

2022-06-09

Posibles fallas en la instalación del dispositivo psicoterapéutico

Mosquera, Ignacio J.

<http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/1330>

Descargado de RPsico, Repositorio de Psicología. Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Mar del Plata. Inni

Posibles fallas en la instalación del dispositivo psicoterapéutico

Ignacio J. Mosquera

Fundación Aiglé - Universidad Nacional de Mar del Plata

Resumen

El trabajo consiste en el análisis del proceso psicoterapéutico de la paciente Raquel B. (40 años), quien comenzó tratamiento en simultáneo con un psicólogo (quien escribe) y una psiquiatra, en el Servicio de Salud Mental del Hospital General de Agudos Dr. Vélez Sarsfield, de CABA. El proceso terapéutico fue interrumpido a los 4 meses de haber comenzado y los resultados no fueron positivos, ni para la paciente ni para el equipo tratante. Se realiza un análisis sobre los componentes nucleares de todo tratamiento psicoterapéutico en este caso, ya que hubo fallas claras en algunos de ellos. La hipótesis es que estas fallas desencadenaron la interrupción del tratamiento y posiblemente contribuyeron al empeoramiento del cuadro clínico de la paciente

Posibles fallas en la instalación de un dispositivo psicoterapéutico

A lo largo del siguiente trabajo se describirá el proceso terapéutico de la paciente Raquel en el Servicio de Salud Mental del Hospital Gral. de Agudos Dr. Dalmacio Vélez Sarsfield, transcurrido entre septiembre de 2015 y enero 2016. El balance del proceso no fue positivo, ya que los logros terapéuticos no fueron acordes a lo esperado inicialmente.

Tomaremos en cuenta algunos aspectos que hacen a los fundamentos de todo proceso psicoterapéutico, desarrollados durante la cursada de la Carrera de Especialización en Psicoterapia Cognitiva, en Fundación Aiglé. Analizaremos estos aspectos dentro de este caso específico, intentando dilucidar posibles fallas que puedan explicar el desenlace del proceso.

El proceso terapéutico

El proceso terapéutico de Raquel fue llevado a cabo en el Hospital Gral. de Agudos Dr. Dalmacio Vélez Sarsfield, un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En el mismo funciona un Servicio de Salud Mental, con atención por consultorios externos entre sus prestaciones; a través del mismo, pacientes externos son atendidos por psicólogos y/o psiquiatras en el ejercicio de la psicoterapia y la psiquiatría.

Existe en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires un dispositivo llamado A.Do.P. (Atención Domiciliaria Psiquiátrica), dependiente de la Dirección de Salud Mental del Gobierno de la C.A.B.A. Su función es dar respuesta a aquellas patologías de salud mental que por su severidad requieren de la atención domiciliaria interdisciplinaria, como alternativa para evitar la internación de pacientes en crisis.

El 10/9/15 llega al Servicio de Salud Mental del Hospital Vélez Sarsfield un pedido de la A.Do.P. para la atención de la paciente Raquel, quien fuera tratada por ellos en las últimas 2 semanas por un episodio de crisis que había sufrido. Se acuerda en citar a la paciente por consultorios externos del Servicio para el día siguiente. Dada la gravedad del caso, se le asigna un horario para realizar una admisión donde se encuentren presentes un psiquiatra y un psicólogo.

Presentación de la paciente. En el horario acordado se presenta la paciente. La entrevista de admisión es realizada por mí, como psicólogo, junto a una psiquiatra del Servicio. Ambos continuaremos como psicólogo y psiquiatra de la paciente durante todo su proceso en nuestro servicio.

La primer entrevista es una entrevista de admisión, con la salvedad que había predisposición de que la paciente sea atendida en nuestro servicio en la medida de lo posible, para evitar una nueva derivación. La apariencia y la actitud de la paciente en esta entrevista fueron normales, se la vio orientada en tiempo y espacio, con actitud colaborativa, sin alteraciones en la sensopercepción, con conciencia de su situación de enfermedad. Se observaron alteraciones menores en su atención, su concentración, su capacidad de juicio, su memoria y en la forma de su lenguaje. Su estado de ánimo era apesadumbrado.

Respecto su motivo de consulta refiere que sufrió en el último tiempo algunas crisis que no le permitían salir de su casa, acompañadas de muchos miedos. Manifiesta que sufre muchos ataques de pánico, según lo que ella entiende, y que esto le causa un alto nivel de malestar.

Raquel convive con su hijo Gabriel, de 20 años. Está separada hace tiempo del padre de Gabriel, con quien no tiene contacto. Hace más de un año está en pareja con Antonio, de 44 años, quien trabaja como empleado de una empresa de seguridad; no viven juntos. Pondera positivamente su relación con Antonio, aunque dice que le gustaría pasar más tiempo juntos, ya que él trabaja en largas jornadas, y solo tiene un franco a la semana.

La relación con su hijo parece conflictiva, refiere reclamos constantes de él hacia ella, esto siente que la desborda. A su vez, siente que debe cumplir ante él y ser una buena madre. Los padres de Raquel viven en el mismo terreno, en una casa al frente a la de ella.

Actualmente está sin trabajo, hace ya unos meses, y su dificultad para salir de su casa hace imposible la posibilidad de conseguir algún empleo.

Se la diagnostica presuntivamente, siguiendo el DSM-IV, con un Trastorno de angustia con agorafobia. Su plan de medicación incluye Quetiapina, Clonazepam y Risperidona.

Primeras entrevistas. Las primeras dos entrevistas son llevadas adelante en conjunto por psicólogo y psiquiatra, junto a la paciente. Los turnos son semanales, de 30 minutos.

En este período, Raquel comienza a historizar sobre estas crisis a las que llama ataques de pánico. Se le consulta por ello, y ella contesta sin manifestar reservas al respecto. Relata que los ataques aparecieron hace unos 5 años, cuando trabajaba en el shopping, donde era encargada de un local y trabajaba de 9 de la mañana a 11:30 de la noche porque se quedaba ordenando el local. Recuerda que extrañaba mucho a su hijo, que tenía 14 años por ese entonces, y que al trabajar todo el día no lo podía ver; que cuando volvía por las noches lo buscaba por la casa de su vecina para llevarlo a su hogar y le preparaba la comida para esa noche y para el día siguiente. Dice que durante su jornada laboral iba repetidas veces al baño y lloraba sin parar, al punto que fue encontrada por su superiora un par de veces y pudo contarle lo que le pasaba. En otro momento agrega que en su juventud había sufrido algunos episodios de este estilo, pero de manera más esporádica.

La tercera semana del tratamiento ella se ausenta sin aviso, pero a la siguiente se presenta en su horario. Habíamos acordado para entonces con la psiquiatra separar nuestros espacios de atención, brindándole a la paciente un espacio de psicoterapia de 30 minutos, y otro espacio para control de la medicación psicofarmacológica. El cambio fue pensado en función de que observamos que era posible trabajar con algunas herramientas psicoterapéuticas con Raquel y que la superposición de terapeutas podía resultar confuso para ella. Esto fue aceptado por la paciente, y en su tercera entrevista continuó entonces individualmente conmigo como psicólogo, hasta los 30 minutos cuando intercambiamos lugar con la psiquiatra para que continúe con ella.

Desdoblamiento del tratamiento en distintos horarios. Raquel había aceptado sin problema el desdoblar su tratamiento en un espacio de psicoterapia conmigo y un espacio aparte con la psiquiatra. Pareció comprender la diferencia entre ambos dispositivos que le ofrecíamos. Debemos aclarar que el tiempo que fue visitada por la A.Do.P., era atendida conjuntamente y en simultáneo por un equipo interdisciplinario de psiquiatra, psicóloga y trabajadora social.

Desde lo transferencial, notaba a la paciente a gusto con su espacio de psicoterapia. Podía responder sin problema a lo que se le preguntaba, podía expresar angustia o alegría acorde al tema que tratábamos. No mostraba reparos en hablar sobre cualquier aspecto vital.

En las siguientes entrevistas pudimos avanzar en conocer su malestar. Cuenta que ella hace un tiempo que quería atenderse por pánico, que todo el mundo estaba en contra de que ella lo hiciera

porque le decían que los psiquiatras y psicólogos solo escuchan pero no curan nada. Refiere que se encuentra dando todo de sí para curarse, que cree que es difícil curarse al 100%, pero que cree que algo puede lograr. Le gustaría poder trabajar, poder tener sus propios ingresos, poder tomarse un colectivo sin que le transpiren las manos y demás síntomas que le aparecen, y que no le preocupen tanto las cosas. También desarrolla algo más de la relación con su hijo: siente que él la desprecia a ella, que esto ocurre desde los 15 años, que le pide que le cocine y que la tiene como a una sirvienta; de hecho, recientemente había sido el día de la madre y se sintió dolida porque él no cenó ni almorzó con ella. Piensa que la mala relación con su hijo puede ser lo que esté causando que hoy ella esté tan mal.

A la vez que aparecen estos relatos, puedo notar también que se empieza a desarrollar algo particular en el tratamiento. Al tener de continuado su turno con el psicólogo y con su psiquiatra, algunos aspectos de ambos tratamientos se entrecruzan: por momentos Raquel pregunta por su psiquiatra, o relata algo que quiere hablar luego con ella. No sería algo atípico, pero observo que ocurre con una frecuencia alta y que aspectos de la relación con su psiquiatra se hacen muy presentes cuando Raquel se encuentra a solas conmigo.

La siguiente semana ocurre un evento que reafirma estas suposiciones. En su día de tratamiento, Raquel llama al servicio y pide hablar con la psiquiatra; le manifiesta que no va a poder venir al hospital en el día porque se había acostado tarde, y que siendo que su pareja tenía franco, prefería pasar el día con él. Se despide de la psiquiatra sin hacer mención a su tratamiento psicológico, a raíz de lo cual junto con la psiquiatra notamos que no estaría clara en Raquel la diferencia entre sus dos tratamientos: el psicológico y el psiquiátrico. Convenimos en separar los tratamientos en la semana en días distintos, con la intención de que le permita a la paciente crear límites sobre qué trabajar con cada uno de nosotros.

Desdoblamiento del tratamiento en distintos días. Me comunico entonces con Raquel citándola para un jueves, siendo que su día de atención hasta entonces había sido los lunes. Pregunta y no parece entender por qué la citamos en dos días distintos.

Pero ese jueves se ausenta sin avisar. Mientras tanto, el lunes asiste a su turno con la psiquiatra como habitualmente. Hablamos luego con la psiquiatra: Raquel no había mencionado nada

respecto de su última ausencia ni preguntó por su turno con su psicólogo. Me comunico más tarde telefónicamente con ella y le recuerdo, para su sorpresa, que la espero en su horario de los jueves; ella dice no tener claro que debía asistir todos los jueves en adelante.

Vuelve a ausentarse sin aviso a su turno con psicología. El lunes se presenta en horario en su turno con la psiquiatra. Para entonces, ya es evidente que hubo un quiebre en la alianza terapéutica entre Raquel y su psicólogo.

De todos modos, el siguiente jueves Raquel se presenta en su horario de atención, para mi sorpresa. Le ofrezco su horario de entrevista a la que ella accede. Tras manifestarle mi sorpresa al verla asistir a su turno de psicología, ella refiere que no puede venir dos días al hospital, que es demasiado para ella, que le está costando salir de la casa (si bien había asistido hasta entonces a casi todos sus turnos en el servicio, y no había expresado que podía ser una dificultad asistir dos veces por semana). En el relato ella se angustia con su situación, refiere sentir que le está costando salir adelante, y que intentará asistir a tratamiento psicológico al menos cada 15 días. Mientras continúa con el relato de su malestar, menciona que se compromete a venir todas las semanas, sin que yo haya manifestado nada respecto sus decisiones. Agrega que la psiquiatra la presionó con que para ella era obligatorio asistir a psicoterapia si quería continuar tratamiento en el servicio del hospital, pero agrega que se quiere curar y que quiere venir para ello. Accedo a su pedido de mantener su horario para el jueves siguiente.

Interrupción del tratamiento psicológico. A pesar de lo manifestado por Raquel, los siguientes dos jueves vuelve a ausentarse, uno por un posible paro de transporte y el siguiente porque refiere no saber si podía venir. En ambos casos, el medio de comunicación que elige es directamente en su entrevista psiquiátrica, donde le pide a la psiquiatra que pueda dejar el aviso sobre sus futuras ausencias. De ese modo podemos notar que su relación con su psicólogo quedó atravesada por el vínculo de Raquel con la psiquiatra: si asiste a psicoterapia, es por exigencia de la psiquiatra; y para comunicarse con su psicólogo, elige dar el mensaje a través de la psiquiatra. Para reforzar esto último, en distintas ocasiones hasta esa semana Raquel se había comunicado telefónicamente con el servicio del hospital, y todas fueron para comunicarse con la psiquiatra.

Algo que hasta entonces había pasado desapercibido por mí es que las entrevistas psiquiátricas de Raquel tenían una duración de entre 30 y 45 minutos, cuando los psiquiatras del servicio suelen dar turnos de 10 minutos aproximadamente. Existe un acuerdo de funcionamiento en el servicio donde se espera que los psiquiatras trabajen haciendo un control de medicación, sin ejercer psicoterapia en los consultorios externos del hospital, dada la falta de profesionales psiquiatras en el mismo y el exceso de demanda. La relación entre Raquel y la psiquiatra excedía el estricto control de medicación, lo que evidentemente favorecía el establecimiento de una alianza terapéutica particular con ella, que podía ser comparada con su vínculo con su psicólogo. Para dificultar aún más el proceso de Raquel, la psiquiatra trabajaba con ella desde un marco psicoterapéutico muy distinto al ejercido por mí.

Ocurre a la vez un hecho que dificulta aún más la situación: por un cambio de horarios, la psiquiatra cambia el día de atención de Raquel a los días jueves, sin percatarse que era el mismo día en que tenía turno conmigo.

Así es que el siguiente jueves la encuentro a Raquel en la sala de espera, pero más tarde que el horario en que la esperaba. Le manifiesto que no puedo verla fuera de horario, y se angustia diciendo que hace rato que está esperando; consulto en el servicio y me dicen que sí se anunció varias veces, pero todas preguntando por la psiquiatra, por lo que le digo que no puedo atenderla y que la espero el jueves siguiente.

En reunión de equipo evaluamos la situación del tratamiento de Raquel, y decidimos que continúe únicamente con el tratamiento con la psiquiatra, en la misma modalidad en que se está desarrollando para entonces; debo expresarle esta decisión, resaltando que consideramos que será lo mejor para su mejoría.

Desenlace del proceso terapéutico. Con la decisión tomada, espero a Raquel la siguiente semana, pero se ausenta tanto en esta como en la siguiente. Mientras tanto, asiste a sus turnos con la psiquiatra. Por lo tanto, telefónicamente la contacto para fijar otro horario, y ella accede; pero nuevamente se ausenta. Como la decisión del equipo era que continúe su tratamiento con la psiquiatra, considerábamos necesario dejar esto en claro en una entrevista conmigo. Decidimos con la psiquiatra que pueda verla yo a Raquel personalmente en su siguiente turno psiquiátrico.

Es entonces que la siguiente semana, cuando Raquel se presenta en su horario para su turno con la psiquiatra, la esperamos en conjunto. La psiquiatra le dice que hable conmigo unos minutos y quedamos a solas. Le manifiesto que consideramos que lo mejor es que pueda ella continuar con su tratamiento con la psiquiatra, que ese espacio le hace bien a ella y que hoy eso sería suficiente. A pesar de sus constantes ausencias y evitaciones conmigo, Raquel se angustia y rompe en llanto, refiere sentirse con mucha culpa por dejar ese espacio, pide disculpas y se justifica con que le cuesta muchísimo salir de su casa dos veces a la semana; agrega que es su culpa, que ella siempre pierde estas cosas. Al no haber pedido alguno por parte de ella para continuar con su espacio de psicoterapia, lo damos por concluido, y continúa con la psiquiatra.

Desde entonces se interrumpe mi contacto con Raquel, quien continúa asistiendo con puntualidad las siguientes semanas con la psiquiatra. Pero su estado de salud mental en poco mejora, sus ataques continúan apareciendo con frecuencia y le cuesta mucho salir de su casa. Además, al tiempo aparecen episodios delirantes, y su aspecto personal se deteriora. Esto lleva a que desde el equipo del servicio decidamos su derivación a un hospital de día, y desde entonces Raquel deja de atenderse en nuestro hospital.

Su tratamiento en el servicio transcurrió desde septiembre de 2015 a marzo de 2016, aunque su tratamiento psicológico fue interrumpido ya en enero de 2016.

Componentes nucleares de una terapia

Intentaremos, a partir del proceso terapéutico de Raquel, identificar posibles fallas que nos permitan explicar el desenlace. Para ello, vamos a recurrir a distintos enfoques respecto cuáles son los componentes nucleares necesarios para iniciar y desarrollar un proceso psicoterapéutico.

El inicio de la terapia. En primer lugar nos preguntamos si existían en el caso de Raquel las condiciones fundamentales para iniciar un proceso terapéutico. De no encontrarse todas las condiciones presentes, podemos suponer que el desenlace era previsible.

Fernández Álvarez (1992) considera el acuerdo entre paciente y terapeuta en torno a los objetivos uno de los pilares que deben establecerse en la admisión para el inicio del tratamiento. En nuestro caso, este acuerdo estuvo presente: hubo un motivo de consulta claro, sintomatología

delimitada, atribución interna y expectativa de cambio; todo ello permitió establecer el acuerdo sobre qué cambios pretendíamos alcanzar con el tratamiento y cuáles serían los esfuerzos necesarios.

Al poner en marcha una psicoterapia, junto a esta delimitación de objetivos también es importante que haya una explicitación de toda modificación de estos objetivos, y el logro de un ajuste del nivel de atribución interna del malestar; con estas reglas presentes, queda por último la elección del diseño de una estrategia terapéutica (Fernández Álvarez, 1992). Pero tampoco podemos distinguir fallas claras en estos principios: no fue necesario modificar los objetivos iniciales, existió desde el inicio una clara atribución interna del malestar, y hubo una elección del diseño de la estrategia terapéutica.

Por lo tanto, consideramos que las reglas de inicio para poner en marcha una psicoterapia estaban presentes.

Las fases del tratamiento. Dada la complejidad del caso de Raquel, siendo una paciente de hospital con antecedentes de atención domiciliaria, podemos ampliar el análisis anterior y pensarlo en función de las fases que podemos encontrar en un tratamiento amplio.

Clarkin, Cain y Livesley (2015) distinguen cinco fases principales en un tratamiento: fase de seguridad del paciente, fase de contención, fase de control y modulación, fase de exploración y cambio, y fase de integración y síntesis.

En nuestro caso, la primera fase donde el objetivo es lograr la seguridad del paciente había sido resuelta ya previo a la derivación a nuestro servicio. El servicio de A.Do.P. había logrado la seguridad de la paciente, mediante la intervención en crisis, la atención domiciliaria durante dos semanas para evitar la internación, y el diseño y aplicación de un plan de medicación. Cuando Raquel llega a la admisión del hospital, no se encuentra en riesgo.

La segunda fase, de contención, se centra en brindar estructura y apoyo al paciente, el establecimiento del encuadre y el control de la medicación. Y es aquí donde encontramos una primera irregularidad en el proceso. Consideramos, dados los hechos, que la estructura y apoyo que se le brindó a la paciente en nuestro servicio fue deficiente; no hubo negligencia, pero los desajustes en los horarios y la delimitación poco clara en los roles del psicólogo y la psiquiatra posiblemente hayan sido recibidos por la paciente como signos de una estructura insegura. Desde mi lugar de

psicólogo pude observar que Raquel no lograba distinguir la diferencia entre su consulta con el psicólogo y su consulta con la psiquiatra. Nuestros intentos de delimitar roles a través de la separación de los turnos llegaron tarde; para ese entonces ya habíamos ofrecido como servicio cierta estructura y apoyo irregular a la paciente. Este hecho también dificultó el establecimiento del encuadre, ya que los cambios mencionados pudieron aportar confusión a la paciente.

Como tercera fase, correspondería un período de control y modulación, pero esta etapa no llegó a implementarse. Consideramos que el quiebre en el proceso psicoterapéutico se produjo en la fase de contención, y que ello no permitió la superación de la fase y el ingreso en la fase siguiente.

Las habilidades del psicoterapeuta. Podemos evaluar también en este proceso psicoterapéutico las habilidades del terapeuta, en búsqueda de otras posibles fallas. Para ello tomamos a Fernández Liria y Rodríguez Vera (2002), quienes distinguen tres niveles de habilidades para la psicoterapia: las habilidades básicas, las habilidades de acompañamiento y guía y las habilidades generativas (Fernández Álvarez, 2008).

Entendemos que las habilidades básicas estuvieron presentes en el tratamiento de Raquel. Estas incluyen habilidades de escucha y facilitación de la actividad narrativa, ambas que pueden observarse en distintos momentos del proceso, donde hay evidencia de que Raquel se sentía escuchada y que era facilitada su actividad narrativa, a través de parafraseos, empatía, preguntas, clarificaciones, silencios y de intervención verbal mínima.

Respecto las habilidades de acompañamiento y guía, y las generativas, más factibles de ser evaluadas a medida que se desarrolla el tratamiento, no encontramos falencias importantes, pero el material no parece ser suficiente para un análisis pormenorizado.

El dispositivo. También consideramos importante lo que Fernández Álvarez (2008) distingue como secuencia del proceso de la entrevista, a partir de la situación inicial; en particular, al momento de instalar el dispositivo. Aquí aparecen tres características esenciales: establecer la relación terapéutica, activar la información necesaria para el proceso y el acuerdo de metas y medios.

Relación terapéutica. Es este el punto donde se produce una falla importante. El interjuego de relaciones entre Raquel, el psicólogo y la psiquiatra aparece como un factor de entorpecimiento

del establecimiento de la relación terapéutica. Al pasar el tratamiento de ser conjunto, a estar separado por unos minutos y luego por días, se obstruyó la fijación de delimitaciones claras desde las cuales Raquel pueda desplegar su problemática. Esto se vio reforzado a medida que ella fue construyendo distintos modos de relacionarse con ambos terapeutas, mientras que ambos espacios terapéuticos no estaban claramente delimitados en cuanto metas y medios.

Acuerdo de metas y medios. Aquí también encontramos dificultades. El balance de lo ocurrido nos indica que, como equipo terapéutico, no logramos instalar este aspecto del dispositivo. Raquel nunca pudo tener claridad en cuáles eran los medios, y cuáles era las metas propias de cada uno de los espacios a los que asistía.

Esto no significa que necesariamente el tratamiento de Raquel desencadenaría en un fracaso terapéutico. Pero sí tenemos herramientas para pensar en fallas elementales que nos permiten explicar ese desenlace.

Una estructura clara. Otro modo de detenernos en este aspecto surge si tenemos en cuenta que una estructura clara es elemental para el éxito de un tratamiento. Estudiando cuáles son los tratamientos con mayores logros en trastornos de personalidad, Clarkin, Meehan y Lenzenweger (2015) distinguen dos tipos: por un lado, aquellos que tratan específicamente cada dominio donde haya una disfunción; en segundo lugar, aquellos tratamientos generales donde haya una estructura clara, se construya motivación para el cambio y se elabore la relación entre el terapeuta y el paciente.

Si nos preguntamos si en el tratamiento de Raquel hubo una estructura clara, creemos que no, y esto da lugar a una falla en uno de los tres puntos planteados por Clarkin, Meehan y Lenzenweger (2015). Mientras sí se estaba construyendo motivación para el cambio, y se comenzaba a elaborar la relación entre el terapeuta (o los terapeutas) y la paciente, la estructura del tratamiento adolecía de falta de claridad.

Por lo visto hasta aquí, varios factores que hacen a la esencia de la instalación del dispositivo psicoterapéutico y al desarrollo del tratamiento se dieron de un modo irregular. Por ello reafirmamos estos principios y su validez a la hora de pensar en ejercer tratamientos efectivos, eficaces y eficientes.

Referencias

Clarkin, J., Meehan, K. y Lenzenweger, M. (2015). Emerging approaches to the conceptualization and treatment of personality disorder. *Canadian Psychology*, 56(2), 155-167.

Clarkin, J., Cain, N. y Livesley, W.J. (2015). An integrated approach to treatment of patients with personality disorders. *Journal of Psychotherapy Integration*, 25(1), 3-12

Fernández Álvarez, H., (1992), *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*, Buenos Aires, Argentina: Paidós

Fernández Álvarez, H., (2008), *Integración y Salud Mental*, Bilbao, España: Desclée de Brouwer