

# CAMBIANDO ESQUEMAS PSICOTERAPÉUTICOS EN LA SALUD MENTAL PÚBLICA: DESDE UNA APROXIMACIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL AL ABORDAJE EN PSICOTERAPIA BREVE

## CHANGING PSYCHOTHERAPEUTICS PATTERNS IN PUBLIC MENTAL HEALTH: FROM A COGNITIVE-BEHAVIORAL TO BRIEF PSYCHOTHERAPY APPROACH

**Natalia Navarro Espejo**

Psicóloga Clínica

Hospital Universitario del Vinalopó, Elche, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Navarro Espejo, N. (2017). Cambiando Esquemas Psicoterapéuticos en la Salud Mental Pública: Desde una Aproximación Cognitivo-Conductual al Abordaje en Psicoterapia Breve. *Revista de Psicoterapia*, 28(106), 165-179.

### Resumen

*El marco de trabajo o encuadre en psicoterapia es indiscutiblemente una variable relevante en cualquier proceso terapéutico, aunque quizás lo sea especialmente cuando nos movemos en el ámbito de la Salud Mental Pública. En este contexto, las condiciones son menos flexibles para el profesional, por lo que, aunque contemos con las Guías Clínicas como marco de referencia, la realidad es tan compleja que demanda creatividad e integración. El presente trabajo desarrolla un caso clínico que ilustra precisamente esas particularidades. Se trata del abordaje de un problema de ansiedad social, en principio desde un modelo fundamentalmente Cognitivo-Conductual y, en una segunda fase, desde la perspectiva de la Psicoterapia Breve de Orientación Dinámica. Se pretende una reflexión acerca de la complementariedad de éstos y otros modelos, de lo que nos aporta cada uno de ellos y de cómo nos cuentan algo diferente del mismo caso. En definitiva, invita a cuestionarse aquello que ocurre cuando nos ceñimos a una única visión de la realidad, frente a nuestra obligación como profesionales de la Salud Mental de flexibilizar, ampliar e indagar desde distintas perspectivas para llegar realmente a la comprensión global de nuestros pacientes.*

**Palabras Clave:** *Psicoterapia, Salud Mental Pública, Terapia Cognitivo-Conductual, Psicoterapia Breve, Ansiedad Social.*

### Abstract

*The psychotherapeutic framework is unquestionably an important variable in any therapeutic process, but maybe it is especially relevant when we are in the scope of Public Mental Health. The conditions are less flexible for professionals in this context. Thus, although we should consider clinical guidelines as our framework, the reality is so complex that requires us creativity and integration. This paper carries out a case study that illustrates precisely these characteristics. A social anxiety disorder was addressed from a Cognitive-Behavioral model initially to the perspective of Brief Psychotherapy in a second phase. A reflection on the complementarity of these and other models, what they provide us and how they tell us something different in the same case, is intended. In short, this paper tries to question what happens when we stick to a single view of reality, against our obligation as Mental Health professionals to adjust, expand and inquire from different perspectives to really get an overall understanding of our patients.*

**Keywords:** *Psychotherapy, Public Mental Health, Cognitive-Behavioral Therapy, Brief Psychotherapy, Social Anxiety.*

Fecha de recepción: 2 noviembre 2016. Fecha de aceptación: 21 enero 2017.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: [nnavarro@vinaloposalud.com](mailto:nnavarro@vinaloposalud.com)

Dirección postal: Hospital Universitario del Vinalopó. Unidad Salud Mental el Toscar. C/ Vicente Fuentes Sansano, 36, 03205, Elche, España

© 2017 Revista de Psicoterapia



## **Introducción**

En la actualidad, nuestro modelo sanitario ofrece a la población el acceso a la psicoterapia como herramienta terapéutica, sin embargo, aparece enmarcada en un encuadre particular que requiere la adaptación y la flexibilidad de los profesionales que forman parte de esa red. Al fin y al cabo, las necesidades de la población son acuciantes y la cantidad de recursos, por definición, limitados. En este escenario por tanto intentamos ofrecer soluciones eficientes, dirigiendo nuestros esfuerzos hacia la evolución positiva del paciente en pocas sesiones de tratamiento.

Así pues, en muchos casos empleamos un modelo de trabajo que podría llamarse integrador, aunque no tiene por qué reflejar exactamente las premisas de la Terapia Integradora como tal. Considerando esta reflexión, puede ser entendido el razonamiento por el cual, ante un caso de Ansiedad Social o Fobia Social, en una paciente joven, motivada, y con recursos personales, se decide iniciar un abordaje Cognitivo Conductual, enriquecido con aspectos derivados del Mindfulness o de la Terapia de Aceptación y Compromiso. Fundamentalmente, esperábamos llegar a una resolución satisfactoria del problema en pocas sesiones de tratamiento, teniendo en cuenta que las Guías Clínicas establecen como abordaje de primera elección la Terapia Cognitivo Conductual estructurada (National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2013).

## **La elección de las Guías Clínicas: Las gafas de lo Cognitivo-Conductual y el Procesamiento de la Información**

La guía NICE, (2013) describe la Ansiedad Social como uno de los problemas de ansiedad más frecuentemente manifiestos en la población, definiéndolo a grandes rasgos como el temor o ansiedad desproporcionados ante diferentes situaciones cotidianas de índole social como conocer gente, empezar conversaciones, trabajar, hablar en un grupo o exponerse a la mirada de los otros. El denominador común de dichas situaciones sería el temor a la evaluación negativa de los demás (Bados y Sanz, 2005).

Al describir las recomendaciones terapéuticas, se establece en primer lugar la importancia de entender las diferencias y particularidades de cada caso que deberían guiar al profesional de la salud en la toma de decisiones durante el proceso. No obstante, el tratamiento de elección descrito es la Terapia Cognitivo Conductual (En adelante TCC), preferentemente grupal, siempre y cuando el paciente acepte participar en este tipo de abordaje, dado que en caso contrario se recomienda la posibilidad de manuales de autoayuda o psicofarmacología. Finalmente, si el paciente declinase cualquiera de los procedimientos anteriores, se indica la posibilidad de optar por un tratamiento psicoterapéutico desde el enfoque de la Psicoterapia Breve.

Dentro de los Modelos de Psicoterapia que se consideran de elección (TCC), destacarían por ejemplo el Modelo de Clark y Wells (1995, 2006) o de Rapee y Heimberg (1997). Clark y Wells, dentro del esquema del procesamiento de la

información, se centran en tres pilares fundamentales: los sesgos atencionales, interpretativos y lo que denominan conductas de seguridad. Así pues, basándose en el temor a la evaluación negativa, se entiende cómo el paciente desarrolla una percepción de la situación social como peligrosa y, de este modo, focaliza la atención en los detalles de su conducta, incrementando su ansiedad e iniciando un hilo de pensamiento que confirma dicha evaluación negativa y que retroalimenta la conducta fóbica, por ejemplo mediante las conductas de seguridad como no mirar a los ojos o hablar en voz baja, deteriorándose así las relaciones sociales. Por su parte, Rapee y Heimberg establecen en su enfoque dos aspectos fundamentales que se hallan en la base del mantenimiento de la ansiedad: por un lado, la representación mental del paciente sobre sí mismo, construida a lo largo de su experiencia social y que integra la imagen que cree que los demás tienen de él, por otro, las expectativas que intuye en los otros acerca de cómo debería ser su comportamiento. Precisamente entienden el desajuste entre estos dos aspectos como lo que determina la probabilidad de ser evaluado negativamente y obtener consecuencias sociales negativas, incrementándose así los niveles de ansiedad, que a su vez influyen en la interpretación sobre los acontecimientos, sobre los demás y sobre sí mismo.

### **Nos cambiamos la lente: Psicoterapia Breve**

La Psicoterapia Breve de Orientación Dinámica se desarrolla como tal entre 1960 y 1980. Barten (1971) define la Psicoterapia Breve como una técnica activa, focalizada, con una meta prevista, circunscrita, cálidamente mantenida, de acción orientadora y concerniente a las adaptaciones presentes. Así pues, se trata de una propuesta original y bien definida capaz de alcanzar el cambio metapsicológico estable del conflicto inconsciente (Sánchez-Barranco, 1983). Hoy en día disponemos de evidencia destacada en la literatura científica que refuerza la efectividad de las psicoterapias dinámicas, véase como ejemplo el meta-análisis llevado a cabo por Town y colaboradores (2012), en el que examinan la efectividad de más de cuarenta tipos de tratamientos psicodinámicos independientes. Posteriormente, Town, Abbass y Bernier (2013) someten a evaluación los diferentes procedimientos para determinar cuáles serían los mecanismos comunes por los cuales se facilitan esos cambios en los procesos del inconsciente y cómo eso se asocia con el subsiguiente beneficio terapéutico. Concluyen que existe evidencia científica que apoya que son la movilización emocional y el insight obtenido a través de la psicoterapia elementos comunes y significativos en los procesos de psicoterapia dinámica. Por otro lado, abren una nueva línea de investigación acerca del papel de la denominada “alianza terapéutica inconsciente”, que constituye también un elemento de unión entre procedimientos y que puede ser entendida como la fuerza que de algún modo da sostén al paciente y le ayuda a vencer la resistencia, pudiendo así reportar material nuevo, ahora accesible, que podría ser responsable de la sintomatología manifiesta.

Estos análisis e investigaciones recientes parten de la psicoterapia desarrolla-

da por Davanloo, Psicoterapia Breve Intensiva de Orientación Dinámica (ISTDP), que de hecho emerge alrededor de los años setenta (Davanloo, 2000). Ya en aquel momento buscaba las claves que permitiesen el desbloqueo del inconsciente, estableciendo cómo a través de la movilización emocional mediante la confrontación de las defensas podemos llegar a vencer la resistencia.

Dentro de los referentes clásicos de la psicoterapia breve de orientación dinámica no podemos dejar de aludir a la aportación de David Malan quien, en el desarrollo de su modelo de intervención, propone un trabajo terapéutico desde la identificación de un conflicto principal o foco, insertado en la infancia del paciente, cuya manifestación en el presente constituiría el problema de consulta. Así pues, se realizaría un cuidadoso trabajo de conexión desde el modelo de los triángulos interpretativos del conflicto y de las personas, conectando por un lado las ansiedades, impulsos y defensas del paciente y, por otro, los patrones relacionales manifiestos en la propia relación terapéutica o transferencia, las relaciones interpersonales actuales y la relación con las figuras parentales (Malan, 1976).

Al introducir la psicoterapia dinámica breve comentábamos la importancia de la revelación de material inconsciente y, por otro lado, de la posibilidad que brinda este proceso de experimentar lo que se conoce como una Experiencia Emocional Correctiva, la cual ha sido considerada y utilizada como un pilar de acción terapéutica (Knight, 2005). De hecho, se ha llegado a definir como “una premisa fundamental de la terapia” o el “mecanismo básico del cambio” (Teyber, 2000, p. 17). Entendiendo entonces que en la relación terapéutica se reproducen las dificultades y los conflictos presentes en otras relaciones (Ponsi, 2000), se describe el fundamento de la experiencia emocional correctiva en la medida en que ésta posibilita que se desarrolle de forma natural una experiencia de relación distinta y emocionalmente sanadora (Teyber, 2000). Sin embargo, para que esta experiencia promueva realmente un cambio, deberían resolverse durante el proceso de terapia los conflictos relacionales del paciente, de forma que pueda obtener y desarrollar una respuesta alternativa de forma repetida que termine por instaurarse. Al fin y al cabo, si la relación terapéutica no promueve ese cambio y repite los patrones que ha podido experimentar y actuar el paciente en su pasado estaría funcionando realmente como un proceso de retraumatización, en ningún caso como experiencia sanadora.

### **El caso clínico: Navegando encontramos islas de descanso y confort, pero no llegamos a puerto así que decidimos construir un barco nuevo**

Lucy llega a nuestra consulta en diciembre de 2012, su expresión es entrañable, despierta ternura, sus ojos reflejan miedo, enredados en un ceño ligeramente fruncido. Empieza su relato describiendo un problema que forma parte de su vida desde hace muchos años, entonces nos preguntamos ¿por qué ahora?

Tiene 18 años y esta misma tarde empieza un módulo formativo de peluquería, parece que es la preocupación que le sobreviene acerca de cómo va a comportarse

y reaccionar en esa experiencia la que le mueve a pedir ayuda en este momento. Es así cómo nos encontramos e iniciamos nuestra relación terapéutica en la que, desde la confianza en la explicación cognitivo-conductual y del procesamiento de la información, realizamos una historia clínica y planificamos un abordaje del problema.

### **Historia del problema y manifestaciones clínicas**

Lucy verbaliza: “Siempre me ha costado relacionarme con la gente, toda la vida, a veces puedo conversar con alguien pero haciendo un esfuerzo grande y con mucha ansiedad”. Reconoce estas dificultades desde que era una niña, las atribuye a su timidez, describiendo en sus recuerdos pocas experiencias en las que la relación con los otros le haya resultado satisfactoria y reconfortante.

Manifiesta estar cansada de sus limitaciones, porque no sólo le cuesta hablar con los demás, también se siente limitada a la hora de salir, evitando ir a lugares concurridos. Además, va a empezar un módulo formativo y reconoce miedo intenso a hacer el ridículo, a no ser capaz de permanecer en él, a ponerse muy nerviosa y no poder controlarlo. En general, expresa ansiedad significativa al anticipar o iniciar casi cualquier tipo de contacto interpersonal. Plantea como objetivo terapéutico: “Me gustaría poder relacionarme con toda la clase, estar tranquila mientras hago las prácticas y dar conversación a las clientas... también me gustaría poder hacer comentarios delante de todos”.

A veces evita situaciones difíciles y otras escapa cuando empieza la ansiedad. No obstante ella percibe que lo afronta muchas veces y no entiende cómo no llega a perder el miedo. Sin embargo, si indagamos en cómo es ese afrontamiento, encontramos que se desarrolla con múltiples conductas de seguridad, ya que no termina de mostrarse ante los demás, baja la mirada, evita conversaciones, etc. De alguna manera esto permite que se mantenga la creencia de que debe esconderse porque la situación, aunque la “afronte”, es tremendamente peligrosa.

### **Psicobiografía**

Natural de Ecuador, vive en España desde hace 4 años. Sus padres se separaron cuando ella tenía 8 años. En aquel momento, su madre se vino a vivir a España por trabajo. Lucy dice que entendió que su madre se fuera y que lo aceptó bien, esperando sentirse protegida y cuidada por su padre, con quien viviría desde entonces hasta su venida a España. Sin embargo, la realidad fue que pasaba la mayor parte del tiempo con su abuela, una mujer mayor a la que percibía poco cuidadora. Por otro lado, estaba su hermana mayor, que entonces tenía 15 años, pero que no ha sido un referente ni un apoyo para ella.

Cuando Lucy tiene 17 años viene a vivir a España. Aquí convive con su madre, a quien lleva sin ver desde que era una niña, verbaliza: “Vivo con mi madre pero no tengo confianza con ella, es muy raro, me siento extraña”. En este momento Lucy no reconoce en su madre a una figura principal de apego.

## Objetivos y planteamiento

Cuando pactamos objetivos terapéuticos plantea: “Quiero controlar la ansiedad, lo necesito”, lo cual nos lleva a tener que negociar puesto que, esta meta reafirma y representa precisamente que la ansiedad es algo negativo en sí mismo que provoca que piensen mal de mí y que constituye un problema a atajar con control, lo cual mantiene la creencia de que las situaciones sociales son peligrosas y la exigencia de autocontrol como medida de afrontamiento, que deja poco lugar a la espontaneidad y tranquilidad en el contexto social. Así pues, basándonos en un enfoque Cognitivo, con la aportación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC) (A-Tjak, et al., 2015), basamos el trabajo terapéutico en un cambio de perspectiva respecto al problema, al significado que tiene la ansiedad como tal y a la posibilidad de aceptarla y reconocerla como un modo de restar presión y exigencia y favorecer un intercambio social natural. Además, como se propone desde la TCC, realizaríamos una fase de psicoeducación, reestructuración cognitiva y afrontamiento de las situaciones de forma progresiva, sin recurrir a conductas de seguridad que mantienen el problema.

## Desarrollo de las sesiones: Parte I

En un principio, trabajamos el problema desde el presente, para modificar las creencias y estrategias que observamos disfuncionales, favoreciendo un afrontamiento progresivo y, consecuentemente, la disminución de la ansiedad y el miedo. Y parecía funcionar.

En la segunda sesión Lucy narra que ha podido ir a la academia y hablar con los compañeros “sin tener que salir corriendo”, pero con el precio de la angustia, que le lleva por otro lado a conductas de comer compulsivo. Comer de ese modo le hace sentir muy culpable, reconociendo una autoimagen negativa de sí misma, en parte asociada al incremento de peso. Cuando nos volvemos a ver está más animada y adaptada a la academia. Además está intentando cuidarse para no descontrolar la alimentación, pero todo desde un enfoque muy práctico, desde lo que ella refiere que cree que debe hacer.

Durante estas primeras sesiones se insiste en el trabajo en el manejo de la ansiedad desde la TCC, TAC y el Mindfulness, que establece una conciencia centrada en el presente en la que cualquier sentimiento, pensamiento o sensación que accede al campo de la conciencia es reconocido y aceptado como tal, liberándonos de juicios e interpretaciones acerca de esa realidad que se nos presenta (Bishop et al., 2004). Se trabaja pues el entrenamiento en una conciencia metacognitiva que permita observar y atender con perspectiva las propias reacciones y procesos psicológicos automáticos y repetitivos asociados generalmente con el problema y las emociones negativas (Williams, 2010). Por lo tanto, desde un modelo basado en lo Cognitivo-Conductual pero integrador trabajamos en este tipo de concepción y manejo del problema y, efectivamente así, disminuye la sintomatología. En la cuarta sesión manifiesta estar mucho mejor, ha empezado a salir con un grupo de

chicas de la academia y “controla” mejor la ansiedad y en general su vida: la comida, su cuidado, su actividad. Resulta curioso porque controlar constituía un objetivo de trabajo para ella, pero no era válido como tal para nosotros, puesto que pretender controlar a toda costa la ansiedad implica irremediablemente juzgarla y centrar el esfuerzo en modificarla. Al explorar este punto la paciente reconoce que efectivamente la ansiedad ya posee un significado muy negativo para ella y le resulta muy complicado adoptar la postura de observadora imparcial que habíamos estado desarrollando. No obstante, su percepción era la de encontrarse progresivamente algo mejor.

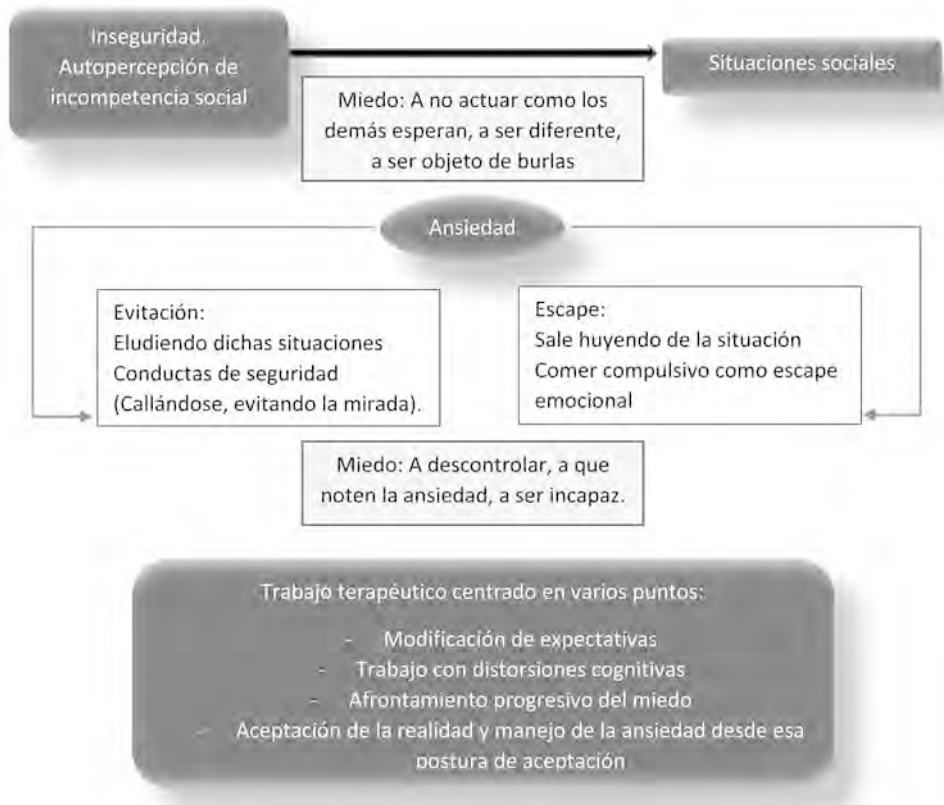
Los encuentros siguientes sirvieron para reforzar y ampliar cambios, afrontaba un mayor número de situaciones sociales, el trabajo en la peluquería, los exámenes, etc. Llegó a afirmar que se había dado cuenta de que en realidad la gente no la miraba. Tratamos de fortalecer su autoestima y seguridad, dándole valor y destacando sus fortalezas personales. Seguía conviviendo con cierto nivel de ansiedad, pero más manejable y menos disruptivo. Por otro lado, los problemas con la comida iban y venían, pero la frecuencia y la gravedad iban en claro descenso.

En una de las sesiones, Lucy refiere: “Afronto mejor las cosas, yo las hago y ya no tengo que irme ni dejarlas pero nunca estoy tranquila, tengo la sensación de tener que estar luchando siempre y, aunque pase el tiempo, no consigo relajarme”. Al explorar qué puede estar sucediendo dentro de ella observo que se rechaza a sí misma y que su miedo al rechazo de los otros sigue estando notablemente presente. Persiste una necesidad imperiosa de control, a pesar de que sabe que en realidad sería más feliz si descontrolara pero piensa que si no controla es más vulnerable al rechazo. Reconoce miedo a la finalización de la terapia. Empieza a reconocer una demanda de atención: “me gustaría venir más a menudo porque siempre me voy más relajada, me sirve, pero cuando pasa el tiempo vuelvo al mismo punto”.

En la Figura 1 representamos un resumen que recoge esquemáticamente aquellos elementos que consideramos más relevantes en esta primera etapa de la psicoterapia, de forma que pueda comprenderse la óptica desde la cual trabajamos y la comprensión que hacemos del problema en este punto.

## **Desarrollo de las sesiones: Parte II**

Observamos que, aunque haya habido una mejoría sintomatológica, no llegamos a resolver los conflictos que realmente pueden encontrarse en el origen del problema, que parece fruto de una estructura consolidada y generalizada en el tiempo. Propongo entonces a la paciente un cambio de encuadre, en el que buscamos la comprensión de lo que le ocurre desde una óptica distinta, no sólo centrada en las cogniciones presentes en este momento de su vida, sino también desde la indagación de cómo se ha podido llegar a dichas cogniciones y qué papel están jugando para Lucy, es decir, mediante la resolución del conflicto intrapsíquico subyacente que, desde esta perspectiva hipotetizamos que se halla inmerso en la dinámica de su biografía.



**Figura 1: Esquema del problema y la psicoterapia: visión cognitivista**

En primer lugar, reflexionamos acerca de los criterios de selección propuestos por Malan (1983) para acceder a una Psicoterapia Dinámica Breve y encontramos que:

- Presenta un conflicto principal actual, sus problemas relacionales.
- Manifiesta un conflicto nuclear de su pasado, ya que es en cierta medida abandonada por su madre y sufre un desengaño con su otra figura de apego, su padre, quien no es capaz de responder a sus necesidades emocionales.
- Observamos que el conflicto presente se puede asociar con el pasado, puesto que se origina entonces y se desarrolla ante la falta de seguridad proporcionada por las figuras de apego.
- Muestra adecuada capacidad de insight.
- Está motivada hacia el autoconocimiento y la comprensión de los síntomas.
- Expresa sus conflictos en la transferencia y podemos trabajar con ella en las sesiones.
- Podemos prever una terminación de la terapia cuando llegamos a comprender



cómo su conflicto pasado y presente se relacionan, pudiendo resolver la culpa y la valoración negativa de sí misma asociada. Asimismo, desarrollando un modo de relación consigo misma y los demás diferente y sano, a través de la Experiencia Emocional Correctiva de la psicoterapia.

En este punto, redefinimos el encuadre de nuestra psicoterapia y pactamos un tiempo de trabajo limitado a un año. Decidimos entonces volver a explorar el inicio del problema desde otra perspectiva.

Durante las siguientes sesiones, relata que todo empieza poco después de que su madre tuviese que venir a España por trabajo y la dejase al cuidado de su padre y su abuela. Tiende en su narrativa a destacar que en su momento entendió bien que su madre se fuera y que esperaba que su padre pudiese cubrir el papel de figura de cuidado y soporte que ella siente que le correspondía. Mantiene una imagen idealizada de su madre y expresa rabia hacia su padre por no “haber estado presente”, rabia que nunca llegó a transmitirle a él, con quien apenas mantiene relación actualmente. Debemos señalar que su madre se fue cuando ella tenía unos 8 años, reconoce que le afectó pero tiende a minimizar esto poniendo la atención en lo que ocurrió después y en la decepción que revela haber sentido.

Recuerda esos años como especialmente difíciles, no sólo porque pasaba la mayor parte del tiempo con su abuela, a quien describe como una anciana poco capaz para el cuidado de una niña, sino también porque en esa época empiezan las dificultades en el colegio. Cuenta cómo le costaba entablar relaciones con otros niños, aludiendo a su timidez, y cuenta también cómo extrañaba que hubiese alguien en casa que pudiese ayudarle y orientarle en ese problema.

A pesar de las dificultades relatadas, lo que ella identifica como su primera crisis de ansiedad se produce en un acto oficial en el instituto, con unos 12 años, “recuerdo la sala llena, mi camisa sudada y todo el mundo mirándome, no sabía qué me pasaba, quería salir de allí”. Cuando relata esto aflora el llanto asociado a un sentimiento profundo de soledad, “no tenía a quien contárselo, ni siquiera hasta ahora lo había hablado con nadie”. Sus compañeros se burlan de ella en clase de forma repetida, sin embargo lo que revive con mayor angustia es ese sentimiento de soledad y desprotección por el que se decepciona y enfada con su padre, a quien culpabiliza de que aquello que le ocurrió siga estando presente hoy, “no quería ir al cole porque pensaba que estaba mala, nadie me explicó lo que me estaba pasando”. Por otro lado, ante esa inminente sensación de soledad aprendió a obtener compañía en la comida, en los dulces a deshoras, “cuando estaba comiendo estaba tranquila”.

En una sesión posterior recuerda algo anterior al episodio en el instituto, tenía 8 años y ya había experimentado síntomas de ansiedad que su padre no comprendía: “Una vez me llevó a comer por ahí, a mí no me apetecía porque no me encontraba muy bien pero no quise decir nada y fui. Cuando estábamos en el restaurante me puse muy muy nerviosa y le dije a mi padre que me encontraba mal, que necesitaba salir, entonces él se enfadó conmigo, empezó a gritarme y a recriminarme que dijese tonterías”. Se produce una catarsis emocional más intensa.

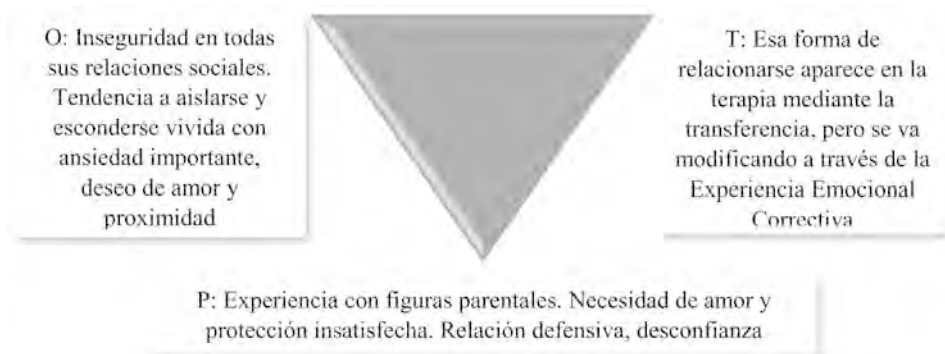
La reflexión acerca de este episodio resulta reveladora, ya que fue entonces cuando Lucy aprendió a esconder sus síntomas, nadie debía notar su ansiedad porque en ese caso la rechazarían como hizo en aquel momento su padre. Aparece entonces la amarga sensación del abandono y el miedo intenso a que vuelva a ocurrir. Hasta ahora, no había sido consciente de esta conexión, empieza a plantearse que quizás ella no sea el problema.

La interpretación que construimos sería la siguiente:

“Me gustaría compartir contigo algo que he podido ir observando por lo que hemos trabajado y tratado en estas sesiones. Creo que has expresado de uno u otro modo lo importante que es para ti sentir el afecto, cariño y aprobación de los demás (I), tan importante, que te da mucho miedo ser rechazada o abandonada (A), por lo que dicho miedo te lleva a esconderte y a huir (D), sin conseguir desarrollar esas relaciones que serían importantes para ti, ni obtener ese cariño que tanto necesitas. Como me has comentado, esto te ha pasado con los compañeros del instituto (O) y lo cierto es que también con los de la academia (O), a pesar de expresar varias veces que se trataba de un entorno en el que esperabas sentirte a gusto. Al principio te pasaba también aquí, en tu relación conmigo en la terapia (T), aunque he de decir que últimamente he notado cómo te muestras abierta y sinceramente, en confianza, y eso lo valoro mucho y me gustaría que lo tratásemos para entender qué ha podido cambiar. De algún modo, tengo la sensación de que en esas situaciones, en las que quizás te gustaría expresarte o pedir ayuda, te sientes como cuando eras una niña y pedías la atención y comprensión de tu padre, obteniendo reproches y reprimendas, sintiendo cómo él se avergonzaba de eso que te estaba pasando (P)”. Puede observarse esta representación de forma esquemática en las Figuras 2 y 3.



**Figura 2: Triángulo del conflicto de Lucy**



**Figura 3: Triángulo de las personas de Lucy**

Cuando llegamos a dicha interpretación efectivamente aparece como un insight. Hasta entonces focalizaba el problema en su incapacidad, en su percepción de sí misma como diferente, culpabilizándose de forma extrema por todo lo que le estaba ocurriendo. Entiende cómo desde el aislamiento no puede satisfacer su necesidad de amor y cariño de los demás, aunque expresa que le resulta muy difícil relacionarse de otro modo. Ante esta propuesta hago un señalamiento referente a cómo sí que consigue mostrarse y relacionarse conmigo, de forma sincera y espontánea. Lucy reconoce que en la terapia consigue mostrarse porque se siente segura y confiada, aprovecharemos dicha seguridad para generalizar el comportamiento a otras situaciones en las que no se ha permitido la oportunidad de actuar de un modo distinto, confrontando la idea de que se trata de un problema de incapacidad personal, más difícilmente modificable. Empleamos esto como una fuente valiosa de trabajo de los problemas relacionales que presenta la paciente en su vida cotidiana, de modo que, el hecho de ser capaz de iniciar transacciones de distinta cualidad y dirección en la psicoterapia, promueve un modelo de interrelación sano y adaptativo que sirve indiscutiblemente como base del cambio. Así pues, observamos cómo en este caso la relación terapéutica podría conformarse como una experiencia emocional correctora, es decir, no sólo implica un nuevo aprendizaje acerca de cómo relacionarse en la esfera cognitiva, sino que además constituye una experiencia que afecta al mundo emocional de la paciente, lo cual hace que sea una potente herramienta de cambio.

En las siguientes sesiones Lucy consigue graduarse en la escuela de peluquería. Lo vive con enorme satisfacción y así lo expresa en la terapia, dado que siente que por fin ha podido finalizar algo y superar parte de los miedos que siempre le acompañan. Comenta además que en estas últimas semanas se ha acercado a algunas personas de su entorno, como la profesora de su escuela, y se ha sentido liberada y protegida. Ella misma modifica sus objetivos de trabajo, ya no expresa la necesidad imperiosa de control, sino que verbaliza: “quiero estar bien conmigo misma”.

En las últimas sesiones trabajamos desde la relación con las figuras de apego, emergiendo entonces la tristeza por el padre que no puede tener y por la familia que no puede tener, desarrollando el proceso de duelo asociado a dicha pérdida emocional. Expresa entonces su frustración por sentir que en su familia son débiles los lazos emocionales, que es desligada y desorganizada, y se imagina un futuro en el que pueda establecer relaciones distintas con otras personas, siendo capaz de dar y recibir afecto de una manera segura y adaptada.

Durante este trabajo terapéutico nos descentralizamos del síntoma, sin embargo, sabemos por lo que exploramos y lo que verbaliza espontáneamente la paciente, que va produciéndose una mejoría sintomática progresiva que se vive de forma natural, sin analizar ni racionalizar en exceso los cambios producidos, sino tratando de entenderse y adaptarse siendo ella misma.

### **Conclusiones y consideraciones finales**

Con este trabajo he pretendido desarrollar un caso desde perspectivas terapéuticas diferentes, las cuales se complementan en dos momentos de un proceso de psicoterapia que presenta las especificidades del encuadre en un Centro de Salud Mental. A día de hoy podemos decir que tenemos a nuestro alcance múltiples modelos de desarrollo psicoterapéutico que aportan diferentes formas de entendimiento del comportamiento humano, el sufrimiento, la patología o el crecimiento personal. A veces podemos hablar realmente de un cambio real de óptica y, en muchos otros casos, de pequeños matices de perspectiva o formas de abordaje. En este sentido, personalmente considero que hay múltiples factores que nos pueden llevar a elegir uno u otro enfoque y que, en la Salud Mental Pública, nos encontramos con la responsabilidad de manejar diferentes respuestas antes tan diversos escenarios.

Teniendo esta reflexión presente, observemos cómo en el caso que nos ocupa cambiamos de un modelo mayoritariamente cognitivo-conductual a otro fundamentado en la perspectiva de la psicoterapia breve de orientación dinámica. Dado que durante el primer encuentro se moviliza mucha angustia, resulta muy útil un enfoque Cognitivo-Conductual, puesto que nos permite dar una respuesta y ofrecer una explicación al paciente que le sirva para reducir dicha angustia y manejarse con una herramienta útil para este momento, en su presente. Las gafas de la Psicoterapia Breve, en este caso, posibilitaron ir más allá de la reducción de síntomas, favoreciendo la comprensión y resolución del conflicto intrapsíquico subyacente. Resultó enormemente revelador en ese sentido la reflexión que Lucy realizó en las últimas sesiones acerca de la relación con su padre, puesto que transformó sus sentimientos de culpa, frustración e incapacidad personal en rabia y enfado hacia su padre por lo vivido y, en un segundo momento, en tristeza ante la percepción de que realmente él no se preocuparía por ella ni la entendería como ella quisiera. Pudo pues realizar el duelo por el padre que no podrá tener, así como tomar decisiones respecto a lo que quería de dicha relación en su vida actual, sintiendo que ella podía decidir y

reconciliándose con esa realidad de su vida que hasta ahora no había visto como tal. Señalo la importancia de este punto porque llegamos a él al final, tras ir desenmarañando la madeja de miedos, impulsos, necesidades reales, recuerdos traumáticos e interpretaciones. La sensación fue que esto supuso realmente una revelación para Lucy, llevándole de algún modo a una comprensión más profunda sobre sí misma y sobre el problema, y esto se convierte en algo enormemente terapéutico porque llena un vacío de significados fundamentales para la paciente. Lluís Abaigès (2015, p. 4) expresa: “La mente humana tiene horror al vacío. Cuando no tiene una idea clara del significado de cualquier fenómeno, improvisa una explicación, lo que nos lleva fácilmente al prejuicio”.

Llegamos finalmente a la relación de apego. Lucy había crecido en un entorno en que su figura principal de apego, su madre, se marcha cuando era aún una niña y, quien ella esperaba que cubriese sus necesidades y adoptase ese papel, termina por no estar presente.

Cuando hablamos de apego hablamos seguro de Bowlby, quien inicia la incursión en el estudio del mismo hace ya varias décadas. No obstante, hay consenso a la hora de determinar que sigue siendo una base de conocimiento no sólo vigente, sino que además es un pilar sólido que dirige numerosas investigaciones en el presente. Según Bowlby (1982), si una figura de apego primaria (padres) está regularmente inaccesible para el niño, éste desarrolla una base insegura sobre la cual percibe el mundo, que se convierte para él en un lugar impredecible, incontrolable y peligroso. Esa percepción es coherente con la aparición de sentimientos de ansiedad difusa en un niño y un adulto después, que puede sobreestimar la probabilidad de aparición de eventos negativos y subestimar su propia capacidad para afrontarlos. Simplemente atendiendo a esta descripción primaria podemos entender bien el mundo interno de Lucy. Ella había aprendido que su entorno y las relaciones personales eran precisamente así, impredecibles, incontrolables y peligrosas. Desde esa percepción es comprensible y diría que casi inevitable que aparezcan síntomas de ansiedad asociados a los múltiples miedos consecuentemente generados. Ella había aprendido eso en su niñez, pero dicho aprendizaje se actualizaba y confirmaba en los diferentes contextos en los que hasta ahora había tenido que desenvolverse. Quizás entendamos bien desde aquí, cómo la Experiencia Emocional Correctiva puede servirnos como agente terapéutico al proporcionar un modelo de relación diferente en un contexto en el que la persona se desarrolla de forma natural (Teyber, 2000). Si bien es cierto que entiendo debe ser emocionalmente reveladora y significativa para que llegue a sustituir ese otro cúmulo de experiencias relacionales negativas tan determinantes en el desarrollo de la visión del individuo acerca de sí mismo y el mundo.

Hablamos de representaciones, de elementos cognitivos, percatándonos de que el conocimiento se complementa y que, desde diferentes modelos estamos diciendo cosas parecidas, a veces incluso con un mismo lenguaje. Parece que el apego puede ser el inicio de esa construcción interna de la persona a partir de la cual

va creciendo en un sentido relacional. Esto daría coherencia, en tanto que ofrece una explicación enmarcada en la biografía del paciente, a las estructuras cognitivas, creencias y procesamiento de la información que se analizan desde la TCC en el presente. De este modo, dependiendo de en qué parte del camino pongamos la lupa de observadores, obtendremos una realidad y una explicación del problema distinta. No debemos olvidarnos de explorar, de mirar durante la psicoterapia hacia diferentes puntos de dicho camino vital, puesto que es lo que nos permite una visión más completa de la persona y un abordaje del problema no centrado en el detalle. En definitiva, con el desarrollo de este caso se pretende hacer una llamada a la reflexión, a la autoobservación y el cuestionamiento acerca de si, a veces, nos estamos dejando partes del camino en la sombra al focalizar nuestros esfuerzos y nuestro trabajo con unas únicas gafas con las que mirar. Así pues, aunque tengamos tendencia a utilizar algún tipo de gafas con las que nos podamos sentir más cómodos, creo imprescindible la capacidad de cambiarlas a veces para observar esas realidades que completan y complementan siempre el conocimiento de aquello que tenemos ante nuestros ojos.

Al fin y al cabo, existe extensa investigación que revela que los principales factores de cambio en psicoterapia son precisamente los factores comunes a todas las gafas disponibles. Factores que tienen que ver con el paciente (su motivación, expectativas, fe en el terapeuta, etc.), con el terapeuta (empatía, capacidad de escucha, etc.) y con lo aquello que se produce de la interacción entre ambos y que venimos a denominar alianza terapéutica (Kernberg, et al., 1972; Strupp, 1973; Frank, 1982; Beutler, Crago y Arizmandi, 1986; Garske y Jay Linn, 1988; Luborsky, Crist-Cristoph, Metz y Auerbach, 1988; Castillo y Poch, 1991; Lambert, 1992; Botella y Feixas, 1994; Samstag, Muran, y Safran, 2004; entre otros). Curiosamente este ir más allá de la técnica o el modelo nos permite precisamente huir de la rigidez y adoptar, para hacernos molde del paciente, todo aquello que entendamos que pueda sumar y resultar de utilidad.

## Referencias bibliográficas

- Abaigès, L. (2015). Trastornos de angustia. Una perspectiva asistencial integradora. *Temas de Psicoanálisis*, 9. Recuperado de <http://www.temasdepsicoanalisis.org/trastornos-de-angustia-una-perspectiva-asistencial-integradora-2/>.
- A-Tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A., Emmelkamp, P. M. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1), 30-6.
- Bados, A., y Sanz, P., (2005). Validation of the revised Test Anxiety Scale and the Test Anxiety Scale in a spanish sample. *Ansiedad y Estrés*, 11, 163-174.
- Barten, H. H. (1971). *Brief psychotherapy*. Nueva York: Behavioural Publications.
- Beutler, L. E., Crago, M. y Arizmendi, T. G. (1986). *Therapist variables in psychotherapy process and outcome*. En S.L. Garfield y A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 257-285). Nueva York: John Wiley.
- Berne, E. (1973). *¿Qué dice usted después de decir hola?* Barcelona: Grijalbo.

- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., y Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241.
- Botella, L. y Feixas, G. (1994). Eficacia de la psicoterapia: Investigaciones de resultados. En M. Garrido (Ed.), *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones* (pp. 91-104). Valencia: Promolibro.
- Bowlby, J. (1969). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura*. Buenos Aires: Paidós.
- Cassidy, J., Jones, J. D., y Shaver, P. R. (2014). Contributions of attachment theory and research: A framework for future research, translation, and policy. *Development and Psychopathology*, 25(402), 1415-1434.
- Castillo, J. A. y Poch, J. (1991). *La efectividad de la psicoterapia: Método y resultados de la investigación*. Barcelona: Hogar del Libro.
- Clark, D. M., y Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope y F. R. Schneier (Eds.), *Social Phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (pp. 69-93). Nueva York: Guilford Press.
- Davanloo, H. (2000). *Intensive short-term dynamic psychotherapy: selected papers of Habib Davanloo*. Chichester: Wiley.
- Frank, J. D. (1982). Therapeutic components shared by all psychotherapies. En J. H. Harvey y M. M. Parks (Eds.), *Psychotherapy research and behavior change* (pp. 9-37). Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Garske, J. P., y Jay Linn, S. (1988). Hacia un esquema general de la psicoterapia: eficacia, factores comunes e integración. En S. Jay Linn y J.P. Garske (Eds.), *Psicoterapias Contemporáneas* (pp. 623-647). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Kernberg, O.F., Burstein, E. D., Coyne, L., Appelbaum, L. Horwitz, L. y Voth, H. (1972). Psychotherapy and psychoanalysis: Final report of the Menninger Foundation's psychotherapy research project. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 36, 1-276.
- Knight, Z. G. (2005). The Use of the 'Corrective Emotional Experience' and the search for the bad object in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 59(1), 30-41.
- Lambert, M. J. (1992). *Psychotherapy outcome research. Implications for integrative and eclectic therapist*. En J. C. Norcross y M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy Integration* (pp. 94-129). Nueva York: BasicBooks
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Mintz, J. y Auerbach, A. (1988). *Who will benefit from psychotherapy?* Nueva York: Basic Books.
- Malan, D. H. (1976). *The frontier of brief psychotherapy*. New York: Plenum.
- Malan, D. H. (1983). *Psicoterapia individual y ciencia de la psicodinámica*. Buenos Aires: Paidós.
- Marrone, M. (2001). *La teoría del apego. Un enfoque actual*. Madrid: Psimática.
- National Institute for Health and Care Excellence, NICE Guidelines, (2013). Social Anxiety Disorder: Recognition assessment and treatment.
- Ponsi, M. (2000). Therapeutic alliance and collaborative interactions. *International Journal of Psychoanalysis*, 79, 487-497.
- Rapee, R. M., y Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 741-756.
- Samstag, L., Muran, J. C. y Safran, J. D. (2004). Defining and identifying ruptures in psychotherapy. En D. Charman (Ed.), *Core concepts in brief dynamic therapy: Training for effectiveness*. Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Sánchez-Barranco, A. (1983). Psicoterapia dinámica breve. *Apuntes de Psicología*, 5, 8-9.
- Strupp, H. H. (1973). On the basic ingredients of psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 1-8.
- Teyber, E. (2000). *Interpersonal process in psychotherapy: A relational approach*. 4ª Ed. Boston: Brooks/Cole Publishing Company.
- Town, J. M., Abbass, A., y Bernier, D. (2013). Effectiveness and cost effectiveness of Davanloo's intensive short-term dynamic psychotherapy: Does unlocking the unconscious make a difference? *American Journal of Psychotherapy*, 67(1), 89-108.
- Town, J. M., Diener, M. J., Abbass, A., Leichsenring, F., Driessen, E., y Rabung, S. (2012). A meta-analysis of psychodynamic psychotherapy outcomes: Evaluating the effects of researchspecific procedures. *Psychotherapy*, 49(3), 276-290.
- Williams, J. M. (2010). Mindfulness and psychological process. *Emotion*, 10, 1-7.