

PSICOTERAPIA BREVE Y DE EMERGENCIA

Leopold Bellak y Leonard Small



Índice

Prólogo a la edición revisada	13
PRIMERA PARTE: PRINCIPIOS BÁSICOS Y MÉTODOS	
1. El papel de las psicoterapias breve y de emergencia	19
La necesidad apremiante	20
Implicaciones administrativas de los programas de psicoterapia breve	30
2. Definiciones, teorías y principios de la psicoterapia breve	35
¿Qué es la psicoterapia?	35
La psicoterapia breve y de emergencia definida más ampliamente	42
La teoría y los principios de la psicoterapia rápida	51
3. Otras fuentes de teoría y principios	57
Fuentes psicoanalíticas	58
Resolución de la crisis en la psicoterapia breve	71
Teoría de las expectativas	74
4. Procedimientos básicos de la terapia breve	77
Organización de la psicoterapia en cinco sesiones en forma de unidad	77
La importancia de la formulación diagnóstica	82
La historia	95
Establecimiento de las relaciones causales: sobredeterminación	104

El contrato terapéutico, la alianza terapéutica y la situación de transferencia	108
El problema que se presenta	111
Tratamiento: la elección de las intervenciones dinámicas	112
Elección de algunas intervenciones estructurales: indicaciones sistemáticas breves para el tratamiento de los déficits de las funciones del ego	134
La elaboración	150
Terminación del tratamiento	151
5. Coadyuvantes de la psicoterapia breve	153
Los fármacos como coadyuvantes de la psicoterapia breve y de emergencia	153
La intervención ambiental	158
Técnicas de relajación	167
La terapia electroconvulsiva	168
La hospitalización breve	169

SEGUNDA PARTE: ALGUNOS SÍNDROMES CLÍNICOS

6. La depresión	173
Las características clínicas	173
Consideraciones psicodinámicas	176
Los procedimientos terapéuticos	178
El problema especial del suicidio	180
Casuística ilustrativa	184
7. El pánico endógeno y exógeno	189
Rasgos clínicos	189
Consideraciones dinámicas	189
Los procedimientos terapéuticos en el pánico endógeno	190
Rasgos especiales del pánico exógeno	192
Casuística ilustrativa	194
8. La despersonalización	201
Rasgos clínicos	201
Consideraciones dinámicas	201
Procedimientos terapéuticos	204
Casuística ilustrativa	206
9. Estados psicóticos incipientes y agudos	211
Rasgos clínicos	211

Consideraciones dinámicas	213
Procedimientos terapéuticos	213
Casuística ilustrativa	215
10. El <i>acting-out</i>	219
Manifestaciones clínicas	219
Consideraciones dinámicas	221
Procedimientos terapéuticos	223
Casuística ilustrativa	227
11. Estados somáticos graves	231
Rasgos clínicos	231
Consideraciones dinámicas	232
Procedimientos terapéuticos	241
Casuística ilustrativa	243
12. La psicoterapia breve en las terapias sexuales	247
Procedimientos	249
Casuística ilustrativa	251
13. El paciente de edad avanzada	257
Principios básicos y procedimientos	257
Algunos de los problemas específicos de la vejez	262
14. Situaciones críticas de la vida y los traumas extrínsecos	271
Divorcio	274
Pérdida del empleo	276
Muerte, amenaza de muerte, duelo	281
La decisión quirúrgica	285
Víctimas de la violencia	287
Embarazo no deseado, con énfasis especial en el aborto	290

TERCERA PARTE: APÉNDICES

A. Un estudio de múltiples niveles de psicoterapia breve realizado en una Trouble Shooting Clinic	297
B. Historia de casos	313
Bibliografía	349
Índice analítico	359
Acerca de los autores	367

4. Procedimientos básicos de la terapia breve

La amplitud de la gama de las diferencias individuales hace arriesgada la ordenación esquemática de cualquier interacción humana. A pesar de ello, en el proceso psicoterapéutico hay ciertos puntos básicos que pueden asentarse y que son válidos para casi todas las situaciones individuales. Dentro de cada uno de ellos se presenta una gama de variaciones más amplia. Los puntos principales de la psicoterapia rápida pueden verse como procedentes del establecimiento de “sugestiones de relación” y de la identificación del problema que se presenta hasta tomar una historia, de organizar las relaciones entre el síntoma y la historia, de la selección y la aplicación de las intervenciones, de la elaboración y, finalmente, de la fase final del tratamiento. Estos puntos se empalman con los tres aspectos generales de la psicoterapia: la comunicación, el *insight* (o cualquier otro cambio estructural) y la elaboración.

ORGANIZACIÓN DE LA PSICOTERAPIA EN CINCO SESIONES EN FORMA DE UNIDAD

Al abogar por la psicoterapia en cinco sesiones, sobre todo se debe tener presente que esto no quiere decir que deba seguirse rígidamente este número. Existe cierta razón por la que escogemos hablar de cinco sesiones en la psicoterapia y es que las estadísticas más confiables han indicado que la mayoría de los pacientes, especialmente aquellos que llegan a las clínicas de atención externa, asisten a sus sesiones más o menos cinco veces consecutivas para entonces suspender su tratamiento. Podría ser que tengan un modelo médico en su mente, excepto el alivio muy rápido, o que no estén

familiarizados con las psicoterapias de larga duración de tanta profundización como la del psicoanálisis. En este caso es más oportuno hacer un plan de psicoterapia dentro del marco de lo que el paciente esté dispuesto a aceptar, que planear una psicoterapia más prolongada solo para que el paciente suspenda su asistencia después de las primeras cinco sesiones.

En nuestra experiencia de las dos últimas décadas, ha sido factible realizar un trabajo razonablemente bueno en cinco sesiones con un crecido número de pacientes. En la práctica, la frecuencia más regular es la de seis sesiones: usualmente se ve al paciente una vez a la semana, por un periodo de cinco semanas, a menos que existan otras razones para planearlo de modo diferente —ya sea más frecuentemente por la intensidad de sus condiciones, o con menos frecuencia por razones administrativas o porque clínicamente no esté indicado ver al paciente una vez a la semana—. Después de las cinco sesiones, generalmente se le cita para un mes más tarde (seis sesiones), para hacer una evaluación, como veremos más adelante.

Es importante planear el proceso terapéutico en términos de lo que uno puede esperar después de cada una de las cinco sesiones y especialmente al final de la primera, para formular algunos planes claramente definidos respecto de las *áreas de intervención*, el *método* de la misma, y la *secuencia de las áreas y métodos de intervención*. En el *área de la intervención*, como en el caso de una depresión, el terapeuta dirige el problema de la autoestima disminuida o el de la agresión que en la presencia de un superego se ha convertido en intra-agresión o sentimiento de descargo y decepción. Como *método de intervención* podría uno escoger en este caso, apoyo, interpretación o catarsis. Debe tenerse presente que si el problema de la baja autoestima va a ser acometido en términos de ganar *insight* y de relacionar los sucesos más recientes y precipitantes del problema a denominadores comunes en la historia de la vida previa, el *área y el método de intervención* serán seguidos por una plática de la persona responsable de la disminución de la autoestima en la situación ocasionante. Esa relación inconsciente entre esa persona y las conocidas por el paciente en su vida anterior, deben ser investigadas buscando una interpretación catártica del enojo surgido.

Al mismo tiempo, el terapeuta dará alguna forma de seguridad al paciente de que una persona con un superego tan severo no solamente no se permitirá a sí misma actuar sobre deseos tan agresivos sino que ni siquiera se atreverá a sentirlos. En la medida de lo posible *todo el proceso terapéutico será formulado en las cinco sesiones en términos de áreas de intervención, métodos de intervención y su secuencia*, incluyendo las interpretaciones de la transferencia.

Debe comprenderse claramente que un plan conceptualizado no es algo que debe seguirse rígidamente, sino que será lo suficientemente flexible para poderse cambiar al surgir nuevo material o según las necesidades del paciente lo requieran.

“El ordenamiento esquemático del proceso psicoterapéutico es peligroso porque hay frecuentes desviaciones y variaciones del esquema, por muy fuerte y conservador que este pueda ser y por muy cuidadosamente que se identifiquen los denominadores comunes. La terapia de algunos individuos seguirá el esquema aparentemente “paso por paso” como si el paciente hubiera cooperado al escribir el plan. Otros saltarán sobre partes del proceso, condensando o eliminando pasos. Todavía otros permanecerán arraigados a una fase en particular, de la cual ninguna cantidad de estímulos (interpretación o sugerencia), o fortalecimiento defensivo (aliento, apoyo, reafirmación) los moverán. Recordamos a aquel granjero a quien se le solicitó que identificara las señales de que iba a llover y replicó: “Todas las señales fallan en tiempo de sequía”.

La primera sesión: La historia es el estado presente del pasado. Al llegar un nuevo paciente es esencial hacer una historia exhaustiva. Pero esa historia debe estar primero relacionada con lo que lastima actualmente al paciente; esto es, la queja principal y las secundarias.

Es muy importante en la primera sesión hallar precisamente *cuándo* comenzaron los síntomas y comprender la *situación de vida dentro de la cual surgieron*, y entonces precisar por qué eligió el paciente ese día en particular para llegar a la consulta. Solamente hasta entonces el terapeuta solicita la historia entera de la vida del paciente. Cuando el facultativo comienza a elaborar la historia debe poner un fuerte énfasis en los detalles completos del crecimiento, sus relaciones con los padres, hermanos, condiciones de vida, situaciones y hábitos para dormir y demás información tendiente a comprender tanto como sea posible acerca de su medio social, económico, cultural y étnico. En consecuencia, la mayor parte de la primera sesión se empleará en tomar la historia del paciente.

Es importante buscar repetidamente otras molestias debido a que los pacientes con mucha frecuencia olvidan mencionarlas o son renuentes a hacerlo.

Después de 35 o 40 minutos debe quedar claro lo concerniente a la dinámica y estructura de los problemas del paciente, sus ventajas y responsabilidades. En esta evaluación inicial puede resultar útil tener en mente la valoración de las funciones del ego, como se verá más adelante.

Sobre todo, el terapeuta comenzará a dar forma a algún plan acerca del tema de los problemas del paciente, el área de intervención y el método y secuencia de la misma, al continuar la terapia.

El terapeuta se guía mejor en la elección de las áreas de intervención, métodos de la misma y su consecuencia para la comprensión dinámica que se deriva de los denominadores comunes en la historia general del paciente; la estructura sociopsicológica de la implantación del mal principal, y los denominadores comunes compartidos con la razón más inmediata para haber escogido este día para la consulta y no cualquier otro. El punto esencial —la brevedad— de la terapia de cinco sesiones se centra en el hecho de que todo el comportamiento es un intento de adaptación y que la mala adaptación actual que nos presenta el paciente está basada principalmente en modos de adaptación aprendidos antes, para problemas similares. De esta manera alguien que ha reaccionado a una pérdida actual con una depresión, ha sufrido probablemente pérdidas con anterioridad y reaccionado a ellas en forma semejante. Alguien que sufre pánico habrá experimentado otros pánicos de los que pudo no haberse percatado en el momento, pero que aparentemente han tenido el mismo patrón dinámico.

Cuanto mejor comprenda uno la dolencia actual en términos de denominadores comunes en las experiencias anteriores del paciente —la historia general de su vida— y los sucesos trastornantes, mejor podrá uno formular las áreas, métodos y secuencia de áreas así como tipos de intervención. Este es el punto básico y racional de la terapia de cinco sesiones. La secuencia y áreas de intervención están indicadas por una variedad de observaciones clínicas, tales como la urgencia de tratar la agresión y la intra-agresión de un sujeto suicida en potencia, en tanto se dejan los problemas fóbicos para ser tratados más adelante.

Después de que el terapeuta comprenda más o menos cuál es el problema, es recomendable que dé al paciente una opinión general, algunas ideas apoyadas con ejemplos. A menudo resulta muy útil señalar los *denominadores comunes* de sus síntomas actuales y algunas de sus pasadas experiencias y reacciones para promover la iniciación del *insight*. Es útil tomarse unos cuantos minutos para explicar el proceso básico de la psicoterapia, es decir, la comprensión conjunta de lo que pasa dentro de la mente del paciente sin su conocimiento y establecer una continuidad entre el pasado y el presente, el consciente y el inconsciente y la sintomatología. El paciente debe sentir que sabe de qué se trata el problema, y que lo que le aflige puede ser entendido y remediado. Esto debe conducir a establecer una *alianza terapéutica*

5. Coadyuvantes de la psicoterapia breve

LOS FÁRMACOS COMO COADYUVANTES DE LA PSICOTERAPIA BREVE Y DE EMERGENCIA

La racional clínica

La racional clínica es una de las más frecuentes combinaciones de la farmacoterapia y la psicoterapia. Podría uno decir en el más amplio sentido que frecuentemente las drogas psicotrópicas tienen el mismo significado para el terapeuta que la anestesia para el cirujano: proporcionan las *condiciones adecuadas* para efectuar las operaciones psicoterapéuticas. A menudo los fármacos son necesarios porque la psicoterapia no sería posible sin ellos, cuando menos sobre la base del paciente ambulatorio y no hospitalizado.

Esta racional es principalmente efectiva para el paciente neurótico extremadamente afectado, el deprimido y el esquizofrénico. Este tipo de pacientes puede permanecer en su hogar y conservar su trabajo con la ayuda de los llamados tranquilizantes menores o drogas ansiolíticas como el diazepam, el meprobamato, el diazepóxido y otras. Estos fármacos le permiten hablar del problema que le aqueja, que de otra forma podría querer evitar por su misma “ansiedad”.

El paciente deprimido que se encontraba relativamente inmóvil e inarticulado antes del tratamiento farmacoterapéutico, recibirá así ayuda de los antidepresivos —los tricíclicos o inhibidores monoaminoácidos u otros para que pueda hablar acerca de su dolencia.

Muchos pacientes esquizofrénicos no estarán en condiciones de permanecer en su casa o se encontrarán tan alterados por sus imaginaciones o

alucinaciones que se hará difícil establecer la comunicación excepto por el uso de las fenotiazinas y sus derivados. Aunque las drogas psicotrópicas no ofrecen una cura *per se*, con frecuencia proporcionan los medios decisivos que permiten abordar la psicoterapia dinámica que de otra manera sería, en el mejor de los casos, difícil e incluso imposible.

Los dos casos que siguen ilustran el uso combinado de la psicoterapia y la farmacoterapia.

Un estudiante de la escuela superior llegó a la clínica de terapia breve debido a sus ataques de angustia, antes y durante ciertas clases. Se acercaba la época de los exámenes y su incapacidad de asistir a clases lo estaba llevando al riesgo de perder el año escolar.

En la primera sesión se puso de manifiesto la dinámica de la situación que se relacionaba con deseos exhibicionistas-voyeristas. En las circunstancias del paciente esperar cinco semanas era mucho. Por lo tanto se le dieron 25 mg de diazepam para que lo tomara hora y media antes de cada clase. Se le instruyó para la ingestión del medicamento con tal anticipación con la esperanza de que previniera el surgimiento de la angustia anticipatoria que ya sería difícil de manejar.

En tanto, la fobia se podía tratar etiológica y psicoterapéuticamente; cosa que la droga por sí sola no podía hacer. Puesto que el programa terapéutico se veía afectado por la proximidad de los exámenes se hacía necesario algo más que las cinco sesiones usuales para tratar la fobia. Se utilizaron sesiones adicionales con intervalos de algunos meses, cuando las situaciones productoras de angustia surgían otra vez. En ocasiones se usó el diazepam explicando otra vez al paciente que cada ocasión en que él dominaba la angustia constituía una forma positiva de descondicionamiento en adición a las ganancias logradas con el *insight*. Dos años más tarde, el paciente informó al terapeuta por medio de una llamada telefónica que se había graduado con éxito y aceptado su primera proposición de empleo.

Otro caso, aunque no estrictamente un ejemplo del uso de la farmacoterapia combinado con terapia breve, ilustra de forma excelente el uso de las drogas para proveer las condiciones que permitan llevar a cabo cualquier tipo de psicoterapia.

Se trata de un hombre joven quien ya había recibido antes terapia de algún otro especialista debido a una neurosis compulsiva severa. Pronto se hizo evidente que su actitud de tardarse horas en su arreglo personal le iba a significar llegar cuando menos media hora tarde a su cita para la psicoterapia o incluso perderla del todo.

La recomendación fue que tomara 50 mg de clorpromazina con 50 mg de imipramine HS. Las consideraciones fueron dinámicas. Sabemos que la agresión juega un papel importante en la compulsión. También sabemos por los experimentos con primates excitados artificialmente, que la clorpromazina controla la agresión y, en consecuencia, se prescribió tal droga. Por otra parte, la imipramina se hizo necesaria para contrarrestar el efecto aletargante, soporífero de la clorpromazina y contrarrestar a su vez las características depresivas que coexisten en las neurosis compulsivas.

En este caso la razón inmediata para la aplicación de la farmacoterapia fue estrictamente clínica: no puede uno tratar a un paciente cuando este no está presente.

Por supuesto consideraciones similares, como en los casos descritos, se aplican para muchos de los pacientes deprimidos que no son capaces de salir de sus lechos, llegan muy tarde a sus citas psicoterapéuticas o que sufren excesivamente retardo psicomotor y en consecuencia son incapaces de verbalizar óptimamente. El uso de los antidepresivos facilita que el paciente llegue a su cita y pueda comunicarse para que la psicoterapia breve le ofrezca un resultado rápido y efectivo. Debido a que la imipramina y la amitriptilina necesitan más de una semana para comenzar a ser efectivas, se combina a veces el metilfenidato con alguna de estas dos drogas para obtener un efecto antidepresivo más inmediato. Entonces se puede suspender el metilfenidato tan pronto como el otro fármaco ponga en evidencia su actividad. A la fecha ninguno de los pacientes tratados por nosotros ha demostrado tendencia a la adición o hábito al metilfenidato. Debe hacerse notar que estos pacientes no solo fueron seleccionados con cuidado, sino además supervisados de cerca. En algunas clínicas se ve al enfermo cuando mucho unos cuantos minutos antes de darle una receta. En psicoterapia el paciente es evaluado cuidadosamente antes de prescribirle una medicina o varias. Las entrevistas subsecuentes de la terapia proporcionan la oportunidad de vigilar las reacciones del paciente a esta prescripción. Se le ofrece además el apoyo de la relación psicoterapéutica y el que le proporcionan las drogas tricíclicas y casi de inmediato se le suspende el metilfenidato.

Los pacientes muy jóvenes o que provienen de estratos dados al abuso de fármacos quedan excluidos de la medicación con metilfenidato.

En consecuencia, es mejor combinar solamente las drogas tricíclicas con la psicoterapia a menos que intervenga una gran selectividad, precaución y supervisión.

8. La despersonalización

RASGOS CLÍNICOS

El individuo que está en un estado de despersonalización se siente cambiado en relación a su forma anterior de ser. Se siente observador, de hecho espectador de sí mismo. Siente la pérdida o el extravío de su personalidad y de su yo. Su sentido de identidad se vuelve parcialmente vago o totalmente confuso. El paciente siente que ya no tiene un *self* al cual él pueda referir las fuerzas directivas y la conducta. Puede sentir que ciertas partes de su cuerpo o de su mente le son ajenas y extrañas y que no le pertenecen. En algunos estados extremos sentirá que ya no tiene cuerpo o que no está vivo. Estas sensaciones pueden extenderse al ambiente, el cual le parecerá igualmente ajeno y extraño y que ha perdido todas sus características de realidad. Puede pensar que el mundo no existe.

El fenómeno asociado con la despersonalización que siempre debe tenerse presente es que con mucha frecuencia el paciente no será capaz de describir los síntomas que el terapeuta podría fácilmente reconocer como síntomas de despersonalización, o no describirá el síntoma más claramente asociado con la despersonalización, es decir, la sensación de irrealidad. Por eso, por ejemplo, lo que al parecer es una fobia, puede ser que en realidad sea un estado primario de despersonalización inducido por circunstancias especiales.

CONSIDERACIONES DINÁMICAS

En la psicopatología moderna se concede bastante importancia a la despersonalización y a las sensaciones de irrealidad conjuntamente con las sensa-

ciones de pérdida de identidad. El existencialismo floreciente en la actualidad gira alrededor de esas sensaciones. Bellak acaba de publicar una crítica de la teoría de la despersonalización. Schilder atribuye la despersonalización con una retirada de la libido, Nunberg la relaciona específicamente con una pérdida de amor o de un objeto amado, Bergler y Eidelberg la consideran una defensa contra el exhibicionismo anal, y Oberndorf la vio como un medio para contener la angustia. Reich, Fenichel y Hartmann ponen de relieve la función defensiva de la despersonalización y de las sensaciones de irrealidad. Estos conceptos fueron ampliados por Blank, quien planteó que la despersonalización es una defensa contra la ira, la angustia y la privación. Añadió, sin embargo, que la despersonalización aparece como defensa solo cuando la hipomanía fracasa. Stamm extendió el concepto para incluir en él los estados hipnagógicos, la experiencia crepuscular y hasta el deseo de dormir, y como Lewin, supuso que la despersonalización podría esperarse que les ocurriera a individuos con tendencias orales marcadas y con propensiones pasivas.

Jacobson amplió todavía más el concepto de la despersonalización. Tomando en cuenta la aportación de Federn, señala que la despersonalización ocurre tanto en la gente normal como en los neuróticos y los psicóticos, y ofrece una lista de la cantidad de factores que precipitan esa experiencia. Ella formula la despersonalización como un proceso en el cual una parte intacta del yo observa a otra inaceptable. Distingue la despersonalización de la depresión haciendo notar que en la depresión el conflicto es entre el superyó y el yo, mientras que en la despersonalización el conflicto es entre las diversas identificaciones de las diferentes partes del yo. Aunque Jacobson identifica la despersonalización como algo que les ocurre a los individuos normales y señala que puede estar acompañada de cambios en la percepción del ambiente, la considera fundamentalmente como un fenómeno clínico. Sin embargo, tanto Jacobson como Spiegel al considerar la despersonalización adoptan un marco de referencia perceptual.

En su crítica, Bellak dice que es imperioso concebir la despersonalización como una variación más o menos extrema de los cambios en la autopercepción y las sensaciones de irrealidad como variantes similares de la percepción del mundo que ocurren constantemente en la vida normal. Estos cambios con frecuencia pueden ser en un nivel preconsciente; el grado de consciencia depende de las circunstancias y de las variaciones individuales en cuanto a la introspección. Opina que los cambios en la autopercepción siempre están asociados con cambios en la percepción del ambiente. Al considerar la despersonalización y la sensación de irrealidad como un aspecto especial del

problema general de la percepción podemos ampliar nuestra comprensión del fenómeno, para ver su relación dinámica y genética con otras variantes de la percepción, para verlo realmente como una parte de la teoría de la personalidad y no como una forma de psicopatología *per se*.

La vida diaria impone a cada individuo una multitud de representaciones variantes con cambios concomitantes del yo de uno en relación con el ambiente y coincidente con cambios en la autoconsciencia, el autoconcepto y la autosensación. Estas representaciones cambiantes implican el de igual, el de subordinado y el de superior, ser personaje público y padre, comprador y vendedor, y muchos otros; de hecho, de maneras sutiles nuestro papel cambia con cada una de las personas que tratamos y en cada medio en el que nos movemos. Desde luego, hay además los cambios de representación más dramáticos como el de la salud a la enfermedad, el de civil a soldado, el de hombre libre a preso, el de joven a viejo. Aun las sensaciones ligeras de autoconsciencia con sus autopercepciones alteradas pueden ir acompañadas de una distorsión aprehensora de la percepción que el individuo tiene del mundo que lo rodea, de las reacciones u observaciones. En estos casos, la despersonalización, las sensaciones de irrealidad, y la proyección van inextricablemente ligadas como una distorsión perceptora general del yo y del ambiente. El concepto de Bellak de la despersonalización como una variante en la autoconsciencia y como un fenómeno normal del funcionamiento del yo sirve para varios propósitos:

1. Elimina la tendencia a identificar la despersonalización exclusivamente con trastornos psiquiátricos específicos aunque pueda relacionarse con grados variables de patología. Así pues la historia de las sensaciones de despersonalización de un paciente en sí misma carece de un valor diagnóstico específico. La gravedad de los estados de despersonalización probablemente se relaciona con el grado del trastorno causado por problemas orales y con el grado de perturbación de los linderos del yo. Estos a su vez pueden estar más o menos relacionados con la gravedad de la neurosis o de la psicosis.
2. Elimina la tendencia a definir la despersonalización muy estrechamente como un proceso psíquico específico o hasta como una defensa. Así, cada autopercepción en un papel distinto hasta cierto punto puede implicar un grado pequeño de despersonalización.
3. Finalmente el concepto de Bellak nos permite ver que hay innumerables caminos que pueden conducir a la despersonalización y a las

12. La psicoterapia breve en las terapias sexuales

Las décadas pasadas fueron testigos de una rápida proliferación de los servicios terapéuticos planeados para aminorar o eliminar los problemas sexuales a corto plazo. La mayoría de estos tratamientos se basan en procedimientos psicológicos de tipo conductual. Casi siempre se enfatiza en lo que podría definirse como la mecánica de la conducta sexual. Se instruye acerca de posiciones y procedimientos para dar y obtener placer, junto con indicaciones para inducir la demora del orgasmo y el relajamiento. Se da poca o ninguna atención a las probabilidades psicodinámicas de la disfunción sexual a tratar; por lo tanto, esta psicodinámica juega un papel muy insignificante, si es que tiene alguno, en el planteamiento conductual. Se resume que la persona que sufre una disfunción sexual probablemente busca la terapia motivada por su deseo de cambiar el descontento que su conflicto sexual le causa y que tal motivación es suficiente para lograr el éxito del proceso.

Una notable excepción es el enfoque de Kaplan, descrito por Sollo y Kaplan, en el cual el terapeuta actúa por medio de una estrategia que utiliza tanto la técnica psicodinámica como la interpersonal, junto con la conductual. La racional es que la respuesta sexual tiene un componente autónomo que se ve afectado fácilmente por la ansiedad y que puede tener o bien una etiología superficial o surgir de conflictos profundamente arraigados o de rasgos característicos.

La adopción del enfoque psicodinámico comprende el conocimiento de las manifestaciones de transferencia que facilitan o bloquean el progreso de la terapia sexual, la estructura defensiva de la personalidad y las manifes-

taciones de resistencia a los ejercicios sexuales del tratamiento conductual. Kaplan insiste en la intervención sobre el plano de la conducta preferentemente al enfoque dinámico e interpersonal; pero cambia hacia estos siempre que falla el conductual.

Nuestra práctica nos ha dado la oportunidad de participar en un número de casos de terapia sexual de dos tipos diferentes: antes de que se inicie la terapia de los problemas sexuales y ya iniciada esta, cuando el paciente encuentre dificultades en su avance hacia la meta deseada. Con estos casos adquirimos la experiencia de que algunas sesiones de terapia breve orientada a revelar los elementos psicodinámicos en la disfunción sexual facilitaban el éxito de la terapia de la conducta sexual. La terapia breve aumentó el *insight* y la cooperación minimizando o incluso eliminando los bloqueos emocionales.

El terapeuta que ofrece el enfoque a corto plazo no debe insistir en sus servicios como preludeo del tratamiento sexual. La terapia breve puede servir como una exploración introductoria y una preparación o puede convertirse en parte del proceso, únicamente cuando el paciente ha fracasado en responder a los métodos conductuales. La falla, si ocurriera, intensifica y refuerza con frecuencia la motivación para un cambio psicodinámico: aumenta la disposición del paciente a formar una alianza terapéutica para proporcionar una historia significativa y con esto facilitar la apertura para desarrollar el *insight*. Nuestra observación es que la dificultad para desarrollar este, tiende a agudizar el conflicto y lleva más material dinámico hacia un nivel preconscious del conocimiento. En muchos casos la concentración sobre los aspectos mecánicos del sexo trae conflictos que comprenden disgustos, agresión, miedo a la demencia, pérdida del control de la vejiga y los esfínteres y otros impulsos más cercanos a la superficie donde están en mejor disposición para el trabajo psicoterapéutico. En otros casos estos mismos mecanismos pueden originar aversión y resistencia.

Para emitir un pronóstico deben tenerse presentes algunas medidas precautorias. Comúnmente la psicoterapia breve en los tratamientos sexuales depende de la participación de ambas partes para llegar a un resultado satisfactorio. Pero como siempre, hay excepciones a la regla. En algunas ocasiones se identifica claramente algún miembro de una pareja como la parte disfuncional en un conflicto emocional, de manera que se justifica trabajar con esa persona exclusivamente. Sin embargo, el procedimiento funciona mejor, en términos generales, cuando ninguno de los dos componentes de la pareja tiene la responsabilidad total de las dificultades surgidas