

La entrevista única como herramienta terapéutica:

La clínica integradora “en guardia”

Info@javiercamacho.com.ar

-Año 2000-

“Al tocar jazz, el músico usa la canción o melodía como estructura básica para improvisar. El terapeuta que utiliza la improvisación reconoce en las diversas escuelas, tendencias y modelos otras tantas canciones o melodías. Preguntar a un terapeuta improvisador si se dedica exclusivamente a la terapia de resolución de problemas al estilo del MRI, sería como preguntarle a un músico de jazz si la única canción que sabe tocar es “Deje mi corazón en San Francisco”.

Bradford Keeney

1. El pedido urgente

A las once de la noche llaman a la guardia desde el pabellón de mujeres por que según dicen hubo un intento de suicidio, a esa hora nadie mas que un residente tiene el deber y obligación de ir a hacer la consulta. Fuimos hacia allá junto a dos amigas residentes, y al médico clínico, al llegar nos encontramos a Laura sentada en una silla, en la enfermería, con cortes en sus brazos y en sus piernas, mientras una enfermera intentaba terminar de limpiarla y ponerle desinfectante.

Si bien el cuadro era grave, era mejor de lo que habíamos supuesto cuando recibimos la primera comunicación. Las heridas eran superficiales, aunque abarcaban toda la extensión de sus miembros.

Se encontraba bastante ansiosa y asustada, al principio mostró cierta reticencia a entrevistarse con nosotros pero pronto comenzamos a hablar y se estableció un particular “encuentro” entre ambos, lo que permitió que

estuviéramos especialmente motivados, yo para entenderla y ayudarla y ella para contar su “historia” y dejarse ayudar.

Después de que la enfermera le curó las heridas, le pedimos a la misma que nos dejara a solas con ella y ahí comenzó a contar la historia que tantas veces había contado y tantas veces se había contado a sí misma.

En aquel momento ambos entraríamos en trance, de hecho la entrevista duraría casi dos horas y ocurrirían situaciones que yo solamente pude saber a partir del comentario de las otras personas que estaban allí, recuerdo los detalles de esa conversación como si “*hubiesen ocurrido ayer*”, pero no recuerdo la gente que estuvo en la enfermería y jamás viví subjetivamente las dos horas que pasaron por reloj, de hecho me pareció una corta entrevista.

2. La “historia” de Laura

Había venido desde Santa Fe a Buenos Aires cuando era adolescente, a trabajar a la casa de una familia como empleada doméstica. Si bien no relata mucho de su vida de niña, comenta que había perdido a su madre cuando era pequeña, había tenido una historia de abandonos repetidos y su familia era muy pobre, razón por la cual no había podido estudiar, ya que tuvo que trabajar desde que era muy chica.

Un día se encontraba en la casa de esta familia para la que trabajaba en Buenos Aires, estaba sola, comenta que un hombre entro la empezó a manosear y luego a golpear, hasta que le arranco la ropa y la violó, mientras ella trataba de resistirse. Durante el relato se la ve muy angustiada y la voz se le entrecorta por el llanto, logra decir entre sollozos que esa fue su primera relación sexual.

Relata que ella perdió el conocimiento y cuando se repuso este hombre ya se había ido robando algunas cosas de la casa.

Dice: “lo que más me dolió, no fue que me hayan violado sino que nadie me creyera... nadie me creyó, ni la gente de la casa, ni mi familia, ni siquiera los psicólogos que me atendieron. Es mas intentaron hacerme creer que yo había

generado todo esto”. Continúa diciendo que este episodio se le aparece en forma reiterada, que no puede dejar de pensar en lo que le sucedió, que tiene pesadillas y que a pesar de haber pasado mas de 15 años de ese hecho, lo tiene presente como si “*hubiera ocurrido ayer*”; de hecho el relato tuvo una alta carga de intensidad y dramatismo.

Durante el tiempo transcurrido desde la violación, ella intentó formar pareja pero dirá que era muy inconstante y que duraba poco, a pesar de eso se caso y tuvo una hija, pero al poco tiempo se separo.

El motivo de internación era la crisis que había sufrido por no haber podido superar la separación de una pareja con la cual se encontraba saliendo, lo cual la sumergió en una depresión, hasta que tuvo un intento de suicidio y fue internada.

Este hombre con el cual estaba saliendo, era el hijo de la patrona de ella, y le habría dicho que ya no quería continuar saliendo con ella y esto la desestabilizó aun más de lo que estaba, para intentar retenerlo ella intento suicidarse según cuenta.

El recuerdo de la violación, la idea de que no le creyeran y el odio profundo que sentía por aquel hombre, según relata, la fueron convirtiendo en una mujer que reaccionaba con rabia ante todo, volcando su agresividad en sus relaciones o contra ella misma, a través de autolesiones o intentos de suicidio francos.

3. La intervención y el contexto

Como una vez me dijo un maestro mío, el Dr. Ricardo Ramos, ”uno interviene y piensa a los pacientes en función de los últimos libros que leyó y tiene en la cabeza” y así fue que mi intervención se encontró francamente influenciada por el libro de Bernie Siegel, que se llama Como vivir día a día. En este libro que esta dedicado a los momentos difíciles de la vida y en las cuales ciertas actitudes vitales nos permiten reponernos de esas situaciones limites, se hablaba bastante

del perdón como un agente de liberación en particular en pacientes que tenían enfermedades graves como cáncer y SIDA.

Lo que me quedaba bien en claro con la paciente y recién puedo conceptualizar ahora, era lo que no tenía que hacer, ya habían intentado no creerle y eso fue agravando su cuadro, sabía que tenía que cortar con ese “mas de lo mismo” y decidí preguntar a cerca de lo que le habían dicho sus anteriores terapeutas y figuras significativas, y si bien dentro del repertorio figuraban muchas opciones, lo posibilidad del perdón no había sido planteada.

Sabia que era demasiado jugado pedirle a una persona que conocía hacia poco mas de una hora, que perdonara al hombre que la había violado y que en “su cuento” le había causado tanto sufrimiento. Sin embargo esa idea casi fluyó sin concientizarla, y me encontré sugiriéndole eso, realizando una reformulación bastante difícil y arriesgada.

Estoy convencido que eso se fue logrando porque el trance en el que nos encontrábamos era importante y porque desde mi parte hubo una aceptación total de ella como persona y las ideas rogerianas se presentificaron en toda su plenitud, ahí, en ese particular “encuentro”.

En la intervención, sabía que tenía que ser muy cuidadoso, le dije que por mas que fuera difícil debía intentar perdonar a ese hombre, que tenía que liberarse de esa carga, que yo la entendería si no lo lograba rápidamente y que lo que le estaba pidiendo era muy difícil, pero que vivir con tanto odio y con tanto rencor resulta insoportable y que ella no lo iba a poder olvidar -que lo olvide había sido la sugerencia que más había recibido anteriormente-.

Yo estaba dispuesto a recibir un: “¡usted esta loco, no escuchó todo lo que le conté!”. Aunque la parte mas interna, más primitiva e intuitiva mía, sabía lo que hacía. Sin embargo lo que recibí fue un llanto y me dijo: “Es la primera vez que alguien me dice algo así, todos me dan a entender que yo lo provoqué, me dicen que no paso, que estoy loca si todavía pienso en eso y que lo olvide”,

agregara “no lo voy a perdonar nunca”, y ahí yo le diré, “ahora depende de usted, en usted esta la posibilidad de librarse de tanto dolor”.

La entrevista continuaría y ella pasaría del “no lo voy a perdonar nunca” al “no creo que lo pueda perdonar” y terminaría diciendo “ahora sé que puedo hacer algo y que por mas duro que sea lo voy a intentar... quizás algún día lo perdone”.

4. La conceptualización del caso

4.1. Desde una visión psiquiátrica

Podríamos pensar el diagnóstico de esta paciente, tomando en cuenta El DSM IV, como un trastorno por estrés post-traumático, en el Eje I y un trastorno límite de la personalidad en el Eje II, con posibilidad de que exista alguna comorbilidad con otro trastorno de la personalidad, ya que aparecen importantes elementos histriónicos y dependientes, pero no se puede por los elementos con los que se cuenta justificar estos otros diagnósticos posibles.

Los indicadores del diagnóstico del primer eje los encontramos en la paciente, ya que esta ha experimentado amenazas para su integridad física y ha respondido con desesperanza intensa, además el acontecimiento traumático es reexperimentado constantemente a través de recuerdos del mismo en forma recurrente e intrusiva que le provocan malestar clínicamente significativo. Tiene pesadillas, flashback y la sensación de que la violación hubiese ocurrido ayer.

Además aparecen síntomas de agresividad e ira y dificultades para mantener el sueño, todos indicadores claros de un trastorno por estrés post-traumático, de carácter crónico, ya que tiene una duración mayor a los tres meses(1).

Los indicadores del Eje II, que nos inclinarían a pensar en un Trastorno límite de la personalidad están vinculados básicamente con el patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales y la notable impulsividad, que la lleva a autoagredirse, con los cortes y laceraciones que se autoinflige. También son claras las amenazas e intentos de suicidio y los esfuerzos frenéticos para evitar

un abandono. Y además aparece inestabilidad afectiva, fundamentalmente caracterizada por irritabilidad e ira (2).

A pesar de que hay pocos elementos de su familia de origen, parecería ser que estuvo expuesta a pérdidas reales de pequeña y a un abuso que ocurrió cuando aun era adolescente, características que confirmarían el patrón familiar de gran parte de las personas que luego tienen problemas graves de personalidad. Los dos elementos característicos en la vida de estas personas son las pérdidas de personas significativas y el patrón de abuso al que fueron expuestos (3).

4.2. Desde una visión psicológica integradora

Primeramente, creo que resulta de vital importancia trabajar con la historia que la paciente trae, con el “cuento” que ella se cuenta, con la verdad mítica que ella se construye, abandonando la absurda pretensión de encontrar la verdad histórica.

En el cuento que ella se cuenta y por los hechos que narra de su vida, se pueden inferir ciertos patrones a través de los cuales ella filtra la información que recibe del medio y de los otros significativos. “Se suelen descubrir tres supuestos básicos que parecen desempeñar un papel central en el trastorno [límite], ‘El mundo es peligroso y malo’, ‘Soy impotente y vulnerable’ y ‘Soy intrínsecamente inaceptable’.” (4) Todos estos esquemas pueden rastrearse con facilidad en Laura, a través de los breves recortes de la entrevista.

Podemos ver que las posibilidades de realizar un tratamiento con objetivos que involucren aspectos de la personalidad nuclear, requerirían un proceso a mediano o largo plazo, ya que los trastornos de este tipo “son relativamente estables y los pacientes cambian poco a lo largo del tiempo.”(6) Algunos autores sugieren que “un cliente límite que no haya tenido una extensa terapia previa puede requerir sesiones semanales durante un año y medio a dos años y medio, aunque las metas más limitadas suelen alcanzarse en un periodo más breve.”(7)

Con respecto a la intervención y a la aceptación de la misma por parte de la paciente, creo que lo que favoreció esto y lo posibilitó fue “la consideración positiva incondicional... que supone una actitud de total respeto y aceptación de las vivencias y sentimientos del cliente. El mismo debe sentir que todo aquello que exprese puede ser aceptado por el terapeuta, entendiendo que todo eso forma parte de su experiencia.”(5) Creo que esto logró que la paciente sintiera que la vinculación empática se había establecido de una forma cálida, en un clima de aceptación y en donde la motivación se encontraba en niveles altos.

Siguiendo a la Escuela de Palo Alto, en el libro Teoría de la Comunicación Humana podemos leer: “De particular importancia clínica son todas aquellas situaciones en las que una persona se ve obligada de un modo u otro a dudar de sus propias percepciones en el nivel de contenido, a fin de no poner en peligro una relación vital con otra persona.”(8) Cuando dudan de la veracidad de los hechos o atribuyen otras motivaciones a la paciente sus seres significativos, en lo que respecta al hecho de la violación en particular, lo que están haciendo es descalificando la comunicación, pero en este caso no es una descalificación tan solo del mensaje sino que va dirigida a la propia persona de la paciente, que si desea conservar sus relaciones significativas debe empezar a creer que no ocurrió lo que ocurrió o que sucedió en otros términos muy diferentes de los que ella cree.

Una descalificación de este tipo sostenida en el tiempo y con una carga emocional tan importante, puede lograr desestabilizar y perturbar drásticamente el desarrollo de una personalidad ya de por sí bastante débil. Si pensamos que el principal aspecto de la comunicación humana es definir nuestro propio self a través de la interacción con otro, en el caso de Laura, las desconfirmaciones a las que estuvo expuesta, bombardearon constantemente su mismidad. Siguiendo a Cumming a través de la cita de Watzlawick podemos leer, “el concepto del self, debe reconstruirse sin cesar para que podamos existir como personas y no

como objetos y sobretodo que dicho concepto se reconstruye en la actividad comunicacional.”(9)

5. Conclusiones

En las intervenciones que podemos realizar en la guardia, en donde generalmente el encuentro con el paciente se realiza una sola vez, mas que en ninguna otra situación es donde debemos recurrir a todos los recursos tanto teóricos como técnicos para aliviar y en la medida de lo posible resolver la situación que motivo la consulta.

Hay situaciones en donde basta con una entrevista, hay “gente que en medio de una crisis aguda, necesita una descarga –catarsis- y un consejo directo. Si este es puesto en practica la crisis se resuelve.”(11) En este caso en particular el motivo de consulta para lo cual la guardia fue llamada fue resuelto, aunque hubo un intento terapéutico que iba mas allá de cubrir lo mínimo requerido.

El objetivo de la intervención fue orientado hacia la posibilidad de devolverle a la paciente el rol de agente activo de su vida, es lo que denomino agentividad, darle al paciente “las riendas de su vida”, desarticular el síntoma en su situación de incontrolabilidad y a partir de allí, darle nuevamente la agentividad a la persona que consulta. De ahora en más ya no depende de que la historia cambie, sino que ella puede empezar a contarse un “nuevo cuento”, el cuento del perdón, que quizás le traiga un poco de calma a su vida. Siguiendo a Gonçalves, entiendo a la terapia como “un marco hipotético de ensayo para la construcción y deconstrucción de historias. La vida es una narrativa y los seres humanos somos inherentemente narradores, contadores de historias y, por supuesto participantes de sus propios argumentos.”(12)

La atención en la guardia hace que necesitemos improvisar, pero para eso debemos contar con muchos recursos, conocer distintos abordajes diversas teorías y técnicas, los tiempos de Procusto ya se alejan y es hora de empezar a tocar diferentes melodías y canciones.

Citas bibliográficas:

- 1) Keeney, B. (1996). La improvisación en psicoterapia. Paidós. Barcelona. Pág. 21.
- 2) A. P. A. (1995). DSM IV. Breviario. Criterios diagnósticos. Masson. Barcelona. Pág. 211-3.
- 3) A. P. A. (1995). DSM IV. Breviario. Criterios diagnósticos. Masson. Barcelona. Pág. 288-9.
- 4) Millon, T. (1998). Trastornos de la Personalidad: Más allá del DSM IV. Masson. Barcelona.
- 5) Beck, A., Rush, J., Shaw, B y Emery, G. (1995). Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad. Paidós. Buenos Aires. Pág. 271.
- 6) Kaplan, H., Saddock, B. y Grebb, J. (1996). Sinopsis de Psiquiatría. Médica Panamericana. Buenos Aires. Pág. 758.
- 7) Beck, A., Rush, J., Shaw, B y Emery, G. (1995). Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad. Paidós. Buenos Aires. Pág. 298.
- 8) Feixas, G. y Miró, T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Paidós. Barcelona. Pág. 156-7.
- 9) Watzlawick, P., Bavelas, B. y Jackson, D. (1981). Teoría de la comunicación humana. Herder. Barcelona. Pág. 82-3.
- 10) Watzlawick, P., Bavelas, B. y Jackson, D. (1981). Teoría de la comunicación humana. Herder. Barcelona. Pág. 85.
- 11) Hirsch, H. y Rosarios, H. (1987). Estrategias psicoterapéuticas institucionales: La organización del cambio. Nadir. Buenos Aires. Pág.72.
- 12) Neimeyer, R. y Mahoney M. (1998). Constructivismo en psicoterapia. Buenos Aires. Pág. 179-80.