coercitiva.
- Buscan asistencia para cambiar el objeto de su cólera, no su propia cólera.
- Predomina la atribución externa.
- Son personas que tienen menos probabilidad de llegar a un acuerdo acerca de los objetivos de la terapia que pacientes con otros problemas emocionales.
- Pueden consultar con un deterioro funcional social importante.
- Proponen situaciones de intensidad emocional. Y por lo tanto requieren de un terapeuta dispuesto a trabajar con ésa intensidad.

Mitos y Creencias que se han encontrado en personas de cólera (2)

- Tienden a pensar que su conducta no es una conducta desviada
- Creen que la agresión está justificada y es apropiada
- Están convencidos que los otros son responsables y culpables del enojo.
- Juzgan que el que provocó la agresión es un enemigo y tiene que pagar por ello. (Les cuesta diferenciar la persona de los actos)
- Se sienten maltratados.
- Opinan que el otro tiene que notar el enojo.
- Sostienen que tienen que explotar para no enfermarse.
- Suponen que la agresión es saludable y necesaria. (Esto está firmemente comprobado que es falso, es una conducta evitable, evitable también las consecuencias que producen).
- Comprueban en muchas ocasiones que la reacción de cólera es la mejor manera, la más efectiva, de controlar a los otros.
- Consideran que la descarga catártica disminuye los niveles de enojo. Este es un mito desechado por Mayne y Ambrose (4).

Consideraciones Etiológicas y Diagnósticas

Las investigaciones dan cuenta que la cólera no aparece si el individuo se percibe con capacidades de afrontamiento adecuadas. Estudios como el de Rivers, Brackett, Katulak y Salovey (5) han mostrado que una regulación eficaz de la ira es asociada a un estilo constructivo de resolución de conflictos, y una regulación eficaz de la tristeza con relaciones sociales positivas. Regular eficazmente las emociones también está relacionado con indicadores de salud mental y bienestar psicológico (1) e inteligencia emocional (3).

Desde nuestro modelo cognitivo la reacción de cólera es producto de la interpretación que se hace de una determinada situación y se sostiene por la función que cumple en la interacción.

Desde el punto de vista del diagnóstico categorial el trastorno que más se usa para pacientes con ira o cólera es Trastorno Explosivo Intermitente, que aparece en la categoría del Trastorno del Control de los Impulsos, también puede aparecer como irritabilidad en los cuadros depresivos. La segunda inclusión de la cólera es como un síntoma en los trastornos de la personalidad: límite, antisocial y paranoide.

TRATAMIENTO DE LAS REACCIONES DE CÓLERA

El tratamiento puede requerir intervenciones en diferentes niveles, de acuerdo a como se configura la demanda.

Circunstancias en que se presenta la demanda

En nuestra experiencia clínica, hemos observado las diferentes circunstancias y cada una de ellas necesita considerar diferentes niveles de intervención. Vamos a repasar con ilustraciones algunas de éstas, para luego desarrollar que hacer en cada caso.

a) Cuando la reacción forma parte del núcleo de la demanda:

Auto declaración: Nos referimos a aquellas personas que consultan porque evalúan que sus reacciones de enojos intensos son muy disruptivas, y necesitan hacer un cambio.

Ana consulta en un estado depresivo y angustioso. Lo que más le preocupa y deprime es que se da cuenta que no puede terminar bien sus vínculos, siempre termina “a las patadas”. Esta rompiendo un noviazgo, y refiere intensas reacciones de furia. Reconoce que tiende a enojarse fácilmente, pero cree que si no expresa su enojo, va a explotar por otro lado.

En ésta situación clínica, Ana, registra las consecuencias de sus reacciones, y el perjuicio que acarrea en sus vínculos, pero todavía no está convencida cómo es el cambio que tiene que hacer. Está ambivalente. Tiene que aumentar su nivel de conciencia del problema, y de su posibilidad de cambiar. La sostiene el mito que “si no se enoja va a explotar por otro lado”, agente reforzador de la reacción.

b) El paciente llega enviado por otros

Personas que vienen porque otros les advierten, que de continuar así, con su manera de reaccionar, están amenazados de rupturas de diferente índole.

Llegan de manera coercitiva, y por lo tanto no están claramente motivados a cambiar. Su atribución es en general predominantemente externa. La causa que desencadena las reacciones son los otros, por lo tanto la expectativa es que el cambio sea del otro. Como ocurre a veces con otros trastornos, es de suma utilidad, plantear al paciente un tratamiento acotado en una primera fase con el objetivo específico de abordar las reacciones de cólera. Poder lograr ciertos resultados, estimula y permite proponer otros cambios, en el caso frecuente en que las reacciones de cólera se inscriben en un conjunto de problemas.

Eduardo llega a la consulta a instancias de su esposa, con la que está casado hace 15 años, y tiene 4 hijos. Ella le ha sugerido la separación, a pesar que profesan una religión donde el divorcio no es bien visto, ella le ha dicho que “no lo aguanta más”. El refiere haber sido siempre así, irritable, no entiende porqué ahora eso le molesta tanto.

Eduardo, no ha considerado la posibilidad de cambiar, son los otros los que denuncian. Sabe que tiene un problema, pero minimiza las consecuencias. Tiende a restar importancia a las reacciones propias, poniendo el acento en la conducta del otro. En ésta circunstancia, es necesario, tallar la demanda. Disponer una o dos entrevistas iniciales para acordar con el paciente en que va a consistir nuestra ayuda. Vienen en situaciones muy críticas, muchas veces con un gran deterioro en sus vínculos, con poca conciencia de cuál es el cambio que tienen que hacer, se sienten los dueños de la verdad, y por eso se enojan con tanta intensidad. Llegan a la consulta movidos por situaciones vitales difíciles, la pareja o los hijos los “mandan”.

- c) Cuando la reacción subyace a otros problemas Personas que consultan llevados por una situación crítica que les ha generado angustia y que en la exploración del terapeuta se vislumbran las reacciones de cólera, pero no hablan de ellas directamente, no consultan por la reacción en sí. (Separación conyugal, pérdida laboral, distanciamiento de familiares significativos o amigos muy cercanos, etc.).

Mariano llega a la consulta muy angustiado, en crisis con su segunda pareja. Desde que, hace tres meses, están conviviendo han empezado a surgir diferencias y se han desatado reacciones de enojo intenso en él, que consisten en gritos, insultos, golpea las puertas, él siente que su enojo es algo “incontrolable”...

En ésta situación, Mariano llega necesitado de recibir ayuda, necesita saber cuál es el recurso terapéutico mas adecuado, lo ayudamos a identificar el problema, ponemos la reacción de cólera en el foco. Es una de las circunstancias más viable para trabajar desde el principio con habilidades y herramientas específicas, y proponerle por lo menos en una primera etapa un tratamiento acotado, ya que entendemos que si aumentamos su competencia en manejar sus reacciones de cólera, puede estar mejor posicionado para resolver los otros problemas.

- d) Personas que consultan por un conjunto de problemas

Son personas que vienen con problemas de diferente nivel, y donde las reacciones de cólera son solo una parte. (Personalidad límite, antisocial, o narcisista)

*Matias (23 años) llega a sesión con su mano vendada:
En una nueva pelea con su novia, dio un puñetazo a la pared rompiendo algunos huesos de su mano...*

Matías encontraba mucha dificultad en la distancia interpersonal adecuada (Su historia familiar lo había expuesto a niveles de apego extremadamente ambivalentes). Trataba hacía meses de separarse de esta relación pero cada vez que su novia aceptaba la separación, él volvía a ella. De algún modo él tenía el poder de la relación. Pero cuando, al querer volver esta vez, ella se mantuvo firme en que no quería estar ya con él, se desesperó, se violentó y dio el puñetazo a la pared. No era la primera vez, que esto sucedía. A partir de este momento acordamos trabajar en estas reacciones.

b) Reacciones que expresan resistencia al cambio, o al dispositivo

Algunas veces estas reacciones aparecen como un ataque al dispositivo terapéutico. El paciente no acuerda con lo que le proponemos, con lo que le decimos, o con la tarea intersesión que le indicamos. Cuando la reacción aparece como resistencia al dispositivo probablemente la puesta de límites por parte del terapeuta sea la conducta necesaria, para que en todo caso sea el paciente el que decida si quiere o no cambiar su situación, y por lo tanto continuar o no con el proceso.

En ocasiones, dado que estas reacciones van acompañadas de la dificultad de controlar los impulsos, puede ser necesaria una indicación psicofarmacológica. Asimismo en ciertas oportunidades, necesitamos intervenir en los contextos familiares. Sobre todo, cuando el entorno está muy deteriorado, y los integrantes de la familia son reacios a ofrecer el sostén ambiental necesario.

HABILIDADES Y HERRAMIENTAS ESPECÍFICAS PARA AFRONTAR LAS REACCIONES DE CÓLERA

Describiremos los pasos que consideramos necesarios para el tratamiento, el orden es sólo con fines didácticos, pero son acciones que pueden combinarse de diferentes maneras, de acuerdo a cada caso en particular.

Construir la Alianza Terapéutica y Acordar objetivos. *Buscamos un acuerdo con el paciente, por ejemplo decirle que en una primera instancia vamos a disponer algún tiempo para revisar la cólera “ponerla sobre la mesa” y explorar las consecuencias de la misma.*

Generar motivación para el cambio Entendemos la motivación como un estado de disponibilidad o deseo de cambiar, que puede fluctuar de un momento a otro, o de una situación a otra. La motivación es necesaria para que cualquier tratamiento cumpla su objetivo; significa que la persona inicie, continúe y se comprometa con el proceso. Para esto requiere estar de acuerdo con el terapeuta, aceptar el problema, expresar que necesita ayuda para cambiar, reconocer qué lo afecta, y seguir los consejos del terapeuta, son algunas de acciones que tiene que llevar a cabo. Para generar la motivación, probablemente necesite información, feedback de que se puede vivir de otra manera. Las primeras sesiones son cruciales para generar la motivación. Tenemos que evitar caer en algunas trampas, como puede ser generar un espacio de preguntas y respuestas, con poca elaboración por parte del paciente, y donde el paciente queda en evidencia, y eso puede desmotivarlo. Otra situación que debemos evitar es que de entrada confrontemos al paciente. No poner más énfasis que el necesario en qué es lo que tiene que cambiar, no convencerlo que su problema es mas

grave de lo que el considera, son sugerencias a tener en cuenta. La posición óptima, entonces generadora de confianza y motivación es dejar espacio a que el paciente hable de cómo se ve a sí mismo, nos cuente las reacciones, y nosotros hagamos alusión a las dos caras de la moneda. Por ejemplo: “hábleme de lo que le resulta y de lo que no le resulta de su forma de reaccionar”. Podemos observar también un periodo ambivalente, tiene razones para cambiar pero también razones para seguir igual. Temen a que si dejan de reaccionar con enojo o furia descontrolada, los demás no los respeten, o le pasen por encima (7). La tarea del terapeuta en ésta etapa tendrá que ser inclinar la balanza para el lado de reconocer que la reacción de cólera es un problema que afecta su vida y la de los seres queridos. Que se puede cambiar, aunque por ahora no sepa cómo. Una vez que la balanza cae, y la persona se determina a reconocer que tiene que hacer algo para que no vuelva a ocurrirle lo mismo, o no quiere seguir pagando los costos que la reacción le acarrea, estamos en la etapa de determinación. Los pacientes en esta etapa dicen ¡Tengo que hacer algo! No puedo seguir así! es una ventana que permite que le indiquemos el recurso que pensamos que es más adecuado.

El proceso de cambio no es lineal, y en estos pacientes, es importante recalcar que en el camino a la recuperación, puede haber avances y también retrocesos.

Validación de la experiencia. Confirmamos al paciente, validando su experiencia. Debemos tener en cuenta que los esfuerzos del terapeuta por cambiar o reducir la cólera, pueden ser fácilmente percibidos por el paciente como que no lo entiende. Esto es especialmente importante cuando el paciente cree que fue agraviado y que por eso reaccionó mal. O cree que el transgresor fue responsable del problema, y él recibió un daño. Es necesario validar su frustración y su desacuerdo, como una manera de fortalecer la alianza. Necesitamos poder ver que tal como el lo ve, es lógico sentirse así (6). De lo contrario el paciente experimenta al terapeuta como en desacuerdo, siente que es desconfirmado y su enojo se multiplica. Puede acusar al terapeuta de dar la razón al otro significativo. Tenemos claro que validar no es elogiar, sino escuchar, reflexionar sin juzgar, a veces, el tono de voz es validante. Validamos genuinamente los antecedentes que generan la emoción colérica, no las consecuencias.

Focalizar en la reacción de cólera Los ayudamos a registrar los enojos, cuando se producen, si han intentado evitar la reacción, o han hecho algo para calmarse, y a que los atribuyen. Les indicamos una tarea intersesión, previa explicación del objetivo e importancia de la tarea. Le damos un instructivo para que en una planilla de tres columnas registre, en la primera columna las circunstancias en que se genera una reacción, en la segunda columna que tipo de pensamientos lo invadieron en el momento, y en la tercera columna que hizo para evitar mayor descontrol. Este registro nos permite la detección de pensamientos automáticos, que son aquellos que acompañan a las reacciones. A partir de los registros el paciente puede visualizar el modo de procesar y las distorsiones cognitivas disfuncionales.

Los pacientes no tienen registro cómo la reacción de cólera lo afecta, y tienen falta de empatía de cómo afecta a los otros, tienden a minimizar o justificar sus reacciones y los registros van a ser una forma de incrementar la auto-observación y la hetero-observación. Implementamos técnicas de control de la respiración y relajación progresiva. Estas técnicas las usamos en la sesión y luego les sugerimos que lo practiquen en su casa. Sostenemos que aprender a disminuir el arousal fisiológico es el primer paso, ya que los va ayudar a centrarse, y aplicar nuevas habilidades.

Buscar alternativas Una vez que acuerda que debe reducir o manejar su cólera, falta algo, cómo reemplazarla. Podemos utilizar técnicas como la del rol fijo: el paciente escribe un boceto de como se percibe actualmente, y a partir de allí le sugerimos un personaje alternativo para que actúe "como si fuera tal" y compruebe los nuevos efectos. En nuestra práctica nos encontramos con creencias tales como:

- **Creer que los van a pasar por encima si no reaccionan, esto se expresa en la dificultad de ocupar nuevos roles.**

- **Sostienen que todo lo que han logrado es gracias al barullo que hacen al reaccionar así. Tienen conciencia que las reacciones han sido útiles para conseguir algunas cosas (Refuerzo), sin evaluar las consecuencias negativas.**

- **Logran que los demás les teman y así evitan enfrentarse a ciertos problemas interpersonales. (Logran que no se les llame la atención, ciertas cosas a ellos no le dicen para no encender la reacción).**

Ensayar nuevos roles es una manera de comprobar que éstas cosas no suceden. Es muy útil trabajar con el paciente para que logre habilidades sociales y en asertividad.

***Darle herramientas para afrontar la reacción.** Una vez identificados los esquemas subyacentes a esa reacción se puedan brindar significados alternativos, a los significados disfuncionales, en cuanto a la representación que tiene de sí mismo, de los demás y de lo que piensa que los demás piensan de él.*

Utilizamos los principios de la resolución de problemas: Se enseña al sujeto a identificar problemas, generar soluciones alternativas, ponerlas en práctica y seleccionar las mejores. Consiste en preparar al paciente mediante instrucciones, relajación y ensayo imaginativo en el manejo de situaciones de dificultad creciente. Para esto construimos con el paciente situaciones de menor a mayor dificultad y a que tomen.

Cuando estas personas toman plena conciencia que el cambio es necesario, por las consecuencias negativas, luchan denodadamente para cambiar, ya que, como las conductas adictivas, siempre están al acecho, y solo una actitud de autocontrol permanente puede liberarlos.

Bibliografía:

1. Barber, L.L.K., Bagsby, P.G. y Munz, D.C. Affect regulation strategies for promoting (or preventing) flourishing emotional health. *Personality and Individual Differences*,49, 663-666. (2010).
2. Beck, Aarón "Prisioneros del odio..Las bases de la ira, la hostilidad y la violencia" Editorial Paidós, Buenos Aires, (2003).

3. Kassinnove, Howard, Anger Disorders, Definition, Diagnosis and treatment, Ed. Taylor & Francis, (1995).
4. Nelis, D., Quidbach, J., Hansenne, M. y Mikolajczak, M. Measuring individual differences in emotion regulation. *Psychologica Belgica*, (2011). 51, 49-91.
5. Mayne y Ambrose, In Session, "Reserch review on anger in Psychotherapy" (1999).
6. Rivers, S.E., Brackett, M.A., Katulak, N.A. y Salovey, P. (2007). Regulating anger and sadness: an exploration of discrete emotions in emotion regulation. *Journal of Happiness Studies*, 8, 397-427.
7. Tejón López, O y Gutiérrez Díaz, G. Intervención cognitivo conductual en un caso de confusión emocional y bajo control de la ira. Universidad Complutense de Madrid *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental* (2015) 1: 101-116

CAPÍTULO XIV: PSICOTERAPIA EN EL ADULTO MAYOR

Sección Psicogeriatría

Dra Alicia Kabanchik

Dra en Salud Mental UBA. Directora de la Carrera de Especialista en Psicogeriatría Univ Maimonides

Argentina

TE 45 11 045425702 / aliciakabanchik@gmail.com



“Se vive más tiempo en todo el mundo. Actualmente, por primera vez en la historia, la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años. Para 2050, se espera que la población mundial en esa franja de edad llegue a los 2000 millones, un aumento de 900 millones con respecto a 2015. Hoy en día, hay 125 millones de personas con 80 años o más. Para 2050, habrá un número casi igual de personas en este grupo de edad (120 millones) solamente en China, y 434 millones de personas en todo el mundo” Aproximadamente un 15% de los adultos de 60 años o mayores sufren algún trastorno mental. Los trastornos neuropsiquiátricos representan el 6,6% de la discapacidad total (AVAD) en este grupo etario.”(7)Según el Informe de la OMS se necesita urgentemente una acción integral de salud pública para hacer frente al envejecimiento, de tal manera que se garantice “un futuro que ofrezca a las personas mayores la libertad de llevar una vida que en las generaciones anteriores nunca hubo” La salud mental y el bienestar emocional tienen la misma importancia en la edad mayor que en cualquier otro periodo de la vida.(7)OMS 2015.

Durante el proceso del envejecimiento el Yo se debilita y el cuerpo sufre modificaciones esto se agrava frente a los conflictos En los adultos mayores son frecuentes las pérdidas: la muerte de un ser querido, la jubilación, disminución de recursos económicos, la discapacidad, conflictos familiares, las caídas, con los riesgos de fracturas (cadera) o hematoma subdural todos estos factores pueden ocasionarles aislamiento, pérdida de la independencia, temores, tristeza y angustia pudiendo generarse patologías como trastornos de ansiedad generalizado, posttraumático, depresión, deterioros cognitivos Se calcula que en el mundo hay unos 47,5 millones de personas aquejadas de demencia. Se prevé que el número de estas personas aumentará a 75,6 millones en 2030 y a 135,5 millones en 2050; La depresión puede causar grandes sufrimientos y trastorna la vida cotidiana. La depresión unipolar afecta a un 7% de la población de ancianos en general y representa un 5,7% de los años vividos con una discapacidad entre las personas de 60 años de edad. (7)

La psicoterapia puede ayudarlos con las transiciones del envejecimiento normal y patológico a manejar sus emociones, encontrar nuevas fuentes de placer y significado, y nuevos sistemas de apoyo para lograr un Envejecimiento Activo. La OMS, en un primer momento hablaba de envejecimiento saludable (OMS 1990), sin embargo esta definición se basaba únicamente en la salud de las personas y no tenía en cuenta otras circunstancias como la implicación y participación social. Por eso, en el año 2002(7) la OMS define envejecimiento activo como “*el proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad en orden a mejorar la calidad de vida de las personas que envejecen*”

Si bien Freud (1) se mostró contrario a la aplicación del tratamiento psicoanalítico en personas de más de 50 años, en 1904, donde dice: “Las personas próximas a los 50 años

suelen carecer de la plasticidad de los procesos anímicos con la que cuenta la terapia”
“Los viejos no son educables” “Cuando se trata de personas de mucha edad, la duración del tratamiento correlativa a la cantidad de material acumulado resultaría excesiva, y su fin coincidiría acaso con el comienzo de un período de la vida en que no se concede ya gran valor a la salud nerviosa “

Cabe aclarar que la esperanza de vida al nacer a principios del siglo XX era de 50-65 años según WHO en 2006(9) esta creció gracias a las reformas y la generalización de la sanidad e higiene, hoy la esperanza de vida en Austria es de 81,70 años. en 2014 y en Argentina de 76,16 (10)OMS, es decir tenemos una persona con 30 años más de vida y mayor expresión de las patologías La OMS dice “Hay que agregar salud a los años “

El adulto mayor es poco escuchado los hijos, nietos disponen de poco tiempo razón por lo cual disponer de un espacio para sí lo hace un paciente altamente comprometido con su psicoterapia si la demanda La psicoterapia debe tener un enfoque personalizado, flexible teniendo en cuenta las necesidades del paciente y las situaciones propias del envejecimiento.

El terapeuta debe ser activo, contener y comprender los movimientos transferenciales positivos y negativos privilegiando la finalidad terapéutica sobre la investigación del psiquismo. Técnicamente se sugiere que la terapia sea realizada frente a frente mirando al paciente, atendiendo a los lenguajes verbales y gestuales, con frecuencia semanal o quincenal, adecuando los horarios a las necesidades del paciente, evitando los silencios y favoreciendo la transferencia positiva(2),

Grunes (5) describió un fenómeno de transferencia única de psicoterapia con los ancianos en la que el terapeuta es visto como el hijo de la paciente, y lo denominó transferencia inversa., contratransferencia lo define como la experiencia del terapeuta del paciente de edad avanzada. Para el terapeuta, una relación con una persona mayor puede provocar ansiedad debido a los posibles problemas físicos, enfermedad demencial, impotencia aparente, y la dependencia que la persona mayor puede tener(8) Promover la reminiscencia despertar la curiosidad, plantear metas posibles forman parte del proyecto terapéutico., Los abordajes puede ser individuales, grupales, familiares, de pareja de acuerdo a los conflictos planteados En cuanto a la terapia grupal hay 2 modalidades grupos solo de adultos mayores o mixtos estos últimos disminuirían la soledad favorecería los temas relacionados con el ciclo vital completo el grupo proporciona estímulos y contacto social(5) para poder llevar a cabo abordajes adecuados el profesional debe capacitarse en psicogeriatría.

Una psicoterapia conjuntamente con psicofarmacos, si el paciente lo requiere permite una menor dosificación de estos últimos

También Ramón y Cajal, 1852-1934 sostuvo que el cerebro era inmutable. “sus células se pueden destruir, pero jamás regenerar” es decir la producción de nuevas neuronas tras el nacimiento fue negada hasta bien avanzada la segunda mitad del siglo XX. Hoy día se sabe que tanto las neuronas como las células gliales se siguen produciendo por la diferenciación de células madre durante toda la vida de los organismos. Hoy estos dogmas cayeron

E Kandel ha demostrado que las estructuras cerebrales y conexiones sinápticas son dinámicas. Las sinapsis pueden ser modificadas por una gran variedad de factores ambientales en los últimos 10 años estudios genéticos, biología molecular, y de neuroimagen han abordado el tema de los cambios inducidos por la psicoterapia. (6)

Los estudios han demostrado que la psicoterapia produce cambios a nivel de las tasas metabólicas neuronales, a nivel neuroquímico (en especial los niveles de serotonina) y estimulación de la plasticidad neuronal.(4). Los estudios de neuroimagen son ampliamente consistentes en la observación de las asociaciones entre la respuesta a la psicoterapia y la actividad basal en varias regiones clave dentro de la corteza prefrontal, ganglios basales y las áreas límbicas. Estas regiones están involucradas en la generación y regulación de las emociones, el miedo de responder y la respuesta a la recompensa. Exámenes pre y post del cambio después de la psicoterapia observan que los tratamientos psicológicos para la ansiedad y la depresión modifican la actividad neuronal en estas regiones.(3)

Bibliografía:

- 1) Freud S Obras Completas Sobre Psicoterapias (1905-1904) Vol 7,243-258.La Sexualidad en la Etiología de las Neurosis(1898)Vol 3 ,251-276 El metodo psicoanaliticode Freud (1904_1903)Vol 7., 233-242 Amorrortu editores Argentina1985
- 2) Ferrero G, Kabanchik A Schvartzman A Al encuentro del viejo en Salvarezza L Psicogeriatría Teoría y ClínicaEd Paidós 1988 pp186-187
- 3) Fournier JC, Price RB¹.Psychotherapy and Neuroimaging. Focus (Am Psychiatr Publ). 2014 Jul 1;12(3):290-298.
- 4). Iragorri,A M. Rosas,L Hernández,G Orozco-Cabal, LF Efectos neurobiológicos de la psicoterapiaRev. Med 17 (1): 75-80, 2009
- 5) Meador K, Davis C. Psychotherapy. In: Busse E, Blazer D, editors.The American Psychiatric Press Textbook of Geriatric Psychiatry. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.; 1996. pp. 395–412
- 6) Mundo E. Neurobiology of dynamic psychotherapy: an integration possible? J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry. 2006 Winter;34(4):679-91.
- 7) OMS 2002 I “*Envejecimiento activo: un marco político*”. Nota descriptiva N° 404 ,Septiembre de 2015 abril 2016 La salud mental y los adultos mayores Nota descriptiva
- 8) R Atiq,P M. Gillig. Common Themes and Issues in Geriatric Psychotherapy PsychiatryPsychiatry (Edgmont). 2006 Jun; 3(6): 53–56
- 9) WHO Health, history and hard choices: Funding dilemmas Funding dilemmas in a fast in a fast-changing world changing world Thomson Prentice on Prentice Global Health Histories Global Health Histories Health and Philanthropy: Leveraging change Health and Philanthropy: Leveraging change University of University of Indiana, August 2006 Indiana, A accurate with respect to the year indicated (2013)».ugust 2006
- 10) WHOGlobal Health Observatory Data Repository: Life expectancy – Data by country» (CSV). Geneva, Switzerland: World Health Statistics 2015, World Health Organization, WHO. 2015. Consultado el 21 de mayo de 2015. «the technical health information is based on data

CAPÍTULO XV: CONCEPCIONES PSICODINÁMICAS DE LA DEPRESIÓN

Sección Trastornos del Humor

Sergio L. Rojtenberg

Médico Psiquiatra

Profesor titular de supervisión psicofarmacológica en Carrera de Especialistas en Psiquiatría, APSA

Miembro de Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires (APDEBA)

Integrante del comité de Actividades científicas y académicas de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), Coordinador de la Sección de Trastornos del Humor de APAL



Las concepciones psicodinámicas sobre la depresión han tenido un importante desarrollo teórico-clínico, como pocos otros temas en la psicopatología.

Así, de las concepciones iniciales de Abraham y Freud surgieron postulados que han enriquecido los conceptos anteriores que resultan muy útiles para su utilización en psicoterapia.

Esbozaremos algunas ideas de quienes consideramos que han hecho los aportes más valiosos y originales.

Karl Abraham

Abraham, con su trabajo pionero de 1912, *“Notas sobre la investigación y tratamientos psicoanalíticos de la locura maniaco-depresiva y condiciones asociadas”*, merece ser recordado como el iniciador de la indagación psicoanalítica de la depresión.

Pero es en 1924, en *“Un breve estudio de la evolución de la libido, considerada a la luz de los trastornos mentales”*, donde hace sus aportes más completos y significativos, los que conservan su decidida importancia en la actualidad.

El desarrollo de sus conceptos acerca de la etapa oral canibalística y de la elección narcisista de objeto (que significa que el sujeto considera al objeto como parte de sí o propiedad de sí mismo) en la melancolía le fueron útiles a Freud para formular el concepto de introyección.

Abraham puso el acento en la importante participación del sentimiento ambivalente en el vínculo con el objeto en la génesis de la melancolía.

El neurótico obsesivo también tiene un vínculo ambivalente con el objeto, pero éste lo conserva aunque “amaestrado” a diferencia del melancólico que lo pierde.

Para Abraham, la pérdida del objeto, que sería homologable a su destrucción y expulsión, es inconscientemente un proceso anal y su introyección, a través de la incorporación canibalística, un proceso oral.

En el caso del melancólico, a raíz del sentimiento de ambivalencia que experimenta hacia el objeto por el odio, lo ataca y por el amor, lo incorpora; el resultado es la incorporación de un objeto destruido por el mismo.

Respecto de las condiciones para la génesis de la melancolía Abraham otorga prevalencia a las características de la relación objetal (ambivalencia), a sus sucesivas decepciones, al narcisismo infantil en los vínculos amorosos, sobre todo si fueron preedípicos, y a un importante factor constitucional ligado a una acentuación de la oralidad por la gran exigencia

de gratificación que requieren de esa zona y el intenso disgusto que experimentan ante la frustración y la repetición del desengaño amoroso en otras épocas de la vida.

Sigmund Freud

Freud, en *“Duelo y melancolía”*, compara ambos estados y refiere que los dos comparten la dolorosa sensación de tristeza por una pérdida, la de un objeto investido libidinalmente.

Lutenberg, refiriéndose al primer momento del duelo, al momento de contacto con la noticia de la pérdida del ser querido o una abstracción equivalente, dice:

La turbulencia emocional caracteriza a este instante y corresponde a la respuesta total del individuo frente al impacto por la noticia recibida.

En ese momento, todas las barreras discriminatorias que el yo posee, se alteran. El diafragma yoico que separa la realidad interna de la externa se abre y se cierra redefiniendo tiempo y espacio; simultáneamente se hace permeable a las evidencias que le llegan de la realidad exterior que le anuncian la muerte como un acontecimiento fáctico irreversible y a las exigencias que le llegan de la realidad del mundo interno que atestiguan la vigencia de la presencia emocional.

En otro párrafo sigue: *“Las pautas discriminatorias del yo no están borradas sino redefinidas: tiempo y espacio no son para el yo ordenadores lógicos para discriminar la presencia o la ausencia objetal, sino que forman parte de una totalidad que en ese momento adquiere otra lógica cuyo eje referencial ordenador es el vínculo interno con el objeto de quien el yo se anoticia que falleció. En estos momentos aparece la demanda de una nueva síntesis vincular en función de lo cual todo lo conocido se vuelve un poco extraño y reclama una nueva comprensión elaborativa”.*

Podríamos agregar: una nueva comprensión elaborativa, en aras de una adecuada elaboración del duelo.

Etimológicamente duelo es lucha. Hay una intensa lucha para desligarse internamente de la persona amada, asimilar sus partes buenas, desechar las malas, y bajo el accionar del juicio de realidad el sujeto ha decidido no seguir el destino del ser querido y busca revincularse con la vida, el mundo y el futuro, realizando el desprendimiento libidinal de ese objeto para ir estableciendo reconexiones con otros.

La ilusión va cediendo lugar a la realidad y la desesperación al sentimiento de nostalgia.

En el duelo, por el dolor provocado por la pérdida, predominan la inhibición y la retracción del mundo externo, que aparece vacío y empobrecido.

El sujeto sabe a quién perdió y con el trabajo de elaboración se va percatando de lo que con ese objeto perdió.

A todo este cortejo sintomático: inhibición, retracción, tristeza, etc., en la melancolía se agregan un sentimiento de desvalorización, ideas de ruina y empobrecimiento, una sensación que oscila entre el extrañamiento y la desrealización, la expectativa irracional de castigo y los autorreproches.

Éstos son expresados por el sujeto en forma pública y sin vergüenza, adjudicándose los peores calificativos y un estado de ánimo que nos refiere como desesperación.

El duelo no tiene tales características.

La clave del cuadro melancólico está en que la relación con el objeto perdido era una relación predominantemente narcisista.

Así, por este particular ligamen, la pérdida del objeto genera una pérdida en el propio yo; a ello se debe el sentimiento de pobreza y vacío, porque con esta pérdida es el yo quien se ha empobrecido.

Los autorreproches están dirigidos en realidad a aquel objeto perdido e interiorizado con el que existía un fuerte vínculo de ambivalencia.

El objeto ha sido introyectado y puesto en el yo, realizándose una identificación masiva con un objeto parcial. Entonces parte del yo se ha identificado con este objeto (*“la sombra del objeto cae sobre el yo”*) y el vínculo ambivalente que tenía originariamente se recrea.

Freud, enumeró como factores predisponentes o etiológicos de la melancolía a la pérdida del objeto, el alto grado de ambivalencia en la relación con el objeto y una (doble) regresión, una regresión al sadismo anal y al narcisismo.

En la *Conferencia XXI de Nuevas aportaciones al psicoanálisis*, Freud, que ya había realizado modificaciones al esquema del aparato psíquico, reafirma el sentimiento de culpa como resultante de la fuerte tensión entre el yo y el superyó y postula que el superyó del melancólico es de una severidad extrema.

Melanie Klein

Melanie Klein establece una relación entre el duelo y los episodios de pérdida en la primera infancia.

El niño se ve expuesto desde su nacimiento a la acción del instinto de muerte, actuando en su organismo y esto le ocasiona angustia de aniquilación.

Ya que de lo interno no hay posibilidad de fuga, este sentimiento es proyectado al exterior sobre un objeto, el pecho de la madre, lo que le va a generar sentimientos de persecución y temor de ser atacado y dañado por el mismo.

Así, el pecho es un objeto malo, persecutorio pero como provee satisfacción y amparo, el pecho es también un objeto bueno, idealizado (objeto parcial).

A diferencia de Freud, Melanie Klein considera que el bebé nace con un yo capaz de establecer relaciones de objeto e instrumentar mecanismos de defensa.

En este precoz estadio del desarrollo, las vivencias satisfactorias se experimentarán como una experiencia en la que los objetos buenos preservan y afianzan el bienestar interior, mientras que las vivencias de agresión darían lugar a un tipo de experiencia en la que el sujeto se siente amenazado o dañado por los objetos externos.

Klein denominó a esta etapa *posición esquizo-paranoide*, porque el mecanismo predominante de defensa es la escisión, el sentimiento (ansiedad) experimentado es persecutorio y la relación se establece con un objeto parcial.

El concepto de posición se refiere tanto a un momento evolutivo como a una estructura constituyente.

Las buenas experiencias, promovidas tanto por factores constitucionales como por factores ambientales, favorecen la evolución y la percepción del objeto como único, aceptando la ambivalencia hacia el mismo y experimentando el temor de haberlo dañado, la culpa consiguiente y el deseo de repararlo.

Klein denominó a este momento *posición depresiva*, que se caracteriza por la ansiedad depresiva, la relación con un objeto total y la instrumentación de defensas maníacas (negación, idealización, denigración, control de objetos), utilizadas para controlar la ansiedad persecutoria.

Postuló que el niño pasa por estados mentales comparables con el duelo del adulto y de acuerdo con la forma como los resuelve, en épocas posteriores podrá resolver sus pérdidas y para ello es esencial la instrumentación del juicio de realidad.

Cuando en la relación con el objeto predomina la ambivalencia, que se caracteriza por la coexistencia de dos constelaciones inconscientes: odio, persecución y destructividad-culpa, integración y reparación, la pérdida del objeto resignifica en el paciente la primitiva y temprana pérdida objetal (del pecho) que origina simultáneamente el sentimiento de tristeza y de odio.

Por el alto monto de sadismo oral constitucional y ambivalencia existente en la relación con el objeto, éste, en la fantasía, ha sido atacado, destruido e incorporado (hasta aquí coincide con Abraham).

El concepto de internalización se refiere al estado en que se encuentra el objeto; es cuando el yo va a establecer una relación con ese objeto; identificación es cuando el objeto pasa a formar parte del yo.

Pero no se trata tan sólo de la pérdida del objeto externo sino de la pérdida de un objeto interno destruido que se transforma en persecutorio por retaliación.

Ese objeto interno representa a otro dañado más primitivo: el padre, el pecho, la pareja parental, etc.

Del deseo y las posibilidades de reparar al objeto que ha sido destinatario de estos ataques y por el que se pena dependerá la evolución de la depresión.

Esto implica poder morigerar y resolver las vivencias (ansiedades) que se generaron en esta relación, sea por el daño que se le haya provocado al objeto y la reparación que se pueda hacer (ansiedades depresivas) o el daño que el objeto le pueda provocar al yo retaliativamente y la persecución consiguiente (ansiedades paranoides).

Si a esto se agrega la posibilidad de sublimar adecuadamente los sentimientos hostiles se promoverá la posibilidad reparatoria, con el consiguiente alivio de la depresión.

Para ello, como dijimos, el sujeto deberá haber experimentado vivencias satisfactorias que le hayan permitido instalar, dentro de sí, objetos buenos que le conferirán al yo la sensación de seguridad, armonía y capacidad de síntesis.

Sin embargo puede apelar a las defensas maníacas: control, triunfo y desprecio, para rechazar la pérdida y la dependencia y negar la depresión.

Con el mecanismo de negación, se evita el dolor (PD) y también la persecución (EP).

Posteriormente, en 1957, Klein desarrolló un concepto teórico polémico, el de la envidia (envidia oral no integrada), un sentimiento por el cual, no se tolera que otro posea lo bueno, incluido el propio sujeto, y se desea despojarlo y destruirlo.

Este sentimiento, al que ella le atribuyó un sensible componente constitucional, por sus características, no sólo promueve el ataque y el vaciamiento del objeto, socavando la relación con los objetos internos, sino que además impide la reparación ulterior.

En el delirio melancólico se expresa, en el plano consciente, la experiencia en la que el sujeto es acorralado por objetos de características persecutorias.

Si los objetos persecutorios son ubicados en el cuerpo, se pueden suscitar vivencias hipocondríacas; si son ubicados en el exterior, se generará el delirio de persecución o la depresión paranoide.

En definitiva, el reconocimiento de la pérdida del objeto y no de una pérdida del yo (lo que sería equivalente a reconocer la autonomía del objeto), así como la prevalencia del amor sobre el odio al objeto dará lugar a la asimilación de las partes buenas de éste y su ausencia será evocada con cierta nostalgia y añoranza.

A la inversa, si la autonomía del objeto no es reconocida y no se diferencia del yo y prevalece el odio sobre el amor, por el ataque al objeto introyectado, el riesgo suicida será altísimo.

Donald Winnicott

Winnicott en "*Los casos de enfermedad mental*" refiere que la palabra depresión ocupa un vasto lugar, ubicándose entre las psiconeurosis y la esquizofrenia, tanto nosográficamente como respecto de los puntos de fijación que la generan.

Agrega que el psicoanálisis ha aclarado gran parte de la psicología de la enfermedad depresiva, y ha establecido la relación que existe entre la depresión, como perturbación, y lo que en esencia es algo saludable: la capacidad para sentir aflicción y la capacidad para sentir inquietud.

Dice: "Hablando en términos generales el conflicto, tiene que ver con la tarea personal de asimilar los propios impulsos de agresión y destrucción. Al morir una persona amada, el proceso de aflicción es propio de la acción, dentro del individuo, del sentimiento de responsabilidad personal por esa muerte a causa de las ideas e impulsos destructivos que acompañan al amor. En este extremo de la balanza, la depresión se forma con arreglo a este patrón, que en la aflicción se hace más evidente; la diferencia estriba en que en la depresión existe un mayor grado de represión y los procesos tienen lugar en un nivel que es más inconsciente que en la aflicción".

Desde el punto de vista evolutivo para Winnicott, durante el primer período del desarrollo psíquico temprano, no existe diferenciación sujeto-objeto.

En realidad, el objeto, es creado en forma omnipotente e ilusoria (período de ilusión), por el bebé de acuerdo con sus necesidades básicas y con la satisfacción de éstas con colaboración del objeto real.

Alfredo Panceira, en *Nacimiento y desarrollo del self*, a partir de la obra de Winnicott, refiere que, al comienzo de la vida, existen dos tipos de necesidades instintivas, las libidinales y las agresivas.

Dice: Las necesidades libidinales al principio son crueles sin el propósito de serlo. Las agresivas son derivadas de la movilidad primaria, de la vitalidad de que están dotados los tejidos, especialmente del denominado erotismo muscular que necesita la existencia y la oposición de un objeto real y consistente para descargarse. Éstas no tienden a la muerte, sino a la vida, realzando precisamente la experiencia de estar vivo.

Las pulsiones agresivas juegan un papel preponderante en el descubrimiento de la realidad externa, consensual, pues precisan, para descargarse, de objetos, reales, destructibles, vivos, consistentes, sensibles, y que de ser posible resistan exitosamente la destrucción intencional (secundaria a la no intencional ya comentada) que durante la posición depresiva deben soportar.

Continúa en otro párrafo: *Estos impulsos agresivos, necesitan de la oposición del medio para su descarga, pero además es necesaria la consistencia del objeto que hace oposición, para lograr que esa movilidad primaria se transforme en agresión susceptible de ser descargada, y de fusionarse con la libido, dando así realce a la experiencia instintiva.*

En el período, que transcurre en la segunda parte del primer año, el niño necesita un objeto sensible, con poco riesgo para él mismo, que no tome represalias ante sus actitudes agresivas y que las incorpore a su existencia.

En "*El desarrollo para la capacidad de inquietud*", Winnicott se refiere a la inquietud, como un aspecto positivo de lo que, desde un lado negativo, podría ser la culpa; como un sentimiento intolerable resultante del daño realizado al objeto, con poca confianza en la reparación de éste. Es el momento de dependencia desesperada.

Llegar al estado de inquietud implica haber logrado un mayor desarrollo emocional. Para ello es necesaria la permanencia y continuidad del objeto pese a los ataques que recibe, ya que si puede resistir sin destruirse ni tomar represalias, le permite al bebé expresar su agresión (que a esa edad no es demasiado peligrosa), que al nacer de la movilidad primaria dominará cada vez que la privación aparezca en escena.

El despliegue de la agresión en la fantasía (se mata al objeto allí mil veces por día, pero el objeto sobrevive a todas esas muertes) permite la fusión de la agresión con la libido.

Al no responder a la agresión y poder recibir los gestos, que de forma espontánea y reparatoria realiza el bebé, la mamá reforzará la confianza del niño en su propia capacidad reparatoria.

Así, el sentimiento de inquietud lo enfrenta con el daño ya hecho (pasado inmediato) presentándosele como alternativas posibles y no excluyentes hacer algo reparatorio al respecto tratando de alcanzar con su gesto el objeto dañado, que es aceptado y valorizado por la madre y, por otro lado, tratar de hacer algo para prevenir el daño que se va a causar.

En esta etapa pueden presentarse diferentes perturbaciones que se relacionan con conflictos en la constitución de la capacidad de sentir culpa o de reparar lo provocado por la agresividad. Por ejemplo, si la madre no tolera la agresión del niño, puede mantenerlo permanentemente saciado y satisfecho; así, no permite que se genere la expresión de la agresividad con la creación de un espacio diferenciado y sentido más propio (por ello el aforismo de "una madre buena no siempre es una buena madre").

Pero también puede responder retaliativamente o convertir a la agresión ejercida en irreparable; por ejemplo, en algunos casos tenemos a madres suficiente y adecuadamente sensibles que reconocen y atienden satisfactoriamente al bebé hasta que por conflictos personales, cuando éste las agrede, se distancian y no contactan o no aceptan el gesto reparador.

De esta manera, se van dando las pautas para que la relación con el objeto, como la existencia misma del bebé, se experimente como relativa e insegura, lo que perturba el desarrollo emocional.

La reiteración de estas experiencias, la ausencia de un medio facilitador o estimulante o un medio decepcionante y crítico, sientan las bases de la personalidad depresiva.

Heinz Kohut

Kohut describe cómo en la constitución del self (núcleo de nuestra personalidad) intervienen objetos con los que se interacciona tempranamente.

Estos elementos, por lo general las figuras parentales, son los objetos del self. Al respecto, una de las necesidades básicas y fundamentales del niño es que estos objetos del self funcionen como proveedores de estímulos y gratificaciones para su narcisismo.

Al mismo tiempo, deberán ser buenos soportes de la idealización natural con las que el niño los va a investir.

Podemos distinguir entonces dos clases de objetos del self:

- El objeto del self especular: que confirma el sentido innato de vigor, grandeza y perfección del niño.
- Imago parental idealizada: la que el niño puede admirar y con la que puede fusionarse, como una imagen de serenidad, infalibilidad y omnipotencia.

Emilce Dio de Bleichmar, en Temores y fobias dice:

"La vivencia infantil (no es expresada ni conceptualizada por el niño en estos términos pero sobre estos términos descansa y se desarrolla) que se configura sobre esta dialéctica, es la siguiente: "Yo soy perfecto" (tú me haces sentir así), "pero como tú también lo eres" (yo te veo grandioso y poderoso) y eres mi padre o mi madre y al yo pertenecerte "soy, comparto y me envuelve el halo de tu grandiosidad y poderío..."

Esta dinámica, adecuadamente establecida, provee un alimento narcisista indispensable para un desarrollo apropiado de las estructuras psíquicas.

El dominio que se espera lograr sobre estos objetos del self es similar al control que un adulto espera ejercer sobre su cuerpo y mente antes del que se espera lograr sobre otras personas.

El self que resulta de las interacciones óptimas entre el niño y sus objetos (del self) está constituido por:

- un polo del que emanan las ambiciones, es decir, las tendencias básicas al poder y el éxito.
- otro polo que corresponde a las metas idealizadas, y
- una zona intermedia de talentos y habilidades básicas que se ven activados por el arco de tensión que se establece entre las ambiciones y los ideales.

Este proceso de estructuración se da siempre que las necesidades idealizadoras y especulares hayan encontrado una respuesta suficiente y que existan deficiencias (frustraciones) adecuadas y no traumáticas en las respuestas de los objetos del self idealizados y especulares.

El resultado es un self con la capacidad de lograr cohesión y armonía.

Las frustraciones adecuadas (frustración óptima) llevan al reemplazo gradual de los objetos del self y de sus funciones por un self y funciones propias, mediante un proceso al que Kohut llamó internalización transmutativa.

Kohut ha postulado que la sintomatología del depresivo se debería a carencias de ciertas estructuras y funciones psicológicas indispensables para tener una vida significativa.

En este sentido, los objetos del self no pudieron ser investidos libidinalmente, conservan su exterioridad y entonces al no poder ser incorporados, privan secundariamente de su aporte al resto de la personalidad.

En "*Los trastornos del self y su tratamiento*", Kohut cita al self subestimulado, cuya descripción es compatible con la personalidad depresiva.

Esta perturbación es un estado crónico o recurrente, que surge debido a la falta prolongada de respuesta estimulante de los objetos del self... Tales personas se experimentan a sí mismas como tediosas o apáticas e idéntica impresión producen a los demás.

Este trastorno puede originarse por fallas en la relación con los objetos del self que deberían conformar la imagen del self grandioso y exhibicionista y el de la imago parental idealizada que, así, confirmarían tanto la perfección del niño como la existencia de un objeto reasegurador.

En el caso del polo de las ambiciones, los objetos del self deberían, mediante la implementación de la frustración óptima y la ulterior internalización transmutativa, generar la diferenciación entre las aspiraciones plausibles y las inaccesibles.

En el mismo sentido, en el polo de los ideales, modularían la posibilidad de su concreción como aspiraciones y no como un fin en sí mismo a lograr.

En el self depresivo, de Jean Bergeret, encontramos un intento de síntesis de lo expuesto:

Kohut pone en evidencia la escisión llamada "vertical", que en el depresivo separa aquello que constituye una especie de yo todavía precario de un sector donde opera el self grandioso heredado de la necesidad narcisista demasiado exclusiva de la madre; a esta escisión se le agrega una escisión "clásica" operada por la represión, entre el yo y los rechazos enunciados por la madre; Éstos no pueden ser asimilados a las prohibiciones edípicas parentales que recaen sobre los deseos incestuosos del niño. Para Kohut, el principal esfuerzo terapéutico deberá recaer sobre la escisión vertical, es decir, sobre la necesidad de reducir en un principio aquello que impide al yo reforzarse apoyándose sobre un self que se ha vuelto más realista.

David Liberman

David Liberman fue un psicoanalista argentino que realizó importantes contribuciones teóricas, técnicas y clínicas.

Entre otros temas, centró su interés en el estudio del diálogo analítico tomando aportes de la lingüística, y así pudo reformular técnicamente aspectos operacionales y también redefinir y crear una clasificación psicoanalítica diferente de la que se desprendía de la psiquiátrica hasta ese momento.

Esta clasificación, que emerge a partir del estudio del diálogo analítico, le permitió formalizar una base epistemológica para poder hacer investigación en psicoanálisis, y de este modo "generalizaciones empíricas", lo cual es diferente de casuísticas o construcciones teóricas, a los efectos de hacer abstracciones que tengan sentido consensual y compartido.

Respecto de la depresión, Liberman refiere que la característica principal de la personalidad depresiva es la reacción catastrófica frente a la pérdida de objeto, la que actúa como desencadenante de la reacción melancólica.

En el depresivo, el yo se vincula tan intensamente con el objeto que no hay posibilidad de discriminar adecuadamente los espacios y los contextos; la relación que establece con los

objetos externos tiene como motivo, sentido y finalidad principales la regulación de los conflictos con objetos internos, los representantes del superyó.

Realiza, en forma inconsciente, una trasposición entre la comunicación intrapersonal y extrapersonal; intercambia la relación consigo mismo (mejor dicho con el superyó cruel y exigente) con el exterior, mediante la búsqueda de afecto y admiración de las personas.

El vínculo analítico padece, entonces, de una distorsión con predominio semántico, ya que está distorsionado el sentido del análisis, está alterado por el ideal del yo que se da en las personalidades depresivas. Suelen ser los que piensan que se curarán por el afecto.

Estas personas son las que le mantienen su autoestima en precario equilibrio, y a las que convierten en reservorios narcisistas, y asimilan la imagen que el otro les devuelve de sí mismos.

Pero, al mismo tiempo, por sus rasgos orales, son muy exigentes y sensibles en el trato con sus objetos; por lo que este reservorio narcisista puede terminar agotado y deteriorado. Esto desencadena o agrava la depresión aun más.

Para poder ser diferenciado del paciente y evitar el engolfamiento narcisista es necesario, terapéuticamente, establecer un clivaje yo/no-yo.

Para ello Liberman acentúa la importancia del uso de un estilo comunicacional e interpretativo complementario, del tipo narrativo, con la constante (y hasta redundante) utilización de los pronombres personales de primera y segunda persona.

Este estilo se da espontáneamente cuando el proceso psicoanalítico es el adecuado.

Hugo Bleichmar

Bleichmar apunta a mostrar que la representación valorativa de sí es construida en la intersubjetividad, sobre todo la que existe entre el sujeto y los personajes importantes de la infancia.

El deseo del niño será el de ser deseado por el otro, en un doble sentido:

a) Deseo de aquello que es deseado por el otro, se desea a imagen y semejanza del otro. El logro de lo deseable produce júbilo por la identificación que se tiene con la persona que es objeto libidinal y, desde esta perspectiva, el deseo no es la relación directa entre el sujeto y el objeto.

b) Deseo de ser objeto del deseo del otro, es decir, ser deseado por el otro, lo cual causa que se tome el deseo concreto del otro como si fuera propio.

Una vez interiorizado ese otro, sus deseos se convierten en ideales que el sujeto aspira a satisfacer y el objeto del cual se demanda amor pasa a ser una parte del propio sujeto que, en calidad de superyó, lo ama o reprueba.

El amor del superyó deriva entonces de las primitivas satisfacciones corporales.

El niño, por la dependencia de su objeto de amor, se identifica con esa imagen valorada que le viene de otro y pasa a valorarse. Así, también la hiperestimación puede surgir por identificación con figuras que se hiperestiman.

El narcisismo está estructurado en el seno mismo de la situación edípica, en donde la perfección queda connotada como triunfo frente al rival.

El yo del narcisismo es la representación de sí, la imagen que el sujeto toma como que es él (que en realidad es la representación del otro pues el sí mismo es una ilusión).

Cuando decimos que una función se ha cargado con libido narcisista queremos destacar que el ejercicio de esa función acrecienta el amor del individuo por su yo.

La satisfacción narcisista modifica el juicio que se tiene sobre esa actividad y, a la inversa, en los casos de inhibición progresiva de una función, se trata de que su ejercicio produce una disminución de la autoestima.

Al referirse al yo-representación y a la identidad, Bleichmar refiere que la identidad del sujeto se mantiene en la medida en que hay un otro que la acepta como verdadera. La presencia del otro, entonces, no es sólo fundante sino también sostén del yo-representación.

Que la imagen que alguien tiene de sí le venga del otro permite explicar los casos en que alguien se constituye como desvalorizado frente a padres que se ven a sí mismos desprovistos de todo valor (hijos de padres melancólicos) y también aquellos casos donde los padres de aquél que se siente desvalorizado son desvalorizantes (hijo melancólico con padres paranoicos).

El yo ideal está conformado por los atributos del yo-representación de máxima valoración, y es "ideal" en doble sentido: en tanto perfecto, anhelado de ser como él y en tanto ilusorio.

No hay un sólo yo ideal sino muchos correspondientes a diferentes rasgos y es necesario considerar que, para que algo se pueda concebir como perfecto, debe tenerse también la representación de lo imperfecto.

El yo ideal implica la existencia de su negativo ubicado en el lugar de menor valoración de la escala.

El negativo del yo ideal es tanto por ausencia de la marca del yo ideal como por la presencia de una marca diferente de la de éste.

Las identificaciones del yo con el yo ideal o con el negativo del yo ideal dan origen a una serie de posibles combinatorias; por ejemplo, el sujeto se identifica con el yo ideal e identifica proyectivamente el negativo del yo ideal en otra persona. El caso inverso sería una de las variantes de la melancolía, y la otra variante cuando tanto el sujeto como los otros constituyen negativos del yo ideal.

Si el apartamiento de la identificación con el yo ideal de perfección se vive como la caída en la identificación con el negativo del Yo Ideal (no valer nada), sucede que esta persona funciona con una lógica binaria (todo o nada) donde sólo existen dos posiciones y quedan excluidas las posiciones intermedias y con una lógica del rasgo único prevalente, rasgo ideal que había asumido la valoración total de la personalidad eclipsando a los demás yoes ideales posibles conformados sobre otros rasgos diferentes de aquel que se sintió no poseer.

Es necesario recalcar que aquí el sujeto pudo constituir un Yo Ideal identificándose con él y que la constitución de ese yo ideal es condición necesaria aunque no suficiente, para la existencia del colapso narcisista (pérdida de la identificación con el yo ideal), que produce dolor. Por ejemplo el caracterópata melancólico constituyó el yo ideal pero siempre se ubica donde éste no está, produciéndose, entonces, una desvalorización crónica.

Otras condiciones que dan lugar al colapso narcisista:

a) la emergencia de aquello que no puede ser renegado.

El colapso puede producirse en el momento de triunfar, cuando ese triunfo lo es para otro pero no para el sujeto, pues en realidad constituye una derrota en la comparación con el yo ideal que no se puede alcanzar.

Una viñeta: “un colega norteamericano citó un ejemplo de un estudiante universitario que, habiendo obtenido una excelente nota en una evaluación, reacciona con un intenso cuadro depresivo. En la entrevista refiere que se siente un fracasado por no haber podido ingresar en otra universidad que el padre valoraba más. La meta del yo ideal era ingresar allí y no triunfar acá, por lo que se transformaba en fracaso”.

b) frente a los éxitos logrados por otras personas pues el sujeto funciona con la lógica de las dos posiciones (el otro es el yo ideal y, entonces, el yo es el negativo del yo ideal).

La identificación con el negativo del yo ideal se da en una situación de tensión dolorosa ante la cual el sujeto tiende a identificarse con el yo ideal.

Bleichmar intenta caracterizar a las personalidades narcisistas teniendo en cuenta que todo lo que acontece en ellas es codificado en función de los siguientes factores: a) cuánto valen, b) si alcanzan a la identificación con el yo ideal, o no, c) si caen en la identificación con el negativo del yo ideal o no.

La tendencia es una constante preocupación por la autoestima.

Las formas que asume el narcisismo y las diferentes defensas frente a la tensión narcisista intervendrán en la génesis de los distintos cuadros psicopatológicos.

Existen defensas de dos órdenes para evitar la caída en el colapso:

- Específicas del narcisismo: del orden de las compensaciones. Se adquiere un atributo positivo que permite identificar imaginariamente el sujeto con el yo ideal. Por ejemplo: buscar compensación en la fantasía o en los logros externos pero necesitando contrarrestar sin cesar la tensión mediante nuevos logros.
- No específicas (distintos mecanismos de defensa). Eliminación de la percatación de la ofensa narcisista. Por ejemplo: represión, negación, renegación.

A partir de estas conceptualizaciones, Bleichmar refiere que los diferentes componentes del cuadro clínico de la depresión integran una estructura cognitivo-afectiva, que responde a una condición: la pérdida del objeto, constituyéndose un estado en el que se vive al deseo como irrealizable.

El contenido del pensamiento depresivo es la representación de un deseo irrealizable al que se está muy fijado, mientras que la tristeza es la manifestación dolorosa ante tal pensamiento, la inhibición es la renuncia ante el carácter de realización imposible que el sujeto atribuye al deseo, el llanto es la expresión de dolor e intento regresivo de obtener lo deseado y el autorreproche es la respuesta agresiva que se vuelve contra sí mismo por la frustración del deseo.

En este sentido, distingue tres tipos esenciales de depresión: la depresión narcisista, la depresión culposa y la depresión por la pérdida simple de objeto.

Depresión narcisista

En este tipo de depresión se plantea la discordancia entre la representación del sí mismo y el yo ideal. Adquiere el sentido de que se pierde el amor del objeto exterior y el amor del superyó y, por lo tanto, no hay realización de un deseo de amor.

De esta discordancia se pueden generar diferentes combinaciones y puede suceder que:

a) la representación yoica (frente al yo ideal) aparezca disminuida y desvalorizada. Esto puede suceder por la identificación con padres desvalorizados o la asunción de la desvalorización inducida por ellos.

b) Que el yo ideal aparezca exageradamente sobredimensionado y valorado. El yo ideal de completud y perfección que los padres desean acerca de sus hijos, se transforma en una pesada carga que llevan sobre sí.

c) Que por el accionar de una conciencia crítica (super yoica) se aumente la brecha existente entre ambos, la representación del sí mismo y el yo ideal, provocando que ésta nunca se cierre, nunca se conforme o satisfaga.

Depresión culposa

En este tipo de depresión se presenta la discordancia entre el estado del sujeto (que se siente malo) respecto del ideal narcisista (de ser bondadoso) y del estado del objeto (dañado o no). Entonces se siente que se pierde el objeto de amor porque está dañado y se vive como perdido el amor que podría brindar el objeto exterior y el superyó, ya que se es agresivo

En este caso puede ser que:

a) El sujeto tenga elevados (¿inalcanzables?) ideales de no agresión y cualquier cosa que haga lo coloque en el lugar de agresivo y por lo tanto lo convierte en culpable.

b) El sujeto puede quedar con la representación de sí mismo como malo, agresivo, sea por haberse identificado con figuras parentales que se sienten culpables (padres melancólicos) o por identificarse con la representación aportada por figuras parentales culpógenas (padres paranoicos).

c) Por la agresividad de la conciencia crítica, ésta crea una brecha pero a diferencia de la depresión narcisista, aquí la brecha se da entre el ideal de no agresión y la representación del yo como transgresor de la norma.

Como vemos, ambos tipos de depresión tienen en común la severidad del superyó.

Depresión por pérdida simple de objeto

En este tipo de depresión se plantea la discordancia entre el elevado ideal de bienestar del objeto respecto de la representación del objeto en posición del negativo del ideal.

El caso más común de la representación de objeto en negativo del ideal es la pérdida de un ser querido. En este tipo de depresión no existe la culpa y tampoco la autoestima parece dañada.

Bibliografía:

1. Abraham K. Notas sobre la investigación y tratamiento psicoanalítico de la locura maníaco depresiva y condiciones asociadas (1911). En: Psicoanálisis clínico, Ediciones Hormé, Editorial Paidós, 1980, Bs. As., Argentina.
2. Abraham K. The first pregenital stage of the libido (1916). En: Selected papers in psychoanalysis, Nueva York, Basic Book, 1960.
3. Arieti S y Bemporad J. Psicoterapia de la depresión. Paidós, Buenos Aires.
4. Avenburg R. Clases dictadas en el Hospital Israelita de Buenos Aires, 1979-1984.
5. Bleger J. Psicología de la conducta, Bs. As. Paidós, 1974.
6. Bleichmar H. La depresión. Un estudio psicoanalítico. Buenos Aires, Nueva Visión, 1984 - 5a edición).
7. Bleichmar H. Depresión, respuesta al reduccionismo en psicopatología: al modelo generativo de articulación de componentes. Actualidad Psicológica, Oct. 1990.
8. Dupetit S. La adicción y las drogas. Bs. As., Salto Editora 1983.
9. Etchegoyen RH. Los fundamentos de la técnica psicoanalítica. Bs. Aires, Amorrortu Editores, 1986.
10. Fenichel O. Teoría psicoanalítica de la neurosis. Bs. As. Edit. Nova, 1957.
11. Freud S. Duelo y melancolía. En: Obras completas. Madrid, Biblioteca Nueva, 3ra edición, 1973;II: 2091-2100.
12. Garma A. Investigaciones psicoanalíticas en la melancolía y estados afines. Revista de psicoanálisis, enero, 1946.
13. Grinberg L. Teoría de la identificación. Buenos Aires, Paidós 1976.
14. Grinberg L. Culpa y depresión, Buenos Aires, Paidós, 1976.
15. Kijak M, Funtowicz S. El síndrome del sobreviviente de situación extrema. Original del autor.
16. Klein M. Contribución a la psicogénesis de los estados maníaco-depresivos, 1934. En: Contribución al psicoanálisis. Vol. II Obras completas de Melanie Klein. Buenos Aires, Paidós.
17. Klein M. El duelo y su relación con los estados maníaco-depresivos (1940). En: Contribuciones al psicoanálisis. Vol. II, Obras completas de Melanie Klein. Buenos Aires Paidós.
18. Klein M. Envidia y gratitud. En: Obras completas de Melanie Klein. Vol. VI, Buenos Aires, Ed. Paidós.
19. Liberman D. La personalidad depresiva. Comunicación y Psicoanálisis. Alex Editor, 1978.
20. Musacchio de Zan, Amelia. La intervención psicoterápica en las acciones depresivas. Psicología Médica, Año 1983, Vol. VII. No 1.
21. Roa A. Psicopatología y clínica de la depresión mayor. Universidad de Chile. Facultad de Medicina. Congreso Mundial sobre estados depresivos, Mendoza, Argentina, 1990.
22. Segal H. Introducción a la obra de Melanie Klein. Buenos Aires, Paidós 1969.
23. Sicular de Kuten S. Clases de psiquiatría dictadas en el Hospital Israelita. 1980.
24. Spitz R. El primer año de vida del niño. Aguilar, 1961;108-116.

25. Vidal G y Usandivaras RJ. Enciclopedia de psiquiatría. Editorial Buenos Aires, El Ateneo, 1997
26. Widlocher. Las lógicas de la depresión. Ed. Herder, Barcelona, 1986.



APAL

Asociación Psiquiátrica de América Latina

MANUAL DE PSICOTERAPIAS

Importancia de las psicoterapias
en Psiquiatría desde diferentes
perspectivas

COMITÉ EJECUTIVO DE APAL 2014-2016

Presidente- Rodrigo Córdoba Rojas (Colombia)

Vice-Presidente - Enrique Mendoza Gaitán (Guatemala)

Secretaria General - Marcela Alzate (Colombia)

Secretario De Finanzas - Carlos A. López (Colombia)

Secretaria Ejecutiva - Graciela B. Onofrio (Argentina)

Coordinadora De Secciones: Graciela B. Onofrio (Argentina)

Secretarios Regionales

México, Centroamérica y El Caribe: Vicente Vargas Lemonier (República Dominicana)

Países Bolivarianos: Pacifico Gallegos (Ecuador)

Países Del Cono Sur: Rodrigo Chamorro (Chile)