MANUALES PRÁCTICOS

Situaciones difíciles en terapia

Francisco Javier Labrador
(Coordinador)



PSICOLOGÍA PIRÁMIDE

Francisco Javier Labrador

(Coordinador)

Situaciones difíciles en terapia

PIRÁMIDE

Relación de Autores

Pablo Alonso García
Máster en Psicología Clínica y de la Salud de la UCM Clínica Universitaria de Psicología de la UCM.

Carmen Blanco Fernández
Máster en Psicología Clínica y de la Salud de la UCM. Clínica Universitaria de Psicología de la UCM.

Cristina Delgado Ruiz Velasco
Máster en Psicología Clínica y de la Salud de la UCM.

Milagros Escribano Pradas
Máster en Psicología Clínica y de la Salud de la UCM. Instituto de Psico-logía y Desarrollo Personal PSICODE.

Alicia Fernández Cruz
Máster en Psicología Clínica y de la Salud de la UCM.

Icíar Giménez-Cassina López
Máster en Psicología Clínica y de la Salud de la UCM.

Roberto Gómez Canales
Máster en Psicología Clínica y de la Salud. Clínica Universitaria de la UCM.

Laura Gómez Mirón
Máster en Psicología Clínica y de la Salud de la UCM. Clínica Universitaria de Psicología de la UCM.

María González-Aller
Máster en Psicología Clínica y de la Salud de la UCM.

Michelle González Barsi
Máster en Psicología Clínica y de la Salud de la UCM.

Míriam Huerta Cid

Máster en Psicología Clínica y de la Salud de la UCM.

Francisco Javier Labrador Encinas
Catedrático de Modificación de Conducta de la UCM. Director del Máster en Psicología Clínica y de la Salud de la UCM.

Laura Marcos Martín
Máster en Psicología Clínica y de la Salud. Clínica Universitaria de la UCM.

Cristina Méndez Leo
Máster en Psicología Clínica y de la Salud de la UCM.

María de los Mozos Iglesias
Máster en Psicología Clínica y de la Salud de la UCM.

Marta Rubio Gómez-Cadiñanos
Máster en Psicología Clínica y de la Salud de la UCM.

Contenido

Relación de Autores

Prólogo

1. INTRODUCCIÓN

1. Introducción, objetivos y plan de la obra

2. PROBLEMAS EN INICIO Y EVALUACIÓN

1. El paciente dice que no quiere venir porque no está loco o no tiene ningún problema
   1. Descripción del problema
   2. Ejemplo
   3. Propuesta de actuación
   4. Resumen
   5. Aplicación al ejemplo
2. El paciente cuestiona el tratamiento propuesto o algunas tareas
   1. Descripción del problema
   2. Ejemplo
   3. Propuesta de actuación
   4. Resumen
   5. Aplicación al ejemplo
3. No habla apenas y contesta de manera escueta a las preguntas
   1. Descripción sucinta del problema
   2. Ejemplo
   3. Propuesta de actuación
   4. Resumen
   5. Aplicación al ejemplo
4. No quiere exponerse al hecho traumático, sólo quiere que le ayudemos a olvidar
   1. Descripción sucinta del problema
   2. Ejemplo
   3. Propuesta de actuación
   4. Resumen
   5. Aplicación al ejemplo
5. Actuación ante una situación de delirio: «¿tú me crees?»
   1. Descripción sucinta del problema
   2. Ejemplo
   3. Propuesta de actuación
   4. Resumen
   5. Aplicación al ejemplo
6. Se revela o evidencia la comisión de un delito
   1. Descripción del problema
   2. Propuesta de actuación
   3. Resumen
   4. Consecuencias legales para el profesional
7. El paciente es un menor, hijo de padres separados, y uno de éstos no da el

consentimiento para la terapia
1. Descripción sucinta del problema
2. Ejemplo
3. Propuesta de actuación
4. Resumen

8. En problemas de pareja, uno de los miembros no acude a sesión
1. Descripción del problema
2. Ejemplo
3. Propuesta de actuación
4. Resumen
5. Aplicación al ejemplo

9. El paciente cuestiona la capacidad del terapeuta alegando que no puede ayudarle porque es demasiado joven o no ha pasado por sus mismas experiencias
1. Descripción del problema
2. Ejemplo
3. Propuesta de actuación
4. Resumen
5. Aplicación al ejemplo

3. PROBLEMAS EN LA APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO

1. El paciente se niega a realizar o no realiza las tareas para casa
1. Descripción sucinta del problema
2. Ejemplo
3. Propuesta de actuación
4. Resumen
5. Aplicación al ejemplo

2. Rechaza la técnica: quiere interrumpir las sesiones de exposición
1. Descripción sucinta del problema
2. Ejemplo
3. Propuesta de actuación
4. Resumen
5. Aplicación al ejemplo

3. El paciente pide al terapeuta que opine sobre decisiones o tome decisiones por él
1. Descripción sucinta del problema
2. Ejemplo
3. Propuesta de actuación
4. Resumen
5. Aplicación al ejemplo

4. El paciente se considera «especial» por tener determinado diagnóstico, y considera que no puede o no quiere cambiar «su personalidad»
1. Descripción sucinta del problema
2. Ejemplo
3. Propuesta de actuación
4. Resumen
5. Aplicación al ejemplo

5. El paciente tiene dificultades con las técnicas de relajación
1. Descripción sucinta del problema
2. Ejemplos
3. Propuestas de actuación y aplicación al ejemplo

6. El paciente tiene un ataque de pánico en consulta
1. Descripción sucinta del problema

2. Ejemplo
3. Propuesta de actuación
4. Resumen
5. Aplicación al ejemplo

7. Faltan coterapeutas
1. Descripción sucinta del problema
2. Ejemplo
3. Propuesta de actuación
4. Resumen
5. Aplicación al ejemplo

8. El paciente entiende la necesidad de cambio pero le cuesta asumirlo
1. Descripción sucinta del problema
2. Ejemplo
3. Propuesta de actuación
4. Resumen
5. Aplicación al ejemplo

9. El paciente obtiene ganancias secundarias por continuar en tratamiento
1. Descripción sucinta del problema
2. Ejemplo
3. Propuesta de actuación
4. Resumen
5. Aplicación al ejemplo

10. Durante el tratamiento el paciente plantea problemas nuevos
1. Descripción sucinta del problema
2. Ejemplo
3. Propuesta de actuación
4. Resumen
5. Aplicación al ejemplo

11. Se descubre durante el tratamiento que el paciente está mintiendo
1. Descripción sucinta del problema
2. Ejemplo
3. Propuesta de actuación
4. Resumen
5. Aplicación al ejemplo

12. Alcanzados los objetivos, el paciente sufre una crisis/recaída por miedo a la terminación de la terapia
1. Descripción sucinta del problema
2. Ejemplo
3. Propuesta de actuación
4. Resumen
5. Aplicación al ejemplo

4. RELACIÓN TERAPEUTA-PACIENTE

1. El paciente manifiesta interés personal por el terapeuta
1. Descripción sucinta del problema
2. Ejemplo
3. Propuesta de actuación
4. Resumen
5. Aplicación al ejemplo con adecuada actuación del clínico

2. El paciente pregunta al terapeuta sobre su vida privada
1. Descripción del problema
2. Ejemplo

3. Propuesta de actuación
4. Resumen
5. Aplicación al ejemplo

3. El paciente pretende continuar la relación fuera de las sesiones
1. Descripción sucinta del problema
2. Ejemplo
3. Propuesta de actuación
4. Resumen
5. Aplicación al ejemplo

4. Disponibilidad temporal del Terapeuta: ¿24 horas?
1. Descripción sucinta del problema
2. Ejemplo
3. Propuesta de actuación
4. Resumen
5. Aplicación al ejemplo

5. El paciente decide abandonar el tratamiento en contra de las indicaciones del terapeuta
1. Descripción del problema
2. Ejemplo
3. Propuesta de actuación
Qué no se debe hacer
4. Resumen
5. Aplicación al ejemplo

6. El paciente desarrolla dependencia del psicólogo
1. Descripción del problema
2. Ejemplo
3. Propuesta de actuación
4. Resumen
5. Aplicación al ejemplo

5. INTERFERENCIA EN EL DESARROLLO DE LAS SESIONES

1. El paciente llega intoxicado
1. Descripción sucinta del problema
2. Ejemplo
3. Propuesta de actuación
4. Resumen
5. Aplicación al ejemplo

2. El paciente acude poco aseado
1. Descripción sucinta del problema
2. Ejemplo
3. Propuesta de actuación
4. Resumen
5. Aplicación al ejemplo

3. El paciente no para de hablar y dificulta el progreso de la sesión
1. Descripción sucinta del problema
2. Ejemplo
3. Propuesta de actuación
4. Resumen
5. Aplicación al ejemplo

4. El paciente comienza a llorar desconsoladamente en sesión
1. Descripción del problema
2. Ejemplos

3. Propuesta de actuación
4. Resumen
5. Discusión de pareja en sesión
1. Descripción del problema
2. Ejemplo
3. Propuesta de actuación
4. Resumen
5. Aplicación al ejemplo
6. En terapia de pareja uno de los pacientes boicotea la sesión
1. Descripción sucinta del problema
2. Ejemplo
3. Propuesta de actuación
4. Resumen
5. Aplicación al ejemplo
7. Problemas con la asistencia del paciente a sesiones: falta de puntualidad y anula citas en el último momento
1. Descripción sucinta del problema
2. Ejemplo
3. Propuesta de actuación
4. Resumen
5. Aplicación al ejemplo
6. OTRAS SITUACIONES DIFÍCILES
1. Llamadas telefónicas de auxilio
1. Descripción del problema
2. Propuesta de actuación en llamadas en crisis de pánico
3. Resumen
4. Aplicación al ejemplo
5. Propuesta de actuación en llamada de agresión
6. Resumen
7. Aplicación al ejemplo
8. Propuesta de actuación en llamada de suicidio
9. Resumen
10. Aplicación al ejemplo
2. Conductas de acoso al terapeuta
1. Descripción del problema
2. Ejemplo
3. Propuesta de actuación
4. Resumen
5. Aplicación al ejemplo
3. Problemas con las conductas autolíticas
1. Algunas consideraciones iniciales
2. Descripción del problema
3. Ejemplo
4. Propuesta de actuación
5. Resumen
6. Aplicación al ejemplo
4. Conductas de agresión en situación terapéutica
1. Descripción sucinta del problema
2. Ejemplo
3. Propuesta de actuación
4. Resumen
5. Aplicación al ejemplo

5. Primeros auxilios psicológicos
1. Descripción del problema
2. Ejemplo
3. Propuesta de actuación:
4. Resumen
5. Aplicación al ejemplo

7. LIBROS Y DIRECCIONES DE INTERNET

Libros

Guías de práctica clínica y tratamientos psicológicos con apoyo empírico

Créditos

A todos los que habéis hecho posible este libro y a quienes nos animan en nuestro reto del día a día.

Prólogo

El libro que aquí prologamos comienza con una nota optimista: la Psicología Clínica ha recorrido un camino largo y ancho en un breve período de tiempo. En ese trayecto ha ido acumulando un abundante patrimonio conceptual, metodológico y de procedimientos y técnicas fiables y válidos que se pueden aplicar a la comprensión de los seres humanos, de sus experiencias vitales y de sus problemas, a la solución de éstos y al alivio del dolor y del sufrimiento que pueden acarrear. Ayudar de manera efectiva a quienes experimentan esos problemas y buscan dar significado a sus vidas es el compromiso responsable que afrontan los profesionales que hacen Psicología Clínica.

Pero, al hacerlo, no sólo aplican aquellos procedimientos y técnicas empíricamente probados. Al mismo tiempo, y aquí reside el foco central del libro, asumen la responsabilidad de iniciar con las personas que demandan ayuda un particular encuentro interpersonal. Es el encuentro de la «relación terapéutica», que se hace relevante no sólo porque en su desarrollo tienen lugar los procesos que podrán conducir al cambio y a la solución del problema, sino porque además conecta con la trayectoria vital de quienes acuden a la Psicología Clínica, con sus historias biográficas complejas y con los intentos de afrontamiento y de solución que con probabilidad ellos ya han iniciado tiempo antes de tomar la decisión de consultarnos.

En este encuentro, la Psicología Clínica se hace acompañamiento, comunicación recíproca, alianza de trabajo, suma de fuerzas, poder compartido, deliberación compartida orientada a crear oportunidades y hacer los cambios necesarios para resolver los problemas. En efecto, uno de los fenómenos más significativos de la Psicología Clínica es la existencia misma de esa relación, del encuentro entre dos o más seres humanos, uno de los cuales espera encontrar la ayuda necesaria para resolver un problema, y otro que se ofrece para prestársela, acompañándole por un tiempo y participando en su existencia, en su mundo personal, compartiendo un interés mutuo, un «sentido común», unos objetivos comunes, y comprometiéndonos con ellos en unas tareas y responsabilidades comunes. En esa medida, un propósito estratégico de la Psicología Clínica es tratar de forjar una alianza de trabajo fuerte y de responsabilidad compartida que tenga la suficiente competencia comunicativa y técnica para resolver el problema.

La importancia de este proceso de acompañamiento en el camino de la vida no es tan sólo el del «excipiente» por medio del cual se administran los «principios activos» de la tecnología de eficacia empíricamente demostrada. El proceso de acompañamiento puede

ser en sí mismo, por sus variables contextuales, por los actos de comunicación interpersonal y por las conductas «clínicamente relevantes» que en él tienen lugar, también un «principio activo», un asunto «técnico», una fuerza transformadora y de cambio que se suma al potencial transformador de las técnicas, como las denominadas «terapias de tercera generación», como la psicoterapia analítica funcional, la terapia de aceptación y compromiso, han puesto de manifiesto. A la Psicología Clínica le corresponde la tarea de desvelar esas variables que lo hacen precisamente activo, más allá de postular que sea «positivo» y «empático», y más allá de considerarlo un mero *«arte terapéutico»*. De esta manera, la Psicología Clínica puede subsanar el relativo descuido que, en algunos ámbitos, se ha podido tener de las conductas interpersonales que intervienen en los encuentros de la relación de ayuda y en los *procesos de cambio* y de solución de los problemas.

Los criterios de aplicación de las técnicas serían «ciegos» y desatinados si el psicólogo no acertara a identificar qué funciones significativas juegan tanto su comportamiento como el del consultante en el curso de este encuentro. Los actos comunicativos pueden, en efecto, cumplir funciones discriminativas en relación con la probabilidad de que determinados comportamientos de los consultantes tengan unas consecuencias u otras. Pueden cumplir funciones de refuerzo positivo de determinados comportamientos verbales o no verbales de los consultantes, lo cual aumentará su probabilidad y frecuencia en el contexto de la relación y que podrá transferirse a los contextos de la vida cotidiana. Pueden provocar reacciones emocionales que pueden quedar condicionadas en los contextos de la vida cotidiana, y suscitar motivación suficiente como para acometer todas las tareas y procesos que hacen posible el cambio y la solución de los problemas.

Por añadidura, el libro, además, sin traicionar el optimismo que nace de las técnicas empíricamente probadas, nos advierte de que el encuentro interpersonal no es una relación ideal. En él pueden producirse situaciones que, a menudo, constituyen un obstáculo para la aplicación de las técnicas eficaces y para la obtención de los resultados esperados. Todas ellas pueden ser consideradas como «situaciones difíciles en terapia», y pueden llegar a ser tanto o más difíciles que la aplicación correcta de las técnicas. El libro los expone con todo lujo de detalles y aporta directrices para afrontarlos y resolverlos, sabiendo que si no se resuelven, tal vez no se resuelvan tampoco los problemas de las personas que consultan. El libro se convierte entonces él mismo en un ámbito de encuentro, en una prolongación del aprendizaje práctico que se crea en las sesiones de tutoría del Máster de Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad Complutense de Madrid, en el que muchos psicólogos, que aplican las técnicas empíricamente probadas, comparten además sus dudas, sus incertidumbres y también el reconocimiento de su propio desconocimiento y limitaciones, y se aportan mutuamente y de manera creativa directrices de afrontamiento de esas situaciones difíciles, haciendo así «camino al andar». Las innumerables dificultades que surgen en el escenario de la relación clínica y que se afrontan no son objeto de un manual al uso, porque son fruto de experiencias biográficas

y contextuales diversas sólo abordables desde un conocimiento clínico acumulado, bien dirigido y con rigor durante muchos años en esta auténtica escuela de psicólogos clínicos que es el Máster de Psicología Clínica y de la Salud.

Claro que probablemente no bastará con establecer directrices para resolver estas dificultades. De hecho, tal vez no sean «problemas menores» como a veces se los considera. En cierta medida, este tipo de problemas a los que el libro se refiere podrían estar poniendo de manifiesto la complejidad de los problemas vitales de comportamiento que se tratan de encerrar en la definición de los «cuadros psicopatológicos» de los sistemas de clasificación al uso, a menudo más nomotéticos que idiográficos, y de las dificultades de los procedimientos terapéuticos para responder a esta complejidad. En este sentido, puede que no baste conformarse con que los cuadros y los procedimientos estén muy bien definidos y cargar la mayor parte de la responsabilidad en los problemas de relación. Cada problema planteado en la relación no es algo ajeno a la experiencia biográfica del problema y habrá de tomarse en consideración, del mismo modo que se toman las conductas que integran el perfil del «cuadro psicopatológico». Por otra parte, la aplicación de la técnica ha de integrar también esta dificultad biográfica, que no ha de ser vista, por tanto, sólo como un obs-táculo, sino como una condición de posibilidad de aplicación de la técnica. Puede ser que no sean tan sólo problemas de la relación, falta de habilidades terapéuticas o de pericia de los psicólogos que los experimentan, aun pudiendo ser eso también. Para muchas personas que acuden a la ayuda de la psicología clínica puede constituir un problema en la relación con los profesionales el hecho de que sus problemas vitales sean definidos como algo «psicopatológico», y no digamos ya como un «asunto de los neurotransmisores», una de las versiones actuales del modelo psicopatológico aplicado a los problemas psicológicos. Las resistencias al cambio que se pueden producir en las transacciones interpersonales del encuentro son, a menudo, claras conductas de evitación que pueden hacerse más frecuentes e intensas en la medida en que los actos comunicativos de los profesionales o las características de las técnicas aplicadas, que pueden cumplir la función de estímulos aversivos, sigan produciéndose.

Para los autores del libro, no basta, pues, con conocer las clasificaciones psicopatológicas que definen los trastornos psicológicos más habituales, con conocer las técnicas psicológicas de eficacia empíricamente demostrada y con saber decidir qué técnica es más apropiada para cada trastorno. Es preciso conocer también y gestionar técnicamente bien los problemas que se pueden plantear en el curso de los encuentros interpersonales en los que se aplican las técnicas. Y es preciso conocer también en qué medida esos problemas pudieran derivar de la propia definición de los cuadros y de la propia aplicación de las técnicas.

Quienes desde hace años nos dedicamos a la práctica clínica hemos echado en falta a menudo la posibilidad de compartir con otros colegas nuestras dudas y dificultades. Con el libro, que es una auténtica guía de actuación, fruto de un largo proceso de elaboración y estructuración, vamos a tener la oportunidad de hacerlo. Los autores, dirigidos por la

mano experta y la sabia tutoría de Francisco Javier Labrador, nos hacen el regalo inapreciable de exponernos honestamente sus dudas y dificultades y de decirnos cómo las han enfrentado y resuelto. Eso nos ayuda a todos los que nos dedicamos a este oficio a reconocer también nuestras dificultades y a mostrar gratitud a quienes, como los autores del libro, nos aportan directrices útiles para ser mejores y seguir dando sentido a nuestras vidas cuando aceptamos la responsabilidad profesional de acompañar durante un tiempo a quienes experimentan problemas en el trayecto de la vida.

Los autores dicen que su trabajo es un «primer paso», y nosotros queremos decir que es, realmente, un gran paso.

ERNESTO LÓPEZ MÉNDEZ
MIGUEL COSTA CABANILLAAS

1. INTRODUCCIÓN

1. Introducción, objetivos y plan de la obra

FRANCISCO JAVIER LABRADOR

La Psicología Clínica ha recorrido en un breve período, estimable en no más de medio siglo, un amplio camino. Ha sido un esfuerzo constante y, afortunadamente, con bastante éxito, para ir convirtiendo en una ciencia lo que era un «arte». Ahora se dispone de clasificaciones psicopatológicas que permiten identificar con cierta precisión los trastornos más habituales, e incluso los menos habituales. Se dispone de modelos psicopatológicos que ayudan a explicar el desarrollo y mantenimiento de muchos de estos trastornos psicopatológicos. Se dispone de procedimientos e instrumentos de evaluación precisos, fiables y válidos. Existen tratamientos eficaces que cuentan con un incuestionable apoyo empírico, de forma que permiten seleccionar el procedimiento terapéutico más adecuado para cada uno de los cuadros psicopatológicos. Desde luego estos avances han ayudado y facilitado el desarrollo de la Psicología Clínica, que ciertamente tiene ya mucho más de ciencia y menos de arte.

Pero... aún queda mucho camino por recorrer, y quizá un camino con múltiples desviaciones, cuando no emboscadas, que pueden ralentizar o incluso bloquear el quehacer del psicólogo clínico.

Se puede considerar que el quehacer profesional del psicólogo clínico implica fundamentalmente dos aspectos: a) un proceso de interacción entre personas, y b) un proceso de aplicación de las técnicas psicológicas avaladas por su eficacia empíricamente demostrada. Sin duda, el aspecto segundo, considerado como más técnico y específico, ha sido ampliamente atendido y desarrollado. Pero no se puede decir lo mismo sobre el proceso de interacción personal, denominado habitualmente «relación terapéutica».

Todos los psicólogos clínicos están de acuerdo en señalar que la «relación terapéutica» es determinante para el desarrollo de la intervención psicológica, pero apenas si se han desarrollado el estudio e investigación sobre las características de esta relación. Afirmaciones genéricas como que debe ser «positiva» o «empática» son compartidas por la mayoría de los psicólogos clínicos, aunque dista de estar claro qué quiere decir esto en términos más precisos, es decir, en términos de señalar las conductas concretas que hay que poner en marcha para su desarrollo. Quizá se supone o se espera que el psicólogo clínico, de forma probablemente intuitiva, haya desarrollado las habilidades necesarias para lograr una adecuada relación terapéutica (¿«empática»?). Se

dice de forma intuitiva, pues ni se han explicitado con precisión cuáles deben ser esas habilidades, ni desde luego se han establecido directrices para su entrenamiento de forma precisa. Dicho de otra manera, en lo referente a los aspectos implicados con la relación terapéutica, parece que todavía la psicología clínica tiene más de arte que de ciencia. Esto no es un problema menor, aunque probablemente sí un problema cuyo abordaje es lógico que se produzca de forma más tardía. Si no se dispone de procedimientos eficaces, no tiene sentido preocuparse por el tipo de relación, y sólo después de disponer de éstos tiene sentido preocuparse por la relación terapéutica para conseguir los resultados deseables.

Pero la realidad se impone. Cuando el psicólogo clínico se enfrenta a algunos pacientes constata la presencia de una serie de problemas que impiden o bloquean el uso de las técnicas eficaces o limitan la obtención de los resultados esperados. De forma que se puede ver cómo, aunque dispone de procedimientos eficaces, múltiples aspectos de la realidad implicados en esta interacción entre personas que es la relación terapéutica, se imponen y limitan el valor de los procedimientos terapéuticos. Entre estos aspectos se hace referencia a problemas como que el paciente no realice las tareas indicadas, que piense que su terapeuta es un amigo y trate de actuar en consecuencia, que no acuda a una cita, o que acuda en condiciones no adecuadas. La realidad es que estos problemas y otros muchos más se dan con relativa frecuencia, y desde las primeras ocasiones en que un psicólogo clínico se «expone» a un paciente.

Cuando aparecen estos problemas, cada terapeuta intenta solucionarlo de forma más o menos intuitiva, pues pocas instrucciones precisas hay al respecto. Si el psicólogo clínico está solo, no tiene muchas alternativas, consultar la bibliografía existente al respecto (especialmente escasa o nula) o consultar con colegas (pero esto supone implícitamente un reconocimiento de las propias limitaciones y se hace más bien poco), lo que no quiere decir que los colegas realmente tengan respuestas adecuadas a sus problemas. Sin embargo, la situación es un tanto diferente cuando pueden interaccionar de forma cotidiana múltiples terapeutas que además están en período de formación y no tienen reparo ni resulta peyorativo que manifiesten su desconocimiento o falta de habilidades. Entonces no importa reconocer la presencia de estos problemas y la necesidad de habilidades específicas para manejarlos, así como la disposición para pedir consejo o directrices al respecto.

Esta situación, frecuente en ámbitos de formación, se da también en el Máster de Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad Complutense, en el que cada año muchos terapeutas (unos 50 equipos terapéuticos compuesto cada uno de un alumno de 2.º y uno de 1.º, todos bajo la supervisión permanente de un especialista en Psicología Clínica, que además es profesor titular o catedrático de esta misma área), aplican los tratamientos empíricamente apoyados a múltiples pacientes (alrededor de unos 350 pacientes por año). Sin duda, muchos de estos pacientes presentan algunos de los problemas a los que se hace referencia, y los terapeutas no tienen inconveniente en

manifestar la necesidad de directrices para intentar resolverlos.

A esto ayuda el que, en grupos de unos 17 profesionales, un tutor y 16 terapeutas, se reúnan en sesiones de tutoría, de unas cuatro horas por semana, para exponer y analizar de forma conjunta cada uno de los casos en tratamiento. Allí se ponen de relieve muchas de estas situaciones, así como las dificultades para manejarlas y la escasa información al respecto. En estas condiciones es más fácil constatar la realidad a la que se está haciendo referencia: se dispone de mucha información sobre los tratamientos adecuados (empíricamente apoyados) para cada tipo de problema psicopatológico, pero no hay apenas información sobre cómo actuar o afrontar estas situaciones, que aparecen en múltiples casos con independencia del diagnóstico o posible problema del paciente: *El paciente no quiere hacer una tarea que considero imprescindible, o cuestiona mi capacidad, el paciente invade mi vida privada llamándome a cualquier hora, o acude a consulta en estado de embriaguez, me dice que está contemplando la posibilidad de «quitarse de en medio», o constato que el paciente ha cometido un delito grave, y dudo si debo denunciarlo o prima el secreto profesional*.

La puesta en común de los casos ha evidenciado que estas situaciones, que se han denominado de forma genérica como «situaciones difíciles en terapia», aparecían con mucha frecuencia. En algún momento se ha considerado que esta alta frecuencia se debía a la escasa experiencia de la mayoría de los terapeutas, y que disponer de directrices adecuadas de actuación profesional es fundamental para completar su formación.

Por eso se ha buscado, bien en la documentación técnica al respecto (habilidades terapéuticas del psicólogo clínico), bien en la experiencia del tutor, bien en las consultas a otros profesionales de reconocido prestigio, soluciones a estas situaciones. Pero el resultado ha sido sorprendente, pues apenas hay documentación sobre cómo actuar en este tipo de situaciones, y los profesionales consultados señalaban que las soluciones que aportaban, cuando lo podían hacer, eran «personales». Es decir, parece que se deja a la intuición personal de cada psicólogo clínico cómo resolver estos problemas que aparecen con relativa frecuencia, y a los que la mayoría de los psicólogos clínicos han tenido que hacer frente.

Parece que, centrados en el desarrollo de procedimientos técnicos eficaces, se ha considerado a estas «situaciones difíciles» problemas «menores», que un psicólogo clínico, por el mero hecho de serlo, debe saber resolver, pero para lo que no se le han facilitado ni las habilidades específicas, ni siquiera directrices generales. Ciertamente algunas indicaciones de referencia pueden encontrarse en el código deontológico del psicólogo, pero las precisiones de éste al respecto de muchos casos son escasas, y en otros más nulas.

Por estas razones se ha discutido en las «tutorías de casos» cómo afrontar cada uno de esos problemas cuando aparecían. Si podía echarse mano de alguna indicación precisa en la literatura existente, se hacía, pero esto rara vez era posible. La experiencia del tutor en algunos casos servía de guía a la actuación, pero en muchos otros se discutían en este

foro de profesionales pros y contras de cada posible alternativa de acción. Después, tras su aplicación, se consideraban los resultados obtenidos y se trataba de esta forma de hacer «camino al andar». En algún momento alguien propuso que lo que tanto trabajo y reflexión nos estaba costando quizá podría ser útil a otros profesionales. Preparamos entonces una sesión clínica en la que se exponían algunas de estas situaciones y posibles soluciones (situaciones de agresión, suicidio, enamoramiento del terapeuta o acoso a éste...). Su presentación pública generó un gran interés por parte de otros profesionales, obviamente no ajeno a controversias y discusiones al respecto de algunas de las soluciones presentadas.

Analizando y reflexionando en grupo posteriormente sobre esta sesión y los problemas planteados, así como las soluciones, pensamos en la utilidad que podría tener abordar de forma más extensa y completa este tipo de retos y preparar esa obra que nos habría gustado poder consultar en todas esas «situaciones difíciles en terapia». Una obra dirigida a aportar una cierta información, y sobre todo directrices de actuación para un psicólogo clínico cuando haya de enfrentarse a dichas situaciones.

Con este objetivo organizamos este grupo de trabajo, formado por 16 profesionales, todos ellos integrantes del Máster de Psicología Clínica de la UCM. Intentamos desarrollar una «Guía de actuación del psicológico clínico», no referida a un problema concreto, como afortunadamente ya hay muchas y buenas, sino una guía para manejar esos problemas que pueden aparecer en todos los casos, pues no son específicos de una patología concreta. Esos problemas que a veces son considerados menores, en comparación con las decisiones terapéuticas sobre qué técnica usar u objetivo alcanzar, pero que con relativa frecuencia complican la actuación del psicólogo clínico. Problemas que a veces puede parecer nimios, pero que si no se resuelven no permiten aplicar los procedimientos considerados adecuados o impiden avanzar en la terapia.

Ciertamente los conocimientos técnicos son claros: si hay ansiedad, úsese exposición; si sesgos cognitivos, reestructuración cognitiva..., pero los conocimientos para manejar estas «situaciones difíciles» no están tan claros. ¿Qué hacer si un paciente comienza a llorar desconsoladamente en una sesión? Se espera que el psicólogo clínico, de forma intuitiva, tenga solución para estas situaciones, pero en muchas de ellas no ha sido entrenado ni hay directrices claras de acción. ¿Por qué si la psicología clínica pretende ser una ciencia, debe dejarse la solución de algunos de estos problemas a la intuición personal de cada profesional?

Se han recogido algunas situaciones de las que hemos considerado «difíciles». Es evidente que no se han incluido todas, sino aquellas que nos han parecido más importantes y frecuentes. Sin duda será importante completar estas situaciones, pero... considerando que lo más difícil de caminar es el primer paso, entendemos que este libro quizá pueda considerarse como uno de estos «primeros pasos».

La forma de trabajo ha consistido en preparar un primer borrador para cada una de las situaciones abordadas por las personas que figuran como autores de ellas, siempre

que ha sido posible considerando las directrices presentadas en la bibliografía científica al respecto. Tras reiteradas revisiones y modificaciones por parte de éstos se presentaba el texto al resto de los profesionales que han colaborado en la obra. Tras la puesta en común en reuniones de todo el grupo, se procedía a las modificaciones pertinentes, intentando en todos los casos conseguir un consenso. A partir de éste se llegaba a la redacción final que aquí se presenta.

Se ha hecho mucho hincapié en hacer un documento esencialmente práctico para ayuda del psicólogo clínico, aunque probablemente pueda serlo también para otros profesionales de la salud. Para ello se ha establecido una estructura general de los capítulos que consta de las siguientes partes:

a) Descripción sucinta del problema.
b) Un ejemplo.
c) Propuesta de actuación.
d) Resumen: cuadro de texto con las principales líneas de actuación.
e) Aplicación de la propuesta de actuación al ejemplo.

Aunque ésta es la estructura habitual de los capítulos, cuando por el tema del capítulo dicha estructura ha parecido menos indicada, no hemos dudado en modificarla siguiendo este objetivo de señalar con la mayor precisión y en el mínimo espacio directrices de actuación profesional.

Los temas se han agrupado, para dar una estructur a a la obra, considerando las áreas más habituales implicadas en un tratamiento psicológico: problemas en el inicio y evaluación, problemas en la aplicación del tratamiento, relación terapeuta-paciente, interferencia en el desarrollo de las sesiones y otras situaciones difíciles. De esta forma se intenta abordar posibles situaciones complicadas en todos los momentos y ámbitos de la intervención terapéutica, a fin de dar una cohesión a la obra. No obstante, cada uno de los capítulos tiene unidad en sí mismo y puede consultarse de forma independiente, según el interés de cada persona.

Se ha dedicado una especial atención a poner ejemplos de la forma de actuación, muchos de ellos sacados de las propias experiencias en las consultas. En esa dirección los diálogos presentes en casi todos los capítulos intentan recoger la forma de actuación propuesta para cada situación.

Como se ha señalado, ni se ha pretendido abarcar todas las posibles situaciones difíciles, ni probablemente pueda hacerse, y los pacientes siempre acaban sorprendiéndonos con comportamientos suficientemente anómalos. Tampoco pretendemos que todas la soluciones sean «perfectas» o aplicables en cualquier situación. Entendemos que algunas (esperemos que no demasiadas) sean cuestionables, pero también que lo que no existe no se puede cuestionar. Creemos que puede ser un inicio, deseamos que interesante, para desarrollar un estudio más riguroso de estas actuaciones cotidianas del psicólogo clínico. Esperemos que el trabajo duro no haya sido un mal

sustituto del ingenio, sino que haya servido a éste para desarrollar un documento útil. Si esto es así, nuestro objetivo está cumplido; eso sí, con la provisionalidad de toda obra humana (sólo las obras de los dioses no son provisionales..., simplemente no existen).

La responsabilidad de las opiniones corresponde sin duda a cada uno de los autores que las firman, si bien es cierto que todos los que hemos participado en la obra tenemos también una importante responsabilidad, pues todos hemos colaborado en la redacción y aceptación final de las propuestas de cada capítulo.

Como director de la obra, y como tutor de los demás colegas que han colaborado, a mí me corresponde una responsabilidad especial, que asumo con gusto y con orgullo. Ciertamente ha sido un experiencia especialmente atractiva trabajar en este grupo, aunque también ha sido un tanto agotadora, pues aunque es muy agradable y un privilegio trabajar con unos colegas tan entusiastas, trabajadores y, desde luego, tan «profesionales», también es difícil poder seguir su ritmo e iniciativas. Como profesional «oficialmente» más experto y con mayor experiencia (en resumidas cuentas, bastante mayor), asumo esta especial responsabilidad, sobre todo de los aspectos más controvertidos de la obra.

2. PROBLEMAS EN INICIO Y EVALUACIÓN

1. El paciente dice que no quiere venir porque no está loco o no tiene ningún problema

CRISTINA DELGADO, MARÍA GONZÁLEZ-ALLER y FRANCISCO JAVIER LABRADOR

1. *Descripción del problema*

No es extraño durante la práctica clínica encontrarse con un paciente que, en algún momento del tratamiento, niegue tener problemas psicológicos, por lo que considere que no tiene sentido someterse a tratamiento. Algunas de las situaciones por las que podría ocurrir esto son:

a) No acude al tratamiento por voluntad propia, sino que ha sido empujado o llevado por alguien, o remitido por alguna institución.
b) Tiene una idea equivocada de lo que significa acudir a un psicólogo. Considera que un tratamiento psicológico es sólo para las «personas que están locas» o tienen comportamientos muy deteriorados y extravagantes. En consecuencia, él, al no «estar loco», no necesita este tipo de atención.
c) Es posible que la conducta problema sea común en el ámbito social en el que se desenvuelve, y por lo tanto no le cause ninguna disonancia y no esté de acuerdo con el hecho de que necesite ayuda (por ejemplo, beber alcohol en exceso).
d) No conoce la forma de trabajar de los psicólogos y piensa que consiste únicamente en «contar su vida».

Generalmente el paciente comenzará la sesión con alguna explicación de por qué está ahí, atribuyendo a los demás la responsabilidad de su presencia: «*mi esposa se divorciará de mí si no acudo»* o *«vengo por orden judicial»,* etc. Puede suceder también que al preguntarle por qué acude, el paciente actúe de modo defensivo, argumentando que no necesita ayuda y que el problema es de los demás y no suyo. En cualquier caso, la situación, en líneas generales, implica un escaso o nulo interés del paciente por el tratamiento psicológico y una importante resistencia a implicarse en él.

2. *Ejemplo*

T. Alejo, cuénteme, por qué ha decidido solicitar ayuda psicológica.
P. Verá, yo no he decidido acudir; si por mí fuera no estaría aquí, yo no tengo ningún problema.
T. De acuerdo. Entonces, ¿cuál es la razón por la que acude?
P. Mire, es mi mujer la que considera que necesito tratamiento psicológico. Es más, me dice que si no vengo, se va a divorciar de mí.
T. Veamos, si usted no tiene ningún problema, ¿por qué cree que su mujer ve pertinente que busque este tipo de ayuda?
P. Pues es que no me entiende, dice que me gasto todo el dinero y que ya no me soporta, que se llevará a los niños.
T. ¿Podría decirme en qué emplea usted el dinero al que se refiere su mujer?
P. Pues mire, a mí me gusta jugar, pero ella no entiende que es mi forma de relajarme, así como hay gente que se toma una copa después del trabajo para relajarse, bueno, pues yo juego con las máquinas recreativas. ¿Cuál es el problema? Es normal, ¿no? Además, a mi familia jamás le ha faltado nada, y el dinero que me piden mi esposa o mis hijos yo se lo doy.

3. *Propuesta de actuación*

Dependiendo de qué está subyaciendo a este rechazo o resistencia a implicarse en un tratamiento psicológico, así deberá ser la forma de actuación del terapeuta. Se pueden señalar varias situaciones básicas:

- El paciente realmente no tiene ningún problema relevante y acude obligado para evitar un supuesto mal mayor.

  Confirmada esta circunstancia, se puede plantear una estrategia de solución de problemas para que el paciente aborde esta situación de presión de forma más eficaz con la persona o personas que le están obligando. Por ejemplo llegar a acuerdos alternativos a la asistencia a tratamiento. El terapeuta puede colaborar remitiendo un informe, si fuera conveniente, señalando la no adecuación de un tratamiento psicológico en su caso.
- El paciente no conoce en qué consiste un tratamiento psicológico y, aunque reconozca tener algún problema, piensa que aquél no puede ayudarle por ser sólo para personas muy «anormales» o deterioradas; o porque «contar su vida» no le ayudará.
- El paciente no reconoce que tiene un problema, por lo que considera que no necesita ayuda.

En los últimos dos puntos es importante que el paciente acepte y se implique en un tratamiento adecuado, por lo que la primera estrategia será conseguir que no abandone y se implique en éste. Aspectos como identificar la presencia del problema, proporcionar

una adecuada psicoeducación, como ayudar a identificar el problema o la forma de trabajo en una terapia psicológica parecen también importantes en los primeros momentos. Posteriormente habrá que insistir en estrategias para conseguir la adhesión del paciente al tratamiento. Aunque habrá diferencias de actuación en cada uno de los dos supuestos, el procedimiento de actuación puede tener muchos elementos en común, incorporando algunos de los siguientes pasos:

3.1. *Reforzar su asistencia a terapia y explicar el funcionamiento del tratamiento*

A pesar de que el paciente no esté muy convencido de la necesidad o conveniencia del tratamiento, es importante reforzar, de entrada, el haber acudido. Supone una actitud muy responsable el haber dado este paso incluso en contra de su opinión. Explicarle en qué consiste la intervención psicológica, señalando que el punto central es adquirir habilidades para afrontar los retos cotidianos ordinarios y también los más excepcionales. Señalar las ventajas de una terapia y cómo funciona el tratamiento.

3.2. *Establecer la conveniencia de la ayuda psicológica*

• El paciente considera que una terapia psicológica no es adecuada para él

Explicada la forma de trabajo en terapia psicológica, destacar que los psicólogos se dedican a brindar estrategias a personas que por diversos motivos pueden estar teniendo dificultades para adaptarse a su ambiente, y eso no las convierte en personas «locas». Centrarse en identificar alguno de los problemas del paciente, en especial de los más relevantes. Señalar en líneas generales cuáles pueden ser las directrices del tratamiento. Es importante indicar conductas o áreas específicas de intervención, y estrategias o técnicas precisas a utilizar. Identificar posibles resultados y ventajas del desarrollo del tratamiento.

• El paciente no reconoce tener un problema

El objetivo es que la persona reconsidere la posibilidad de tener algún problema. Confrontar a través de pruebas de realidad, como la opinión y razones de los que le han presionado a acudir al psicólogo, el análisis de algunas de sus conductas y consecuencias, o su estado de ánimo. También puede ser útil que identifique posibles consecuencias negativas, en él o en personas próximas, de mantener su conducta. Hacer ver que la realidad señala que realmente aparecen algunas dificultades para las que podría servir de ayuda la intervención psicológica. Ver la posibilidad de utilizar técnicas de la entrevista motivacional

3.3. *Intentar un compromiso temporal con el tratamiento y señalar control personal*

Los esfuerzos deben dirigirse a que la persona, tras haber considerado las posibilidades o ventajas de un tratamiento psicológico, acepte implicarse, aunque sea a modo de prueba, de forma temporal en éste. Podría ser interesante señalar brevemente las razones de la conveniencia del tratamiento. Por supuesto que el paciente siempre tendrá el control del desarrollo del tratamiento y, por definición, todo lo que se haga será con su completo acuerdo. Señalar la importancia de implicarse de forma completa en este período de prueba para que sea realmente eficaz. Obviamente este período no puede ser muy largo (5-6 sesiones), por lo que habría que seleccionar objetivos y procedimientos que permitieran conseguir e identificar ganancias rápidas.

3.4. *Normalizar posibles preocupaciones o recelos con respecto a la terapia y/o los psicólogos*

Comentarle que es normal que las personas se sientan ansiosas al acudir a un tratamiento, en parte por desconocer su funcionamiento, en parte por el reto que supone el tener que confiar algunos aspectos personales a otra persona. Puede ayudar a tranquilizar al paciente el uso de alguna metáfora. Por ejemplo comparar el inicio del tratamiento con el primer día de clases, el inicio laboral, o de cualquier actividad no practicada previamente. Es lógica una cierta prevención o temor al comienzo, pero rápidamente se pueden detectar los beneficios de implicarse en estas actividades. Es importante recordar que se intentan normalizar sus preocupaciones, no la conducta problema.

3.5. *Identificar sesgos o recelos que puedan alterar el proceso terapéutico*

El objetivo es identificar si aún persisten sesgos o alguna prevención con respecto a los psicólogos o lo que se hace en terapia. Será necesario detectarlos y hacerles frente cuestionándolos o aclarando posibles errores, con el objetivo de lograr que el paciente pueda confiar y se implique de forma activa en el tratamiento.

3.6. *Planteamiento de objetivos y confirmar compromiso*

A continuación, es importante establecer los objetivos concretos a conseguir. Es primordial definir la precisión de éstos y el que sean relevantes en el momento presente para el paciente. También que puedan verse ganancias de forma relativamente rápidas, a fin de consolidar su implicación en el tratamiento. El uso de alguna técnica fácil de aprender de rápidos resultados puede ayudar al respecto. También es momento para volver a confirmar y asegurar el compromiso del paciente con el tratamiento.

4. *Resumen*

El paciente realmente no tiene problemas y no necesita tratamiento

- Dotar de estrategias para afrontar la situación con las personas que le empujan al tratamiento.
- Si procede, remitir informe de no adecuación de un tratamiento psicológico en su caso.

El paciente, o no reconoce su problema o no considera adecuado un tratamiento psicológico

- Reforzar su asistencia a terapia y explicar el funcionamiento del tratamiento.
- Establecer la conveniencia de la ayuda psicológica.
- Intentar un compromiso temporal con el tratamiento y señalar control personal.
- Normalizar posibles preocupaciones o prevenciones con respecto a la terapia y/o los psicólogos.
- Identificar sesgos o prevenciones que puedan alterar el proceso terapéutico.
- Planteamiento de objetivos y confirmar compromiso.

5. *Aplicación al ejemplo*

T. Cuénteme, Alejo, por qué ha decidido solicitar ayuda psicológica.
P. Verá, yo no he decidido acudir; si por mí fuera no estaría aquí, yo no tengo ningún problema.
T. Bueno, antes que nada quiero felicitarlo, Alejo, por haber acudido a la sesión. Entendemos que es un paso difícil, más aún si usted considera que no necesita venir. Sin embargo, ya que está aquí, intentemos buscar la manera de sacarle algún provecho a la sesión. Verá que la forma en que trabajamos puede facilitar dicho objetivo. ¿De acuerdo?
P. Bien.
T. Ahora sí, cuénteme un poco más. Dice usted que no tiene ningún problema; entonces ¿cuál es el motivo de su asistencia?
P. Mire, es mi mujer la que considera que necesito tratamiento psicológico. Es más, me dice que si no vengo, se va a divorciar de mí.
T. De acuerdo, ¿y por qué cree que su esposa ve pertinente que busque este tipo de ayuda?
P. Pues es que no me entiende, dice que gasto mucho dinero y que ya no me soporta, que necesito buscar ayuda, pero yo no entiendo cómo me pueden ayudar los psicólogos, si yo estoy bien tal y como estoy, no entiendo eso de venir a contar aquí mis problemas, pero si es lo que necesito para que mi esposa no se lleve a mis niños,

pues venga.

T. Es normal que al comenzar algo que nunca antes hemos experimentado tengamos ciertas expectativas, y por eso quiero explicarle cómo funciona esto. Verá, aquí trabajamos para conseguir objetivos. La persona que demanda ayuda plantea ciertos objetivos que busca conseguir, y lo que hace el psicólogo es ayudarle enseñándole las habilidades adecuadas para conseguirlo. Es un trabajo en equipo. ¿Qué le parece?

P. Pero... lo que ya he oído es que... los psicólogos son para curar a las personas locas. Obviamente no es mi caso.

T. Dígame, ¿qué entiende usted por una persona loca?

P. Pues... esa gente rara, que oye voces y que no es capaz de estar tranquila, la que tiene que estar encerrada en manicomios...

T. En realidad no es así. Por un lado ya no existen los manicomios; por otro, los psicólogos tratamos tanto a personas que tienen problemas graves, como usted dice, y también a personas con problemas menos graves. Por ejemplo, personas que se sienten agobiadas por la carga de trabajo que llevan y que no saben cómo manejarla, personas que se estresan fácilmente, personas que tienen miedo a ciertas cosas, o personas que tienen dificultades para tomar decisiones. Les ayudamos a superar esos problemas. ¿Considera que estas personas están o podrían estar «locas»?

P. No, hombre, eso es diferente, pero no es la idea que yo tengo. La verdad es que nunca he tratado con un psicólogo.

T. Bueno, es a lo qué nos dedicamos. Si está claro, me gustaría que me explicara un poco más a qué se refiere su esposa cuando dice que usted gasta mucho dinero, porque según usted dice ésa es la razón por la que ella le pide que busque ayuda psicológica, ¿no es así?

P. Así es. Pues verá, a mí me gusta jugar a las máquinas, pero ella no entiende que es mi forma de relajarme. Así como hay gente que se toma una copa después del trabajo para relajarse, bueno, pues a mí me gusta jugar a las máquinas recreativas. Pero eso es normal, mucha gente lo hace. ¿Cuál es el problema. Es normal, ¿no? Además, a mi familia jamás le ha faltado nada, y el dinero que me piden mi mujer o mis hijos yo se lo doy.

T. ¿Y cuándo comenzó esto que me cuenta?

P. Pues comencé hace tiempo, unos cinco años. Pero en los últimos meses quizá esté jugando más que antes. Es verdad que lo hago más seguido, pues me siento más ansioso. Es posible que coincida con el ascenso en mi trabajo. Desde que me ascendieron tengo mucho más trabajo que antes, y, bueno, también gano más, por lo que puedo permitirme gastarme más dinero. Pero aunque lo hago más a menudo, el dinero que gasto no representa un problema.

T. Me queda claro que en cuestión económica su familia no sufre carencias. Pero quizá la queja de su esposa no va enfocada hacia el dinero, sino hacia otros aspectos. Quizá podría estar molesta por otras razones. ¿Qué se le ocurre? ¿Le han hecho algún

comentario ella o sus hijos al respecto?...

P. Bueno, mi hija dice que no me ve tanto como antes. Pero es que ahora trabajo más.

T. Y también juega más; sin duda eso le ocupa un tiempo. ¿Considera que el tiempo que le dedica al juego podría estar afectando a su familia al disminuir el tiempo que tiene para estar con ellos?

P. Bueno, sí, supongo que en eso tienen razón. Mi esposa siempre me recuerda que hace dos meses preferí ir al casino que acudir al festival de primavera de mi hija.

T. ¿Y qué consecuencias negativas tuvo esta decisión?

P. Hombre, pues mi hija estaba triste y eso me incomodó. Además mi mujer se enfadó muchísimo. Supongo que pude haberlo evitado. Pero en ese momento no se me ocurrió que pudiera importarles tanto.

T. ¿En qué otras ocasiones considera que el tiempo dedicado a jugar puede haber afectado negativamente a su familia?

P. Bueno, mi mujer me dice que muchas veces. Pero yo no creo que sea así. Es verdad que todos los días juego un poco, pero es para relajarme, ya le he dicho.

T. ¿Prefiere estar jugando que estar con su familia?

P. No, desde luego que no; mi familia es muy importante para mí.

T. Entonces ¿por qué dedica un tiempo a jugar cuando tiene muy poco para estar con su familia?

P. Bueno, es que si no lo hago me siento muy mal, estoy todo el día nervioso hasta que me pongo a jugar. Luego noto cómo me relajo y todo va mejor.

T. Quizá ése podría ser un objetivo preciso, que le enseñara a controlar esos niveles de nerviosismo sin tener que jugar y pudiendo por lo tanto disfrutar de más tiempo con su familia. ¿Qué le parece?

P. Bueno, podría ser, pero no sé si me parece interesante ese objetivo.

T. Ahora, si me permite, le voy a hacer una consideración como psicóloga. No parece que anteponer el juego a lo que usted dice que más quiere, su familia, sea una forma de actuar coherente. De hecho me hace pensar en que puede tener dificultades con el juego.

P. Puede ser, a veces pienso en dejar de jugar, pero es como si no pudiera parar, sigo jugando, incluso me noto un poco raro, como si no pudiera hacer nada.

T. Lo que usted está diciendo es señal de que comienza a tener dificultades con el juego. Por otro lado parece que su mujer también lo ve así. No le parece que puede tener algo de razón, y que está preocupada por usted e intenta ayudarle.

P. Es posible...

T. ¿Por qué no se da una oportunidad? ¿Por qué no aprende a controlar ese nerviosismo que le lleva a jugar, a gastar el tiempo en el juego?

P. ¿Usted cree que debo hacerlo?

T. Realmente mi opinión es parecida a la de su mujer, creo que le vendría bien una ayuda psicológica para controlar su conducta de juego... Podríamos establecer un

período de «prueba», para que usted pueda constatar si le resulta de ayuda el tratamiento. Por supuesto usted siempre tendrá el control de la situación y no se le exigirá que haga nada que previamente no hayamos acordado los dos. ¿Qué le parece?

P. Bueno, puedo probar a ver cómo va. Así además mi esposa se tranquilizará conmigo.

T. Podríamos comenzar a establecer objetivos concretos, aunque después hagamos una evaluación más completa. ¿Qué le parece comenzar por el objetivo de controlar su «nerviosismo» cuando no juega?

P. Me parece bien.

T. De acuerdo, establecemos éste como primer objetivo. De todas formas, para poder obtener los mejores resultados es muy importante su implicación. Durante esta fase de prueba, que si le parece bien fijamos en cinco sesiones, usted debe comprometerse de forma completa con el tratamiento llevando a cabo todas las tareas que acordemos en sesión. ¿De acuerdo?

P. De acuerdo.

2. El paciente cuestiona el tratamiento propuesto o algunas tareas

MILAGROS ESCRIBANO, ROBERTO GÓMEZ y FRANCISCO JAVIER LABRADOR

1. *Descripción del problema*

El hecho de que un paciente cuestione la utilidad del tratamiento propuesto por el terapeuta, en algunos casos se hace evidente ya desde el inicio de la evaluación, achacándolo a sus característica personales *(Soy muy especial, Esto conmigo no funciona)*. Con más frecuencia puede aparecer a la hora de formular el problema y proponer el tratamiento. Puede ser muy útil utilizar este momento para asegurarnos que el paciente entiende y acepta nuestro método de trabajo y así atajar posibles problemas posteriores.

También puede suceder a lo largo del tratamiento, en especial cuando ha de iniciarse una técnica, cuya aplicación puede considerar molesta o desagradable (por ejemplo, la exposición). En otros casos es una reacción relativamente habitual al tener que desarrollar tareas en su vida cotidiana que no le resultan atractivas (por ejemplo, rellenar autorregistros o practicar las técnicas de relajación). Es menos frecuente que el paciente ponga en duda la propuesta general del tratamiento, aunque en algunos casos se considera con conocimientos de psicología para cuestionar lo que hace el terapeuta: *Lo que usted propone sólo me quitaría los síntomas, no va al meollo de mi problema... A mí me vendría mejor esta otra técnica*.

2. *Ejemplo*

Bienvenido es un varón de 37 años que acude a terapia tras la separación de su mujer, Purita. La decisión final fue de ella, ya que conoció a un compañero de trabajo con el que empezó una nueva relación, y entonces decidió poner fin a su matrimonio. Para Bienvenido fue algo inesperado, puesto que él seguía enamorado de ella, y decidió pedir ayuda para poder superarlo. Durante una sesión de tratamiento, revisando las tareas de la semana, el paciente refiere no haberlas realizado por no encontrarles sentido, demandando que lo que él necesita es algo más complejo.

T. ¿Cómo le ha ido con la aplicación de la terapia racional emotiva que entrenamos la sesión anterior?
P. La verdad es que no muy bien.
T. ¿Cuál ha sido el problema concreto que ha tenido? ¿Me puede enseñar los autorregistros de su aplicación?
P. Bueno, lo cierto es que no la he llevado a cabo.
T. ¿Me podría decir el motivo por el que no lo ha realizado?
P. Sinceramente, yo no creo que eso me ayude a superar mi problema. Por otro lado, me supone un esfuerzo que considero no tiene mucho sentido para mí.
T. Pero ya estuvimos abordando su importancia en la sesión anterior y usted me indicó que entendía su valor a la hora de ayudar a superar su problema.
P. Ciertamente entonces me pareció algo mejor, pero luego he estado pensando sobre ello y me ha parecido demasiado simple. Pienso que mi problema no se soluciona con intentar cambiar un pensamiento. Mi caso es realmente más complejo.
T. ¿Cómo sabe si funciona si no ha intentado ponerlo en práctica?
P. No le veo sentido, y por otro lado me resulta complicado todo lo que hay que hacer para luego no conseguir nada.

3. *Propuesta de actuación*

3.1. *Mostrar empatía*

El terapeuta debe recoger su comentario de forma empática mostrándose comprensivo ante lo que expone el paciente. Puede resaltar que, posiblemente, esté acostumbrado a utilizar otras estrategias, pero que éstas no le han sido efectivas: *Entiendo que no comprenda la utilidad/funcionamiento de la técnica, porque está acostumbrado a poner en marcha otras estrategias que no le han dado resultado. Al aplicar esta técnica lo que se consigue es...*

Es importante chequear los motivos que el paciente alude al no poner en marcha las técnicas. Dependiendo de éstos, se hará hincapié en la explicación detallada de las

mismas o se abordará de manera más concisa su valor específico en el tratamiento, así como los roles de paciente/terapeuta.

Es también aconsejable comprobar las expectativas del paciente respecto a su problemática para poder modificarlas en caso necesario: *¿Espera un cambio fácil y sin dificultades?*

3.2. *Explicar de nuevo la técnica*

Si en el caso anterior se constata que el paciente tiene suficiente conocimiento de la técnica, se reforzará el mismo y se pasará a indagar más sobre qué motivos le mueven a la no realización. Se puede proceder entonces a explicar el objetivo concreto.

En caso necesario se le puede explicar de nuevo la técnica adaptando el lenguaje al paciente y utilizando ejemplos para favorecer su comprensión. En ocasiones el terapeuta no tiene en cuenta que los pacientes no están familiarizados con la jerga profesional, y esto dificulta la comprensión de la información psicológica. Por esto, es importante evitar tecnicismos en nuestras explicaciones y debemos utilizar un lenguaje fácilmente comprensible: *Es posible que no me haya explicado bien: se lo explicaré de nuevo con otras palabras y algún ejemplo*.

- **Pedir *feedback:*** Después se le pedirá un *feedback* de la información aportada asegurándonos de su compresión y despejando posibles dudas o errores. El profesional deberá asegurarse de que el motivo de no realizar las tareas es porque duda de su utilidad, descartando que no las haya entendido y muestre reparo a reconocerlo: *No le veo muy convencido. ¿Podría comentarme lo que ha entendido de lo que le acabo de explicar?*
- **Abordar su objetivo o valor específico en el tratamiento:** No sólo es importante que sepa realizar la ejecución correcta de la técnica, sino que comprenda el objetivo de la misma dentro de su problemática. Se debe explicar cómo actúa y cómo puede afectar a la mejora de su problema, así como la dificultad de superar éste si no se lleva a cabo de forma adecuada. Es importante que el terapeuta avale la información con la evidencia empírica de la técnica, así como la adecuación de su utilización en su caso concreto.

3.3. *Definir roles: establecer un acuerdo*

Dejar claro que el psicólogo es un profesional cualificado, y por tanto es el encargado de buscar las mejores opciones a la hora de trabajar, siendo éste uno de sus principales compromisos.

Tras la delimitación de la función de cada uno, establecer las implicaciones de la relación terapéutica, es decir, que el paciente acepte las condiciones.

Debemos clarificar los roles de terapeuta y paciente estableciendo un acuerdo en el que el terapeuta le enseña a utilizar las técnicas y el paciente se compromete a realizarlas. Se le puede decir: *Para que la terapia funcione y usted obtenga el mejor resultado debe quedar claro el papel de cada uno de nosotros: yo, como técnico, le indico y enseño a utilizar las técnicas más pertinentes a su caso; usted se compromete a realizar las tareas que le encomiende para el avance de la terapia.*

En caso de ser necesario se puede proceder a la firma de un contrato escrito.

3.4. *Ofrecer control*

Por último, se puede dar control al paciente sobre la situación, ofreciendo total libertad de buscar otras alternativas de tratamiento.

Usted está aquí porque tiene un problema. Yo soy experto en las técnicas para solucionarlo. No obstante, tiene libertad de buscar otro profesional con alternativas más acordes a lo que usted cree que necesita.

4. *Resumen*

- Mostrar empatía.
- Explicar técnica:

— Pedir feedback.
— Abordar su valor específico en el tratamiento.

- Definir roles: establecer un acuerdo.
- Ofrecer control.

5. *Aplicación al ejemplo*

T. Bienvenido, entiendo que si usted considera que la tarea que le indiqué no le va a ser útil, y además considera que es costosa y molesta su aplicación, no la haya llevado a cabo. Pero tenga en cuenta que si sigue haciendo lo que ha hecho hasta aquí, seguirá teniendo los problemas que tiene y que desea superar.

P. Parece lógico lo que usted opina, pero es posible que mi caso sea especial y no sea muy útil lo que, según dice, funciona con otras personas. Quizá en mi caso sea necesario otro tipo de tratamiento.

T. Es posible, pero vale la pena que retomemos la situación. Su problema tiene un punto esencial: desde que su mujer le abandonó siente un gran malestar, pues piensa que su vida será muy desgraciada.

P. Ciertamente, ha sido la persona más importante en mi vida, con la que he compartido los momentos más agradables, y ahora me ha dejado sin que yo pueda entender la razón. No podré volver a disfrutar de la vida sin ella, ella era la que le daba sentido. ¿No es lógico que esté muy deprimido? No creo que la solución sea pensar que todo es maravilloso y no existen los problemas.

T. Pensar así no es tampoco lo que se pretende con la técnica. Una persona puede engañarse a sí misma con pensamientos excesivamente positivos durante un tiempo, pero se decepcionará cuando compruebe que no son reales.

La terapia cognitiva se basa en el uso del pensamiento realista, en el uso de habilidades para corregir los errores cognitivos, sobre todo poniendo a prueba la objetividad de los mismos.

P. Precisamente por eso, ¿no es lo lógico en mi caso estar deprimido?

T. Ciertamente. Pero ¿todas las personas que se separan de su pareja están deprimidas? Seguro que usted conoce algún caso que no.

P. Bueno, el de Antonio, pero es un caso muy raro. Beatriz le abandonó y a los pocos días se le veía muy bien. Decía que ahora se sentía mucho más libre y con ganas de hacer cosas que nunca pudo, pues a ella no le agradaban.

T. Parece que un punto esencial es lo que usted y él se dicen a propósito del mismo suceso: les abandonaron a ambos sus parejas. Usted se dice que no podrá volver a disfrutar de la vida sin ella; él dice que puede disfrutar de la vida haciendo cosas que antes no hacía.

P. Pero yo lo que quiero no es hacer otras cosas, sino volver a disfrutar con Purita.

T. Lo entiendo, pero eso no es posible. ¿Por qué en vez de «atascarse» tratando de conseguir lo que no es posible, no trata de aprovechar las oportunidades o alternativas que sí son posibles?

P. En mi caso no es posible, pues yo no soy como Antonio.

T. Desde luego usted no es como Antonio ni como nadie más, pero eso no quiere decir que no le puedan ser de utilidad algunas de las habilidades de otras personas. Por ejemplo, la habilidad de centrar sus pensamientos en cómo organizar su vida en lugar de dedicarse a rememorar el pasado.

P. Me encantaría hacer lo que usted señala, pero no puedo hacerlo.

T. Bueno, todo se puede aprender, y más una persona inteligente como usted ¿Acaso no ha cambiado otras creencias a lo largo de su vida? ¿Sigue creyendo en los Reyes Magos o en el ratoncito Pérez? Seguro que podríamos hacer una lista.

P. Sí, claro.

T. Recuerde que el punto esencial para su problema no es cambiar la situación: Purita se ha ido definitivamente. Lo que podemos cambiar es la forma en que le afecta y eso pasa por cambiar sus pensamientos, su diálogo interno. Para ello lo primero es identificar cuándo comienza a decirse o pensar algo, en relación con esta situación, que le provoque esos sentimientos emocionales negativos. ¿Podría ponerme un

ejemplo de esto teniendo en cuenta lo explicado antes?

P. Por ejemplo, cuando me viene alguna imagen de Purita o pienso que voy a volver a casa y estaré solo, sin ella. Pensar que mi vida será un desastre sin ella es lo que me provoca esa emoción tan negativa. Es el pensamiento lo que me produce la emoción, no el hecho de llegar a casa y que no esté.

T. Muy bien, ésa es la idea. Pararse un momento a considerar lo que se dice —*Nunca volveré a ser feliz*— y tratar de cambiar este pensamiento, que usted sabe que no es real. Por ejemplo, si yo le asegurara que va a encontrar una mujer encantadora con la que se entienda mejor que con Purita y pueda disfrutar mejor de la vida, ¿pensaría eso?

P. Si fuera así, no. Pero usted no me puede asegurar eso.

T. Desde luego que no. Pero usted sí está asegurando que no le sucederá y, lo que es peor, el pensar que eso es cierto le lleva a hacer cosas que seguro impedirán que esto pueda suceder. ¿No le parece más adecuado, para que esto pueda suceder, que usted se prepare, que aprenda las habilidades necesarias para atraer a una persona de esas características?

P. O sea, que usted considera que debo cambiar mi forma de pensar. Pero yo no puedo cambiar de forma de pensar.

T. Bueno, por lo menos es importante que tenga claro que cambiar su forma de pensar es fundamental para cambiar su forma de vida y poder disfrutar de muchas situaciones, aunque no pueda hacerlo de algunas. Si esto le queda claro, ¿por qué no intentarlo?

P. Sí, tengo claro que si pensara de otra forma podría vivir con menos presión, de forma más agradable. Pero no sé si podré, y desde luego me va a costar un esfuerzo importante.

T. Mire, el primer paso es importante y está dado, sabe lo que tiene que hacer. El segundo es mucho más fácil, aprender a hacerlo. Éste es parte de mi trabajo profesional, conseguir que las personas cambien de forma de pensar, aunque crean que no pueden. Usted me ha pedido ayuda y éste es mi objetivo, conseguir que cambie su forma de pensar para que pueda disfrutar de la vida. ¿Por qué no se da a usted mismo una oportunidad?

P. Bueno, visto así parece que no tengo mucho que perder y sí algo que ganar. Aunque no me fío mucho, usted hace que todo parezca fácil, pero... también es verdad que he venido a su consulta porque me dijeron que era muy bueno.

T. Muy bien, confíe pues en mí. Para que la terapia funcione y usted obtenga el mejor resultado, debe quedar claro el papel de cada uno de nosotros. Como profesional, le indico y enseño a utilizar las técnicas más pertinentes a su caso. Usted se debe comprometer a realizar las tareas que le encomiende para el avance de la terapia. Si le parece, podemos en este momento establecer un acuerdo entre ambos para fijar este compromiso.

P. Me parece adecuado.
T. Lo primero que tiene que hacer es comprometerse a llevar a cabo lo que yo le indique durante la próxima semana. ¿Está de acuerdo?
P. De acuerdo, me comprometo a hacer esta semana lo que me indique.
T. Muy bien, Bienvenido. Podemos avanzar. Recuerde que el punto primero era tratar de identificar cuándo y en qué condiciones aparecen esos pensamientos. Para ello es importante que rellene el autorregistro que le entregué el día anterior. Aquí tiene otro por si lo perdió. No es muy complicado, ¿no?
P. La verdad es que no. ¿Sólo he de hacer eso?
T. Vamos a avanzar un poco más. Trate de establecer la relación entre el pensamiento desagradable y el suceso que lo ocasionó. Por ejemplo, pienso que se aprovechan de mí porque siempre que hay problemas con mis hermanos soy el que cede, y eso me hace sentir mal, ser el más tonto. ¿Queda claro?

En aquellos casos en los que resulta muy complicado o imposible conseguir el acuerdo del paciente para llevar a cabo las tareas, siempre se puede recurrir a dar control al paciente sobre la situación.

T. Entiendo que, a pesar de mi explicación, no le convenza el procedimiento que estamos llevando a cabo. Ésa es mi decisión técnica, pues considero que es lo más adecuado para usted, que es el último responsable en colaborar o no conmigo. Yo puedo ayudarle a modificar algunas de sus creencias y conductas, desarrollando otras más adaptativas, pero no puedo obligarle a realizar este trabajo. Obviamente, usted es libre de buscar otras alternativas de tratamiento diferentes a las mías.

3. No habla apenas y contesta de manera escueta a las preguntas

MARÍA GONZÁLEZ-ALLER y FRANCISCO JAVIER

1. *Descripción sucinta del problema*

En ocasiones hay pacientes que apenas hablan, que permanecen callados casi todo el tiempo de consulta y que cuando hablan lo hacen de una manera muy escueta. Las razones de este comportamiento pueden ser diversas: inseguridad, vergüenza a contar lo que les pasa, miedo a ser juzgados, ser una persona de pocas palabras, o incluso tener problemas de lenguaje o con el idioma.

Este comportamiento dificulta mucho el proceso terapéutico al reducir de forma significativa la información con la que puede contar el terapeuta, bloqueando en especial el desarrollo de la evaluación e incluso la propia relación terapéutica. Además exige un esfuerzo excepcional, enlenteciendo el proceso. Este problema es especialmente relevante

en las primeras sesiones, primero porque el terapeuta desconoce el problema del paciente, y segundo porque son las sesiones de evaluación en las que la parte fundamental tiene que ver con lo que el propio paciente debe contarle al terapeuta. Tras las primeras sesiones, que el paciente apenas hable suele ser menos relevante.

2. *Ejemplo*

Segunda sesión de tratamiento de un paciente (Cauto) que ha acudido a consulta por encontrarse muy desanimado en los últimos meses...

T. ¿Cómo ha pasado la semana?
P. Regular.
T. ¿Podría decirme por qué ha ido regular?
P. No, no sé...
T. ¿En qué puntuación, de 0 a 10, podría situar su estado de ánimo de esta última semana?
P. En... un 4.
T. La semana pasada me dio un valor de 6. ¿Qué razón hay para bajar a 4?
P. No sé... estoy peor.
T. Vamos a intentar buscar qué le hace sentirse así. ¿Cuál ha sido su peor momento de esta semana?
P. No sé, quizá ayer.
T. Ayer, en qué momento: ¿por la mañana?, ¿por la tarde?
P. Por la tarde.
T. ¿Recuerda qué se encontraba haciendo ayer por la tarde?
P. Estaba en casa.
T. Estaba en casa... ¿Podría especificar un poco más?
P. Solo...

3. *Propuesta de actuación*

3.1. *Identificar la razón de esta forma de comportarse*

Preguntarle directamente al paciente el porqué de esta falta de comunicación, y si es necesario, confrontarle con ella. Si el problema tiene que ver con vergüenza, inseguridad o miedo a ser juzgado, sería conveniente parar el desarrollo de la sesión y centrarse en explicar la forma de trabajo. En todos los casos, señalar la importancia de una comunicación personal fluida, la confidencialidad absoluta y la no emisión de juicio por parte del terapeuta. La labor del terapeuta es ayudarle, y los dos trabajarán en beneficio del paciente. Habitualmente esta exposición suele favorecer una mejora importante. En

otros casos, o si esta mejora en la comunicación no se produce, pueden utilizarse las siguientes estrategias.

3.2. *Dar tiempo para que pueda responder*

Es imprescindible dar tiempo al sujeto para que pueda pensar sus respuestas. Incluso, si el paciente tarda en responder o da respuestas escuetas. El hecho de no exigir las respuestas de forma inmediata y esperar que siga hablando puede ayudar a trasmitirle tranquilidad y paciencia, así como interés por su situación. Esto puede ayudar a darle confianza y ánimo. El paciente sabe que el terapeuta le espera, sigue su ritmo, y que considera muy importante lo que pueda decir.

3.3. *Estrategias para aumentar la información: preguntas abiertas, preguntas sobre las respuestas, etc.*

De esta forma el paciente no podrá limitarse a respuestas con monosílabos. Se propicia así una intervención más elaborada y detallada. También se puede insistir, cuando las respuestas son excesivamente escuetas, con preguntas sobre la propia respuesta dada: *¿Qué quiere decirme cuando indica que…? ¿Por qué me dice que se encuentra peor, qué le hace pensar eso?* Devolver información en forma de pregunta para favorecer que el paciente se exprese con más fluidez: *Me dice que ha ido con su pareja de compras, ¿salió de compras?...* En cualquier caso, no abusar de esta técnica, puesto que puede generar desconfianza.

Podría ser útil en las primeras sesiones contar con un familiar o persona próxima que ayude al terapeuta a ampliar la información con el paciente. A partir de ahí desarrollar un programa de moldeado para el desarrollo de sus respuestas verbales, reforzando de forma importante cualquier avance.

3.4. *Explicar la importancia de precisar y detallar las respuestas*

Si el paciente sigue sin responder de manera adecuada, es decir, sin apenas dar información, puede ser muy útil abordar directamente el problema. Señalarle la importancia de una comunicación más exhaustiva, de que exponga de forma más detallada y completa lo que se le está pidiendo, a fin de que pueda hacerse el terapeuta una mejor idea de su situación. Habrá que insistir en que sólo él sabe lo que le está pasando, y el terapeuta sólo puede ver la realidad a través de él, por lo que si no le comenta esto estará «a oscuras» y será más difícil poder ayudarle.

3.5. *Presionar con las preguntas y utilizar silencios*

Cambiar el modo de realizar las preguntas, para presionar más al paciente a responder. Pueden incluirse dos cuestiones relacionadas para obtener la misma información: *¿Dónde estaba ayer por la tarde? ¿Qué hacía?* La idea es poner más énfasis en las cuestiones y también que quede claro que debe explayarse. Esta insistencia al preguntar puede animar al paciente a responder. También han de utilizarse los silencios como modo de presión para que hable. Mantener un período de tiempo amplio sin hablar, incluso aunque resulte incómodo, y hacer ver al paciente que se está esperando su respuesta.

3.6. *Pedirle que lo piense en casa y lo traiga escrito para que lo lea en sesión*

De esta forma le damos más tiempo para poder preparar sus respuestas de manera más elaborada. Así, si se bloquea en la sesión, puede superar más fácilmente el problema.

No obstante, si esto no fuera posible, dado que la intervención terapéutica descansa de forma fundamental sobre la comunicación, habría que cuestionarse la conveniencia de seguir un tratamiento en esas condiciones.

4. *Resumen*

- Identificar la razón de esa forma de actuar.
- Dar tiempo para responder.
- Estrategias para aumentar la información: preguntas abiertas, preguntas sobre las respuestas, etc.
- Explicar la importancia de detallar y precisar las respuestas.
- Presionar con las preguntas y utilizar silencios.
- Pedirle que lo piense en casa y lo traiga escrito para que lo lea en sesión.

5. *Aplicación al ejemplo*

T. ¿Cómo ha pasado la semana?
P. Bueno..., regular
T. ¿Podría decirme por qué ha ido regular? ¿Ha tenido algún problema?
P. No, problema no he tenido... no sé...
T. ¿En qué valor de 0 a 10 podría situar su estado de ánimo de esta última semana y por qué?
P. En un 4, porque me he sentido desanimado.
T. La semana pasada me dio un valor de 6. ¿Podría explicarme qué razón hay para bajar a 4?

P. He estado peor, con menos ganas.
T. *(Después de una pausa para dar tiempo...)* Bueno, si le parece vamos a intentar buscar qué le hace sentirse así: ¿cuál ha sido su peor momento de ésta semana?, ¿en qué momento se ha sentido peor?
P. No sé, quizá ayer por la tarde.
T. ¿Recuerda qué se encontraba haciendo ayer por la tarde?
P. Estaba en casa.
T. Estaba en casa... ¿solo? ¿Recuerda qué hacía?
P. Sí, estaba solo. No hacía nada.
T. Señor Cauto, intento recoger información sobre cuáles son sus problemas y las causas de éstos. Usted es la única persona que los conoce, yo sólo puedo saber lo que me cuente. Por eso es importante que me comente con más detalles y precisión la información que le pido. Como ve, es fundamental para poder progresar en el tratamiento. Recuerde mi compromiso de confidencialidad completo con lo que usted me cuente y que nunca juzgaré sus actos, sólo trabajaré para ayudarle a superar sus dificultades. Cuénteme, por favor. Necesito que intente explicar, si es posible con más detalle, para poder ayudarle. ¿Podría especificar un poco más? Me decía que estaba solo en casa.
P. Sí, tiene usted razón, es que me cuesta hablar de mí, verá... es que me da apuro… yo nunca cuento mis cosas... Bueno..., pues estaba tumbado en el sofá, más bien «tirado», fumaba y pensaba mientras miraba al techo. Me sentía decaído.
T. Muy bien, señor Cauto, está claro que así resulta mucho más fácil. Le agradezco el esfuerzo. ¿Y podría recordar qué estaba pensando en ese momento, qué le pasaba por la cabeza?
P. Que... me aburría... que no me apetecía hacer nada. Me sentía triste y desganado.
T. *(Silencio.)* ¿Y qué significa esto para usted?
P. Que no tengo alicientes, ni ilusiones... no veo mucho sentido a mi vida...
T. ¿Y eso qué significa exactamente?
P. Significa que soy un desastre, que no valgo..., que no valgo para nada, supongo.
T. Por favor, dígame a quién considera usted valioso y por qué.
P. A mi hermano. Es mi referente, y siempre he querido ser como es él.
T. ¿Por qué motivo? Por favor, intente precisar, es importante.
P. Porque sí, porque hace cosas, todo le sale bien y todo lo lleva bien.
T. *(Silencio.)*
P. Sí. Hace cosas, tiene trabajo, amigos, sale, entra, siempre hablando de sus planes...
T. ¿Y qué le impide a usted hacer todas esas cosas que hace su hermano?
P. No sé, yo no soy como él, no sabría por dónde empezar.
T. Qué le parece si vamos por partes. Usted me va diciendo lo primero que se le ocurra y así vamos poco a poco. Yo le doy tiempo para que lo piense, no se preocupe.
P. De acuerdo, pues… tiene un buen trabajo… *(Silencio)*… y yo no.

T. *(Silencio.)* Bien, dígame qué quiere decir con eso, qué es un buen trabajo para usted.
P. Que le pagan bien.
T. ¿Algo más? ¿Un buen trabajo es aquel en el que sólo pagan bien?
P. Bueno… y alguna cosa más.
T. Cómo cuáles, dígame, qué otras cosas.
P. Pues salir pronto... no viajar mucho... umm, no sé
T. Seguro que puede encontrar más, inténtelo, señor Cauto.
P. ... Que esté cerca de casa, que estés a gusto con tus compañeros..., ¿no?
T. ... ¿Algo más se le ocurre?
P. ... Que te valoren tus jefes, que sea... ¿creativo?
T. Muy bien, señor Cauto; como ve, han salido varias cosas. Supongo que sí sería importante para alguien que valore la creatividad. Alguien que no lo valore tanto, no dará tanta importancia a este aspecto y sí a otros. Es decir, ¿a qué conclusión llegamos con esto?
P. Mmm, bueno, pensar que hay más cosas que el que te paguen bien. Y que cada persona valora algo diferente.
T. Eso es. ¿Qué supondría para usted tener un trabajo en el que le pagaran bien pero aguantara todos los días una hora de atasco, con el que perdiera gran parte de su vida familiar a costa de estar viajando muy a menudo, en el que los jefes no valoraran lo que hace y además se llevara mal con sus compañeros?
P. No podría con eso. Eso sería inaguantable.
T. ¿Esto sería para usted un buen trabajo? ¿Se sentiría bien en un trabajo así?
P. No, en absoluto. Estaría bastante amargado. No me gustaría nada...
T. *(Silencio, con gestos de asentimiento.)*
P. ... el dinero es muy importante, pero hay más cosas también importantes.
T. Volviendo al tema que nos ocupaba.., ¿qué otras cosas hace su hermano?
P. Siempre tiene planes, para salir, viajar. Hace lo que se propone. Tiene mucha iniciativa.
T. ¿Iniciativa?... *(Gesto de interés.)*
P. Sí, se le ocurren cosas, tiene ideas y las lleva a cabo. Además todo le sale bien, tiene mucha suerte. Siempre me ha dado rabia no ser así.
T. Qué más cosas...
P. Sabe lo que quiere, siempre tiene todo muy claro. Además tiene una voluntad de hierro.
T. Ahora, señor Cauto, me gustaría que pensara y me dijera qué cosas concretas podría hacer a día de hoy para ser como a usted le gustaría.
P. Creo que lo más importante sería intentar buscar un trabajo mejor, pero a todos los niveles. Por otro lado, soy poco de amigos y los pocos que tengo no los cuido mucho, así que tampoco puedo pretender demasiado... me imagino que podría mejorar este aspecto. También podría mejorar mi dejadez... a veces creo que las cosas ya llegarán

solas y no hago nada. Tendría que ser más activo.

4. No quiere exponerse al hecho traumático, sólo quiere que le ayudemos a olvidar

CARMEN BLANCO, MARTA RUBIO y FRANCISCO JAVIER LABRADOR

1. *Descripción sucinta del problema*

Ante determinados casos, y tras una adecuada evaluación clínica, se hace necesario intervenir sobre un acontecimiento vivido de forma traumática por un paciente, sea éste o no el principal motivo de consulta. Esta situación puede suponer serias dificultades de actuación por varios motivos:

a) El paciente considera que ese acontecimiento no es necesario tratarlo, puesto que él ha acudido al tratamiento por otros motivos. Por ejemplo, problemas de sueño.
b) El paciente acude a consulta por la insistencia de algún familiar. Por ejemplo, el paciente reconoce su irritabilidad desde el accidente mortal de sus hijas, pero no considera que necesite una intervención terapéutica.
c) El objetivo de acudir a un psicólogo es conseguir que éste le ayude a olvidar un acontecimiento que vivió de manera muy estresante.

En los tres casos serán necesarias, desde la primera cita, habilidades terapéuticas que fomenten la confianza y el «enganche» del paciente con la terapia. De igual forma, en los dos primeros casos, lo más probable es que se consigan superar esas dificultades con la realización de una adecuada devolución de información. Para eso es especialmente útil, bien hacer una formulación completa y sencilla del problema del paciente, bien una psicoeducación lo más personalizada posible, o bien utilizar ambas estrategias.

En un principio, aunque las dos primeras situaciones presentan un mayor reto para el terapeuta, puesto que éstas no solicitan nuestra ayuda, la explicación de la importancia del problema es fácil que ayude al paciente a entender su situación y consiga su implicación en el tratamiento. En el tercer caso el paciente sabe de la importancia del evento traumático, pero se muestra reacio ante el método de tratamiento que el psicólogo sabe que es el adecuado y debe utilizar.

2. *Ejemplo*

Sara es una mujer de 28 años que estaba en la estación de Atocha el día de los atentados del año 2004. Aunque por el lugar en el que estaba las explosiones no le

produjeron lesiones físicas, sin embargo presenció gran parte de los sucesos posteriores a la explosión. Durante aproximadamente medio año estuvo aguantando su malestar pensando que con el tiempo se le pasaría, pero la realidad es que cada vez se encontraba peor, hasta que decidió acudir en busca de ayuda psicológica, en parte animada por sus padres y su pareja. Ahora se está desarrollando la devolución de información.

T. Veamos. Como me dijo, desde el atentado le asaltan recuerdos de lo que vivió. ¿Es así?
P. Sí, eso es. Aparecen recuerdos espontáneamente y no los puedo controlar. ¡Necesito que esto acabe! Tiene que ayudarme a pararlos!
T. En efecto, es algo en lo que intervendremos. Estos recuerdos o reexperimentaciones que tanto le hacen sufrir, serán un objetivo primordial a tratar. Para ello disponemos de una técnica muy eficaz, la exposición que... *(la paciente interrumpe).*
P. ¡Un momento! ¿Exposición? ¿A qué tengo que exponerme? ¿Quiere acaso decir que debo volver a pasar por lo mismo? Discúlpeme, pero yo no he venido aquí a eso, yo quiero que me ayude a olvidar lo que me ocurrió y no a recordarlo más de lo ya lo hago.
T. Verá. No es exactamente volver a vivir todo aquello. Se trata de... *(la paciente vuelve a interrumpir).*
P. Usted no sabe lo que es despertarse en mitad de la noche temblando de terror por las pesadillas, ni poder hacer una vida normal sin ver las caras de gente muerta u oler a carne quemada, un día tras otro. ¿Usted sabe cómo huele la carne humana quemada?
T. No, realmente no lo sé...
P. Necesito que me ayude a que esto no me ocurra, quiero que haga que todo desaparezca de mi mente, que lo borre de mi cabeza *(la paciente comienza a respirar agitadamente).*

3. *Propuesta de actuación*

3.1. *Empatizar y normalizar. Reforzar su decisión de acudir a terapia*

En primer lugar se debe empatizar y normalizar las conductas del paciente. No se puede olvidar lo duro que para él está siendo el haber vivido un acontecimiento traumático, ni la gran interferencia que esto tiene en su vida, y así debemos expresárselo. *Puedo entender que es una situación muy dura y que usted está sufriendo mucho. Mi objetivo no es otro que ayudarle de la forma más rápida y eficaz*. Por otro lado, con simples explicaciones aclaratorias de por qué experimenta determinadas emociones, pensamientos y comportamientos, se facilitará que entienda que su forma de comportarse es «normal» en su situación actual. El objetivo es que el paciente comience a ver que el psicólogo entiende perfectamente y comprende por lo que está pasando.

Es también importante, y se hará hincapié en ello, mostrarle que comprendemos lo duro que debió ser decidir acudir a terapia, y por tanto su gran valentía. Reforzándole así por solicitar ayuda: *Acudir en busca de ayuda a un especialista es un importante primer paso para su recuperación.*

3.2. *Evidenciar la necesidad de un cambio de estrategia*

Recordar que el paciente está solicitando ayuda para superar un problema, al que ha intentado poner solución con determinadas estrategias, pero sin resultados positivos. Es probable que esto se deba a que las estrategias que está utilizando no son adecuadas para conseguirlo. Incluso es posible que sean erróneas las directrices generales en que basa su actuación, en este caso tratar de «olvidar» o «anular» el recuerdo. Hacerle ver que la solución que está llevando a cabo no está funcionando. Prueba clara de ello es que no han desaparecido sus dificultades. *La forma en la que usted ha intentado solucionar su problema no le ha dado resultado... Muchas veces nos obcecamos en emplear una determinada solución, porque creemos firmemente que funcionará. Pero llega un momento en el que debemos ser objetivos y pensar que la solución no radica en perseverar, sino en cambiar de enfoque. Si seguimos haciendo lo mismo de siempre, seguiremos obteniendo los mismos resultados.*

Además, nuestros conocimientos técnicos resaltan lo inadecuado de esta forma de proceder. Por lo tanto, lo más sensato será utilizar otras alternativas, que pueden implicar tanto el uso de otras estrategias concretas como el cambio de las directrices generales con las que afrontar su problema.

3.3. *Establecer cuál es el verdadero propósito del tratamiento/técnica*

Plantearle que el objetivo no puede ser que el psicólogo haga desaparecer un recuerdo de su mente de forma inmediata y para siempre, pues nadie dispone de esa habilidad. No existe ninguna varita mágica para lograrlo. Además, tampoco sería una estrategia adecuada para afrontar su situación. El objetivo final ha de ser que, a pesar de lo ocurrido, consiga ser capaz de vivir sin que ello le impida desarrollar una vida normal, consiga volver a disfrutar de su vida.

Es importante explicar con sencillez y precisión cuál es el objetivo terapéutico de recordar, y cómo puede lograrse de forma que el malestar del paciente sea el menor posible. El uso de la técnica de exposición tiene como objetivo fundamental que en breve vuelva a sentirse mejor. Hay que hacerle ver que trabajar de esta forma es la única manera de que consiga tener de nuevo una vida sin recuerdos intrusivos y sus problemas asociados, es decir, que vuelva a tener una vida que valga la pena vivir.

3.4. *Explicar acerca de las técnicas de exposición y mostrar su eficacia*

La explicación precisa de la técnica ayudará a aliviar miedos, mostrarle su eficacia ayudará a aumentar su confianza en ella. De igual forma, se expondrá la técnica como un esfuerzo para el paciente, señalando que reconocemos ese esfuerzo, pero que estamos seguros de que puede realizarlo. Es importante que el paciente conozca exactamente en qué consiste esta técnica y que haga las preguntas que desee. Hacer hincapié en que la exposición a sus miedos se gradúan, que comenzaremos por los que menos le afectan y que a medida que se sienta preparado iremos subiendo de intensidad, de forma que no le generará mucha ansiedad. En todo momento le trasmitiremos que será él quien llevará el control. Nosotros no le obligaremos a hacer algo que no desee, acordaremos ambos el progreso en la exposición.

También es importante diferenciar entre el tipo de recuerdos que actualmente experimenta y el recuerdo que se generará durante una exposición. El tipo de recuerdo actual es intrusivo e incontrolable, y le genera un inmenso malestar que le lleva a intentar evitarlo. Por el contrario, el recuerdo que se evocará durante una exposición estará controlado por nosotros, y aunque pueda ser molesto terminará por desaparecer en un período de tiempo no muy largo. Una explicación de la curva de la ansiedad suele ser de especial relevancia para el paciente en este momento.

Por otro lado, hay que resaltar la eficacia de esta técnica. Se utiliza este procedimiento por estar demostrado científicamente que es el más eficaz, el que mejor funciona. Prestigiosas comisiones de expertos así lo han constatado. No vamos a utilizar ningún procedimiento que no haya sido verificado de forma solvente que es eficaz para superar su problema. Puede ayudar el aportar algún testimonio de otros pacientes (cartas, declaraciones...).

3.5. *Si vemos resistencia al principio, comenzar por objetivos que le aporten ganancias a corto plazo*

Para conseguir que la persona gane confianza con el tratamiento y el psicólogo, se puede procurar que obtenga pequeñas ganancias con la terapia desde los primeros momentos. Por ejemplo, se le pueden proporcionar estrategias básicas que fomenten un mayor control sobre su problema. En este sentido, si el paciente comienza a hiperventilar en consulta al hablar sobre el suceso, se le puede enseñar alguna técnica sencilla de control de la activación, como la técnica de control de la respiración. Disponer de una habilidad tan sencilla pero tan eficaz para hacer frente a hipotéticas crisis en su vida diaria, mejorará su autoconfianza, le permitirá ver ganancias inmediatas y ayudará a una mejor alianza terapéutica.

3.6. *Utilizar metáforas o símiles (fisioterapia, rehabilitación)*

Se pueden plantear alguna metáfora o símil de la forma de actuación de la exposición. En esta dirección podría utilizarse como ejemplo la manera de actuar de otros procesos curativos, como puede ser la rehabilitación fisioterapéutica, un programa de entrenamiento deportivo, o el aprendizaje de cualquier habilidad. Un proceso molesto por el que tienen que pasar los pacientes, pero que cambia un malestar relativamente pequeño y breve por unos efectos, a corto o medio plazo, muy positivos y permanentes.

4. *Resumen*

- Empatizar y normalizar. Reforzar su decisión de acudir a terapia.
- Evidenciar la necesidad de un cambio de estrategia.
- Establecer cuál es el verdadero propósito del tratamiento/técnica.
- Explicar acerca de las técnicas de exposición y mostrar su eficacia.
- Si vemos resistencia al principio, comenzar por objetivos que le aporten ganancias a corto plazo.
- Utilizar metáforas o símiles (fisioterapia, rehabilitación).

5. *Aplicación al ejemplo*

P. Es muy duro, no puedo aguantar más con esta situación. No puedo hacer nada sin que me vengan imágenes de cuerpos mutilados, esos olores. Y usted me habla de recordar precisamente eso.

T. Me hago cargo, Sara, de lo duro que debe ser para usted volver a recordar algo tan doloroso. De hecho es totalmente comprensible que, dado el malestar que esto le produce, no quiera hacerlo. Cualquiera en su situación se sentiría como usted ahora.

P. No sabe el infierno por el que estoy pasando. Nada ha vuelto a ser igual y por eso pensé que a lo mejor necesitaba ayuda.

T. Me gustaría decirle que ha sido muy valiente viniendo a pedir ayuda. Ése es el primer paso para su mejoría.

P. La verdad es que me decidí a venir porque creo que me estoy volviendo loca. He dejado de utilizar cualquier transporte público y apenas salgo de casa, pero lo peor es que de manera más frecuente me vienen recuerdos de lo sucedido. Anteayer estaba fregando los platos y de repente se me llenó la cabeza de recuerdos, era como si estuviera allí de nuevo, junto a las vías del tren. Me quedé paralizada, sólo podía llorar, me temblaban las manos... pero yo no podía hacer nada. Era como si no fuera yo realmente *(la paciente llora angustiada)*. ¿Cree que estoy perdiendo la cabeza, verdad?, ¿que estoy loca?

T. En absoluto. Usted no está loca. Lo normal en su situación, dado por lo que ha pasado, es experimentar este tipo de síntomas. Es decir, es muy común, y así se

puede ver en muchas personas que han pasado por lo mismo, que después de un acontecimiento traumático, les aparezcan con frecuencia y de forma involuntaria recuerdos que les generan un gran malestar. A veces éstos suelen ser tan fuertes que provocan una sensación de irrealidad muy confusa. Incluso podemos llegar a creer que estamos allí, viviendo todo de nuevo. Si creemos firmemente que esto es así, es lógico que reaccionemos con un gran temor y en consecuencia nuestro cuerpo se activará y tensará, lloremos y nos sintamos muy mal. Esto provoca que procuremos evitar en la medida de lo posible que estos recuerdos no aparezcan, intentando distraernos o dejando de utilizar el transporte público que nos recuerda al atentado. Créame, cualquier persona en su situación lo más probable es que reaccione como usted lo está haciendo ahora.

P. Entiendo. Pero ahora me dice que la solución es recordar todo. Y eso es precisamente lo que he intentado evitar desde que ocurrió el atentado. Si realmente he venido es para que me ayude a olvidarlo, pues yo no puedo sola.

T. Parece claro que el método que ha puesto en marcha y que me pide a mí, olvidar, no le ha resultado muy útil. Por eso, yo le ofrezco una alternativa más eficaz.

P. Yo simplemente quiero olvidar, no recordar. Borrarlo de mi mente como si no hubiera ocurrido. Quiero volver a ser feliz.

T. Comprendo que le resulte difícil la idea de recordar, pero no debemos olvidar nuestro objetivo: que usted vuelva a sentirse bien, vuelva a disfrutar de la vida. No olvidar, sino poder vivir con ello sin malestar... Lo que usted me pide es precisamente lo que yo le ofrezco, un método eficaz para continuar con su vida. El recordar es algo que le ayudará a poder curarse.

P. No sé... ¿Entonces se supone que si recuerdo lo ocurrido me curaré? ¿Pero qué debo hacer exactamente?

T. Creo que es conveniente que le comente detalladamente en qué consiste esta técnica, para que entienda mejor lo que ha de hacer y vea que no es tan problemático como usted supone. También que me haga todas las preguntas que desee al respecto.

P. De acuerdo.

T. Usted debe exponerse a las cosas (sucesos, personas, pensamientos) que le causan miedo de forma inadecuada. Por ejemplo, no parece muy adecuado que salir a la calle le cause miedo. La exposición a sus miedos se gradúa, comenzando por cosas que le afectan poco, que le producen menos miedo, y a medida que las vaya controlando y que se sienta preparada, pasará a exponerse a cosas que le causen un poco más de miedo. Siempre de forma progresiva y contando con que usted y yo consideramos que está preparada para afrontarlas. Debe tener presente que no le obligaré a hacer nada que no quiera. Además, en estas exposiciones, programadas, los recuerdos serán algo diferentes a los que tiene ahora. En lugar de inesperados e incontrolables, serán esperados y controlables; por lo tanto, bastante diferentes al tipo de recuerdos que está teniendo ahora. Esto significa que aunque cuando lo hagamos será molesto, no

experimentará tanto sufrimiento como ahora, y éste durará un tiempo limitado.

P. Entonces iremos a mi ritmo.

T. Sí, así es. Usted marcará el ritmo de las sesiones. Yo le ayudaré indicándole lo que me parece más adecuado, pero usted decidirá en todos los casos.

P. Entiendo que en sesión el recuerdo será diferente, pero es muy difícil para mí. Sólo pensar en ver esos cuerpos, los muertos, esos olores... *(la paciente comienza a respirar agitadamente).*

T. ¡Sara, míreme a mí! Vamos ha hacer algo, vamos a respirar juntos. Coja el aire por la nariz y suéltelo muy despacio por la boca. Lo haremos juntos. Fíjese cómo lo hago. Repitámoslo un par de veces más. ¿Está mejor?, ¿se siente mejor?

P. Sí, ahora estoy bien. Me estaba mareando.

T. Sara, es normal que esto le suceda. Ha vivido una situación peligrosa y su cerebro lo guarda en su memoria para reaccionar rápido si vuelve a ocurrir. Ahora usted cree que está viviendo de nuevo una situación de peligro, acelera su respiración como si necesitara más oxígeno, como si tuviera que hacer un gran esfuerzo físico, pero no lo hace y no lo gasta, lo único que consigue es hiperventilar. Entonces el organismo se defiende provocando esas sensaciones. No es ningún problema, ya ve que en unos segundos, respirando así se pasa completamente. Si vuelve a ocurrir, sólo tiene que respirar de ese modo y se detendrá. ¿De acuerdo?

P. Sí, gracias.

T. Además me gustaría añadir que utilizaremos este procedimiento porque está demostrado científicamente que funciona. No me atrevería a utilizar nada que no garantice un éxito en su curación.

P. Bueno, si es algo que realmente funciona y que a otras personas les ha ido bien...

T. Mire, Sara. La exposición es algo parecido a una rehabilitación fisioterapéutica. Es un proceso por el que tienen que pasar los pacientes, pero que cambian un malestar relativamente pequeño y breve por unos efectos, a corto o medio plazo, muy positivos y permanentes.

P. Entiendo.

T. Bueno, y ahora que tiene un información más precisa, ¿qué opina?

P. Pues... que probablemente la exposición sea muy útil para curarme.

5. Actuación ante una situación de delirio: «¿tú me crees?»

MIRIAM HUERTA, ROBERTO GÓMEZ y FRANCISCO JAVIER LABRADOR

1. *Descripción sucinta del problema*

En un momento dado de la evaluación, se puede encontrar el caso de un paciente que

presenta delirios. Se ha observado a través del discurso del paciente que puede estar sufriendo una crisis psicótica. Se puede percibir un deterioro grave de su funcionamiento mental y presenta síntomas de una pérdida del contacto con la realidad, lo que se refleja en pensamientos que no tienen base real y que no se pueden rebatir mediante argumentación lógica. Esto muchas veces supone una situación difícil para el terapeuta, porque algunas preguntas pueden implicar un compromiso para el profesional. Entre ellas una especialmente comprometida: ¿Tú me crees?...

2. *Ejemplo*

Salvador, varón de 35 años, acude a terapia psicológica por una derivación de su psiquiatra. Se encuentra diagnosticado de esquizofrenia residual. Tras varias sesiones, el paciente acude a consulta con una aparente crisis psicótica. En un momento de la sesión en el cual se está percibiendo dicha sintomatología, hace una pregunta directa al terapeuta pidiendo la confirmación de su delirio.

P. El psiquiatra me ha mandado una medicación pero yo no me la tomo porque me quiere matar.
T. ¿Por qué cree que le quiere matar?
P. Porque está compinchado con mi hermana, que también se quiere deshacer de mí para quedarse con la herencia de mi madre cuando muera. ¿Usted podría hacer algo para salvarme de ellos?
T. ¿Por qué cree que el psiquiatra, que es un profesional cualificado y trabaja para que usted se encuentre mejor, va a querer matarle?
P. ¡Siempre igual, nadie me hace caso! El psiquiatra me quiere matar, yo lo sé, estoy seguro. ¿Tú me crees?

3. *Propuesta de actuación*

3.1. *Escucha activa*

Escuchar el discurso del paciente sin emitir juicios de valor, para evaluar si es sintomatología delirante o si, por el contrario, tiene alguna prueba objetiva en la que basar su argumento. Para esto se le pueden pedir detalles precisos al respecto. Como por ejemplo: *¿Por qué cree eso?, ¿qué le hace pensar que quiera algún mal para usted?, ¿cree que otra persona pensaría lo mismo que usted?*

3.2. *Empatizar*

Se debe tener en cuenta que aunque la idea no sea real, el malestar que le genera al paciente sí lo es y está justificado por estos pensamientos. Por eso sería conveniente hacerle ver que se da importancia a su malestar y se está trabajando para ayudarle a superarlo. Por ejemplo: *Entiendo que si piensa así pueda sentir miedo, supongo que lo está pasando mal...*

3.3. *No confrontar el discurso delirante*

Este punto es importante, puesto que si el terapeuta es empático y se pone en su lugar, no debe rechazar su idea, ni confrontarla directamente. No es muy adecuado tomar detalles o claves de la realidad para intentar contrarrestar su discurso. Sería recomendable buscar otras alternativas para manejar la situación.

Por ejemplo, en lugar de centrarse en el problema en sí, intentar buscar soluciones y ver qué podría hacer para que esa idea le afecte lo menos posible. También ver si puede poner en marcha alguna estrategia que le haga sentirse mejor frente a su situación, sin entrar en detalles de qué es lo que le ocurre.

3.4. *Desviar la atención*

En muchos casos no se conforman con la primera respuesta del profesional, es decir, se puede dar el caso de que siga insistiendo en su idea delirante para conseguir escuchar lo que quiere del psicólogo. Ante esta situación sería conveniente reconducir la atención del paciente, resultando de gran ayuda recurrir a otros elementos del ambiente que le resulten más cercanos para intentar centrarle en la realidad y poder desviar la idea delirante. Es de especial utilidad sacar temas que no estén relacionados con el discurso delirante; por ejemplo: tareas que realiza habitualmente, qué hizo en el fin de semana...

3.5. *Reconducir la conversación*

Una vez que se ha desviado la atención del paciente a otros temas, será el momento de continuar con el transcurso de la sesión y seguir con los objetivos planeados para ésta. En el caso de que el paciente siga insistiendo o intentando volver a la idea delirante se puede señalar que ahora hay que continuar con las tareas de la sesión, y que si queda tiempo se podrá abordar en la parte final de ésta.

3.6. *Remitir a servicios sociales u otro recurso que se adapte mejor a las necesidades del paciente*

Ante la consulta de un paciente en tratamiento o con un determinado problema que

precisa del mismo, el profesional tiene obligación de conocer qué es lo que se debe hacer, tomando las medidas más adecuadas al caso. Esto incluye derivarlo si el profesional considera que excede su ámbito de actuación, no dispone de los medios adecuados o no se siente lo suficientemente capacitado para adaptarse a las necesidades del paciente. Por ejemplo, si un paciente va al médico con una apendicitis, el clínico debe saber que el tratamiento adecuado es quirúrgico, por lo que aunque no esté en disposición de llevarlo a cabo, sí es responsable de derivarlo a un cirujano. Al igual que en un CRPS, por ejemplo, no se cuenta con medios suficientes para hacer frente a una crisis psicótica, y por tanto el paciente deberá ser atendido por el psiquiatra para intentar reajustar la medicación.

En el caso de los trastornos mentales graves o crónicos, los psicofármacos son parte del tratamiento de elección. Al ser un profesional no médico, el psicólogo no tiene legitimación para prescribir psicofármacos. Igualmente tampoco puede interrumpir un tratamiento, a no ser que haya evidentes efectos adversos, hasta una nueva derivación al psiquiatra para que lo supervise.

Por lo tanto, si se observa que el paciente se encuentra en un brote psicótico, será imprescindible que acuda a servicios sociales para una atención de urgencia. El modo de plantearlo podría ser: *Estoy notando que se empieza a poner nervioso debido al malestar que le genera esta situación. Para que usted se quede tranquilo le aconsejo que vaya al hospital para que le hagan un chequeo completo. Además sería conveniente que lo haga acompañado de alguna persona de su confianza. ¿Quién piensa que podría acompañarle?*

El objetivo de que vaya acompañado de una persona es para asegurarnos de que acude a la cita y recibe la atención necesaria. Asimismo, cuando el paciente no es competente para brindar su consentimiento, este deber se le traslada al familiar responsable o al representante legal.

4. *Resumen*

- Escucha activa.
- Empatizar.
- No confrontar el discurso delirante.
- Desviar la atención.
- Reconducir la conversación.
- Remitir a servicios sociales u otro recurso que se adapte mejor a las necesidades del paciente.

5. *Aplicación al ejemplo*

P. ¡Siempre igual, nadie me hace caso! El psiquiatra me quiere matar, yo lo sé, estoy seguro... ¿Tú me crees?
T. ¿Por qué cree que su hermana está compinchada con el psiquiatra?
P. Está clarísimo, porque los dos son del Opus Dei.
T. Salvador, entiendo que el hecho de pensar que alguien quiere matarle genere en usted desconfianza y angustia, pero ¿qué otras alternativas hay para interpretar los hechos que usted me indica?
P. No hay más alternativas. Estoy seguro de que es así.
T. ¿Ha intentado reducir ese malestar de algún modo?
P. ¿Cómo voy a reducirlo si me quieren matar? ¡Estoy en peligro y nadie me hace caso!
T. ¿Cree que verlo desde otro punto de vista le ayudaría a sentirse mejor?
P. No, no hay otro punto de vista.
T. ¿Qué cosas le pueden hacer sentirse mejor?
P. No sé... pasear, salir con mis amigos…
T. Muy bien, Salvador, ¿entonces realizar actividades como la excursión del otro día? ¿Se lo pasó bien?
P. Pues sí, sobre todo me gustó la catedral.
T. ¿Me puede describir qué estuvieron haciendo allí, en la catedral?
P. Nos enseñaron unos libros muy grandes, casi del tamaño de un niño.
T. Muy interesante, seguro que lo pasó en grande. ¿Y qué más hicieron?
P. Fuimos a comer a un parque y estuve hablando con mis compañeros.
T. Me alegro mucho de que lo pasara tan bien. ¿Y qué tal día hizo?
P. Bueno, no hacía frío pero estuvo nublado.
T. ¿Sí? Pues fíjese en el tiempo que hace hoy.
P. Sí, hoy hace un tiempo perfecto, soleado, como a mí me gusta.
T. Bien, entonces puede aprovechar el día para hacer algo que le guste al aire libre. De hecho, parte del trabajo que íbamos a ver hoy era cómo hacer para organizarse...
P. ¿Entonces me está diciendo que me vaya por ahí y así me van a dejar de querer matar?
T. Le digo que hay cosas que le pueden hacer sentir mejor en esta situación. Pero insisto en que deberíamos centrarnos en continuar con la evaluación para que yo pueda decidir cuál sería la mejor forma de ayudarle con sus problemas.
P. ¡Pues éste es mi problema! Cómo se nota que no le pasa a usted. Nadie me cree. ¡Estoy harto!
T. Cuando estamos sometidos a un gran estrés o a una situación estresante es normal que nos sintamos desbordados o desorientados y no sepamos muy bien qué hacer, dándole vueltas a muchas ideas en la cabeza. Así es como parece encontrarse en este momento. Como por algún sitio hay que empezar, y ya que ha salido el tema del tiempo y de la organización, creo que la forma óptima de que aprovechemos el tiempo que queda de sesión es organizarnos. Le propongo que sigamos con lo

planificado para hoy, puesto que ya lo habíamos comenzado, y dejar así todo el tiempo restante a esto nuevo que comenta.

P. ¿Pero qué puede haber más importante que mi vida? ¿No se da cuenta de que estoy en peligro? ¡Ya me está dando largas! ¡Todo el mundo igual!

T. Me da la sensación de que se está empezando a poner muy nervioso. Le vuelvo a insistir en que es normal que en su situación sienta un gran malestar, y por ello considero que podría ayudarle acudir a un hospital a que le realicen un chequeo completo.

P. No quiero ir al hospital porque la última vez que fui me ingresaron y yo no quiero eso.

T. Entiendo que usted preferiría estar en cualquier otro lugar. Por eso lo mejor es que se intente distraer con otra actividad que requiera toda su atención y así conseguir que esa idea que le está molestando desaparezca. De todas maneras entiendo que a usted le dé miedo ir al hospital, pero ¿qué es lo peor que le puede pasar si se queda ingresado?

P. Pues que me medican, y no puedo salir a la calle ni estar en mi casa.

T. ¿Se acuerda cuándo fue la última vez?

P. Hace dos años.

T. Pues fíjese, desde hace dos años no ha tenido que pisar el hospital. Es igual que si de repente nos duele el estómago y al ir al hospital nos dicen que tenemos que ser operados de urgencia porque tenemos apendicitis; estaremos unos días en el hospital pero luego estaremos como nuevos. Eso es lo que le puede pasar a usted y yo creo, Salvador, que es mejor estar unos días bien cuidado en el hospital y recuperarnos que no estar todos los días mal. ¿No cree?

P. Yo no lo veo del todo claro, pero tiene razón en que estas ideas me molestan mucho y yo preferiría no tenerlas.

T. Bueno, por eso si quiere puede ir acompañado de alguna persona de confianza para usted. ¿Quién se le ocurre?

P. Bueno, podría ir con mi madre.

T. ¿Le tranquilizaría y estaría más seguro yendo con su madre?

P. Sí, claro, es la que siempre viene conmigo.

T. Perfecto, pues cuando haya ido no se olvide de volver a contactar conmigo para ponerme al corriente. De hecho, si quiere puede acompañarle ella la próxima vez que nos veamos.

Para asegurarse de que acude se puede hacer una llamada a la persona que le acompaña o directamente contactar con el centro al que ha sido derivado.

6. Se revela o evidencia la comisión de un delito

1. *Descripción del problema*

Trabajar con personas con problemas de conducta implica la posibilidad de que algunas de esas conductas sean altamente disruptivas o desadaptadas, como son las conductas delictivas.

Amparados por la confidencialidad o por la confianza en su terapeuta es posible que los pacientes verbalicen actos de mayor o menor importancia legal que lleguen a preocupar al terapeuta, sobre todo cuando se trabaja con ciertos colectivos (personas con problemas de conductas violentas, adicciones, o falta de control de impulsos).

Resulta difícil decidir qué hacer, muchas veces por el desconocimiento del clínico en temas legales, y en otras por las contradicciones aparentes entre aspectos legales y éticos. Imagínese que un paciente con sida no va a informar de ello a su pareja y por tanto ésta corre peligro de ser contagiada. ¿Qué debe hacerse?, ¿romper el secreto profesional por algo que puede no llegar a ocurrir?, ¿correr el riesgo de que la pareja sea contagiada? A pesar del debate ético y legal existen formas recomendadas de proceder, siendo la principal dejarse asesorar por los colegios profesionales y actuar según los expertos en la ley, ya que la legislación existente a veces es en sí contradictoria y susceptible de interpretación.

En líneas generales, el psicólogo clínico debe saber que: a) Se tiene que denunciar en algunos casos, y, por lo tanto, b) el secreto profesional tiene límites.

Si se tiene la certeza de que se ha cometido un delito, existe obligación de denunciar (artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal y artículo 450 del Código Penal). Si no hay conocimiento certero, es decir, hay amenazas por parte de la persona de cometer el delito pero aún no se ha llevado a cabo, no existe tal obligación, puesto que no hay delito, pero dependiendo de la peligrosidad que se estime, sí deberá ponerlo en conocimiento de las autoridades como prevención. Determinar la peligrosidad, según los juristas, depende básicamente del sentido común. Delitos leves, como pequeños hurtos en tiendas no parecen causar un perjuicio significativo. En tal caso, guardar el secreto puede ser más beneficioso para lograr un éxito terapéutico y en un futuro, si fuese un objetivo, que el paciente abandone esta pauta de actuación. En cambio, si las características del delito o sus consecuencias dañan de forma importante a una persona o a muchas (agresiones sexuales, estafas millonarias), el delito es grave, y por tanto mantener el silencio, aunque quizá pudiera beneficiar a la rehabilitación del paciente, perjudicará a terceras personas (víctimas primarias, secundarias, terciarias). Es más, es posible que si el delito queda oculto la persona tienda a reincidir (por ejemplo, agresiones sexuales a los hijos).

En líneas generales se debe tratar siempre de hacer prevalecer la obligación de guardar el secreto profesional en la medida de lo posible, pero debe quedar claro que los límites

del secreto profesional están marcados por la ley. Por ejemplo, si un juez reclama información sobre un paciente, lo correcto sería dar única y exclusivamente los datos que sean relevantes a la investigación (si un paciente está acusado de evadir impuestos, desvelar sus tendencias sexuales no aporta nada y excede lo éticamente permisible). Acogerse al secreto profesional también puede usarse para no testificar contra uno mismo, por ejemplo no revelando que se tenía conocimiento de un delito o que conociéndolo no se denunció (no hace falta decir que la intención de este capítulo es que no se llegue a este extremo).

Teniendo en cuenta estas consideraciones generales, se recogen algunas pautas de actuación para orientar la forma de proceder del psicólogo clínico en este tipo de situaciones.

2. *Propuesta de actuación*

2.1. *Valorar la peligrosidad real. Ponderar con principio de beneficencia*

Una vez el clínico esté en conocimiento del hecho o de las intenciones de la persona, debe explorar si el paciente ya ha cometido el delito (la importancia radica en si ya ha sido procesado por ello o no), o amenaza con hacerlo, si es capaz de llevarlo a cabo, si ya lo ha hecho antes, si dispone de medios para ello… (el procedimiento es similar al que se hace ante las ideaciones suicidas), si el delito en cuestión es de gravedad tal que suponga daños importantes a terceras personas (o flagrante, se está ejecutando ahora y es de tal evidencia que no necesita pruebas) o es un delito menor, y de las repercusiones terapéuticas que tendría que denunciar o no.

2.2. *Prevenir en lo posible y tratar de disuadirle. Establecer un contrato*

Si se decide que la situación es de importancia suficiente como para continuar con esta propuesta de actuación, inmediatamente se debe tratar de disuadir al paciente, sopesando con calma los *pros* y los *contras* de actuar en consecuencia. Al igual que con el paciente suicida se trata de analizar la situación de forma pormenorizada atendiendo en especial a posibles consecuencias. Si en el caso del suicidio el objetivo es inclinar la balanza hacia lo positivo de las razones para seguir viviendo, aquí el objetivo es que destaquen los aspectos negativos de cometer el delito. Seguidamente se establecerá un contrato en el que el paciente se compromete a no hacerlo (o no volver a hacerlo), ni hacer conductas similares, dándole alternativas incompatibles en caso de sentirse tentado, como llamar a emergencias, o, en caso de cometerlo, informar al psicólogo de ello (y en algunos casos también a la policía), recalcando que cumplir con lo escrito es condición indispensable para continuar con la terapia y obtener beneficios terapéuticos.

Por último, recordar al paciente los límites de la confidencialidad establecida al inicio de la terapia. *(Nuestra confidencialidad queda anulada si existe un riesgo para usted u otras personas. Sabe que es por su bien principalmente, y el de los demás. Además estoy obligado por ley a hacerlo así.)*

2.3. *Ante dudas, consultar con la asesoría jurídica del colegio oficial*

Recopilada toda la información posible sobre las intenciones del paciente y su potencial peligrosidad, ante las dudas, lo mejor es recurrir a asesoramiento jurídico especializado como ayuda para tomar una decisión. Sin duda, recurrir a la asesoría legal del Colegio Oficial de Psicólogos parece lo más indicado.

2.4. *Ante delitos mayores o que trasciendan, denunciar y considerar continuar con la terapia*

Si el psicólogo cree que su deber es denunciar dada la trascendencia del delito y que hacerlo así tiene como repercusión un mayor beneficio, o así se lo han recomendado desde el Colegio Oficial de Psicólogos, lo mejor es que se haga a través del Ministerio Fiscal (acudiendo personalmente adonde se hallen los juzgados). Es la forma más fácil y cómoda, tanto para quien acude a denunciar como para el proceso en sí, ya que se filtra más la información y por tanto resulta menos engorroso. Además es menos comprometido al ser el fiscal quien asume la responsabilidad una vez tiene conocimiento. Más opciones son recurrir al tribunal competente, al juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo.

Dependiendo de la situación, el clínico debería plantearse continuar o no tratando al paciente, si se considera que se puede obtener un beneficio y el paciente está dispuesto, además de que no exista riesgo para el terapeuta. No existe obligación alguna (y dependiendo de la situación puede no ser muy recomendable) de informar al paciente (ni al Colegio Oficial de Psicólogos) de que se han tomado medidas al respecto.

3. *Resumen*

- Valorar la peligrosidad real. Ponderar con principio de beneficencia.
- Prevenir en lo posible y tratar de disuadirle. Establecer un contrato.
- Ante dudas, consultar con la asesoría jurídica del colegio oficial.
- Ante delitos mayores o que trasciendan, denunciar y considerar continuar con la terapia.

4. *Consecuencias legales para el profesional*

Dado que cada caso es único e influyen multitud de variables, es imposible plasmar aquí un listado de consecuencias a las que tendría que atenerse el profesional en caso de tomar la decisión de no denunciar y que dicha decisión fuese un error. Se remite a las referencias legales hechas, aunque aquí se exponen brevemente algunas:

Incumplimiento de la obligación de guardar el secreto profesional: pena de prisión de 1 a 4 años, multa de 12 a 24 meses e inhabilitación especial para la profesión por tiempo de 2 a 6 años (art. 199.2 del Código Penal).

Omisión del deber de promover la persecución de los delitos: prisión de 6 meses a 2 años o multa de 6 a 24 meses (art. 450 del Código Penal; art. 259 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal).

Encubrimiento: prisión de 6 meses a 3 años (art. 451 del Código Penal).

7. El paciente es un menor, hijo de padres separados, y uno de éstos no da el consentimiento para la terapia

ICÍAR GIMÉNEZ-CASSINA, MIRIAM HUERTA y FRANCISCO JAVIER LABRADOR

1. *Descripción sucinta del problema*

Dentro de la práctica profesional, al terapeuta se le pueden presentar distintas situaciones relacionadas con el tratamiento a un menor, que pueden implicar cierta controversia.

Puede darse la situación de que acuda a consulta un menor, cuyos padres están separados, acompañado sólo por uno de ellos. En la evaluación se identifica que el motivo por el que no acude el otro progenitor, se debe a que se muestra contrario a la idea de que su hijo acuda a terapia. Según refleja la ley, las posibilidades de actuación son muy diferentes en función de cada caso específico. Se considerarán algunas de estas posibilidades.

En los casos en los que los padres están separados se manifiesta una dificultad añadida, puesto que se habrá de valorar el acuerdo en cuanto a la custodia del menor. Según rige la ley, si el niño es menor de 12 años y goza de madurez, se debe tener en cuenta su opinión. Por lo tanto es importante valorar el hecho de si es o no necesaria la autorización de los padres para que su hijo acuda a terapia.

Sin embargo, cuando el menor es mayor de 12 años y es considerado como un menor maduro por el juez, pueden prevalecer sus opiniones, siempre que se considere el mejor beneficio para el mismo.

Es importante recalcar el hecho de que en la medida de lo posible el paciente participará en la toma de decisiones a lo largo del proceso terapéutico.

2. *Ejemplo*

T. Don Expósito me acaba de decir que su hijo vive con usted y con su pareja, ya que desde hace 4 años está separado de la madre de Miguel. ¿Sabe la madre del menor que su hijo va a comenzar una terapia?

P. Sí lo hemos hablado, pero ella refiere que su hijo no tiene ningún problema y por tanto no entiende que tenga que venir a terapia. Aunque mi ex mujer está en contra yo considero que es muy importante que reciba ayuda por la situación en la que se encuentra. Además voy a ser yo el que costee los gastos de la terapia, y ella es imposible que vea los problemas de nuestro hijo, puesto que tan sólo le ve un fin de semana cada 15 días, y soy yo el que le está sacando adelante.

3. *Propuesta de actuación*

Acude a consulta un menor, hijo de padres separados, acompañado sólo de uno de sus padres.

En la primera sesión, tras preguntar los datos sociodemográficos, hay que asegurarse de que existe autorización por parte de ambos padres para que el menor acuda a terapia. (Al estar los padres separados ha de averiguarse el acuerdo establecido en cuanto a la custodia del menor.) Para ello es deber del terapeuta es informar de la necesidad de tener la autorización del otro progenitor. Si fuere pertinente se le podría exigir un consentimiento informado del progenitor que no acude.

En cualquier caso puede ser interesante el tratar de conocer los motivos por los cuales la otra parte se niega al tratamiento del menor. Siempre es más favorable el poder fomentar un acuerdo entre ambas partes para tratar de preservar el equilibrio entre los derechos del menor y los de sus padres.

En caso de no producirse el acuerdo, el facultativo ha de valorar aspectos tales como:

3.1. *El menor cuenta con una edad inferior a 12 años*

- El menor es considerado no capaz, intelectual ni emocionalmente, de comprender el alcance de la intervención. En este caso, la decisión, según marca la ley, la toman sus padres siempre y cuando se escuche previamente la opinión del menor; por lo tanto, no se puede proceder al tratamiento sin la autorización de ambos padres.
- En caso de conflicto por parte de los padres se procederá por vía judicial, y será el juez quien, tras haber escuchado la opinión del menor, tome la decisión siempre tratando de reportar el mayor beneficio para éste.

3.2. *El menor cuenta con una edad superior a 12 años y no goza de madurez según el juez*

Se deberán seguir los mismos pasos que si el menor fuera menor de 12 años.

3.3. *El menor cuenta con una edad superior a 12 años y goza de madurez*

- En la primera sesión se preguntará al menor su opinión. Si está de acuerdo, se proseguirá con el tratamiento, sin tener en cuenta al progenitor que se opone. Si no está de acuerdo, no se puede continuar el tratamiento, a excepción de que esto suponga un riesgo para su salud o para la de otros.
- El profesional ha de tratar que se vea dañada lo menos posible la relación entre los padres y el menor, en caso de total desacuerdo.
- Sería conveniente de todas formas implicar a los padres en el tratamiento, puesto que el niño podría beneficiarse con esta colaboración. En algunos casos es necesario trabajar de forma paralela, ya que los padres están muy directamente relacionados con la conducta que manifiesta el menor.

Por ejemplo: en numerosas ocasiones, para que el niño modifique su conducta previamente los padres deben aprender a establecer normas o límites en casa; sin ese trabajo, es muy probable que el niño no pueda notar esos cambios y fracase la terapia.

3.4. *El menor tiene 16 años o está emancipado*

- Si el menor tiene los 16 años cumplidos, esté o no emancipado, y se encuentra en conflicto con la decisión tomada por sus padres, prevalecerá la decisión del menor, a excepción de que ésta suponga un riesgo para su salud o para la de otros.
- En último caso, siempre es el juez quien, tras escuchar al menor con suficiente juicio, ha de tomar las decisiones que más beneficien al menor.

4. *Resumen*

El menor no supera los 12 años de edad o no goza de madurez

- La decisión la tomarán sus padres siempre y cuando se escuche previamente la opinión del menor.
- En caso de conflicto será el juez el encargado de tomar la decisión.

El menor supera los 12 años y goza de madurez

- Se deberá tener en cuenta la opinión del menor, pudiendo continuar con la terapia ante la oposición de los responsables legales.
- El profesional deberá incluir en el tratamiento a los padres por el beneficio del menor

y tratar de que la relación entre padres e hijo se vea lo menos dañada posible.

El menor cuenta con 16 años o está emancipado

• Prevalecerá la opinión del menor, esté o no emancipado, siempre y cuando la decisión no suponga un riesgo o daño para su salud o la de otros.
• En último caso, siempre puede intervenir el juez para tomar la decisión que más beneficie al menor.

8. En problemas de pareja, uno de los miembros no acude a sesión

ROBERTO GÓMEZ, LAURA MARCOS, CRISTINA DELGADO y FRANCISCO JAVIER LABRADOR

1. *Descripción del problema*

Los conflictos y desacuerdos entre una pareja suelen ser frecuentes, y habitualmente se traducen en discusiones, aunque a veces se llevan a cabo conductas más agresivas. El motivo principal en la mayoría de ocasiones suele ser la falta de comunicación o la discrepancia al respecto de una realidad o intento de actuación en ésta. Por ello, es posible que, cuando se presentan relaciones conflictivas en una pareja, cada uno de los miembros considere posibilidades de actuación diferentes. Así, uno de ellos considera adecuado el acudir en busca de ayuda psicológica; sin embargo, el otro puede no estar de acuerdo. Esto puede llevar a una situación un tanto complicada: se considera necesaria una terapia de pareja pero sólo uno de los miembros está interesado en venir.

Diversas razones pueden darse para que uno de los miembros de la pareja no comparezca:

• Niega que haya una mala relación. Quizá por considerar que el problema lo tiene sólo la otra persona o por haberse acostumbrado a un estilo de convivencia inadecuado.
• Puede estar de acuerdo con que sí existe la situación problemática, pero el acudir a consulta le provocaría tener que asumir su culpabilidad.
• No cree que la solución sea ir al psicólogo, bien por desinformación o bien por escepticismo.
• Puede que el hecho de acudir a terapia ya en sí genere una situación problema.
• Ha tomado la decisión de no continuar con la relación.
• Considera que no vale la pena la inversión de tiempo y dinero.
• Hay algún agente externo que se lo impide, como por ejemplo la falta de tiempo.

En algunos de los casos puede ser de ayuda la propuesta de actuación incluida en *2.1*.

El paciente no quiere venir porque no está loco o no tiene ningún problema, *5.5. Discusiones de pareja en sesión,* y *5.6. En terapia de pareja uno de ellos boicotea o no cumple las tareas.*

Abordaremos aquí la situación específica en la que se considera necesaria la terapia de pareja, pero uno de los miembros de ésta no acude. En consecuencia, uno de los objetivos principales será intentar motivar a la persona que no asiste a fin de que cambie su forma de actuar y vaya a terapia. Si esto no es posible y se hace inviable una terapia de pareja, no habrá más remedio que cambiar a un formato de terapia individual. Se trabajará para que, a través de la actuación de uno de los miembros, pueda producirse un cambio en la relación de pareja a fin de superar el problema.

2. *Ejemplo*

Amador y Consolación son un matrimonio de 45 y 48 años, respectivamente. Presentan problemas en su relación de pareja que, entre otras dificultades, les han llevado a reducir de forma importante sus interacciones sexuales. Es Consolación quien decide solicitar la ayuda psicológica después de más de dos años en los que estos problemas han ido empeorando. Inicialmente ambos parecen estar de acuerdo en buscar ayuda, y en el momento de solicitar la cita, Amador no había puesto ningún inconveniente, pero llegado el día de la primera sesión sólo acude a consulta Consolación.

Tras la presentación y exposición inicial del motivo...

T. Consolación, veo que no ha venido su marido con usted.
P. Sí, eso le quería comentar. Él dice que no le ve sentido a venir, considera que es algo que podemos arreglar nosotros sin ayuda.
T. ¿Y usted qué opina con respecto a esto?
P. Pues no estoy de acuerdo. Yo quiero intentarlo. Pero no sé hasta qué punto podremos mejorar la relación si él no viene conmigo. Aunque también pienso que casi mejor venir sin él...

3. *Propuesta de actuación*

Aunque la propuesta de actuación considera la situación en que uno de los dos miembros de la pareja no acude, puede ser también útil si, aun viniendo ambos a terapia, aparecen reticencias en alguno de ellos. Las actuaciones iniciales tendrán como objetivo principal conseguir motivar al miembro que no ha aparecido a incorporarse a la terapia. Para ello se orientará la primera sesión a explicar a la persona que ha acudido las directrices y estrategias de actuación. Se le pedirá que transmita estas directrices a su pareja, a fin de que pueda ver la pertinencia de la terapia y el proceso a desarrollar.

Puede incluso facilitarse algún documento o material informativo para que haya mayor seguridad de que se va a comunicar lo adecuado. Dado que la información no es suficiente habrá que insistir en las posibles ventajas o ganancias de acudir a tratamiento. En casos especiales se puede contemplar la opción de que el terapeuta ofrezca la posibilidad de un contacto telefónico con la persona que no ha acudido, con objeto de hacer una breve introducción al respecto.

3.1. *Indagar posturas ante la terapia*

Es conveniente clarificar las razones por las que no se desea realizar una terapia en pareja. Una vez conocidas éstas pueden abordarse de forma directa, a fin de poder trabajar ideas o creencias erróneas que pueda haber, como las relacionadas con la necesidad de asumir la propia culpa, o tener que contar cosas de la infancia, suspicacias sobre la actuación del psicólogo, etc.

3.2. *Empatizar y considerar la ayuda de un profesional*

Es importante mostrarse empático, señalando lo difícil de la situación, y reforzando en todo momento su asistencia, en especial al que muestre menor interés en la terapia. Asimismo, normalizar la situación, indicándoles que es lógico que piensen que un problema de pareja deberían poder solucionarlo solos, puesto que nadie conocerá la realidad mejor que ellos. Pero, dada la situación en que están, en especial las dificultades para lograr acuerdos, la ayuda de un profesional puede ser de gran utilidad para orientarlos en estos momentos. También puede ser útil explicar el modo de trabajo de un psicólogo y, más específicamente, la forma de proceder en la terapia de pareja.

Se puede hacer referencia a cómo se acude a otros profesionales o incluso a amigos para resolver otros problemas que afectan a ambos miembros de la pareja: el tutor que les aconseja cómo actuar con su hijo, un abogado en caso de conflictos, etc.

3.3. *Poner de manifiesto los beneficios de acudir a terapia*

Resaltar los beneficios que se obtendrán con la terapia, en especial la mejora en la comunicación y la disminución del ambiente de tensión. No obstante, siempre será de especial valor el dar la posibilidad de que sea la misma pareja la que mencione las razones por las que inicialmente decidieron acudir a terapia. Se hará referencia tanto a los beneficios comunes como a los específicos para cada uno de los miembros. En algún momento debe abordarse el valor especial de llevar a cabo una terapia de pareja con ambos miembros de forma conjunta. Insistir a la pareja en que ambos son igual de imprescindibles en la terapia y que, por tanto, los dos tendrán sus beneficios si están implicados, sin perder de vista el objetivo último que sería la mejora de la relación.

Actuar como «abogado del diablo» para los casos en los que se mantenga la reticencia a pesar de todo.

3.4. *Posibilidad de plantear la terapia con un período de prueba*

Una posibilidad ante el escepticismo de algunos pacientes, es el plantear la asistencia al psicólogo como un período de «prueba». Se trata de que puedan sentir que son ellos los que llevan el control de los progresos y vayan viendo estos beneficios. Dejando siempre la libertad de que, si no notan ningún cambio, se replanteará la terapia o incluso se reconsiderará la opción de abandonar el tratamiento. Que vean la terapia como una opción con la cual no se puede perder nada y sí ganar algo.

3.5. *Establecer condiciones mediante consenso (quid pro quo)*

Dado que el fin de la terapia es que mejore la relación de pareja y para ello han de trabajar en conjunto, pueden hacerse en los primeros momentos concesiones especiales a uno de ellos si se muestra especialmente reticente (por ejemplo: *si vamos juntos a terapia, me encargo yo de sacar al perro todas las mañanas esta semana*). Posteriormente debe hacerse evidente la necesidad de correspondencia, y un intercambio de favores o recompensas equilibrado. Ambos pueden solicitar las cosas que desean del otro y negociar qué están dispuestos a dar a cambio de qué. Utilizando la técnica de solución de problemas, se puede llegar a un acuerdo conjunto de objetivos a corto y medio plazo que como pareja desean obtener.

3.6. *Anticipar el posible curso del problema si no se toman medidas*

Algunas personas no reaccionan hasta que no ven realmente peligrar su relación o hasta que ya está demasiado deteriorada. Puede ocurrir que no vean la necesidad de acudir a terapia hasta que la otra parte amenaza con cortar la relación o incluso cuando ya ha empezado a buscar soluciones más drásticas. La tendencia general es que el problema vaya a peor con el tiempo, puesto que no se está haciendo nada para solucionarlo o lo que se ha intentado no funciona.

3.7. *Cambiar a formato individual*

Existe la opción de plantear una terapia individual para ambos, suponiendo que la persona que demandaba la ayuda no tenga inconveniente. Puede suceder que la parte que se niega a venir acceda si es para ayudarle en algo que considera personal, como por ejemplo estrés laboral, alguna fobia, adicciones, etc. Una vez iniciada la relación

terapéutica individual, ésta puede suponer una prueba de realidad para la persona, facilitando el que más adelante la propuesta de una terapia de pareja tenga mayor probabilidad de éxito.

Si finalmente no se consigue el objetivo de motivar a la otra parte o resulta imposible, se pasará a adaptar la terapia a un formato individual únicamente con el miembro de la pareja que demandaba la ayuda. El modo de actuación en este caso sería intentar fortalecer lo máximo posible a esta persona para que pueda organizar y ayudar al cambio en la relación de pareja. Establecer estrategias, como los intercambios de favores o premios, para cambiar la forma de interacción habitual, sin duda será positivo. También se puede dar la opción de que vaya compartiendo con su pareja en el hogar la forma de trabajo en la clínica, animando a seguir las directrices de ésta.

4. *Resumen*

- Indagar posturas ante la terapia.
- Empatizar.
- Proponer la posibilidad de contar con un profesional especializado/cualificado para ayudarles.
- Poner de manifiesto los beneficios de acudir a terapia.
- Posibilidad de plantear la terapia como un período de prueba.
- Establecer condiciones mediante consenso *(quid pro quo)*.
- Anticipar el posible curso del problema si no se toman medidas.
- Cambiar a formato individual.

5. *Aplicación al ejemplo*

T. Dígame, Consolación, ¿cuáles son las razones que le ha dado Amador para no querer venir a terapia?

P. Pues él considera que es una pérdida de tiempo. Dice que los problemas los tenemos que resolver entre nosotros, como hemos hecho siempre.

T. Entonces parece que ambos sí están de acuerdo en querer mejorar su matrimonio, pero Amador considera que prefiere hacerlo sin tener que buscar una ayuda externa, ¿no?

P. Eso es, dice que quién nos va a conocer mejor que nosotros mismos para solucionarlo.

T. Es comprensible que uno prefiera solucionar los problemas en pareja, y que se sienta extraño contando a un desconocido lo que sucede. De hecho así es como se ha hecho durante muchos años.

P. Sí, pero es que así no podemos seguir. Es que no pone nada de su parte. Nos

pasamos el día discutiendo y enfadados.

T. Bueno, es normal que esta situación le genere malestar. Y le felicito por haber tomado un paso como éste. ¿Por qué cree que Amador no ha querido venir a tratamiento?

P. Pues no lo sé muy bien, pero imagino que piensa que aquí se viene cuando se está muy mal y no por una simple discusión de pareja.

T. Bueno una terapia psicológica tiene como objetivo central ayudar a las personas a disfrutar mejor de su vida. En consecuencia se abordan los problemas habituales y se establecen estrategias para afrontarlos con éxito. Por ejemplo es normal que en una relación existan diferencias y que se generen conflictos. El problema aparece cuando estas diferencias generan malestar y no se sabe cómo solucionarlo. Parece que es su caso, ¿no?

P. Ya, si yo le entiendo, pero es que él no quiere ver que necesitamos ayuda de alguien. Y yo ya no sé qué más decirle.

T. Podría intentar ponerle un ejemplo, como que cuando padecemos una enfermedad, o tenemos un accidente, normalmente utilizamos remedios que otras ocasiones nos han funcionado. Pero algunas veces esto no funciona, el problema no se resuelve. Se hace necesario ir a un especialista para que nos ayude. Algo similar puede pasar en la relación de pareja. Remedios que antes funcionaban cuando se enfadaban, ahora ya no funcionan, y un especialista puede ayudar a desarrollar nuevas soluciones. ¿Qué le parece esto?

P. Sí, se lo diré, pero es que él no ve que podamos conseguir nada viniendo.

T. No es fácil, en situaciones complicadas, ver las soluciones más adecuadas. Quizá pueda planteárselo como un sistema de prueba. No pierden nada por probar y a lo mejor gana algo con ello. ¿Qué beneficios cree usted que puedan obtener con venir?

P. Pues para mí sería muy valioso que pudiéramos mantener una conversación sin levantar la voz. Yo también le suelo gritar mucho. Pero es que hay días que me levanto enfadada por algo que pasó el día antes. Y me siento triste y decaída muchos días. A él le noto muy nervioso últimamente. También duerme mal.

T. Está claro que si discutimos muy frecuentemente, nos pasaremos el día enfadados o de mal humor. Sobre todo porque esto luego repercute a otras áreas de nuestra vida. Por eso con la terapia intentaremos trabajar una mejor forma de comunicarse, sin esas discusiones tan frecuentes. Igualmente podemos trabajar ese estado de ánimo con usted, para que se encuentre mejor. Y bueno, si Amador también decide venir, usted podría comprometerse con él a no gritarle a lo largo de tres días, y además en terapia le facilitaríamos una técnica para que pueda estar más tranquilo.

P. Eso no le vendría nada mal, él se pone muy nervioso cuando discutimos porque dice que yo siempre le doy la vuelta a las cosas.

T. Consolación, sería interesante que él también viniera para que tuviera la posibilidad de dar su versión de la situación, ya que en una terapia de pareja ambos son igual de imprescindibles. Se trata de saber cómo ve el problema cada uno y qué consideran

que habría que hacer, para que así ambos obtengan algo a cambio por sus esfuerzos y lograr que su relación mejore poco a poco. Para ello han de trabajar los dos juntos.

P. Ya, pero ¿y si él sigue sin querer venir a pesar de todo? Es que yo no sé cuánto voy a poder aguantar si seguimos así.

T. Si no consigue que venga, cabe posibilidad de ponérselo como condición. Explíquele que usted está muy preocupada por lo que está ocurriendo, ya que muchas veces los problemas pueden ir a peor si los dejamos pasar. Coméntele sus miedos con respecto al futuro de su relación.

P. La verdad es que tengo miedo. Han sido muchos años y me da pena de que ahora estemos así.

T. ¿Qué objetivos espera obtener a corto y largo plazo?

P. Pues por el momento que Amador no esté tan nervioso, ni yo tan triste y malhumorada a diario. Me gustaría discutir menos con él. Y bueno, a largo plazo me gustaría que pudiéramos volver a disfrutar de cosas juntos. Que volvamos a mantener relaciones sexuales también...

T. Es normal que queramos recuperar cosas que sentimos que hemos dejado de hacer. Mi objetivo es ayudarles para que su relación mejore. Pero es imprescindible que ambos acudan a terapia. ¿Usted cree que podría convencer a Amador después de lo que le he estado explicando?

P. No lo sé. Yo, si quiere, se lo pregunto.

T. Bien, pues háblelo con él y durante esta semana póngase en contacto conmigo y me comenta qué han decidido. Le voy a entregar unas hojas informativas en donde se explican algunos de estos aspectos que hemos hablado hoy para que puedan leer tranquilamente en casa. ¿Le parece bien?

P. Sí, sí.

T. Si aún así no lo consiguiera, cuando me llame para confirmar la próxima cita, yo podría intentar explicárselo a su marido si acepta hablar conmigo por teléfono. Pero creo que es más conveniente si primero se lo comenta usted.

P. Vale, entonces yo le llamo esta semana con lo que sea y le cuento.

T. Perfecto, Consolación. De todas formas me gustaría informarle de que si Amador decide no asistir a la terapia, tenemos la opción de trabajar en una terapia personal con usted para ayudarle a que se sienta mejor y así pueda poner en marcha soluciones de manera más individual.

9. El paciente cuestiona la capacidad del terapeuta alegando que no puede ayudarle porque es demasiado joven o no ha pasado por sus mismas experiencias

MILAGROS ESCRIBANO, MARTA RUBIO y FRANCISO JAVIER LABRADOR

1. *Descripción del problema*

El paciente critica o cuestiona la capacidad del terapeuta para poder ayudarle considerando que no es el adecuado. Argumenta algunas razones; entre ellas, duda de la capacidad profesional del psicólogo o pide justificación al respecto porque considera que el psicólogo:

a) Es demasiado joven.
b) No ha vivido su misma situación traumática.
c) No entiende su situación.
d) Tiene poca experiencia, o al menos poca experiencia con problemas como el suyo.
e) No es de su mismo sexo, por lo que no puede ponerse en su lugar.

2. *Ejemplo*

El paciente es un economista de 51 años. Hace dos años, viajando en coche con su mujer y sus dos hijos, tuvo un accidente en el que perdió la vida la hija mayor (16 años), sin que los demás tuvieran más secuelas que magulladuras y rasponazos. A partir de entonces su estado de ánimo ha ido empeorando de forma progresiva, las relaciones con su pareja se han agriado y también con el hijo. Con frecuencia tiene pensamientos acerca de que él tuvo la culpa del accidente y, por tanto, de la muerte de su hija, aunque no recuerda nada de los momentos anteriores al accidente ni qué es lo que hizo. También tiene reexperimentaciones de lo sucedido, problemas de concentración en su trabajo y problemas de sueño... Ha solicitado ayuda y acude a la primera sesión. La terapeuta es una mujer de 32 años.

T. Don Luis, según me indica, su problema principal es el intenso malestar constante que siente desde que hace dos años su hija murió en un accidente de automóvil. ¿Podría describirme con más precisión a qué se refiere con ese «intenso malestar»?
P. No sabría precisarle mucho..., una sensación de depresión y de aturdimiento que me acompaña todo el día y también muchas veces por la noche dificultándome el dormir.
T. Muy bien, a eso me refiero. ¿Puede precisarme qué actividades ha dejado de hacer, o no hace y le gustaría hacer, a partir de ese momento?
P. Bueno, no sé si eso es muy importante, en realidad. La vida me ha cambiado por completo, ya nunca volveré a ser el mismo.
T. Entiendo cómo debe sentirse y el momento doloroso por el que está pasando. Mi objetivo al preguntarle específicamente es establecer con precisión la situación actual a fin de poder facilitarle una ayuda, más adecuada.
P. ¿Pero usted cree que mi situación tiene alguna solución? Usted no sabe lo que es perder a una hija de 16 años, y de la forma en que la perdí. ¿Qué experiencia tiene de este tipo de situaciones?...

3. *Propuesta de actuación*

3.1. *Recoger su comentario de forma empática*

Lo primero será recoger y referirse a la información, o el cuestionamiento del paciente de forma empática para hacer ver que entendemos su preocupación: *Está pasando un momento realmente duro y duda sobre la posibilidad de superarlo*. *Sin embargo, otras personas han pasado por situaciones similares o más graves y lo han conseguido. Seguro que usted también podrá hacerlo*. Aclararle y hacerle explícito que la ayuda psicológica consiste en enseñarle habilidades para manejar estas situaciones. Sin duda, ésta puede ser de gran importancia para ayudarle a superar su situación.

3.2. *No justificarse profesionalmente ni permitir una evaluación profesional*

No tratar de justificarse profesionalmente: *Yo estoy cualificado. He hecho unos cursos especiales*... Si el paciente insiste en señalar o cuestionar la capacidad del terapeuta, puede ser útil tratar de romper el discurso: *No es el momento de evaluar mi capacidad profesional, ya lo hicieron los profesionales pertinentes.*

3.3. *Acuerdo parcial en que esté preocupado, reasegurando el valor del profesional*

Señalar que está de acuerdo en que esté preocupado por si un psicólogo, en concreto el propio terapeuta, puede ayudarle. Entiende que para él es vital, está sufriendo mucho y no encuentra soluciones. Pero los profesionales de la psicología se preparan para poder ayudar en estas situaciones y los resultados empíricos lo avalan.

3.4. *Señalar la no relación entre actuación profesional y experiencias vividas (ejemplos de otras profesiones)*

Si es necesario, porque el paciente insiste, señalar la no relación entre actuación profesional y experiencias vividas, facilitando ejemplos de otros profesionales.

Los oncólogos no han de haber padecido previamente cáncer, menos aún todos los tipos de cáncer que tratan; no podría haber ginecólogos o andrólogos de distinto sexo; el mecánico al que llevamos nuestro coche no es necesario que tenga el mismo modelo para arreglarlo, etc.

3.5. *Reorientar el diálogo a los objetivos de la sesión y la intervención*

El objetivo es volver a centrarse en cómo ayudarle en estos momentos de especial

malestar, y para eso es importante conocer de forma precisa su situación y malestar. Es importante volver a controlar el diálogo y orientarlo hacia la descripción de la situación actual. Recordar la importancia de las preguntas para el control de la conversación.

3.6. *Señalar la importancia de compromiso y confianza*

Es importante que el paciente se comprometa e implique en el tratamiento. Desde la terapia se le pueden enseñar estrategias para manejar sus emociones, para cambiar su forma de ver las situaciones y organizar su forma de comportarse. El tratamiento es esencialmente un proceso de aprendizaje. Pero es él quien debe poner en práctica estas habilidades y recursos aprendidos; para ello es importante que confíe en su valor y se implique activamente en utilizarlos. Pero es difícil aprender algo si no se está dispuesto a hacerlo, si no confía en el profesional que puede enseñarlo.

3.7. *Exigir compromiso, al menos temporal, con la terapia para proseguir*

Si el paciente sigue un tanto reticente, se puede proponer un compromiso al menos temporal. Fijar un número reducido de sesiones para evaluar el progreso y después volver a replantearse la decisión sobre su continuidad.

Él solicita ayuda, pues no dispone de habilidades adecuadas para superar su situación. *¿Por qué no se da una oportunidad, comprometiéndose por un breve período de tiempo (5-6 sesiones) con la oportunidad que le brindamos? Después de ese período puede ver y evaluar hasta qué punto le resulta útil nuestra ayuda y replantearse la decisión de continuar o no*. Eso sí, el compromiso implica confianza y sinceridad completa con el terapeuta, pues sólo podemos ver lo que él quiera mostrarnos.

3.8. *Ofrecer/recordar control sobre la situación*

Por último se puede ofrecer/recordar control sobre la situación. En todo momento es él quien tiene y tendrá control sobre la situación. No se hará nada que él no admita hacer. Eso sí, profesionalmente el terapeuta está obligado a señalar qué considera que es lo más adecuado en cada momento. Por supuesto está en su derecho para acudir a otro profesional en busca de ayuda si le parece más adecuado, pero si desea continuar, ha de confiar e implicarse activamente.

4. *Resumen*

- Recoger su comentario de forma empática.
- No justificarse profesionalmente, ni permitir una evaluación profesional.

- Acuerdo parcial en que esté preocupado, reasegurando el valor del profesional.
- Señalar la no relación entre actuación profesional y experiencias vividas (ejemplos de otras profesiones).
- Reorientar la conversación a los objetivos de la sesión y la intervención.
- Señalar la importancia de compromiso y confianza.
- Exigir compromiso, al menos temporal, con la terapia para proseguir.
- Ofrecer/recordar control sobre la situación.

5. *Aplicación al ejemplo*

P. Dudo que entienda mi situación. Le insisto: ¿sabe usted lo que es perder a una hija de 16 años? Cuando solicité ayuda psicológica no pensé que sería usted tan joven. Pensé que sería algo mayor y que tendría hijos. Pero dudo que usted tenga hijos y pueda entender por lo que estoy pasando. Me cuestiono si realmente puede ayudarme.

T. Entiendo que, dado el malestar que le produce su problema, esté preocupado por conseguir ayuda eficaz al respecto. Es lógico que una persona en su situación se sienta especialmente agobiada, no vea soluciones y mucho menos fáciles, y quiera estar seguro de que se le dará la ayuda más adecuada.

P. Sí, desde luego, ése es mi deseo y por eso he acudido. Pero ya le he expresado mis dudas sobre su capacidad para ayudarme. La veo a usted muy joven y no estoy muy seguro de que tenga experiencia suficiente para entenderme.

T. Entiendo su punto de vista, pero entienda también usted que, a pesar de su malestar, no es el momento de evaluar mi capacidad profesional, pues ya lo han hecho los profesionales pertinentes. El objetivo de la sesión debe ser orientar mi labor para ayudarle.

P. Yo quiero confiar en usted. ¿Pero cómo puede ayudarme si no ha pasado por esto, si ni siquiera tiene hijos para poder entender lo que esto significa?

T. Permítame que discrepe con esta idea. Usted no necesita una persona que haya pasado por estas situaciones, o de su misma condición, sino un profesional que sepa ayudarle a superar su estado de ánimo, a recuperar su vida. Evidentemente un profesional puede atender y ayudar a una persona con Alzheimer o demencia senil, sin que sea necesario haberlo padecido; de hecho sería un serio inconveniente. Entiendo que lo importante es la preparación profesional y la capacidad de éste para solucionar el problema.

P. Sí pero... para mí es una situación vital, me afecta personalmente. Por eso mi suspicacia...

T. Entiendo, pero los problemas que le he indicado también pueden ser vitales, incluso más determinantes, y el razonamiento no cambia: para los problemas importantes es decisivo contar con la ayuda de un profesional que disponga de las habilidades necesarias para ayudar a superarlos. Que sea viejo o joven, gordo o delgado, parece

menos relevante. Usted ha hecho lo adecuado, al buscar ayuda profesional, deje que los profesionales le ayudemos, es nuestro objetivo y estamos preparados para hacerlo.

P. Si tiene usted razón, pero... me resulta difícil aceptar emocionalmente lo que veo «razonable».

T Es lógico en su situación. Por eso permítame que reoriente nuestra interacción a lo que realmente le pueda servir de ayuda. Ahora es muy importante que nos centremos en que usted me trate de exponer su situación para que yo pueda hacerme una idea más precisa y así poder ayudarle mejor. Piense si al acudir al médico le dijésemos simplemente que nos sentimos mal. Inmediatamente nos preguntaría por síntomas concretos para poder establecer un diagnóstico y el tratamiento adecuado.

P. Lo cierto es que me cuesta...

T. Lleva mucho tiempo sufriendo esta situación tan difícil. ¿Por qué no se da y le da una oportunidad a la terapia? Si le parece, fijemos un número de sesiones para probar lo que le he expuesto anteriormente. En este periodo es muy importante que se implique activamente en el proceso de la terapia para poder lograr resultados adecuados. Después de este período usted decidirá si le está siendo útil y, por tanto, continuamos avanzando o, por el contrario, prefiere abandonarla.

P. Sí, quizá sea eso lo mejor, la verdad es que lo que yo he hecho hasta ahora no me ha dado muchos resultados.

T. Realmente es muy importante que usted se comprometa durante este tiempo de manera firme con la terapia, ya que, por lo explicado anteriormente, yo sola no puedo realizar el trabajo. La terapia es un proceso de aprendizaje y por tanto hay que estar permeable e implicarse en el mismo.

Por supuesto, está en su derecho para acudir a otro terapeuta si le parece más adecuado, pero, si desea continuar, ha de confiar e implicarse activamente.

P. Por supuesto, yo pondré de mi parte en cada momento. Tiene razón, si yo no trabajo, no tendría sentido la terapia.

3. PROBLEMAS EN LA APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO

1. El paciente se niega a realizar o no realiza las tareas para casa

CARMEN BLANCO, LAURA GÓMEZ, ROBERTO GÓMEZ y FRANCISCO JAVIER LABRADOR

1. *Descripción sucinta del problema*

Con mayor frecuencia de lo deseado el paciente muestra cierta resistencia a la hora de realizar las tareas entre sesiones. En algunas ocasiones esta resistencia aparece de forma esporádica o al respecto de alguna tarea concreta; en otros, de forma reiterada y consistente. En cualquier caso, resolver esta cuestión es de suma importancia para la consecución de los objetivos terapéuticos, y es fundamental que el paciente cambie su forma de comportarse en su medio habitual.

No realizar las tareas supone una dificultad importante en el curso del tratamiento, y es obligado tratar de identificar a qué se debe o qué está impidiendo la realización de las tareas encomendadas. Aunque sea una diferencia un tanto simple, se pueden considerar dos alternativas atendiendo a la supuesta «justificación» de esta no realización:

a) Casos en los que se considera que la no realización de las tareas está justificada, al menos en parte. Puede deberse a motivos como que no sabe realizarla, no la ha comprendido bien, ha tenido un contratiempo, siente que no las realiza de manera adecuada y no las hace, siente vergüenza por la baja calidad de la cumplimentación por su parte, etc.
b) Casos en los que se considera que la no realización de las tareas no está justificada. En la mayor parte de los casos el paciente señala excusas poco convincentes y utilizadas con demasiada frecuencia para justificar su no realización, entre éstas podrían ser olvidos de la tarea en casa, justificaciones sobre no haber tenido tiempo, o simplemente el uso abusivo de los ejemplos expuestos en el punto anterior.
c) En otros casos, el paciente se muestra reacio a cumplir con las tareas alegando que no valora la actividad o no la considera de utilidad para él, o se opone abiertamente a realizarlas insinuando que es el terapeuta el que debe hacer las cosas, no el paciente.

A continuación abordaremos los supuestos a) y b).

2. *Ejemplo*

T. Buenas tardes, Agustín. ¿Qué tal le fue la semana?
P. Mal, y respecto a esto le quería comentar que no he podido hacer las tareas.
T. ¿Qué ha ocurrido?
P. Pues que mi jefe me sigue poniendo horas extras, mi mujer está enferma y tengo que cuidar yo a la niña.
T. Veo que ha tenido una semana muy dura. ¿Es por esto por lo que no ha realizado las actividades agradables?
P. Exacto, es que no he tenido ni un minuto libre.
T. Entiendo. Pero ya son tres semanas las que no realiza ninguna actividad agradable como tarea para casa.
P. ¿Tres? No, no puede ser.
T. Realmente así lo es, lo tengo apuntado en mis notas. Y su estado de ánimo semanal también lo confirma.
P. Es que de verdad no he tenido ni un minuto libre. Además, como le he dicho, mi mujer está enferma y no hemos podido salir a ningún lado. No me extraña que esté deprimido si no tengo ni un minuto para disfrutar...

3. *Propuesta de actuación*

Se abordarán de forma diferenciada los supuestos *a*) y *b*). No obstante, en ambos casos es importante iniciar la actuación con una estrategia de empatía: *Entiendo las dificultades que señala para la realización de las tareas...* pero no se justificará nunca la actuación. Tras reforzar la alianza terapéutica con esta maniobra de empatía se tendrá una mayor capacidad de influir posteriormente en el paciente.

3.1. *Existe una justificación, al menos parcial, para la no realización de las tareas (dificultad en la realización, falta de tiempo, vergüenza, etc.)*

• Detectar y controlar los factores que dificultan su realización

En primer lugar, y de forma general, habrá que identificar cuáles son la dificultades para la realización de las tareas y tratar de darles una solución.

• Asegurarse de que las tareas son adecuadas

Confirmar que las tareas son adecuadas a las capacidades del paciente. Es posible que

se hayan sobrestimado sus aptitudes, y por tanto la realización de las mismas sea demasiado compleja para él. Si éste es el caso, se deberán simplificar las tareas, recurriendo a estrategias como:

— Explicar de nuevo la tarea y el objetivo a lograr con ella.
— Dividir la tarea. No se pasará a la siguiente fase hasta que no esté dominada la anterior.
— Entrenar de forma precisa al paciente en su realización.
— Simplificar las tareas, por ejemplo, si son registros, reduciendo el número de elementos a rellenar, sustituyendo el texto por números si es posible o dando listas de elementos que sólo deben marcar.
— Poner ejemplos concretos en las tareas de forma que el paciente sólo tenga que leer el ejemplo para entender lo que se le pide. O explicar brevemente cada paso de la tarea en las mismas.

• Solventar los problemas que presenta en una parte o en toda la tarea

Si la tarea es adecuada a las capacidades del paciente y el problema reside en la comprensión y finalidad de la tarea, bastaría con una nueva explicación, adaptando el lenguaje al paciente y utilizando ejemplos para favorecer su entendimiento. Para asegurarse de que ésta vez el paciente ha comprendido adecuadamente la demanda y su actuación, es útil solicitarle *feedback* de la explicación y realizar un ejemplo a continuación, dentro de la misma en sesión.

Podría ser que el problema residiera en alguna parte de la tarea o registro que le es especialmente difícil de realizar; en este caso se abordaría ésta directamente, insistiendo en su entrenamiento práctico en sesión.

• Remarcar la importancia de las tareas para la terapia

Para motivar al paciente ante las a veces tediosas tareas para casa, se debe hacer hincapié en el objetivo fundamental que se persigue con ellas, resaltando los beneficios que proporcionará su realización. En algunos casos hacer ver la importancia a medio plazo a pesar de las molestias que pueda suponer a corto plazo. Deben tener en cuenta que *el primer paso es el que más cuesta.* Pero, dado que las contingencias inmediatas son más importantes, podría añadirse alguna motivación extra e inmediata por su realización (lo mejor algún sistema de recompensas inmediato por su realización; por ejemplo, implicando a un coterapeuta).

• Dar por escrito las tareas en sesión

Para hacer más fácil el recordar su realización y la forma de llevarla a cabo, puede entregarse al paciente un documento en el que se resuma la forma de realizarlas,

especificando con exactitud las conductas que se esperan de él.

• Estipular un espacio temporal dedicado a las tareas

Si el problema reside en poseer un tiempo semanal limitado para las tareas, podríamos pactar con el paciente el momento o momentos de la semana para la realización de las mismas. Por lo tanto se debe establecer un adecuado control estimular que señale al paciente que ha llegado el momento de realizar las tareas. De esta forma si el paciente augura que su próxima semana será especialmente ajetreada, éste deberá poner en marcha esta estrategia ya aprendida. Ejemplo: *Me comentó que usted llega a casa un poco antes de que sus hijos vuelvan del colegio. Ése es un buen momento para realizar sus ejercicios de control de respiración. Así incluso se encontrará más relajado y mejor para disfrutar con sus hijos cuando lleguen.*

3.2. *Si no hay motivo justificado*

Si tras varias sesiones y motivos poco justificados, el paciente sigue sin traerlas, se puede actuar de la siguiente forma:

• Confrontar al paciente con su interés real en solucionar el problema

Plantearle cuál es su verdadero interés por solucionar sus problemas y confrontarle ante la discordancia de querer acudir a terapia para solucionar sus problemas y falta de colaboración para la misma. Ejemplo: *Es cierto que desea su mejoría, por eso está aquí y acude semanalmente. Pero por otro lado, no colabora más allá de la hora semanal de terapia. ¿Qué cree que está pasando? Recuerde que una hora es poco para cambiar su vida. Debe cambiar la forma de comportarse en su ambiente habitual, y todos los días.*

• Insistir en la importancia de las tareas para la terapia

Si realmente desea solucionar su problemática, es imprescindible hacerle ver la importancia de realizar las tareas y el objetivo de las mismas. En muchos casos, a semejanza de lo que sucede con la actuación de otros profesionales, como los médicos, el paciente considera que es el profesional el que hará las cosas para que él cambie. Hacerle ver que es un proceso de aprendizaje en el que es determinante lo que él aprenda, y sólo aprenderá si se implica, para lo que la realización de las tareas es decisivo. En todos los casos es importante que entiendan el papel de las tareas y su finalidad en el proceso terapéutico, de forma que si es necesario habrá que retomar esta parte. Ejemplo: *Recuerde que la finalidad de realizar las tareas es que usted utilice las habilidades aprendidas en la consulta en su medio habitual, cuando interaccione con su pareja, que es donde tiene problemas. Aquí en la consulta sólo entrenamos estas*

habilidades en condiciones más fáciles para aprenderlas, pero si no las utiliza donde las necesitan, no vale de mucho.

• Establecer un contrato terapéutico para la realización de las tareas

A pesar de que los pacientes se suelen comprometer verbalmente, es recomendable en estas situaciones hacer un contrato terapéutico, en el que quede claramente reflejado:

a) Las conductas que debe realizar y las condiciones en que debe hacerlo.
b) Las consecuencias de realizarlas.
c) Las consecuencias de no realizarlas.

Siempre es más interesante un contrato en el que se implique, además del paciente y el terapeuta, un coterapeuta, para que pueda facilitar estas contingencias en el medio habitual del paciente.

• Se ponen como condición para la próxima cita

Esta estrategia tiene un gran sentido práctico aunque de manera algo más tajante. Se le plantearía al paciente que la realización de las tareas será una condición necesaria para tener una próxima sesión. De tal forma que si tras la advertencia no trae los registros o tareas, deberemos ser consistentes y no tener sesión con él. Alternativamente se le puede exigir la realización de las tareas de forma previa al establecimiento de la próxima sesión terapéutica.

4. *Resumen*

Si existe motivo justificado

- Detectar y controlar los factores que dificultan su realización.
- Asegurarnos de que las tareas son adecuadas.
- Solventar los problemas que presenta en una parte o en toda la tarea.
- Remarcar la importancia de las tareas para la terapia.
- Dar por escrito las tareas en sesión.
- Estipular un espacio temporal dedicado a las tareas.

Si no hay motivo justificado

- Confrontar al paciente su interés real en solucionar el problema.
- Insistir en la importancia de las tareas para la terapia.
- Establecer un contrato terapéutico para la realización de las tareas.
- Se ponen como condición para la próxima cita.

5. ***Aplicación al ejemplo***

T. Bueno, Agustín, entonces esta semana tampoco ha realizado la tarea encomendada. Y me comenta que es por haber estado muy ocupado. Es normal que teniendo una semana tan ajetreada como la suya le haya costado encontrar tiempo para ir al cine o irse fuera el fin de semana. Pero ¿recuerda en qué consistían las actividades agradables?

P. ¡Sí, claro!, en hacer cosas que me gusten, ir al cine, al teatro o ir a pasar el domingo a la sierra. Y como le digo, estas últimas semanas no he tenido tiempo.

T. Efectivamente, eso también son actividades agradables, y, como muy bien dice usted, no siempre encontramos tiempo para su realización. ¡Ojalá tuviésemos tiempo y dinero para irnos todos los días al cine o al teatro o a cenar fuera!

P. ¡Ya le digo!

T. El problema es que no lo tenemos y que generalmente nos fijamos en este tipo de actividades para valorar cómo nos ha ido el día o la semana. Por ello, lo que se pretende con esta tarea es prestar atención a las actividades cotidianas que nos resulten agradables e intentar sacar tiempo para algunas más especiales. Y estoy seguro de que esta semana ha realizado muchas actividades agradables.

P. Pues la verdad es que no. Si mi vida fuera tan feliz, no vendría aquí con usted *(el paciente bromea)*.

T. Aun así estoy seguro de que ha habido algo bueno en su semana. Por ejemplo, ¿si su mujer está enferma, quién hizo la cena ayer?

P. Pues nadie, porque llegué tarde del trabajo y tuve que ir con mi hija a por algo de comida. Como le digo, no tengo tiempo ni para cocinar, que es algo que me gusta.

T. Usted generalmente no tiene tiempo para estar con su hija. ¿Poder dar un paseo y pasar un poco de tiempo con ella fue agradable?

P. Ya veo por dónde quiere ir. Pues la verdad es que sí que fue agradable, porque además pudimos hablar un poco mientras esperábamos a que nos dieran la comida.

T. Ya hemos encontrado una cosa y seguro que hay más. Me gustaría que se tomase unos minutos para pensar en más cosas agradables que hizo ayer. Recuerde que no tienen por qué ser grandes cosas, pueden ser tan simples como disfrutar de una comida, darse una ducha, ponerse una corbata que le guste especialmente o darle un abrazo a su hija.

P. Visto así, ayer sí que hice alguna cosa que me gustó. La cena estaba rica y luego nos pusimos todos en el salón a ver una película. Me agradó que todos estuviéramos juntos. Quizá no fue un día tan malo.

T. Como ve hay muchas cosas que hacemos a lo largo del día de las que podríamos disfrutar más si les prestásemos atención; el problema es que no le damos importancia porque son cosas rutinarias. Con esta tarea lo que se pretende es que usted se dé

cuenta de estas cosas e intente introducir más momentos agradables en su día a día. Si pueden ser cosas especiales como ir al cine o al teatro, bien; pero si no, se pueden introducir pequeñas actividades que le agraden, como leer, ver una película, disfrutar del buen tiempo, ayudar con los deberes a su hija...

Para facilitar que se dé cuenta de que algunas o muchas de las cosas que hace le agradan y vea cómo afectan a su estado de ánimo, es muy importante que las registre, incluso si es posible en el momento que suceden. Si no, se olvidará de ellas o de lo agradables que han sido.

P. Entiendo. El problema es que no sé si voy a tener tiempo de escribir todas estas cosas.

T. Si quiere podemos elaborar aquí una lista con las actividades que usted suele realizar a lo largo de la semana, de forma que sólo tenga que marcar cada día si las ha realizado. ¿Cuáles son estas actividades?

P. Pues leer, ducharme, dar un paseo, ver la tele con mi mujer, ir al cine...

T. Muy bien. Ahora es importante que fijemos cuándo va a rellenar el registro. ¿Cuándo dispone de unos minutos?

P. Si son sólo unos minutos, podría sacar tiempo a la hora de comer, justo después de comer.

T. Perfecto. Entonces todos los días después de comer rellenará el registro con las actividades agradables que ha realizado por la mañana. ¿Cuándo terminará de registrar las actividades realizadas el resto del día?

P. A lo mejor podría antes de irme a la cama o incluso en la cama.

T. Creo que es mejor que lo haga justo antes de irse a la cama. ¿Entonces se compromete a rellenar el registro en estos dos momentos?

P. Sí, sí, lo intentaré.

T. ¿Qué problemas cree que pueden surgir que le impidan realizar las tareas?

P. Ahora que entiendo mejor en qué consiste esto de las tareas agradables y que no es cuestión de tiempo, no se me ocurre ninguna.

Siguiente sesión...

T. Buenas tardes, Agustín. ¿Qué tal ha ido esta semana?

P. Mal, y respecto a esto le quería comentar que no he podido hacer las tareas.

T. ¿Qué ha pasado para que esta semana tampoco haya podido realizar las tareas?

P. La verdad es que no he tenido ni un minuto libre. En el trabajo he entregado un proyecto nuevo y mi jefe no me deja tiempo ni para ir al baño.

T. Entiendo que esta semana ha sido muy ajetreada, pero no sé si es consciente de que lleva cuatro semanas sin realizar las tareas. Además, la semana pasada dedicamos parte de la sesión a valorar la utilidad de esta tarea y a solventar el problema de la falta de tiempo. Me pregunto hasta qué punto usted está dispuesto a invertir parte de su tiempo y esfuerzo en solucionar su problema.

P. De verdad que siento mucho no haber realizado las tareas pero le aseguro que es porque no he tenido tiempo. Usted ya sabe que estoy dispuesto a hacer cualquier cosa con tal de sentirme mejor.
T. Cambiar nuestra manera de sentirnos no es tarea fácil, y requiere tiempo y esfuerzo. Y es cierto que cuando nuestro estado de ánimo es bajo todo parece que cuesta mucho más esfuerzo, y por ello es normal que a usted le cueste realizar las tareas. A donde quiero llegar es a que el objetivo final de realizar esta tarea no es otro que el de comenzar a sentirse mejor. De lo contrario, no podemos avanzar con la terapia si no realiza las tareas.
P. Tiene usted toda la razón, y entonces ¿qué puedo hacer?
T. ¿Qué se le ocurre a usted?
P. Uhmmm, podría «castigarme» como hago con mi hija cuando no hace los deberes.
T. Podría ser, y qué clase de «castigo» se le ocurre.
P. Hombre, me podría quedar sin ver el fútbol el domingo.
T. Dado que parte de su problema es que apenas tiene momentos de los que disfrutar, no creo que sea una buena idea que se quede sin algo que le gusta tanto por ahora. Y puesto que si no realiza las tareas, no podemos avanzar con la terapia, ¿qué le parece si posponemos la sesión en el caso de que no realice las tareas?
P. Tiene sentido.
T. Muy bien, ¿y qué premio cree que se merece si realiza las tareas?
P. Podría quedar con amigos para ver el partido en el bar en vez de en casa.
T. Me parece muy buena idea. ¿Y cuándo va a realizar las tareas?
P. La verdad es que cuando acordamos la semana pasada son los mejores momentos.
T. De acuerdo. Ahora quiero que lea en voz alta este contrato, ya que la utilidad y la explicación de cómo realizar las tareas, así como cuándo realizarlas y qué ocurre tanto si las hacemos como no está escrito aquí. Así que si se compromete a cumplir los términos del mismo, puede usted firmarlo.
P. Sí, estoy completamente de acuerdo.

2. Rechaza la técnica: quiere interrumpir las sesiones de exposición

MARTA RUBIO, CARMEN BLANCO y FRANCISCO JAVIER LABRADOR

1. *Descripción sucinta del problema*

El éxito terapéutico radica en la efectividad de los tratamientos, la intervención del psicólogo y en gran medida la colaboración y participación del paciente en el proceso. Así pues, se podría considerar que existen tres variables que influyen en la evolución de la

mejora de un paciente. A primera vista se puede pensar que la cooperación del paciente depende exclusivamente de él, pero lo cierto es que es labor del terapeuta motivar hacia el cambio y fomentar una buena relación terapéutica.

Esta relación debe generar un clima de confianza del paciente hacia la terapia y el propio psicólogo, lo que ayudará a obtener la seguridad que necesitará a la hora de poner en marcha diversas técnicas, en especial las que le resulten más molestas o complicadas. Una de ellas, sin duda, es la exposición a estímulos que le generan ansiedad, caso de las fobias, trastornos de estrés postraumático, obsesiones, etc. Es bastante habitual que se encuentre una resistencia importante al desarrollo de la exposición, pues muchos pacientes que deben llevarla a cabo han estado evitado durante años enfrentarse a sus temores.

Para conseguir que se desarrolle un adecuado proceso terapéutico, el profesional deberá utilizar diversas habilidades que dependerán de cada caso, es decir, habrá momentos en los que únicamente será necesario una explicación sobre el funcionamiento de la técnica y la eficacia de los resultados, y otros en los que se requerirá mayor destreza clínica por parte del psicólogo para motivar y «empujar» a un paciente a su realización. Es fácil constatar que el convencimiento y predisposición inicial del paciente no garantiza que a la hora de aplicar estas técnicas no surjan dificultades. Los pacientes experimentan bastante malestar al enfrentarse a sus miedos, y esto se suele traducir en el rechazo a continuar con la intervención tras los primeros momentos y en contra de lo que realmente sería útil para ellos. Dada la importancia de esta situación, se considerará, a modo de ejemplo más significativo, un problema que aparece de forma reiterada: querer abandonar las sesiones de exposición.

2. *Ejemplo*

La paciente ha comenzado la exposición. Ya ha superado los ítems iniciales, pero al proponer que se exponga al siguiente ítem, que ocupa un lugar intermedio en la jerarquía, se niega a seguir. Indica que le produce mucha ansiedad y que se considera incapaz de afrontarlo. Se le indica que no es así, que ella ha sido capaz de enfrentarse a los anteriores y seguro que tiene capacidad también para afrontar éste. Pero alude a los ítems superados considerándolos como pasos muy sencillos, infravalorando su esfuerzo. Insiste en que ella es consciente de sus capacidades y que no puede seguir, señala no tener fuerzas para afrontarlo. Se le propone introducir un ítem intermedio de menor intensidad para animarla a proseguir, pero indica que no quiere enfrentarse a más ítems y que desea abandonar las tareas de exposición, para las que no se encuentra preparada.

T. Veo, Lourdes, que está trabajando muy bien y que ha conseguido afrontar en su ambiente los ítems entrenados hasta ahora. La felicito. Va muy bien. Ahora, en esta sesión, comenzaremos por el siguiente ítem de la jerarquía, el número 5.

P. He estado pensándolo en casa... y bueno en realidad ya lo sabía... ya no soy capaz de seguir con la exposición. No tengo fuerza suficiente para enfrentarme a los siguientes ítems.
T. Es cierto que a veces puede parecer complicado, pero hasta ahora lo ha estado haciendo muy bien. Se ha expuesto con éxito a los ítems anteriores. ¿No ha constatado que ahora puede hacer cosas que antes no podía?
P. Sí, tiene usted razón, pero la verdad es que los ítems anteriores no tenían gran dificultad. Sin embargo, los que me quedan, claramente me desbordan. No quiero seguir sufriendo enfrentándome a ellos.
T. Bueno, ya comentamos que esta técnica podía resultar, en algunos momentos, un poco complicada, pero las ganancias son muy importantes. No ve usted cómo ahora puede hacer varias cosas que antes no era capaz. En realidad cambia unos breves momentos difíciles por unos cambios importantes en su vida.
P. No, no es eso. Usted no lo entiende porque no sufre lo que yo padezco... yo no puedo, no soy capaz, sé que el resto de personas sí, pero yo no... no quiero seguir con estas tareas de exposición.

3. *Propuesta de actuación*

El terapeuta considera que la solución para el paciente, en esta situación, pasa por llevar a cabo la exposición a las situaciones ansiógenas. De hecho, el avance hasta ahora ha ido bien y ya ha dado muestras de sus efectos positivos. En consecuencia, el trabajo debe ir dirigido a conseguir que la paciente acepte continuar con la exposición y se implique en ella.

3.1. *Reconocimiento empático*

El punto primero será dar importancia al comentario del paciente y hacerle ver que el terapeuta entiende su situación. *Entiendo que le resulta difícil la exposición y que algunos momentos son especialmente desagradables. Cierto, pero piense también en los beneficios que está consiguiendo. Cambia unos momentos difíciles por una mejoría permanente...*

3.2. *Constatar si han aparecido factores que hayan alterado la situación*

Por ejemplo ha tenido una pérdida importante o alguna experiencia que le ha afectado especialmente. Ha tenido algún episodio que ha recondicionado sus respuestas de ansiedad. Si lo ha habido, actuar en consecuencia. Puede ser interesante dar un descanso temporal al programa de exposición para que no se resienta su eficacia o el paciente esté más preparado para afrontarla.

3.3. *Volver a explicar la técnica y normalizar el miedo a la exposición*

Se puede volver a explicar el objetivo de la técnica: perder el miedo a las situaciones al afrontarlas. Normalizar el miedo a enfrentar cada nuevo ítem de la jerarquía, lo mismo que al afrontar cualquier situación de reto. Pero hasta ahora ha avanzado de forma eficaz y ha conseguido resultados muy positivos. Es el camino para que usted siga progresando. *Recuerde el objetivo final de la técnica es que usted afronte las situaciones que antes no podía afrontar y evitaba. Es lógico que le cause cierto temor afrontar un nuevo ítem, como cuando nos exponemos a un nuevo reto. Pero usted lo ha estado haciendo muy bien con los anteriores.* Señalar que si abandona la exposición puede incubar su ansiedad y aumentar el problema.

3.4. *Pedirle que se exponga al último ítem dominado*

Se le pide que se exponga en presencia del terapeuta al último ítem dominado. El objetivo, por un lado, es constatar que está llevando a cabo de forma adecuada la exposición (por ejemplo que no avanza demasiado rápido o sin haber controlado bien la ansiedad). Por otro lado, que identifique, si es necesario señalándoselo el terapeuta, cómo ahora controla la ansiedad que le causaba ese ítem.

3.5. *Comprobar la jerarquía*

El objetivo es asegurarse de que los valores previamente establecidos para escalar los ítems siguen siendo adecuados. En caso de no ser así, reorganizarla en consecuencia. Caso de estar bien establecidos, se puede sugerir introducir un ítem intermedio entre el último controlado y el que ahora debe ser objetivo de la exposición. Hacer ver que las diferencias de intensidad entre los ítems no son diferentes a las que había entre los pasos anteriores y no tuvo problemas para controlar.

3.6. *Comprobar si hay detención en los avances debido a la forma de exposición*

Sería interesante evaluar si se han detenido los avances logrados con la exposición y si esta detención se debe a la forma de exposición del paciente a los ítems. Es bastante común que no se esté enfrentando a ellas de forma funcional, es decir, física y emocionalmente. Suele ocurrir que a pesar de estar frente al estímulo fóbico temido (físicamente), utilice estrategias cognitivas distractoras, incluso ansiolíticos o alcohol. De manera que llegado a un ítem intermedio de la jerarquía, las distracciones no sirven, y se hace realmente insoportable el enfrentamiento a estímulos ansiosos. Será conveniente comentar las exposiciones y explicarle que esto interfiere gravemente en el proceso de la técnica, haciendo que ésta pierda su eficacia, y por consiguiente, la consecución de

objetivos.

3.7. *Reestructuración de pensamientos previos a la exposición*

Es posible que el paciente haya desarrollado algunos pensamientos que le estén bloqueando o dificulten continuar con la exposición. Por ejemplo, que piense en la imposibilidad de controlar los últimos ítems. Hacerle ver que ésos no son los que ahora debe afrontar, sólo tiene que afrontar el siguiente, que es muy próximo al último controlado. Los más problemáticos ahora no tiene sentido considerarlos. Si son que no será capaz de hacerlo, rebatir esa idea con pruebas de realidad.

3.8. *Resaltar los avances y conseguir compromiso*

En algún momento puede ser importante hacerle ver los avances conseguidos y cómo éstos son la mejor predicción de que seguirá avanzando. Resaltar los esfuerzos realizados y cómo éstos se han visto acompañados por resultados positivos. Eso es lo que sucederá si continúa así. Animar a continuar y conseguir compromiso del paciente.

3.9. *Considerar la posibilidad de proponer una forma de exposición alternativa*

La técnica de exposición no es la única técnica para conseguir el objetivo de reducir la ansiedad a determinados estímulos o situaciones. Pueden utilizarse otras técnicas, como el modelado imaginario o la desensibilización sistemática, que suelen provocar menos temores a los pacientes. Si fuera posible, ofrecer esta posibilidad alternativa.

4. *Resumen*

- Reconocimiento empático.
- Constatar si han aparecido factores que hayan alterado la situación.
- Volver a explicar la técnica y normalizar el miedo a la exposición.
- Pedirle que se exponga al último ítem dominado.
- Comprobar la jerarquía.
- Comprobar si hay detención en los avances debido a la forma de exposición.
- Reestructuración de pensamientos previos a la exposición.
- Resaltar los avances y conseguir compromiso.
- Considerar la posibilidad de proponer una forma de exposición alternativa.

5. *Aplicación al ejemplo*

T. Ahora, en esta sesión, continuaremos con la exposición comenzando por el siguiente ítem de la jerarquía, el número 5.

P. He estado pensándolo en casa... y bueno en realidad ya lo sabia... ya no soy capaz de seguir con la exposición. No tengo fuerza suficiente para enfrentarme a los siguientes ítems.

T. Entiendo, Lourdes, que las tareas de exposición le están resultando duras y le están produciendo cierto malestar. Pero observe también los efectos tan positivos que producen y de forma rápida. Es más, hasta ahora lo ha estado haciendo muy bien. Se ha expuesto con éxito a los ítems anteriores, ¿No ha constatado que ahora puede hacer cosas que antes no podía?

P. Sí, tiene usted razón, pero la verdad es que los ítems anteriores no tenían gran dificultad. Sin embargo, los que me quedan, claramente me desbordan. No quiero seguir sufriendo enfrentándome a ellos.

T. Bueno, recuerde que el objetivo a lograr con la exposición es que dejen de causarle esa intensa ansiedad las situaciones que antes se la producían. Aunque ahora no dé importancia a las situaciones incluidas en los ítems ya controlados, lo cierto es que antes le parecían incontrolables y ahora ya no le causan problema. Es lógico que cada vez que tiene que afrontar un nuevo ítem tenga cierto miedo, como cualquier situación nueva o de reto que debamos afrontar. Pero si hasta ahora ha progresado de forma adecuada, gracias a su trabajo y esfuerzo, lo lógico es que siga siendo así. ¿No le parece?

P. No lo tengo tan claro. Usted no sabe bien lo que sufro con esta tarea. De hecho me resulta muy difícil empezar una exposición. Sólo pienso en lo mal que lo voy a pasar y me desanimo completamente. Pienso que no tengo mucha solución.

T. Entiendo que está muy afectada y desanimada. Pero confíe en mi experiencia como profesional. Usted lo está haciendo muy bien y está progresando de forma importante. Esto debe quedarle muy claro. De todas formas va a volver a exponerse ahora al ítem 4, que ya ha controlado, para que yo vea cómo lo hace y los resultados.

P. Bueno, ya le digo que ése es un ítem fácil, que no me causa problema. Mis problemas están con los siguientes.

T. De acuerdo, pero ésos no son objetos de atención ahora. Va a volver a realizar la exposición al ítem 4. ¿De acuerdo?

(La paciente se expone en imaginación al ítem 4, sin que apenas aparezca ansiedad y recuperándose enseguida.)

T. Bueno, ya ve, Lourdes, se ha expuesto a este ítem que le causaba bastante ansiedad al comienzo del tratamiento y no tiene ningún problema. ¿No constata un avance importante?

P. Bueno, ya le dije que éste no me causaba problema. Es el 5 el que me da mucho miedo tener que exponerme.

T. Podemos hacer una cosa. Vamos a revisar la jerarquía a ver si están bien escalonados

los ítems o hay mucha distancia entre el 4 y el 5. Si es así, lo corregimos para que usted no encuentre tan difícil llevar a cabo la exposición.

(Se revisa la jerarquía. La distancia en intensidad entre los ítems 4 y 5 no es muy diferente a la existente inicialmente entre 3 y 4. Se le hace ver a la paciente esta realidad.)

T. Bueno, ya ve que el paso del ítem 4 al 5 no debe ser más complicado que los ya realizados anteriormente. No obstante, no hay ningún problema en introducir un ítem intermedio entre el 4 y el 5. ¿Esto le ayudaría a enfrentar la exposición?

P. Quizá sí, pero depende del ítem que se introduzca.

T. El que a usted le parezca adecuado. Recuerde que no le voy a pedir que se exponga a un ítem que considero que no puede controlar. La progresión siempre se ajustará a sus posibilidades. Veamos qué ítem considera que le produce algo más de ansiedad que el 4 pero menos que el 5.

(Se negocia la introducción del ítem.)

T. Antes de continuar me gustaría saber si ha pasado algo esta semana que le haya afectado a su problema.

P. Sí, en el gimnasio me ha llamado la atención la monitora delante de todo el mundo y me ha dado una vergüenza terrible. He estado varios días dándole vueltas al tema.

T. ¿Quizá esto le ha hecho aumentar de nuevo su ansiedad ante situaciones sociales, y por lo tanto le ha afectado a la hora de pensar en exponerse a nuevas situaciones sociales?

P. La verdad es que sí. A partir de ese momento es cuando empecé a pensar que no podría controlar mi problema, que no tenía sentido sufrir para no llegar a nada.

T. Supongo que ahora le queda más claro que eso puede ser un simple obstáculo en el camino, pero usted puede superarlo. Recuerde que siempre puede encontrar a alguien que se comporte de manera inadecuada, pero eso no debe determinar su vida.

P. Ahora que usted me lo dice me queda más claro y realmente le doy menos importancia. Pero a pesar de que ahora doy menos importancia a ese suceso, tengo claro que ir avanzando es muy difícil, que cada vez es más complicado y el nuevo paso requiere una fuerza extrema.

T. Tiene razón, cada paso es más complicado y le puede asustar más el tener que afrontarlo. Pero la realidad es que no tiene problemas para hacerlo. Con un importante esfuerzo personal, que la alabo, se expone y consigue rebajar la ansiedad. Esta forma de trabajar suya es una garantía de éxito. ¿No lo ve así?

P. No, si en parte tiene usted razón, pero cuando pienso que tengo que exponerme a un nuevo ítem me viene rápidamente el pensamiento de que lo voy a pasar muy mal.

T. Eso sólo es parte de la respuesta de miedo. Pero ese miedo ya sabe que no es real. Ahora no debe darle importancia. El miedo aparecerá inicialmente, pero usted sabe que no corresponde a un peligro real y que si le hace frente exponiéndose desaparecerá. ¿No ha pasado esto con todos lo ítems anteriores?

P. Sí, lo que dice es verdad.
T. Bueno, pues le aseguró que seguirá esto así. Piense los beneficios que tendrá a corto plazo realizando estas tareas. Podrá tener una vida social normal y disfrutar de estar con otras personas. ¿No le parece un premio realmente importante?
P. Sí, pero quizá un poco lejano.
T. No necesariamente. Depende de su trabajo. Usted controla su progresión. ¿No le parece que deberíamos continuar con la exposición?
P. Creo que tiene usted razón.
T. Muy bien, pero necesito un compromiso importante de que usted, con independencia del miedo inicial, se va a exponer a los ítems que correspondan y va a trabajar como hasta ahora. ¿Acepta el reto?
P. Sí.

3. El paciente pide al terapeuta que opine sobre decisiones o tome decisiones por él

CARMEN BLANCO, ROBERTO GÓMEZ y FRANCISCO JAVIER LABRADOR

1. *Descripción sucinta del problema*

Cuando un paciente acude a terapia lo más habitual es que éste presente todas sus dudas personales y problemas al psicólogo, con el objetivo de poder encontrar una solución que le satisfaga. De hecho, la mayoría de motivos de consulta están relacionados con las indecisiones que aparecen durante los cambios vitales. La labor del profesional, en cualquier caso, es ser guía para el paciente en la generación y toma de decisiones, es decir, que acabe siendo el propio paciente quien tenga la última palabra, aunque los medios para conseguirlo se los haya ofrecido un experto. Las dificultades surgen cuando el paciente intenta forzar o presionar al terapeuta para que opine al respecto o incluso tome decisiones por él. Existen muchas circunstancias de este tipo, entre ellas se destacan las siguientes:

a) Cuando la pregunta haría cargar al terapeuta con la responsabilidad de una decisión que debe tomar el paciente y la cual le resulta complicada *(¿Deberíamos divorciarnos?, ¿Cree que sería mejor abortar?)*.
b) En casos más extremos puede que ésta sea la única meta del paciente y que no le interese ningún otro tipo de tratamiento adicional *(Llevo semanas viniendo aquí y todavía no me ha dicho si tengo que cambiar de trabajo o no... No creo que sea tan difícil lo que le pido para tomarse tanto tiempo)*.
c) Otras situaciones pueden implicar a terceras personas. Por ejemplo, buscar la

aprobación del terapeuta en presencia de otros con la finalidad de demostrar que tienen razón o adquirir una cierta superioridad, al ser respaldados por la opinión del profesional *(Mi hijo no tendría que haber actuado así, ¿verdad? Dígale lo mal que está eso... ¿A que tengo yo razón?)*.

d) También cuando se demanda al terapeuta una valoración sobre alguna actuación propia del paciente, una vez que ya la ha llevado a cabo. Con ello básicamente espera reafirmar su acción *(¿Cree que lo hice bien? Me han dicho que debería cambiar eso de mí, ¿usted está de acuerdo?)*.

Este tipo de demandas se dan con bastante frecuencia y pueden encontrarse en cualquier punto del transcurso del proceso terapéutico. Un momento especialmente vulnerable es al inicio de la terapia, unido a la primera toma de contacto. Algunas personas, debido a ideas erróneas sobre la actuación profesional del psicólogo, pueden considerar que éste es el encargado de solucionar todo tipo de problemas personales. Es más, está en posesión de la verdad y es el que debe decidir sobre cualquier duda vital del paciente. Por tanto, es importante tomar la precaución de establecer claramente y desde el primer momento cuáles son las funciones de cada uno, paciente y terapeuta, en la relación terapéutica.

2. *Ejemplo*

Durante el período de evaluación clínica...

Angustias y Nicasio son un matrimonio de 32 y 35 años, respectivamente. Llevan casados 5 años, pero desde hace unos meses parece que la relación se está deteriorando, en parte por la actitud desconfiada de Angustias. En este tiempo han tenido frecuentes y fuertes discusiones, llegando Nicasio a plantearle que la dejaría si no cambiaba. Ella ha decidido buscar ayuda para intentar salvar su relación.

T. Y bien, Angustias, ¿cómo ha ido su semana?
P. Pues como siempre. Otra vez hemos vuelto a discutir. Nicasio me gritó mucho. Me lo hizo pasar fatal. ¡Yo no me merezco esto! *(llora)*. Por favor, sé que es mucho pedir pero ¿podría llamarle y explicarle el daño psicológico que me hacen sus discusiones? Quizá eso ayude. ¿Podría?
T. Eh... ¿yo? No sé si sería lo más apropiado...
P. Además yo nunca grito. Usted me conoce, suelo ser muy pacífica. ¿A que no soy una persona gritona?
T. Pues, no sé si...
P. ¡Ay, qué vida esta! ¡Vaya, cruz con esta relación!
T. Bueno, Angustias, continuemos con lo previsto para la sesión de hoy. Como ya hablamos, uno de los objetivos a alcanzar es aprender a comunicarse mejor con su

marido, ya que parece que la mala comunicación está deteriorando su relación de pareja. La semana anterior estuvimos viendo formas de comunicación, y ahora me gustaría que hiciéramos un *role-playing*. Es decir, yo haré de su marido como si estuviéramos en una discusión real y usted tiene que poner en marcha todo lo que aprendió en la última sesión. ¿Le parece?

P. Bueno, mejorar la comunicación era uno de mis objetivos al principio pero ya no lo sé... Las cosas van cada vez peor... ¿Usted de verdad cree que esto tiene solución? Yo ya no sé qué pensar, porque hasta me planteo seriamente tomar medidas más drásticas. Creo que me divorciaré, o no. No lo sé. ¡Qué lío! ¿Usted qué cree?

T. ¿Que qué creo yo? ¿Sobre si debe divorciarse o no?

P. Sí, eso es. Usted es una profesional, debe saber qué es lo mejor, podría indicármelo. Dígame, ¿me divorcio?

T. ...

3. *Propuesta de actuación*

3.1. *Normalizar las demandas del paciente*

En determinados momentos de la vida es necesario tomar decisiones importantes que con toda seguridad marcarán un punto de inflexión. Además, es frecuente que las personas que solicitan ayuda psicológica estén viviendo una situación conflictiva que les requiera tomar importantes decisiones: continuar o no con la relación de pareja, divorciarse, abandonar un trabajo, cambiar de carrera, mudarse de ciudad, tener un hijo, etc. Por tanto, es lógico que tengan dudas sobre cuál será la decisión más adecuada. Pero nadie puede tomar esas decisiones en su lugar, ni siquiera una persona de máxima confianza, como pueda ser un familiar, amigo o el propio terapeuta. Por eso la primera labor del psicólogo es hacerle ver que es el propio paciente el que debe tomar las decisiones. Es un reto para su vida, que él debe afrontar. No tiene sentido una decisión ajena.

3.2. *Devolver la pregunta*

Un estrategia útil en algunas situaciones puede ser devolverle la pregunta: *¿Usted qué le diría a una persona que estuviera en su misma situación?* En primer lugar se conseguiría que volviera a centrarse en sí mismo, devolviéndole la responsabilidad de tomar una decisión. Además le sería más fácil ver lo complicado que es tratar de «solucionar» la vida a otra persona.

Por otro lado, también es de gran utilidad formular preguntas en tercera persona, como si el problema lo tuviera un conocido, amigo o pareja. Propicia distanciarse del

problema facilitando una menor carga emocional que ayudará a la hora de decidirse.

Este punto es especialmente útil cuando la pregunta va dirigida con la finalidad de encontrar en el clínico una alianza. Por ejemplo: *Mi marido le permite todo a nuestro hijo, incluso que duerma en casa con la novia. ¿Usted cree que eso es pertinente para un chaval de dieciséis años?* Terapeuta: *Más que lo que yo crea, lo interesante aquí es saber lo que usted opina.*

3.3. *Empatizar, señalando la labor de guía del terapeuta y el control para decidir del paciente*

A la vez, el terapeuta ha de hacerle ver que comprende que en su situación no sepa qué hacer, pero que va a ayudarle a entender y analizar de forma más completa la situación, a fin de que pueda tomar una decisión más adecuada. El psicólogo no puede escoger una alternativa por él, pero puede darle estrategias que faciliten su decisión. Es más, puede y debe acompañarle en este proceso, señalándole posibles sesgos o errores, o ayudándole a recabar información más adecuada. Pero la toma de decisiones final es y debe ser responsabilidad del paciente. Sólo él tiene la capacidad y el derecho a organizar su vida. Esta toma de decisión le dará mayor sensación de control y se sentirá mejor consigo mismo; por otro lado, le facilitará el afrontar nuevas situaciones similares que sin duda aparecerán a lo largo de su vida.

3.4. *Balance decisional. Hacerle dudar*

El uso práctico de la técnica de balance decisional puede ser útil en estos casos. La realización de una lista de ventajas e inconvenientes de las diversas soluciones posibles para, finalmente, evaluar cada una y tomar una decisión en consecuencia. El psicólogo simplemente enseña la técnica y el paciente la pone en marcha.

Una versión de lo anterior sería hacerle dudar o *ser el abogado del diablo*, es decir, el terapeuta adopta posiciones contrarias respecto a un mismo tema. En primer lugar se le podría exponer buenos argumentos para tomar una decisión X, y a continuación exponer también buenos argumentos para la decisión contraria, y después preguntarle qué opina él o qué haría él.

3.5. *Uso de la técnica de solución de problemas*

Sin duda es una situación en la que será de especial utilidad poner en marcha la técnica de solución de problemas. Gracias a ella el paciente aprende a definir de forma operativa el problema real. Luego busca posibilidades de acción y selecciona y/o confecciona la más adecuada. Su aprendizaje le facilitará el abordar situaciones similares de forma autónoma.

4. *Resumen*

- Normalizar las demandas del paciente.
- Devolver la pregunta.
- Empatizar, señalando la labor de guía del terapeuta y el control para decidir del paciente.
- Balance decisional. Hacerle dudar o ser *el abogado del diablo.*
- Uso de la técnica de solución de problemas.

5. *Aplicación al ejemplo*

T. Bien, Angustias, ¿cómo ha ido su semana?
P. Pues como siempre. De hecho, peor. He vuelto a discutir con Nicasio. No sé si esto tiene solución. ¿De verdad cree que esto tiene solución? Yo ya no sé qué pensar, porque hasta me planteo seriamente tomar medidas más drásticas.
T. ¿A qué se refiere?
P. A divorciarme. ¿Usted qué cree? Es una profesional, debe saber qué es lo mejor y podría indicármelo. Dígame, ¿qué hago? ¿Me divorcio o no? ¡No sé qué hacer, estoy hecha un lío! A veces creo que me estoy volviendo loca.
T. Angustias, es obvio que ésta en una situación que le genera gran confusión. Se debate sobre una cuestión importante en su vida y por ello le da vueltas de forma constante. Es normal que dude y tema no escoger la mejor decisión. Todo el mundo en su situación estaría como usted ahora, no se está volviendo loca.
P. Entiendo. Pero la pregunta sigue ahí. ¿Qué hago, me divorcio?
T. ¿Usted qué le diría a una persona que estuviera en su misma situación?
P. ¿Yo? Pues que... no sé..., que sopesara los pros y contras del problema. Que lo consultara con una persona próxima que haya pasado por lo mismo... Ahora se me ocurre sólo eso.
T. Perfecto. Pueden ser dos estrategias a tener en cuenta. ¿Por qué no las utiliza?
P. Sí, yo podría hacer lo mismo. Aunque pienso que si la persona que me aconseja ha tomado una mala decisión podría arruinarme. Quizá se me podría ocurrir alguna estrategia más.
T. Estupendo. Vamos, pues, a trabajar en esta dirección. Posibles estrategias que le puedan servir de ayuda para tomar una decisión más adecuada al respecto de su problema.
P. De acuerdo. Pero antes de todo me gustaría saber su opinión. Usted me conoce y es psicóloga, por lo que me imagino que sabrá qué es lo mejor dada mi situación.
T. Entiendo que usted no tiene clara la decisión a tomar y trata de que otro la tome en su lugar. Pero ésa no es una solución real, pues lo que yo opine y lo que usted considere pueden ser cosas muy diferentes. Usted conoce la situación de forma mucho más

completa que yo, y también la decisión le afectará de forma mucho más importante. ¿Por qué habría de determinar o decidir su vida otra persona? Es mucho más interesante que usted se prepare para tomar la mejor decisión. A eso sí puedo ayudarle. Cuando uno da con una posible solución es mejor que cuando se la dan otros. ¿No cree?

P. Bueno, sí. Pero perdone que insista, estoy muy interesada en conocer la opinión de un experto. ¿Cree que es mejor que nos divorciemos o no?

T. Le comento, Angustias. Es importante que aclaremos cuál es exactamente mi labor terapéutica con usted. Yo no debo ni puedo tomar una decisión por usted. Es algo que no me corresponde. Los psicólogos ayudamos proporcionando las estrategias necesarias para que los que acuden a terapia puedan tomar sus decisiones por sí solos. Yo estaré junto a usted en todo el proceso y le ayudaré. Además, insisto en lo que le comenté antes: tomar una decisión propia le dará mayor sensación de control y se sentirá mejor consigo misma.

P. Comprendo, pero ahora ¿cómo tomaré la decisión? No sé por dónde empezar...

T. Le propongo lo siguiente: podemos hacer un balance decisional. Es decir, un análisis de ventajas e inconvenientes de los efectos que supondría tomar algunas decisiones.

P. Sí, ya sé a qué se refiere.

T. Si no llega a una conclusión que le convenza, también podemos utilizar otra técnica: la solución de problemas.

P. ¡Uy! ¡Qué bien suena eso también! ¿Cómo es?

T. Le explico en qué consiste. Es una técnica que se utiliza para...

4. El paciente se considera «especial» por tener determinado diagnóstico, y considera que no puede o no quiere cambiar «su personalidad»

CRISTINA DELGADO, LAURA MARCOS y FRANCISCO JAVIER LABRADOR

1. *Descripción sucinta del problema*

Durante la práctica clínica puede haber pacientes que, a pesar de buscar ayuda psicológica de forma voluntaria, no están convencidos de querer cambiar su forma de comportarse o actuar, ya que existen ciertos aspectos de su problema que consideran como parte característica de su forma de ser. El paciente puede haber sido señalado por otras personas como «diferente», y puede llegar a creer que esos comportamientos que le hacen «diferente» son algo único, algo que caracteriza su forma de ser, y que no puede o no quiere cambiarlo. Incluso es posible que dichos comportamientos o características de su problema le reporten ganancias (atención o consideración por parte

de algunas personas), y por lo tanto no crea conveniente el cambio. Probablemente esta creencia de que es único, original o excepcional se haya fortalecido como consecuencia de la forma en que le trata la gente. En cualquier caso, lo relevante es que el paciente realmente no considera que deba cambiar su forma de comportarse, o al menos que el cambio deba ser completo.

Si el paciente no considera importante o adecuado modificar algunos de sus comportamientos desadaptativos, se hace evidente la necesidad de modificar sus creencias, algo que sin duda resulta difícil dado lo arraigado de éstas y su escasa motivación al respecto.

2. *Ejemplo*

María Dolores es una joven de 20 años, que presenta diferentes problemas, entre ellos un trastorno límite de la personalidad. Al comenzar la sesión de tratamiento hace referencia a un intento autolítico ocurrido la semana pasada.

T. Cuénteme, ¿qué paso el martes para que quisiera lesionarse?
P. No sé, creo que me empecé a agobiar cuando mis padres me dijeron que tengo que estudiar algo.
T. ¿Qué hay de malo en estudiar para que por ello quiera lesionarse?
P. Pues que tienen que aceptar que yo no estoy hecha para estudiar.
T. ¿Considera que esa razón justifica que se autolesione?
P. Sí, porque ellos saben que por mi enfermedad me lo tomo todo muy a pecho y deberían tener más consideración conmigo.

3. *Propuesta de actuación*

3.1. *Evaluar lo sucedido*

Es importante empezar por valorar sus actos. Se debe conocer la situación en que se encontraba, qué sucedió realmente y cuáles fueron las consecuencias de estos actos para el paciente. No se debe reprochar al paciente su comportamiento, ni hacer juicios al respecto, pero sí facilitar una descripción precisa de las conductas inadecuadas, tratando de identificar las «razones» aportadas por el paciente para justificar su realización. *Lo que usted me está diciendo es que el miércoles intentó autolesionarse cortándose en el muslo con una navaja. ¿Qué le llevó a intentar realizar ese comportamiento?*

3.2. *Psicoeducación sobre su problema*

Si anteriormente no se ha hecho una psicoeducación adecuada, es necesario precisar las características de su problema, señalando los aspectos más relevantes para ilustrar cómo sus conductas son un ejemplo típico de ese tipo de problema. Remarcar que es un problema, no algo deseable, y que está en tratamiento para superarlo. Es importante que el paciente entienda que determinadas conductas son desadaptativas y pueden tener repercusiones negativas en él y su entorno. *Ya le comenté cómo una de las características de las personas con problemas similares al suyo es el de mostrarse ofendido con facilidad y presentar sentimientos de intensa angustia y desesperación, con los que tratan de influir a los demás. Esta forma de actuar no es deseable, pues provoca un rechazo en esas personas.*

3.3. *Establecer límites*

Dado que el paciente puede llegar a considerar que ha de recibir un trato especial por ser diferente e incluso pueden intentar «abusar» de la relación terapéutica, será necesario establecer unos límites claros a su comportamiento. En especial durante la sesión. Hay verbalizaciones o comportamientos que no serán aceptados en absoluto. Lo mismo con respecto a sus comportamientos sociales o en su medio habitual. (Consultar capítulo: 6.4. Conductas de agresión en situación terapéutica.)

3.4. *Identificar los factores de mantenimiento*

Identificar qué está manteniendo esas conductas. En especial constatar si su entorno puede estarlas reforzando, ya que es posible que algunas personas con las que convive tengan asumido el estado en que se encuentra el paciente y, aunque no lo acepten, le dan un trato especial que a éste le resulte reforzante (atención, permisividad, ganancias secundarias...). En consecuencia, es fundamental identificar las contingencias que le facilita el entorno, en especial por sus conductas desadaptativas, a fin de tratar de cambiarlas y poder instaurar conductas alternativas.

3.5. *Implicar a alguna persona de su entorno*

Para llevar a cabo este cambio en su entorno es muy útil incorporar al proceso de intervención a alguna persona del mismo que sea relevante para el paciente (familiar o persona próxima). Primero se le debe explicar en qué consiste la «enfermedad» y después darle pautas para un mejor manejo de las situaciones problemáticas. También es necesario brindar directrices para orientar la forma de comportarse de las demás personas en relación con las conductas problema. De esta forma se busca reducir el efecto que el entorno puede tener en su mantenimiento.

3.6. *Reestructuración cognitiva*

Un punto clave en el trabajo con este tipo de pacientes es hacerles cambiar su consideración con respecto a las conductas problemáticas. Es de esperar que este cambio sea costoso, dado que suelen tener creencias muy arraigadas al respecto, suelen ser extremas («todo o nada») y es difícil anular todas las contingencias ambientales que las mantienen. Algunas posibilidades de actuación son:

- Señalar que lo mismo que otros diagnósticos hacen diferentes a otras personas, su diagnóstico le hace diferente. Pero eso no justifica determinadas conductas. Esto permitirá poder trabajar sobre las creencias de ser «único», y sobre la «deseabilidad» o ventaja de mantener determinado tipo de comportamientos.
- Lista de beneficios y costos: Como parte de la reestructuración se puede crear una lista en la que se identifiquen cuáles son los beneficios y las consecuencias negativas de mantener dichas creencias. Es importante hacerle ver las consecuencias negativas de sus conductas y cómo un comportamiento alternativo facilitaría más consecuencias positivas.
- Conforme el paciente vaya llegando a conclusiones, al considerar estas ventajas e inconvenientes, el objetivo comenzará a ser trabajar las emociones que se generen en respuesta a este análisis. Éste es un buen momento para buscar un pensamiento alternativo que sea más adaptativo. Siempre agradeciendo su sinceridad a la hora de expresar sus pensamientos.
- Si a pesar de todo el paciente muestra resistencia ante el cambio, confrontar al paciente respecto a cuál es su objetivo con venir a terapia e indicarle que ciertas creencias no facilitan el cambio.

3.7. *Reforzar*

En todo momento se debe reforzar cualquier mínimo cambio que se observe con respecto a la seguridad en sus pensamientos de justificación, o en las consideraciones positivas hacia la conducta deseada.

4. *Resumen*

- Evaluar lo sucedido.
- Psicoeducación sobre su problema.
- Establecer límites.
- Identificar los factores de mantenimiento.
- Implicar a alguna persona de su entorno.
- Reestructuración cognitiva.

- Reforzar.

5. *Aplicación al ejemplo*

T. María Dolores, cuénteme, ¿qué paso el martes para que quisiera lesionarse?
P. Pues que le dije a mis padres que me iba a hacer daño, pero luego mis padres me dijeron que me tranquilizara. Así que al final no hice nada.
T. Si sus padres no le hubieran dicho nada, ¿qué hubiera hecho? ¿Es algo que piensa a menudo?
P. Pues no lo sé, creo que no, seguramente me hubiera tranquilizado al rato. Pero la verdad es que es algo que no pienso muy a menudo.
T. En caso de que vuelva a tener estos pensamientos me gustaría que lo habláramos en sesión. Pero cuénteme, ¿por qué quería lesionarse?
P. No sé, creo que me empecé a agobiar cuando mis padres me dijeron que tengo que estudiar algo.
T. ¿Qué hay de malo en estudiar para que quiera lesionarse?
P. Pues que tienen que aceptar que yo no estoy hecha para estudiar.
T. ¿Considera que esa razón justifica que se autolesione?
P. Sí, porque ellos saben que por mi enfermedad me lo tomo todo muy a pecho y deberían tener más consideración conmigo.
T. Bueno, ya en las primeras sesiones hablamos sobre su problema y como esto le afecta. ¿Lo recuerda?
P. Sí, sí que lo recuerdo. La verdad es que me he informado bastante desde que vengo aquí.
T. ¿Entonces estará de acuerdo conmigo en que algunas formas de comportarse, facilitadas por su problema, son inadecuadas y pueden tener consecuencias negativas a corto o medio plazo?
P. Sí, ya sé que algunas, como autolesionarse, pueden ser negativas, pero en momentos de agobio lo veo como una forma de salir del problema.
T. Pero ahora, con tranquilidad, ve que en absoluto sirven para eso.
P. Sí, ahora sí, pero en muchas situaciones, ya le digo, en momentos de agobio, me da un pronto y no pienso de esa manera.
T. Lo entiendo. Por eso, para evitar que pueda hacer algo inadecuado en momentos de agobio, ahora que lo ve claro, se va a comprometer conmigo a no volver a intentar este tipo de conductas. En concreto no volver a amenazar con autolesionarse. ¿De acuerdo?
P. Sí, puedo comprometerme, pero ¿qué voy a hacer en esos momentos, me puedo volver loca?
T. Mire, de forma excepcional cuando tenga uno de estos momentos va a intentar describírselo a una persona que pueda ayudarle. Aunque a lo largo del tratamiento

abordaremos este aspecto de forma más detenida. ¿Con quién de su familia le parece conveniente que contáramos para que le ayude en estos momentos?

P. Bueno, quizá mi madre. Es la que tiene más tiempo y con la que mejor me llevo.

T. Me parece muy bien. ¿Podría decirle que viniera con usted el próximo día para que le explicara qué es lo que debe hacer para ayudarle a usted de forma más adecuada?

P. Sí, puedo decírselo. La verdad es que estaría bien que pudiera entender mi problema, pues seguro que me tratarían mejor de cómo lo hacen.

T. Me interesa mucho este aspecto. ¿Qué opina su familia respecto a que usted reaccione así en determinadas situaciones?

P. Pues nada, ellos normalmente suelen estar encima de mí, me dicen que me tranquilice, que me anime. Se muestran preocupados.

T. Entonces ¿considera que por su problema deben tratarle diferente a sus hermanos?

P. No, tampoco es eso, pero soy más sensible y eso lo tienen que tener en cuenta.

T. ¿Qué beneficios y qué consecuencias le trae el que los demás le den un trato diferente?

P. Pues que tengan más cuidado cuando se dirigen a mí por ejemplo. Pero, claro, sí que es verdad que muchas veces me tratan como si fuera incapaz de hacer nada y me siento como una inútil.

T. ¿Y cómo le hace sentir eso?

P. Pues me da mucha rabia. Me pongo triste cuando veo que soy diferente a los demás.

T. ¿Y de qué otra manera podría pensar para no sentirse triste?

P. El verme diferente posiblemente hace que la gente me trate diferente y eso no me gusta.

T. Le felicito porque ha logrado darse cuenta de que a pesar de obtener beneficios con su conducta, al final le genera tristeza y rabia.

(Ahora se podría insistir en la reestructuración cognitiva.)

5. El paciente tiene dificultades con las técnicas de relajación

CARMEN BLANCO, CRISTINA MÉNDEZ y FRANCISCO JAVIER LABRADOR

1. *Descripción sucinta del problema*

Cuando se decide emplear una técnica para el control de la activación se pueden escoger varias técnicas: relajación progresiva, entrenamiento autógeno, respiración diafragmática, *biofeedback,* meditación, yoga, hipnosis, etc. Aunque con todas ellas se puede conseguir controlar los niveles de activación a voluntad, es importante seleccionar la más adecuada para cada persona y situación o patología. Por supuesto, si la persona ya dispone de alguna, lo mejor será, tras comprobar que realmente funciona para

conseguir los resultados deseados, utilizar ésa.

Las técnicas de relajación son frecuentemente utilizadas y se las considera técnicas fáciles de aprender por los pacientes. No obstante, a veces, al llevarlas a cabo se presentan distintas dificultades que truncan la correcta práctica de las mismas. Una de ellas puede ser que el paciente se quede dormido, pudiendo deberse este hecho a causas dispares, como estar bajo efectos de una medicación que facilita el sueño (por ejemplo, ansiolíticos o miorrelajantes), que no haya dormido bien la noche anterior o esté cansado, o que tras la vorágine de actividad diaria la tranquilidad en que se lleva a cabo esta técnica facilite este resultado. También puede dificultar el aprendizaje de estas técnicas que el paciente se ría durante su realización, ya sea por las sensaciones fisiológicas que se generan, porque se pone nervioso o por la ansiedad que le produce ser observado mientras las realiza. Y por último, otra complicación estaría relacionada con las dificultades que tenga el paciente para seguir alguna de las indicaciones que la técnica de relación exige, como por ejemplo imaginar. Ciertamente puede haber más motivos, como dificultades de concentración, pensamientos rumiativos interferentes, miedo a qué puede pasarle o a perder el control, pero suelen ser menos frecuentes, por lo que se centrará el objetivo del presente capítulo en señalar estrategias de actuación para el psicólogo en el caso de que aparezca alguno de los tres primeros supuestos.

2. *Ejemplos*

2.1. *El paciente se queda dormido*

[Se decide aplicar a Plácido, un paciente con TAG, dadas sus características y sintomatología (en especial, tensión muscular, inquietud e insomnio), la técnica de relajación progresiva.

Se procede a realizar la técnica en el sillón de relajación. Pasados los primeros minutos, tras realizar la «desconexión mental», se ha comenzado con los ejercicios de tensión y relajación del brazo. Al cabo de un tiempo se constata que el paciente deja de tensar los músculos del brazo y no sigue las instrucciones, parece haberse quedado dormido. Se le despierta con un ligero toque en el hombro y llamándole por su nombre. Se despierta, y enseguida se disculpa. Se le pregunta si hay algún problema o puede continuar. Reconoce que está tomando una medicación que le provoca somnolencia, y que además está muy cansado porque no ha conciliado el sueño en toda la noche. Por eso se ha dormido, pero que ya está bien y con ánimo de seguir.

Se vuelve al entrenamiento en relajación. Cuando nuevamente se le da la orden de apretar el puño, se comprueba que se ha vuelto a quedar dormido. Se le vuelve a dar nuevamente un suave toque sobre el hombro. Se despierta sobresaltado pidiendo perdón.]

2.2. *El paciente no puede imaginar*

[A la hora de entrenar a una paciente en respiración diafragmática, se comienza con algún ejercicio para que «desconecte» o se distraiga de su situación y problemas, a fin de que pueda centrarse en la relajación. Para ello se le pide que genere una imagen agradable que le sirva como «clave» para esta desconexión. Para que tenga efecto es importante que sea una imagen muy concreta y precisa. Para ayudarle a generarla, se le pide a la paciente que cierre los ojos y vaya describiéndola, a la vez que se le van pidiendo detalles precisos al respecto (¿quién está?, ¿qué ropa lleva?, ¿siente calor, etc.?). Pero no es capaz de describir la escena con precisión ni de aportar estos detalles, es más, reconoce que no tiene capacidad de imaginación, que no sabe imaginar nada.]

T. Valeriana, lo primero que va a hacer es crear una imagen que le permita desconectar de sus problemas o preocupaciones, que le dé tranquilidad para iniciar la relajación. Esta imagen servirá en posteriores ocasiones para «desconectar» e iniciar la relajación. ¿De acuerdo?
P. Sí, sí.
T. Cierre los ojos y vaya contándome qué ve.
P. No veo nada.
T. Piense en algún lugar agradable para usted; por ejemplo, una playa, un prado...
P. Sí; por ejemplo, una playa y el mar.
T. Muy bien, Valeriana. Vaya describiéndome qué ve, ¿alguna playa conocida?
P. Sí, es donde estuve el verano pasado.
T. Estupendo, Valeriana, y qué va viendo.
P. Pues la verdad es que nada... no sé, supongo que el mar.
T. ¿Y qué hay alrededor suyo?
P. Pues no sé... supongo que niños y gente.
T. ¿Supone o lo ve?
P. Pues casi supongo... Me cuesta un poco...
T. Bien, sigamos intentándolo. ¿Cómo está? ¿Tumbada, sentada, andando...?
P. Quizá sentada en mi silla.
T. ¿Y qué más hay a su alrededor?
P. Pues la verdad es que no veo nada, el mar... Me cuesta mucho, realmente no puedo... No soy capaz de imaginar nada.

2.3. *El paciente se ríe durante la relajación*

(Se está comenzando a entrenar a un paciente en relajación autógena. Se está explicándole cómo funciona la técnica y los sucesivos pasos que se le van a ir dando

para que él los ejecute. Se le informa de que se va a repetir varias veces diferentes frases para que pueda interiorizarlas, vivirlas y así progresar en la relajación.)

T. Feliciano, hoy vamos a comenzar una técnica que le ayudará a conseguir un estado de tranquilidad y así empezar a reducir su ansiedad. ¿De acuerdo?
P. Sí, sí.
T. Bien, la técnica es muy sencilla. Le voy a ir dando una serie de instrucciones que irá realizando. La idea es que trate de vivenciar, de interiorizar, las sensaciones indicadas en cada frase. Debe concentrarse únicamente en las instrucciones y en identificar esas sensaciones corporales, y sobre todo no atender a nada más. Tal y como ya le expliqué.
P. De acuerdo, muy bien, cuando quiera.

(El paciente se sienta en el sofá de relajación y el terapeuta comienza con las instrucciones.)

T. Céntrese en su brazo derecho. Trate de identificar lo siguiente: Mi brazo derecho pesa y estoy tranquilo. Recorra por un momento su brazo y hágase consciente de él, note cómo pesa, cómo está reposando en el sofá, cada vez es más pesado, más y más pesado, fíjese bien en él y note su pesadez. Repite: Mi brazo derecho pesa y estoy tranquilo...
P. ¡Jeje, jeje! *(El paciente se ríe).* Lo siento, es que me hace gracia la voz que pone...
T. Bueno, entiendo que le haga gracia mi voz, pero bajo la voz para facilitarle la relajación.
P. Ya, ya, pero es que me hace mucha gracia.
T. Continuamos con la sesión. Empezaré desde el principio: céntrese en su brazo derecho, recorra por un momento su brazo y hágase consciente de él, note cómo pesa, cómo está reposando en el sofá, cada vez es más pesado. Mi brazo derecho pesa y estoy tranquilo...
P. ¡Jeje, jeje! *(El paciente vuelve a reírse).* Lo siento es que no puedo. La frase de que estoy tranquilo me hace también mucha gracia. De verdad que lo siento, es que no sé qué me pasa hoy.
T. ...

3. *Propuestas de actuación y aplicación al ejemplo*

Antes de proceder al uso de alguna técnica de control de la activación, y para evitar futuras complicaciones, sería interesante recordar una serie de pautas generales:

- El psicólogo debe generar un ambiente adecuado y cómodo para que el paciente pueda realizarla sin dificultades.

- En la sesión anterior le advertiremos que venga con ropa cómoda, sin lentillas, en el caso de que lleve, y con calzado cómodo.
- La temperatura ambiente debe situarse entre los 20 y 22 grados.
- La sala debe estar exenta de humedad y malos olores, la luz tiene que ser tenue e intentar que en el exterior haya poco ruido.
- Disponer de un sillón de relajación. En caso contrario será necesario algún tipo de mobiliario (sofá, camilla, diván...), en el que llevarla a cabo, al menos en las sesiones iniciales de aprendizaje.
- Asegurar una postura corporal adecuada.

3.1. *El paciente se queda dormido*

- Confirmar que el paciente está dormido

Es importante estar seguros de que el paciente está dormido, pues en algunos casos, al estar concentrado en sus sensaciones corporales, simplemente no ha atendido a alguna instrucción. También es importante no interrumpir al paciente en medio de un proceso de verdadera desactivación, ya que puede sentirse desorientado o sorprendido. Dado que el aspecto de una persona en estado de relajación se puede confundir fácilmente con el de una persona dormida, puede utilizarse una estrategia sencilla para confirmar que no es éste el caso. Llamar por su nombre al paciente a la vez que se señala que ha de hacer un nuevo ejercicio.

En otros casos puede ser más evidente, no sólo no sigue nuestras instrucciones, sino que se recuesta, se ladea o ronca.

- Despertar y evaluar la causa

Despertar inmediatamente al paciente, llamándole por su nombre y zarandeándole ligeramente el brazo o el hombro. Inmediatamente le explicamos la situación, para que recupere su conciencia y control, y normalizamos su conducta. *Plácido, despierte por favor. Se ha quedado dormido cuando estaba realizando los ejercicios del brazo. No se preocupe, es algo que a veces pasa al relajarse tras momentos de tensión.*

Después, proceder a indagar la posible causa de su conducta. *¿Qué piensa que puede haber ocurrido? ¿Está especialmente cansado hoy?, ¿ha dormido bien?, ¿está tomando alguna medicación que le dé somnolencia?*

- Estimar el nivel de interferencia y actuar en consecuencia

Se debe valorar la interferencia real que ejerce la causa de haberse quedado dormido con el aprendizaje de la técnica. Si la causa es por ejemplo un medicamento, no se aconseja continuar, pues podría volver a repetirse la situación. Se podría considerar la

posibilidad de que consultara a su médico la posibilidad de reducir la medicación o cambiarla siempre que fuera posible, *Verá. Plácido, entiendo que la medicación le provoque sueño, pero para poder aprender la técnica necesito que esté despierto. Ya es la segunda semana que ocurre. Su medicación nos está entorpeciendo. ¿Sería posible que consultara con su médico sobre esto? Estoy segura de que sería de gran ayuda.*

Si el problema es que está muy cansado, posponer el entrenamiento a la próxima sesión, intentando controlar que no se reproduzca ese estado (por ejemplo, cambiar hora o día de la sesión, atender a actividades previas...). Por supuesto una posibilidad más es continuar con el entrenamiento en relajación, pero asegurando que se dan las condiciones para que no se vuelva a repetir el problema.

• Remarcar la importancia de unas condiciones óptimas para la relajación

Es importante hacerle saber lo fundamental de estar en condiciones óptimas para conseguir aprender la técnica. El dormirse, aunque pueda parecerle al paciente una señal inequívoca de desactivación, no necesariamente lo es y además no ayudará a aprender la técnica. Es importante poder atender a las señales que se producen en nuestro organismo con cada ejercicio, así como la secuencia de éstos. El objetivo es que aprenda ambas cosas, identificar las diferentes sensaciones en tensión y relajación, así como poder seguir los ejercicios de forma autosuficiente. Dormidos no es posible aprender esto, eso sólo puede conseguirse en estado de vigila.

• Si la somnolencia no permite entrenar en relajación, posponer la cita

Si llegado el momento de entrenar en relajación se hace evidente el bajo nivel de conciencia del paciente, y/o su incapacidad para mantenerse despierto durante la relajación, lo más apropiado sería dedicar el tiempo a trabajar otro objetivo y demorar el entrenamiento en relajación. O bien, posponer la cita para otro momento. Ejemplo: *Observo que por mucho que lo intentemos, hoy está especialmente cansado. Ya conoce la importancia de permanecer despierto durante la relajación, así que será mejor dejar la técnica para la próxima sesión. Por favor, procure estar descansado el próximo día.*

El paciente se queda dormido

- Confirmar que el paciente está dormido.
- Despertar y evaluar la causa.
- Estimar el nivel de interferencia y actuar en consecuencia.
- Remarcar la importancia de unas condiciones óptimas para la relajación.
- Si la somnolencia no permite entrenar en relajación, posponer la cita.

3.2. *El paciente no puede imaginar*

• Evaluar las dificultades

En primer lugar, sería conveniente evaluar qué es lo que está impidiendo o dificultando crear esta imagen al paciente (nerviosismo, vergüenza, dificultad general para visualizar, algún problema, etc.). Es posible que la primera vez que intente poner en práctica la técnica, pueda padecer cierta inquietud que bloquee su capacidad para imaginar y sea algo episódico. También es posible que no esté familiarizado con el procedimiento y al principio le cueste llevarlo a cabo. Ensayar varias veces explicando lo que debe hacer. En muchos casos es suficiente para que llegue a controlar el procedimiento. Insistir en que trate de recordar algún evento o lugar preciso que sea muy familiar para él.

Pero si tras varios intentos (3-4) el paciente continúa verbalizando dificultades *(No, es que no tengo imaginación, nunca la he tendido o Es que hoy estoy especialmente nervioso...),* habrá que optar por otras estrategias

• Imaginar escenas reales y agradables

Imaginar escenas familiares o reales, que al paciente le resulten agradables, cumple el objetivo que se pretende, y además le facilita a éste una rápida evocación. El psicólogo puede proponer al paciente la evocación de lugares conocidos, que recuerde como especialmente agradables. Como la playa tranquila donde tomaba el sol estas vacaciones o el parque donde jugaba de niño. No tiene que generar ninguna imagen nueva, sólo tiene que traer un recuerdo real y placentero a su mente a la vez que se relaja.

• Indicaciones del terapeuta para estimular la imaginación del paciente

Para aumentar la capacidad imaginativa del paciente, el psicólogo también puede ayudar en este proceso de visualización de la imagen haciéndole indicaciones para que genere un mayor número de detalles. Por ejemplo, se le pide que describa una imagen que le resulte fácil y familiar. Después comenzar a hacer preguntas específicas al respecto de la imagen (quién está, qué hace, qué puede ver, oír, sentir...). Las cuestiones deben dirigir la atención del paciente sobre las sensaciones que le produce esa situación que está imaginando, haciendo hincapié en los distintos sentidos. *Muy bien, me está diciendo que ve un río, ¿Qué hay cerca de la orilla? Si se acerca a ésta, ¿puede ver algo dentro del agua?, y si mete la mano en el agua, qué sensaciones tiene? ¿Siente la temperatura del agua? Y si se centra en los ruidos que hay alrededor, ¿podría identificar alguno?, ¿reconoce algún olor?* Una mayor cantidad de detalles precisos ayudarán a crear una imagen más vívida y que tenga un mayor valor para captar la atención del paciente.

• Describir, recordar, crear imagen

A veces el paciente dice que no es capaz de imaginar nada. Nunca ha podido. Es evidente que esto no es real, pero no vale la pena discutirlo con el paciente. Se le puede pedir que se fije en algún aspecto de la situación (por ejemplo, su camisa o la mesa). Luego que cierre los ojos y lo describa. Se le van pidiendo detalles para ayudar a describirlo. Luego que recuerde un evento muy próximo (por ejemplo, dónde ha aparcado el coche, o quién venía en el metro/autobús que le ha traído). Se pueden comenzar a «enriquecer» esos recuerdos con detalle. Por ejemplo: *Visualice que en lugar de esos zapatos lleva unas zapatillas de deporte*... La idea es ayudarle a recuperar imágenes, dado que como todo el mundo las ha generado a través de concretar la situación. Una vez que ha avanzado en crear una imagen del autobús o de la calle es fácil generalizar para crear una imagen de una situación agradable.

• Utilizar siempre la misma imagen/situación

Una vez entrenados los pacientes en una imagen con la que se sienten cómodos y les es fácil rememorar, se recomienda usar la misma por un simple sentido práctico. Y más aún si es el caso de un paciente con problemas al imaginar.

El paciente no puede imaginar

- Evaluar si realmente no imagina.
- Imaginar escenas reales y agradables.
- Indicaciones del terapeuta para estimular la imaginación del paciente.
- Describir, recordar, crear imagen.
- Utilizar siempre la misma imagen/situación.

3.3. *El paciente se ríe durante la relajación*

• Empatizar

Lo primero es señalarle que entendemos su situación, en especial en los momentos iniciales. Normalmente, pocos pacientes han practicado estas técnicas, y les resulta totalmente novedoso e incluso costoso de realizar. Podemos entender que el paciente en la primera sesión de esta técnica se ría, ya sea por el nerviosismo de experimentar nuevas sensaciones de relajación, o por lo insólito de las frases que se deben repetir, etc. Pero todo tiene su sentido y objetivo y ha mostrado su eficacia. A pesar de esto, reírse en mitad de su entrenamiento es una conducta que entorpece el trabajo, pues dificulta el identificar las sensaciones objeto de entrenamiento. Concentrarse en las sensaciones es la mejor estrategia. Ejemplo: *Bueno, entiendo que sea la primera vez que hacemos este*

ejercicio y sienta cierto nerviosismo por cómo va a funcionar la técnica, incluso que dude de ella. Mucha gente se suele sentir como usted en esta situación. Pero le pediría que se concentrase en las instrucciones y sensaciones corporales. Así, podremos continuar, y ya verá como poco a poco se irá sintiendo mejor.

• Extinguir

Si el paciente continúa mostrando esta conducta, el psicólogo debe reducirla no prestándole atención. En ocasiones, suele ser una sutil risa que habrá que ignorar para continuar con lo que nos tercia. Otras veces, la risa puede estar motivada para evitar la relajación. Hay pacientes que evitan dejarse llevar por temor a perder el control. Por ello hay que eliminar este tipo de conductas desde un primer momento. Aunque el paciente se ría, el psicólogo deberá seguir con el ejercicio, intentando de esta manera mostrarle que no le interesa su conducta, sino que logre concentrarse en la técnica.

• *Incorporar ejercicios físicos alternativos que ayuden a la concentración*

Si a pesar de haber intentado extinguir la conducta del paciente el psicólogo ve que éste la mantiene, es el momento de parar la técnica e insistir en las dificultades que genera este tipo de comportamiento. Incorporar algún tipo de ejercicios que ayuden al paciente a centrar su atención en las sensaciones que se quieren desarrollar. Por ejemplo, comenzar con ejercicios de tensar/relajar todo el brazo a fin de que pueda centrar su atención en esa zona. Al ser ejercicios que requieran esfuerzo físico es más fácil que el paciente se concentre en ellos. Luego continuar con las instrucciones pertinentes.

• Hacer hincapié en los beneficios de aprender esta técnica

Mostrar al paciente cuál es el objetivo con la enseñanza de este procedimiento, y los verdaderos beneficios que obtendrá, es algo que debe usarse como regla general de actuación, ya que, entre otras, servirá como medida preventiva ante hipotéticos problemas futuros, como por ejemplo que el paciente se ría durante la relajación. Aunque esta actuación se suele llevar a cabo en un primer momento para evitar dificultades, en este caso sería interesante volver a recordar y hacer especial hincapié en las ventajas que se obtendrán. Esto puede llevarse a cabo mediante una buena explicación de la técnica, acompañada posiblemente por una adecuada psicoeducación o una explicación personalizada de por qué se escogió esa técnica para él y no otra. Si presentamos la técnica como algo que realmente funciona, que es la más adecuada para él, y que es un procedimiento muy importante, es más probable que la técnica adquiera mayor prestigio y solemnidad para el paciente, haciendo más difícil que aparezcan estas respuestas.

El paciente se ríe durante la relajación

- Empatizar.
- Extinguir.
- Incorporar ejercicios físicos alternativos que ayuden a la concentración.
- Hacer hincapié en los beneficios de aprender esta técnica.

6. El paciente tiene un ataque de pánico en consulta

MILAGROS ESCRIBANO, CARMEN BLANCO, LAURA MARCOS y FRANCISCO JAVIER LABRADOR

1. *Descripción sucinta del problema*

Actualmente son muchos los pacientes que acuden en busca de ayuda por problemas de ansiedad: fobias específicas, sociales, ansiedad generalizada, crisis de angustia, etc. Esto último puede aparecer en forma de trastorno, como síndrome específico o coexistir con otras patologías. Así pues, cuando un paciente acude a terapia, es posible que dentro de la propia consulta éste experimente un ataque de pánico. A continuación se citan diversas condiciones que pueden influir en la aparición de una crisis en consulta:

- Una fuerte activación emocional (nerviosismo, enfado, frustración, etc.) puede precipitar un ataque. En este sentido, la mera exploración de un hecho traumático del paciente puede desencadenarlo.
- Estímulos externos situacionales, como espacio reducido de la consulta. Y estímulos internos (sensaciones) provocados por las condiciones de la sala, que haga calor, falta de ventilación, etc.
- Gran sensibilización/generalización del paciente a los ataques.
- Durante el tratamiento, cuando se está aprendiendo a controlar los pensamientos y sensaciones físicas negativas de las crisis. Esto es, con los propios ejercicios de exposición interoceptiva (prueba de hiperventilación, dar vueltas sobre sí mismo, fijar la vista en una luz, etc.).
- Por último, se debe tener en cuenta que los ataques de pánico son inesperados, es decir, su comienzo no se da a partir de un desencadenante claro, por lo que éste se puede presentar en cualquier momento.

Independientemente del motivo que promueva que un paciente experimente un ataque de pánico en consulta, el adecuado abordaje de su psicólogo no sólo calmará el malestar que estas crisis acarrean, sino que se fomentará la alianza terapéutica.

Como clave general para afrontar este tipo de complicaciones en terapia, es fundamental conocer pormenorizadamente el funcionamiento de esta patología; de lo contrario, el terapeuta podría sumarse al pánico del paciente.

2. *Ejemplo*

La paciente relata cómo sufrió un ataque de pánico días antes de la sesión.

T. De acuerdo, María Auxilio, cuénteme exactamente cómo ocurrió todo.
P. Sí. Verá, dudaba si montarme en el autobús o no. Finalmente, me subí. Hacía mucho calor, como aquí ahora. Además estaba lleno y teníamos que ir de pie muy juntos. No podía quitarme el abrigo. Cada vez sentía más calor. ¿Podría abrir una ventana?

La paciente comienza a acelerar su respiración al tiempo que relata lo ocurrido.

T. Sí, claro.
P. Gracias. Luego intenté quitarme la bufanda, pero sólo pude despegármela un poco del cuerpo. Lo peor fue cuando me empujaron para que me situara en el fondo del autobús. Comencé a marearme y pensar que si me daba una crisis nadie se daría cuenta. Perdone, no me encuentro muy bien...

La paciente comienza a respirar agitadamente. Su expresión facial palidece y comienza a sudar ligeramente. Está experimentando un ataque de pánico en sesión.

3. *Propuesta de actuación*

3.1. *Actitud del terapeuta: tranquilizar al paciente y normalizar la situación*

Es muy importante la actitud del terapeuta en estos casos. Debe actuar y mostrar al paciente seguridad y manejo profesional. Para ello debe utilizar un tono verbal cálido y afectivo. Buscar el contacto visual del paciente hacia el terapeuta, asegurando así descentralizar su atención en los síntomas y que siga sus indicaciones. Si fuera necesario, utilizar el contacto físico (agarrarle suavemente y girarlo hasta que esté frente a él). Tratar de tranquilizarlo expresando que todo va a pasar, que es un problema leve, que no se va a morir, que no está experimentando un infarto, etc., despejando así sus temores de peligro inminente.

Es primordial indicarle el carácter temporal de esa situación (10 minutos aproximadamente) y el carácter inofensivo de la ansiedad, señalándole que es una reacción molesta pero inocua. Ejemplo: *No va a pasarle nada malo por estar ansioso pero sí es una sensación muy incómoda*. Indicarle que sus reacciones son normales en una situación de ansiedad y son muchas las personas que la experimentan, pero no hay ningún peligro real.

3.2. *Explicación sencilla de lo que le ocurre*

No dar explicaciones extensas, sino mensajes cortos y contundentes. *Está sufriendo un ataque de pánico, es una reacción normal del organismo pero no es peligrosa. No es un infarto y no va a morir, es una crisis de ansiedad.* Hacer alusión a lo explicado en otras sesiones. *Recuerde como funcionaba la ansiedad en estos casos. Lo vimos en la psicoeducación de las primeras sesiones.* En caso de no haber tenido la ocasión de explicar el funcionamiento de la ansiedad, así como de las crisis, hacer comentarios algo más aclaratorios: *Está notando unas sensaciones desagradables y piensa que le va a ocurrir algo malo, que está en peligro, lo que hace que estos síntomas se intensifiquen, por lo que su temor es mayor cada vez. Se completa así el círculo vicioso del pánico. Síntomas que le provocan miedo, y miedo que aumenta los síntomas.*

3.3. *Utilizar técnicas de desactivación*

Con el fin de contrarrestar los efectos de la ansiedad, el terapeuta se servirá de los conocimientos en relajación previos del paciente. Ése no es el mejor momento de aprender nuevas habilidades, por lo que dependerá del entrenamiento previo para utilizar en ese momento una determinada técnica u otra. Así, si el paciente está familiarizado con técnicas de yoga, relajación muscular, respiración o cualquier otra y le son útiles para conseguir una desactivación, guiar en el manejo de las mismas en el momento del pánico. Si, por el contrario, el paciente no cuenta con recursos de desactivación, guiar su respiración con instrucciones sencillas de una respiración más lenta y pausada. Se puede utilizar una bolsa de plástico para que respire dentro, con el fin de equilibrar los valores de oxígeno y dióxido de carbono, ya que, si el paciente ha hiperventilado, tendrá un exceso del primero en su organismo. Si en ese momento no contamos con una bolsa, le mostraremos cómo ha de juntar las manos (como si fuera a beber) y colocarlas sobre la nariz y boca, para que lleve a cabo las inspiraciones en el hueco entre ellas. Se puede hacer la respiración con él actuando como modelo y ayudando a centrar su atención en la relajación.

3.4. *Utilizar la experiencia como componente educativo*

Se puede aprovechar la actual crisis para que el paciente interprete las sensaciones corporales con su auténtica explicación. La actuación del terapeuta va a depender del grado de conocimiento del paciente sobre el pánico y la ansiedad. Si, anteriormente, se le ha explicado al paciente cuál es el funcionamiento del pánico y las técnicas de afrontamiento, se le puede recordar lo aprendido conforme van surgiendo las sensaciones. Preguntarle por su temor y ofrecerle el razonamiento alternativo y real al mismo. Ejemplo de efecto paradójico es el temor a asfixia en hiperventilación, pues tiene un exceso de oxígeno en su organismo, no un déficit.

Si aún no se ha abordado ese tema, se tomará esta experiencia como base para

explicar la fisiología y funcionamiento de la ansiedad, así como la forma de hacerle frente una vez controlada la crisis. La crisis servirá para favorecer el componente educativo, tan importante en este tipo de casos.

Después del ataque de pánico es importante describir y analizar qué ha pasado y cómo ha sucedido, qué lo ha precipitado, qué sensaciones y qué pensamientos ha tenido durante el proceso. Se puede aprovechar como experimento conductual de cuáles eran las consecuencias temidas y compararlas con las consecuencias reales. Así se ayuda al paciente a identificar y retar las interpretaciones erróneas: *Las sensaciones fisiológicas son desagradables pero no peligrosas (no ha sufrido un infarto, ni se ha vuelto loco, ni ha muerto...).*

3.5. *Reforzar la experiencia de éxito*

Una vez finalizada la crisis, se debe reforzar el buen manejo del paciente ante la misma. Fomentar en él confianza de que posee el adecuado control para enfrentarse al pánico o que cada vez está más cerca de ello. Por otro lado, es también importante hacer hincapié en el hecho de que no haya escapado ante la aparición de los síntomas. Algo que fundamentalmente mantiene su problemática.

4. *Resumen*

- Tranquilizar al paciente y normalizar la situación.
- Explicación sencilla de lo que le ocurre.
- Utilizar técnicas de desactivación.
- Utilizar la experiencia como componente educativo.
- Reforzar la experiencia de éxito.

5. *Aplicación al ejemplo*

(Utilizar un tono de voz cálido y firme. Coger suavemente a la paciente, tras previo aviso a ésta, y posicionarnos enfrente, de modo que pueda mantener contacto ocular con la terapeuta.)

T. Míreme, le aseguro que no le está sucediendo nada malo. Confíe en mí. Está sintiendo unas sensaciones muy incómodas, pero en ningún caso son peligrosas.
P. *(Cada vez más agitada y con la respiración más alterada.)* Me encuentro muy mal... parece que me falta el aire. ¡No puedo respirar!
T. ¡María Auxilio, míreme! No va a sucederle nada malo. Esta sensación desagradable va a pasar. Simplemente está sufriendo una crisis de ansiedad. Sólo tiene que respirar

pausadamente. Hagámoslo juntas. ¿De acuerdo?

P. *(La paciente asiente afirmativamente).*

T. Míreme. Coja aire por la nariz unos segundos y luego expúlselo por la boca muy despacio, el mayor tiempo que pueda. Adelante, yo lo haré con usted. Se trata de reducir el ritmo y aumentar la profundidad de las respiraciones. Coja aire suavemente *(se cuenta en voz alta hasta 3)*. Manténgalo unos segundos *(se cuenta en voz alta un par de segundos*). Y ahora expulsamos todo el aire suavemente... uno, dos, tres, cuatro, cinco y seis. *(Seguimos marcando el ritmo de la respiración y actuando como ejemplo realizando el ejercicio con ella.)*

Tras unos minutos practicando una respiración lenta:

T. Muy bien, María Auxilio, lo ha hecho muy bien. ¿Qué tal se encuentra? ¿Está mejor?

P. Sí, ahora sí. Parece que se van pasando los mareos y noto que controlo mucho más la respiración. Poco a poco se va pasando como me dijo... Aunque todavía estoy un poco abrumada. ¡Qué mal lo he pasado! ¡Nunca me había pasado algo así!

T. Me alegro de que se encuentre mejor. Acaba de experimentar un ataque de pánico, algo muy habitual en la población, por cierto. Pero ha comprobado cómo finalmente ha recuperado el control sobre la crisis. Lo ha hecho fenomenal.

P. Ha sido horroroso, sinceramente.

T. Sí, realmente es muy desagradable. No es peligrosa aunque sí muy incómoda, como acaba de comprobar. Estas crisis consisten en una serie de síntomas fisiológicos (ahogo, taquicardia, presión torácica, calor, sudor, etc.) y cognitivos, es decir, determinados pensamientos (creer que se está volviendo loca, que se ahoga, que va a morir, por ejemplo). Todo originado por una gran cantidad de ansiedad, que suele durar unos 10 minutos más o menos.

P. Sí, entiendo, pero yo me estaba ahogando de verdad.

T. Respecto a la sensación de ahogo le explico lo contradictorio de este asunto. Realmente existe un exceso de oxígeno en su organismo no un déficit. Ante la gran ansiedad que experimenta, su cuerpo se pone en alerta, resultado de esto es la hiperventilación que se produce, es decir, involuntariamente respira más rápidamente y de manera menos profunda para poder reaccionar ante la hipotética situación de peligro. Dado que esta situación no es real, nuestro organismo se queda con una cantidad extra de oxigeno que paradójicamente genera la sensación de falta del mismo. Es más, muchas veces empeoramos esta situación cuando creemos que nos falta el aire, de manera que la hiperventilación involuntaria del principio empeora con la voluntaria.

P. Ya entiendo.

T. Desde hoy sabe que una crisis de este tipo no es peligrosa, por lo que no hay nada que temer. A lo sumo, son molestas por un breve período de tiempo. Ya sabe qué debe hacer si vuelve a tener un ataque de pánico: poner en marcha la respiración lenta y controlarlo tan bien como lo acaba de hacer.

P. Muchas gracias. Así lo haré.

7. Faltan coterapeutas

MILAGROS ESCRIBANO, LAURA GÓMEZ, ROBERTO GÓMEZ, y MARÍA GONZÁLEZ-ALLER y FRANCISCO JAVIER LABRADOR

1. *Descripción sucinta del problema*

En todo proceso terapéutico la colaboración de algún coterapeuta es muy recomendable, ya que puede hacer el trabajo del paciente más efectivo, su motivación mayor y, por tanto, que los resultados sean más rápidos y visibles. No siempre se necesita el mismo tipo de ayuda. En muchas ocasiones únicamente es necesaria una presencia cercana o una determinada manera de actuar que favorezca en el paciente un cambio de hábitos.

Hay veces sin embargo que la presencia de coterapeutas es indispensable, como en los siguientes supuestos:

a) Llevar a cabo un control estimular en su vida cotidiana (ejemplo: economía de fichas para establecer hábitos de estudio en un niño; control del dinero en un jugador patológico...).
b) En la realización de algunos ítems de la jerarquía durante ciertas exposiciones en el medio habitual del paciente (ejemplo: agorafobia, juego patológico...).

En resumen, el coterapeuta puede prestar ayuda en momentos especiales o para la realización de algunas tareas. También puede ser fundamental para saber si el paciente está realizando las tareas encomendadas u obtener todo tipo de información del medio ambiente en el que se mueve el paciente.

Una situación que requiere de manera especial esta presencia de coterapeutas es aquella en la que el paciente presenta ideas autolíticas y requiere una supervisión para asegurar que no las lleve a cabo. En estos casos no se puede respetar el criterio de confidencialidad. Se le plantea al paciente que es indispensable para los objetivos establecidos la colaboración de un familiar, amigo, pareja..., señalándole como alternativa la opción de un ingreso o atención por los servicios de salud, y si el paciente no quiere, se le remite a los servicios de salud. (Ver capítulo 6.3.) Problemas con las conductas autolíticas.

Hay otras situaciones en las que no contar con coterapeutas complica el proceso terapéutico, o al menos lo dificulta o ralentiza. Por eso siempre suele ser muy útil contar con alguna persona cercana al paciente que esté dispuesto a colaborar y/o tenga la adecuada formación para saber qué hacer exactamente en cada momento. Asimismo, la

situación se hace especialmente complicada en los casos en que:

- El paciente no cuenta con nadie, ni familia, ni amigos... (ejemplo: falta de red social).
- Contando con coterapeutas, éstos no están disponibles (ejemplo: falta de tiempo para acompañar al paciente); o se niegan a ayudar (ejemplo: padres que no quieren sentirse «policías» de sus hijos y estar encima de ellos controlándolos).
- Contando con coterapeutas, el paciente se niega a que le ayuden (ejemplo: en problemas de anorexia no quiere que se enteren otras personas, por vergüenza o para que no se preocupen).

2. *Ejemplo*

Abilio es un joven de 22 años que comenzó a jugar a las máquinas tragaperras hace un año. En un principio comenzó como un pasatiempo, pero poco a poco le suponía importantes sumas de dinero y tiempo invertidas. Decide acudir a terapia para superar su problema con el juego. Llegados a un ítem de la jerarquía para la exposición en vivo, se precisa la ayuda de un coterapeuta que le acompañe.

T. Y bien, Abilio. Cuénteme, ¿qué tal le ha ido esta semana?
P. Antes de comenzar quería comentarle que no he podido realizar las tareas.
T. ¿Y eso?
P. Usted me dijo que debía ir al bar acompañado de alguien, pero nadie podía venir conmigo.
T. ¿No ha podido encontrar a nadie que le quiera acompañar?
P. No, es que al final nadie pudo, y así va a ser imposible realizar las exposiciones.
T. Es cierto que así se hace más complicado.
P. No sé cómo voy a poder salir de esto sin que nadie me acompañe, porque si voy yo solo, sé que volveré a jugar.
T. Entiendo...

3. *Propuesta de actuación*

3.1. *Escucha activa y empatía*

Con el objetivo de recoger el mensaje del paciente y que éste vea que el terapeuta entiende su difícil situación y que está dispuesto a ayudarle. Se insistirá en la importancia de pedir ayuda y ser consciente de que necesita cambiar.

3.2. *Solución de problemas*

Esta técnica permitirá, por un lado, implicar al paciente de forma activa en la resolución de su problema, y por otro, tiene la ventaja de disponer de múltiples soluciones, potencialmente eficaces, que además han sido generadas por el propio paciente.

3.3. *Sustituir la función del coterapeuta por otro tipo de controles externos*

Es evidente que habrá situaciones en las que es imposible contar con la colaboración de un tercero, por lo que una vez agotadas las posibilidades anteriores, se propone algunas alternativas como sustitutas:

- Instrucciones grabadas (vídeo, audio) o escritas de cómo realizar la tarea e incluyendo en ellas mensajes positivos de ánimo para que le acompañen en las situaciones críticas, como si el terapeuta estuviese allí cuando le necesite (por ejemplo: al llevar a cabo las primeras exposiciones).
- Pedir ayuda a extraños (por ejemplo: pedir al dependiente de un supermercado que nos ayude a hacer la compra, pedir ayuda a un vecino, etc.). Entendemos este tipo de ayuda distinta de un coterapeuta, ya que son personas que nos prestan ayuda muy específica y momentánea.
- Aumento de la presencia del terapeuta. En determinados casos el terapeuta puede cumplir la función de coterapeuta, bien acompañando en las primeras exposiciones o bien realizando llamadas telefónicas. En ambos casos se debe dejar claro el carácter excepcional de esta ayuda extra y se acordará con el paciente el tema de honorarios y disponibilidad del terapeuta.
- Se puede hacer uso de la realidad virtual pudiendo crear escenarios tridimensionales en ordenador parecidos a los de la realidad en la propia consulta. No sería necesaria la presencia de coterapeutas, ya que el terapeuta se encuentra presente pudiendo actuar como tal. Además permite al paciente exponerse de una manera menos aversiva y más controlada que en vivo, por lo que facilita la tarea.
- Además de los controles externos pueden utilizarse autoinstrucciones.

3.4. *Motivar al paciente*

Para reforzar su propia autonomía, ya sea para la búsqueda activa de coterapeutas como para, en caso de no encontrarlos, continuar con la terapia fomentando su participación. Es importante hacerle ver que lo fundamental para el proceso es él mismo. Es especialmente recomendable en los casos que se cuenta con una buena disposición y actitud del paciente pero no se dispone de nadie más. Se remarcará que él puede poner todo de su parte y a veces no es posible controlar el contar con otras personas.

4. *Resumen*

- Escucha activa.
- Empatía.
- Técnica de solución de problemas.
- Controles externos.
- Motivar.

5. *Aplicación al ejemplo*

P. No sé cómo voy a poder salir de esto sin que nadie me acompañe, porque si voy yo sólo, sé que volveré a jugar.
T. Entiendo que se sienta así, Abilio, puesto que está haciendo un gran esfuerzo por superar su problema, pero parece que sus condiciones no se lo están favoreciendo mucho. Es completamente comprensible.
P. Es muy duro, parece que no les importo, ¿cómo quieren que no juegue?
T. De verdad que le felicito por su actitud, ya que el haber venido en busca de ayuda y el estar convencido de querer superar su problema es un gran paso.
P. La razón por la que quería ayuda principalmente era por el tema económico, pero también vi que llegué a un punto en el que estaba dejando de lado todo lo que me importaba en mi vida.
T. A algunas personas que tienen su mismo problema les cuesta tiempo llegar por sí solas a darse cuenta de esto, por lo que ya con su motivación tiene mucho ganado.
P. Yo creo que estoy poniendo todo de mi parte, pero no consigo ayuda. Al final voy a tener que hacerlo solo.
T. En muchas ocasiones es complicado encontrar coterapeutas, principalmente por motivos de tiempo o disponibilidad como ocurre en su caso. Para esta técnica es mejor empezar realizando las exposiciones con la ayuda de una persona de confianza, que supervise su correcto desempeño. Aunque sólo es necesario al principio, ya que el objetivo final es que termine haciéndolo sólo, es importante contar con alguien en un comienzo. Vamos a buscar una forma de solventar esto.
P. ¿Podría acompañarme usted? Me da mucha confianza y además es un profesional que me supervisará mucho mejor que cualquier otra persona.
T. Ciertamente puede haber diferentes opciones. Lo más interesante es que sea una persona cercana a usted quien le acompañe.
P. Ya se lo he pedido a muchos, pero nadie dispone de tiempo para acompañarme.
T. ¿A quién se lo ha pedido?
P. Pues a mi hermano y a Roberto, que son los únicos que podrían ayudarme, pero no tienen tiempo.
T. Muy bien, ¿y qué puede hacer usted para conseguir que alguien cercano le acompañe

en sus exposiciones dos veces a la semana durante hora y media o dos horas?

P. Pues ya le he explicado que nada, porque mi hermano me ha dicho que no tiene tiempo y Roberto que no puede.

T. ¿Conoce a más personas a las que se lo podría pedir?

P. Quizá a mi primo, pero acaba de tener un niño y también estará ocupado.

T. ¿Alguien más?

P. Bueno, con mi vecino me llevo muy bien, pero no sabe nada de mi problema y prefiero evitar contárselo.

T. Bien, Abilio, le propongo que dediquemos un tiempo a la pregunta sobre qué puede hacer usted para conseguirlo. Vamos a intentar buscar posibles respuestas.

P. ¡Ah! ¿Esto no es como la técnica aquella de solución de problemas que vimos?

T. Eso es, ¿la recuerda bien?

P. Sí, por supuesto. Pues se me ocurre que puedo buscar otro momento que les venga bien, o puedo desplazarme a su trabajo a la hora de comer y hacerlo en algún bar de por allí.

T. Ajá.

P. Puedo llamarles por teléfono y hacerlo mientras hablo con ellos, o incluso mediante una videollamada...

T. Bueno, como ve, parece que todavía nos quedan algunas opciones para intentarlo. Como tarea para casa quiero que continúe con la técnica, ya sabe que tiene que poner todas las alternativas que se le ocurran y después valorarlas detenidamente.

P. Ya, ¿y si esto tampoco funciona?

T. También puede plantear el problema de qué puede hacer para conseguir realizar la exposición si al final estas personas no pueden. ¿Qué se le ocurre?

P. Es que ya no conozco a nadie más que sepa mi problema y que pueda ayudarme.

T. Dedíquele tiempo. Antes tampoco se le ocurría nada.

P. Quizá podría pedírselo a otra persona. Bueno, otra opción sería ir a una asociación de gente que tenga mi mismo problema y que me ayuden. Y por último puedo hacerlo en consulta con usted.

T. Perfecto, al final fíjese todas las alternativas que ha conseguido plantear. Como le he dicho antes, en esta semana debe valorarlas y poner en práctica la mejor opción para poder realizar las exposiciones.

8. El paciente entiende la necesidad de cambio pero le cuesta asumirlo

CRISTINA DELGADO, MARÍA GONZÁLEZ-ALLER y FRANCISCO JAVIER LABRADOR

1. *Descripción sucinta del problema*

Ciertos pacientes, aun mostrándose dispuestos al cambio y entendiendo el aspecto teórico de lo que representa su problema, presentan serias dificultades para aplicarlo a su caso concreto. Puede haber diversas razones que lo propicien:

- Obtener ganancias secundarias. (Ver capítulo 3.9. El paciente obtiene ganancias secundarias por continuar en tratamiento.)
- Entiende que le es útil pero que no vale la pena el esfuerzo. El análisis costos/resultados no le parece beneficioso.
- Miedo al dolor que les causa ser conscientes de su propia realidad: Uno de los retos más importantes de los pacientes en terapia es asumir su propia realidad. No es igual que un paciente comprenda la problemática en general, a que tome conciencia de que ese problema forma parte de su vida. Negar el problema supone no tener que enfrentarse a la situación.
- Creencias incompatibles con una nueva perspectiva: Dichas creencias pueden ser muy variadas y provenir de diferentes fuentes: familia, religión, política... En ocasiones configuran esquemas cognitivos difíciles de modificar y crean impedimentos a la hora de romper ciertos estereotipos. En estos casos, aunque el paciente sufra malestar, no lo atribuye a dichas creencias, o le cuesta mucho hacerlo, porque supone cuestionarse su propia historia de vida y su propia educación.
- Temor a las consecuencias que produciría el cambio: Muchas de las conductas de los pacientes están instauradas desde hace muchos años y es lo único que conocen. Se han acomodado a una realidad y no han vivido otra. Aunque en el fondo sepan que no les beneficia, la incertidumbre que les produce el cambio es percibida como algo amenazante. La posibilidad de modificar su situación les genera angustia al creer que no tendrán los recursos necesarios para enfrentarse a ella con éxito.

2. *Ejemplo*

Mujer que llega a consulta por un problema de bajo estado de ánimo y muy baja autoestima. El terapeuta descubre que esta está siendo maltratada por su marido. Ella reconoce que éste no la trata bien, que el maltrato está mal, pero no siente que su malestar se deba a eso, no lo relaciona. Además justifica y disculpa a su marido por sus actitudes hostiles, insultos y alguna que otra bofetada.

T. Soledad, ¿qué tal ha pasado la semana?
P. Bueno, como siempre... luchando con mis hijos, pero sin muchas ganas de hacer nada...
T. ¿Y qué tal con su marido?
P. Antonio cada día llega más tarde, cansado y enfadado... está cada día de peor humor.
T. ¿Han tenido alguna discusión?

P. Bueno, como siempre o peor, anteayer me tiré toda la mañana cocinando y cuando llegó a comer me dijo que la sopa estaba fría y tiró el plato al suelo gritando que no servía para nada.
T. ¿Cómo reaccionó Usted?
P. Pues nada, qué voy a hacer, llorar y aguantarme.
T. ¿Y cómo se sintió?
P. Mal, me sentí una tonta, estuve llorando mucho, pero al rato ya me estaba haciendo tonterías y al final se me pasó.

3. *Propuesta de actuación*

3.1. *Identificar la función que tiene para el paciente mantener dichas creencias*

Con el fin de modificar las creencias es necesario tener claro de dónde provienen, qué valor tienen para el paciente y cuál es la razón por la que se mantienen. Es decir, para qué le sirven y qué considera que podría perder caso de que se modificaran.

3.2. *Reestructuración cognitiva*

Identificados el origen, la función de estos pensamientos disfuncionales y la razón por la cual se mantienen, es necesario pasar a modificarlos por medio de la reestructuración cognitiva. Se pueden llevar a cabo comparaciones entre su situación y la de alguien que viva una situación similar *(¿Qué diferencias hay en la reacción que presentan los demás y la reacción que tiene el paciente mismo ante esta situación? ¿Qué comentarios escucha de su familia?)*. Es muy útil, además, explicar la situación empleando metáforas, así como llevar a cabo una lista de pros y contras de permanecer en la situación actual, con el fin de que el paciente vea plasmadas sobre papel las razones.

3.3. *Utilizar pruebas de realidad*

Utilizadas conjuntamente con la reestructuración cognitiva, las pruebas de realidad pueden ser útiles como una forma de apoyo a la reestructuración. Registros de conducta y experimentos conductuales tienen un papel esencial para aportar pruebas que ayuden al cambio de perspectiva.

3.4. *Empatizar*

Tras haber hecho consciente de la realidad al paciente, es importante mostrarle que el terapeuta entiende por lo que está pasando, mencionar que imagina el grado de esfuerzo

y en ocasiones sufrimiento que implica darse cuenta de que las premisas con las que estaba viviendo hasta el día de hoy son precisamente las que le ocasionan dicho sufrimiento.

3.5. *Uso de técnicas para el aumento de la autoestima y el autoconcepto*

En algunas ocasiones, el paciente sabe que un cambio de actitud le conviene; sin embargo, no se ve con la suficiente voluntad o habilidades para lograrlo. En estas situaciones resulta útil utilizar técnicas de aumento, de autoestima, con el fin de que el paciente vea claro los recursos que posee.

3.6. *Uso de la técnica de solución de problemas*

Si ya ha aceptado que sus pensamientos son los que le producen el malestar y ha decidido cambiarlos, esta técnica le permitirá desarrollar las estrategias más adecuadas y también le permitirá tomar un papel más activo al respecto.

4. *Resumen*

- Identificar la función de las creencias.
- Reestructuración cognitiva.
- Pruebas de realidad.
- Empatizar.
- Aumento de la autoestima y el autoconcepto.
- Solución de problemas.

5. *Aplicación al ejemplo*

T. Soledad, ¿qué tal ha pasado la semana?
P. Bueno, como siempre... luchando con mis hijos, pero sin muchas ganas de hacer nada...
T. ¿Y qué tal con su marido?
P. Antonio cada día llega más tarde, cansado y enfadado... está cada día de peor humor.
T. ¿Han tenido alguna discusión?
P. Bueno, sí, como siempre o peor, anteayer me tiré toda la mañana cocinando y cuando llegó a comer me dijo que la sopa estaba fría y tiró el plato al suelo gritando que no servía para nada...
T. ¿Cómo reaccionó usted?
P. Pues nada, qué voy a hacer, llorar y aguantarme.

T. ¿Y cómo se sintió?
P. Mal, me sentí una tonta, estuve llorando mucho, pero al rato ya me estaba haciendo tonterías y al final se me pasó.
T. Soledad, no sé si recordará cómo se producía el ciclo de la violencia. Lo estuvimos viendo hace un par de semanas, ¿recuerda?
P. Sí, sí, lo recuerdo.
T. ¿Sabría decirme, Soledad, cuántas veces después de su ira ha venido un perdón o un regalo o una actitud cariñosa?
P. Siempre.
T. Vamos a valorar si esa conducta de su marido es o no apropiada. ¿Usted considera adecuado que, después de su esfuer zo —e incluso si no hubiera realizado esfuerzo alguno—, su marido le responda tirando la comida al suelo?
P. No, pero ya le conozco, le pierden los nervios.
T. ¿En qué otras ocasiones le han perdido los nervios?
P. Uff, casi todos los días, si no grita, golpea lo que encuentra, incluso alguna que otra vez me ha dado una bofetada. Claro que ahí yo me enfrenté a él.
T. ¿Quiere usted decir que esas bofetadas se las merecía?
P. No, sólo que le puse fuera de sí. A mí eso me dolió y estuve mucho tiempo muy mal, pero luego comprendí que fue una situación muy tensa.
T. En todos estos casos podrá decirme si son reacciones adecuadas o por el contrario no deberían producirse. ¿Qué pensaría usted de su yerno si su hija le contara estas cosas?
P. No podría tolerarlo, sería diferente.
T. ¿Por lo tanto, no lo vería aceptable en ningún caso?
P. No, claro que no.
T. Dígame, por favor, por qué en su caso sí lo justifica.
P. Mire es diferente. Está mal, pero mi marido es muy antiguo y hay que tener mucha paciencia con él. Yo supongo que le quiero después de tantos años y sé que en el fondo él a mí también. Llevamos toda la vida juntos... En mi generación nos educaron para aguantar y salvar el matrimonio por encima de todo. Ahora los chicos jóvenes son de otra manera, pueden juntarse, separarse y arrejuntarse las veces que quieran.
T. Soledad, uno se casa supuestamente para ser feliz, ¿no es así? Usted ahora se siente mal, y lleva así mucho tiempo, cada vez peor. Me dijo la semana pasada que estaba empezando a perder ilusión por las cosas, y que se sentía sin valor como persona. ¿Cree que las conductas de su marido le hacen sentirse valorada? ¿Le hacen sentirse bien, feliz, tranquila y confiada? ¿O por el contrario le hacen sentirse intranquila, angustiada, triste e infeliz?
P. No, no me siento valorada y me siento muy triste.
T. ¿Y sus hijos? ¿Qué cree que piensan cuando ven cómo su padre trata a su madre?

¿Cómo cree que se sienten viendo y oyendo esas cosas?

P. Mal, muy mal, como yo o peor, me lo han dicho, ¿sabe?

T. Los registros que tenemos hasta ahora indican que su estado de ánimo es muy bajo y que su marido cada día responde de manera más agresiva ante cualquier cosa.

P. Sí, es cierto... *(Se emociona.)*

T. Tranquila. Es normal que el tomar conciencia de su problema le genere mucho malestar. Es lógico que se emocione; intente respirar despacio, yo le doy un tiempo...

P. ¿Y yo qué hago sin él? ¡Mi vida no tiene sentido!

T. ¿Y tiene sentido una vida con él de esta manera? ¿Esperaba cuando se casó sentirse así? Nadie merece ser maltratada, es lo mínimo que puede esperar cualquier persona, ser tratada con dignidad y respeto.

P. Pero... ¿y si intentan dejarlo? Mi trabajo no me da para vivir.

T. Usted es una persona muy luchadora y con recursos, lo demuestra día a día. Es perfectamente capaz de hacer lo que se proponga. Haga memoria y enuméreme por favor cada una de las ocasiones en las que ha sabido salir adelante.

P. Pues... *(Enumera, con dificultad, costándole recordar y con lágrimas en los ojos.)*

T. ¡Ve, Soledad, muy bien! Ahora vamos juntas a intentar buscar alternativas de solución a su problema y de esta manera podrá ver las cosas más claras.

9. El paciente obtiene ganancias secundarias por continuar en tratamiento

MIRIAM HUERTA, ICÍAR GIMÉNEZ-CASSINA y FRANCISCO JAVIER LABRADOR

1. *Descripción sucinta del problema*

En la parte final del proceso terapéutico, el paciente manifiesta conductas que llevan al terapeuta a plantearse si aquél pueda estar obteniendo ganancias secundarias por mantenerse en tratamiento. Por ejemplo: mantener una baja laboral, obtener beneficios en un proceso judicial, o incluso evitar responsabilidades, es decir, adoptar un papel de víctima en la familia para conseguir mejor trato o mayores comodidades que si no, no conseguiría. Esta situación supone un problema, porque la persona intenta alargar el tratamiento, a fin de no perder estas ganancias secundarias. Las actuaciones pueden ser muy dispares, entre ellas: cancelar citas, llegar tarde a las sesiones, dejar tareas sin hacer que antes sí realizaba, incrementar sus quejas, etc. Con frecuencia, y en contra de la opinión del terapeuta, señala que no puede afrontar algunas situaciones, o que en realidad se encuentra mucho peor de lo que el terapeuta considera. Esta forma de actuar bloquea o incluso revierte los efectos del tratamiento, prolongándolo de forma innecesaria y generando nuevos problemas al propio paciente. Tratar de enseñar nuevas técnicas o

abordar nuevos problemas no es una forma de proceder adecuada. Es necesario afrontar directamente esta forma de actuar del paciente e intervenir en consecuencia.

2. *Ejemplo*

P. Buenas tardes, siento llegar tarde, no me he dado cuenta de la hora.
T. Doña Teresa, entiendo que esto le puede suceder a cualquiera, pero últimamente constato problemas con la sesiones, en el último mes ha anulado dos citas y ha llegado tarde a las otras dos. ¿Qué considera que está pasando?
P. Ay, bueno, no han sido tantas. Es que mi marido me ha dicho que cree que ya estoy preparada para venir yo sola en autobús y me he empezado a sentir muy mal, hasta que, bueno, mi hijo me ha traído.
T. Bueno, acordamos que ya debería venir usted sola, y por eso su marido, colaborando con el tratamiento, ha seguido mis indicaciones de no traerla para que usted viniera sola en autobús.
P. Sí, usted piensa así, pero en realidad yo no me siento preparada para eso. Pensar en que tengo que coger el autobús yo sola me resulta muy desagradable. Además, a mi marido en realidad no le molesta llevarme donde me haga falta. No sé por qué su insistencia en cambiar esto.

3. *Propuesta de actuación*

3.1. *Confirmar la sospecha de ganancias secundarias*

En primer lugar es importante asegurarnos de que el paciente tiene ganancias secundarias. Las posibilidades de la entrevista son limitadas, pero deben utilizarse. Pedirle que identifique ganancias como consecuencias del éxito puede ser un procedimiento. El terapeuta debe sospechar si al paciente no le quedan muy claras que obtendrá ganancias importantes por acabar el tratamiento.

3.2. *Confrontar al paciente con la situación*

Tras haber confirmado las ganancias secundarias habrá que confrontar directamente al paciente con la situación. Por un lado, confrontarle con la falta de cumplimiento de las tareas. Por otro, con sus conductas de queja, mejor infravalorar los avances y sus habilidades actuales. Las pruebas de realidad están especialmente indicadas: qué ha hecho hasta ahora, opiniones de otras personas, revisión de los autorregistros, incluso experimentos conductuales. El objetivo a lograr es que quede en evidencia su mejoría.

3.3. *Revisar reticencias*

Puestos de relieve los avances, se aborda la actuación del paciente. Se normalizan sus reticencias y miedos *(Es lógico que una persona tenga una cierta prevención ante los nuevos retos. Si usted no identifica con claridad sus habilidades, es lógico que no se considere preparado...).* Si alguna es especialmente relevante para bloquear el avance se puede abordar de forma específica analizando ventajas e inconvenientes. En aquellos casos donde el paciente estima que las ganancias secundarias son más deseables que las debidas al tratamiento, será conveniente el uso de estrategias como la solución de problemas, de forma que el paciente pueda conseguir (y también identificar) ganancias próximas a las secundarias a la vez que las ganancias terapéuticas. La implicación del entorno personal del paciente puede ser de gran ayuda para lograr este objetivo.

3.4. *Reafirmar objetivos y plazos*

Se abordan de nuevo los objetivos terapéuticos establecidos, señalando los logrados y los que quedan por obtener. Se aborda la importancia de que la persona sea autosuficiente y deje de depender del terapeuta. Se considera el tiempo estimado para la obtención de objetivos y finalización de la terapia y se le precisa al paciente que eso es lo que vamos a llevar a cabo, siempre atendiendo a sus necesidades reales detectadas por el terapeuta. Se pueden señalar indicadores objetivos que sirvan para identificar el avance del paciente.

3.5. *Establecer sistema de contingencias*

El que el paciente acepte o esté de acuerdo con los objetivos establecidos no garantiza que en su vida cotidiana vaya a llevar a cabo las conductas adecuadas para lograrlo. Dada la experiencia con él, parece conveniente establecer un sistema de contingencias que le ayude a ponerlas en práctica. Estrategias como informes cotidianos o cada X días remitido por *e-mail* al terapeuta; contingencias cotidianas en función de sus actuaciones por parte de una persona próxima implicada en el programa; hacer depender la siguiente sesión de la realización de las tareas, etc., pueden servir de ayuda al respecto.

4. *Resumen*

- Confirmar la sospecha de ganancias secundarias.
- Confrontar al paciente con la situación.
- Revisar reticencias.
- Reafirmar objetivos y plazos.
- Establecer sistema de contingencias.

5. *Aplicación al ejemplo*

P. Buenas tardes, siento llegar tarde, no me he dado cuenta de la hora.

T. Doña Teresa, entiendo que esto le puede suceder alguna vez, pero últimamente constato problemas con la sesiones, en el último mes ha anulado dos citas y ha llegado tarde a las otras dos. ¿Qué considera que está pasando?

P. Ay, bueno, no han sido tantas. Es que mi marido me ha dicho que cree que ya estoy preparada para venir yo sola en autobús y me he empezado a sentir muy mal, hasta que, bueno, mi hijo me ha traído.

T. Bueno, ese tema ya estaba tratado y acordamos que ya debería venir usted sola. Por eso, su marido, colaborando con el tratamiento, ha seguido mis indicaciones de no traerla para que usted viniera sola en autobús.

P. Sí, usted piensa así, pero en realidad yo no me siento preparada para eso. Pensar en que tengo que coger el autobús yo sola me resulta muy desagradable. Además, a mi marido en realidad no le molesta llevarme donde me haga falta. No sé por qué su insistencia en cambiar esto.

T. ¿Realmente usted cree que a su marido no le molesta?

P. Estoy segura. Él me quiere mucho y prefiere que yo me encuentre bien. A mí, desde luego, me resulta más agradable y cómodo ir con él. No veo por qué he de dejar de hacerlo.

T. Ya entiendo, quizá entonces sus retrasos o anulaciones tienen que ver con las dificultades de viajar sola. ¿Usted me garantizaría que si le trae su marido no volverá a retrasarse o anular citas?

P. Desde luego que se lo garantizo.

T. Vale. Mire, por favor, lo que está sucediendo. A usted le resulta muy cómodo que su marido la traiga, en lugar de usar transporte público. Me intenta convencer para que le permita mantener esa dependencia porque le es más cómodo. Pero eso va contra uno de los objetivos fundamentales del tratamiento, su autonomía personal, la superación de su dependencia de otras personas. Además de poder estar sola en espacios abiertos con gente.

P. No, no es sólo por comodidad. En realidad, yo no estoy preparada para afrontar esas situaciones.

T. Doña Teresa, ¿recuerda la prueba que completamos en la sesión anterior? Le muestro con esta gráfica los resultados. En ella se observa una gran disminución de los pensamientos negativos y conductas referentes a su problema de permanecer en espacios abiertos con mucha gente. ¿Lo ve?

P. Sí, puede que usted con los gráficos sí que vea un cambio, pero yo noto que apenas he cambiado y que no estoy preparada para que me dé el alta.

T. Doña Teresa, ¿puedo hacerle una pregunta?

P. Sí, claro.
T. Antes me ha comentado que le ha traído su hijo, y por lo que sé, éste trabaja cerca de aquí. ¿Me podría explicar cómo ha hecho para llegar hasta aquí?
P. Hombre, pues como yo sabía que si iba a recogerme a casa no llegaría a la sesión, me he acercado en metro hasta la mitad del camino.
T. Fíjese, hace dos meses le parecía imposible la simple idea de acercarse a la parada de metro más próxima a su casa, ¿no es verdad?
P. Sí, bueno, tiene razón, pero eso es una cosa, y otra es venir hasta aquí.
T. Si no me equivoco, me acaba de decir que ha hecho parte del trayecto en metro sola.
P. Sí, pero no he ido tan tranquila, como va el resto de la gente.
T. Bueno, doña Teresa, la felicito puesto que desde que nos propusimos ir venciendo algunas barreras lo ha hecho muy bien, es un gran esfuerzo por su parte, tanto que hoy es capaz de realizar muchas de las actividades diarias que había dejado de hacer debido a su problemática.
P. La verdad es que sí, aunque, bueno, creo que todavía queda camino.
T. Por supuesto. Pero ahora recordemos los dos objetivos principales de este tratamiento: que pudiera hacer sus actividades cotidianas, normales y especiales, sin depender de otras personas (marido, hijos, madre); y que fuera capaz de estar en espacios abiertos con otras personas sin problemas. Como ve, ha avanzado de forma importante, pero depender para el transporte de su marido o su hijo no ayuda en esta dirección. ¿No le parece que deberíamos seguir trabajando para conseguir esos objetivos? Desde mi punto de vista profesional, usted está preparada para continuar el camino con las estrategias aprendidas.
P. Tiene razón, la verdad es que ahora con usted me parece lo más adecuado, pero en mi casa lo veo de otra forma. Venir con usted es de gran ayuda para mí.
T. Perfecto, volvamos a los objetivos. Yo tengo claro que usted ya puede utilizar el autobús sola y sin problemas importantes. Éste es el siguiente paso a lograr: esta semana, cada día, va a utilizar el autobús para hacer al menos un trayecto de 30 minutos. Mándeme un *e-mail* al final del día indicándome el autobús que ha cogido, la parada de inicio, la de final y el tiempo transcurrido. Además, tal como hace en el diario de exposiciones, apunte cada 5 minutos el nivel de malestar. Cuando lo haya realizado 5 veces le daré cita para la siguiente sesión.

10. Durante el tratamiento el paciente plantea problemas nuevos

ROBERTO GÓMEZ, CRISTINA MÉNDEZ y FRANCISCO JAVIER LABRADOR

1. *Descripción sucinta del problema*

Con frecuencia, a lo largo del tratamiento el paciente informa de nuevos problemas o situaciones comprometidas para las que pide ayuda. Estas nuevas informaciones, que suelen reflejar experiencias inmediatas o muy recientes, son presentadas por el paciente de forma que requieren o solicitan actuación inmediata, lo que supone desatender o retardar la actuación terapéutica en curso. En algunos casos, ciertamente el problema sobrevenido requiere consideración inmediata para poder seguir la intervención, pero en muchos otros la relevancia que le da el paciente tiene que ver más con su falta de perspectiva o con confundir lo urgente con lo importante.

Es evidente que el desarrollo de una intervención no debe ser algo «cerrado» y rígido, de forma que ésta se vaya ajustando a las necesidades, evolución y avatares del paciente. Pero el terapeuta debe ser capaz de apreciar la importancia de seguir el plan terapéutico establecido, así como la de dedicar atención a estos nuevos problemas que le presenta el paciente. Ciertamente hay mucha diferencia entre los pacientes desde los que apenas informan de «nuevos problemas», hasta los que cada comienzo de sesión es un continuo desfilar de «nuevos problemas».

Mantener el programa de actuación terapéutico diseñado en la formulación, o modificarlo para atender a estos «nuevos retos», con frecuencia supone una toma de decisiones en la que la inmediatez puede sobreponerse a la importancia. Si la decisión es fácil, no hay problema, pero en muchos casos la decisión puede parecer complicada, dificultando la correcta actuación del terapeuta.

Dada la gran variedad de alternativas que puede presentar esta situación, a continuación se expondrá una de ellas, en la que la decisión puede parecer a primera vista complicada, a fin de poder señalar pautas de actuación.

2. *Ejemplo*

Se está llevando a cabo un tratamiento de exposición para una fobia específica a los ascensores. En la sesión anterior, Socorro había informado de un progreso importante en las dos semanas de exposición realizadas, habiendo superado ya 4 de los 8 ítems de la jerarquía de ansiedad. Al comienzo de la tercera sesión señala que esta semana ha sufrido acoso por parte de un compañero de trabajo. Asegura y reitera el malestar que le está provocando esta nueva situación, interfiriendo en su desempeño laboral e impidiéndole llevar una vida normal. También ha afectado a sus tareas de exposición, pues no se encontraba con ánimo de hacerlas. El acoso se realiza principalmente a través de *e-mails* en los que pide o da información de la vida privada de Socorro, también de llamadas telefónicas, en especial, fuera del horario de trabajo. Además, con frecuencia este compañero la espera en la puerta a la salida del trabajo con la intención de acompañarla, incluso a veces ella le ve merodeando por los alrededores de su casa. Esta situación de acoso comenzó hace unas tres semanas, con los *e-mails,* pero la frecuencia e intensidad ha ido en aumento llegando a interferir esta semana en su vida diaria.

T. Bueno, Socorro, ¿qué tal la semana? ¿Cómo ha ido la exposición a los ítems 5 y 6?
P. La verdad es que no ha ido bien, no he podido llevarla a cabo.
T. ¿Por qué? ¿Qué ha pasado?
P. Algo realmente desagradable, pero prefiero no hablar de ello.
T. Si algo le ha dificultado realizar las tareas encomendadas, ¿no cree que sería importante considerarlo? Quizá pueda ayudarle a superarlo.
P. Bueno... es que no puedo concentrarme en mi trabajo..., ni en nada que no sea el problema que estoy viviendo.
T. ¿Puede ser más precisa, no me queda claro cuál es el problema?
P. Es que... un compañero de trabajo está intentando algo conmigo y yo no quiero nada con él.
T. ¿A qué se refiere con intentar algo con usted?
P. Pues que no hace más que mandarme correos diciéndome cosas muy personales y fuera de lugar, que sobrepasan la relación laboral... Me espera a la salida del trabajo y se empeña en acompañarme por más que yo me niegue. Incluso a veces le veo merodeando por la calle, y lo último es que no sé cómo ha conseguido mi teléfono y me está llamando a casa, en especial por las noches.

3. *Propuesta de actuación*

3.1. *Estimar interferencia del nuevo problema*

Se debe valorar la interferencia que ejerce este nuevo problema, tanto en la vida cotidiana del paciente como en el problema que se está tratando.

3.2. *Evaluar si altera la comprensión/formulación del problema*

Evaluar si el nuevo problema puede alterar la compresión/formulación realizada, y en consecuencia, exigir la modificación del tratamiento.

3.3. *Decidir la actuación inmediata según la importancia del problema*

Posibilidades de actuación:

a) *Restar importancia y posponer*. Si el problema no interfiere con su vida habitual o con el tratamiento y no afecta de forma relevante a la formulación del problema realizada. Mantener programa establecido.

- Tras dedicar la atención necesaria para tomar esta decisión, señalar al paciente que no es un problema central, y que debe mantenerse el programa de actuación

establecido. Se pospone considerar este problema hasta haber concluido el programa establecido.

b) *Considerar brevemente y establecer pautas de acción inmediatas.* Después volver al programa establecido. Si el problema interfiere con su vida habitual o el tratamiento, pero no afecta de forma relevante a la formulación del problema realizada.

- Dado que interfiere con la vida cotidiana o el tratamiento, habrá que dedicar el tiempo adecuado para establecer pautas de actuación que permitan al paciente superar esta interferencia. Señalar la no relevancia para el problema central y la conveniencia de volver a éste una vez establecidas las pautas de actuación.

c) *Detener el programa establecido y centrarse en el nuevo problema.* Si el problema interfiere con su vida habitual o el tratamiento, y además afecta de forma relevante a la formulación del problema realizada.

- Señalar al paciente que la nueva información implica una modificación importante de la formulación de su problema y en consecuencia del programa de intervención. Se llevarán a cabo las actuaciones necesarias para integrar esta nueva información con la ya existente. Si es necesario, deben realizarse tareas complementarias de evaluación y una nueva formulación/propuesta de intervención. En cualquier caso, de forma provisional y urgente deben establecerse pautas de actuación inmediata para orientar al paciente.

3.4. *Directrices generales*

- Procurar mantener la propuesta de actuación: intentar, en la medida de lo posible, continuar con el plan de tratamiento establecido en un principio. Puesto que fue diseñado teniendo en cuenta los objetivos que se acordaron con el paciente tras la evaluación. Depende de la valoración que se haga de la interferencia que tenga la nueva situación.
- Procurar mantener la estructura de la sesión: para que no queden aspectos pendientes y además que no se mezclen elementos diferentes de la terapia. Está también muy relacionado con la directriz siguiente.
- Señalar al paciente la importancia de abordar los problemas de forma sucesiva: al abordar los objetivos de uno en uno es más sencillo, ya que se dosifica el problema principal y además permite centrar todos los esfuerzos en ello.
- Hacer ver cómo la superación de problemas más importantes hace que cobren más relevancia problemas menos significativos: al ir superando el problema principal, la importancia que en un principio le daba el paciente va disminuyendo en consecuencia, puesto que se ve capaz de manejar la situación por sí solo. Es entonces cuando puede

ocurrir que otros aspectos, que también necesitaban atención, resurjan tras haberse visto relegados a un segundo plano por este otro que el paciente consideraba primordial. Por ejemplo: un paciente con agorafobia como problema principal, consigue superarlo, pero cuando empieza a salir a la calle se da cuenta de que tiene fobia a los perros, y entonces esto es lo que pasa a ser lo más relevante para él.

- Si se hace necesario modificar la estructura de la sesión o del programa de intervención, explicar al paciente el porqué de esta decisión: al igual que se hace en un inicio con la presentación del plan de tratamiento con el que el cliente debe acceder a llevarlo a cabo, también es obligación del terapeuta y derecho del paciente el ser informado de cualquier tipo de cambio en este sentido.
- Motivar al paciente a actuar siguiendo la decisión establecida: es imprescindible en cualquier caso, pero en esta situación es especialmente destacable al existir la posibilidad de que el paciente tenga una opinión diferente a la nuestra y crea conveniente tratar otros temas. Puede ayudar el trabajar con él en una lista de razones por las que conviene seguir en la dirección establecida que le proponemos.

4. *Resumen*

- Estimar interferencia del nuevo problema.
- Evaluar si el nuevo problema altera la compresión/formulación realizada.
- Decidir la actuación inmediata según la importancia del problema. Posibilidades de actuación.
- Restar importancia y posponer.
- Considerar brevemente y, tras establecer pautas de acción inmediatas, volver al programa establecido.
- Centrarse en el nuevo problema e integrarlo en una nueva formulación.
- Directrices generales de actuación.

5. *Aplicación al ejemplo*

T. Por lo que veo, Socorro, el problema que me comenta ahora está causando un gran malestar en su vida. Considero importante dedicarle un tiempo a analizarlo más detenidamente, de forma que de momento pospondremos lo que habíamos planeado para hoy.

P. Se lo agradezco, pues estoy muy agobiada con este acoso y no se qué hacer. Pero ¿qué pasará con mi problema con los ascensores?

T. Socorro, considero que es más adecuado y eficaz abordar los problemas de forma sucesiva y no todos a la vez. ¿Qué problema considera que le interfiere más en la actualidad o cuál le produce un mayor malestar?

P. Hombre, visto así... lo de mi compañero me está afectando mucho más, porque estoy todo el día pendiente de lo que hace o imaginando lo que puede hacer, además tengo miedo de que pueda ir a algo más... Mi problema con los ascensores me acompaña hace varios años y no me preocupa tanto, al menos de momento.
T. De acuerdo. Vamos a centrarnos en el problema del acoso. Sería muy útil que me diera algo más de información.

Evaluación por parte de los terapeutas del problema, con especial referencia a:

a) *Conductas del compañero.*
b) *Respuestas cognitivas y emocionales de Socorro ante esta situación.*
c) *Pautas de actuación –en especial de interacción social– en respuesta al compañero.*

T. Con todo lo que me ha contado, creo conveniente dedicar un tiempo a establecer las pautas de interacción social a llevar a cabo con este compañero. Es importante actuar para reducir este comportamiento y también para que usted se encuentre más tranquila y con mayor control de la situación.
P. Me parece muy bien.
T. Para empezar a controlar esta situación pueden ser útiles estas pautas:

- Indíquele con precisión, en un *e-mail* del que guardará copia, que considera inadecuados sus comportamientos (describirlos).
- Ponga en conocimiento de una persona próxima (familiar, compañero..., si no se dispone, puede actuar como tal el propio terapeuta) la situación y remítale también a él este *e-mail.*
- Si es posible no conteste a ningún *e-mail* o llamada telefónica de esta persona. Almacene todos los *e-mails* o mensajes telefónicos y hágaselos llegar a la persona de confianza.
- Si debe mantener contacto laboral, responda exclusivamente a las consideraciones laborales, dé por no oídas o leídas las demás consideraciones.
- Intente no estar a solas con él, cambie de lugar.
- Si continúan sus conductas considere la alternativa de poner la situación en conocimiento de sus superiores o de denunciarlo en el juzgado.
- Haga un listado de posibles situaciones problema, vividas o posibles, y establezca la pauta de acción más indicada.
- Establezca con la persona próxima una clave para señalar que se está produciendo un problema y que actúe de acuerdo a la pauta establecida.
- Establezca un lugar de seguridad (la casa de un familiar o persona a la que pueda acudir en cualquier momento).

P. Me parecen muy interesantes. Pero ¿usted considera que darán resultado?

T. A corto plazo, los primeros días, puede ser que intensifique sus conductas de acoso, para eso es importante que usted pueda contar con una persona (o varias) de apoyo, en especial para momentos difíciles. Pero si mantiene esta forma de actuación, sin ninguna concesión ni prestarle atención, es previsible que se reduzca de forma progresiva.
P. Pero ¿no se puede hacer algo para que ser reduzca de forma inmediata?
T. Quizá podría ser eficaz en esa dirección denunciarlo, pero no lo garantiza. ¿Considera que debe denunciarlo?
P. Quizá de momento no. Prefiero comenzar con las pautas que me ha indicado.
T. Muy bien. Ahora vamos a volver sobre su problema con los ascensores. En realidad no tienen nada que ver con el problema de acoso. Podemos continuar con el programa de intervención. No es imprescindible que lo haga esta semana, pero tampoco es imprescindible dejarlo. ¿Qué le parece si seguimos con las tareas de exposición?
P. Bueno, ahora estoy mucho más tranquila y me parece bien continuar con la exposición.
T. Me alegra que se anime. No obstante, es importante que lleve a cabo la exposición en condiciones adecuadas; recuerde, tranquilidad, sin otras preocupaciones, etc. De forma que vamos a establecer las tareas y las condiciones en que puede realizarlas. Si no se dan, no se preocupe, no las realiza esta semana. Es más importante que se centre en controlar el problema de acoso.

11. Se descubre durante el tratamiento que el paciente está mintiendo

LAURA GÓMEZ, MILAGROS ESCRIBANO y FRANCISCO JAVIER LABRADOR

1. *Descripción sucinta del problema*

Aunque no parece una actitud adecuada para el psicólogo el estar siempre sospechando que el paciente puede mentirle, hay ocasiones en las que eso puede suceder, tanto en el proceso de evaluación como durante el tratamiento. Se pueden señalar distintos motivos por los que pueden producirse este tipo de conductas, entre ellos:

a) Las ganancias secundarias que el paciente obtiene a través de mantener los síntomas (por ejemplo, renovación de una baja laboral, atención familiar o reducción de obligaciones si los síntomas persisten).
b) La evitación de situaciones incómodas en la realización de las tareas (por ejemplo, una persona con bajo estado de ánimo quiere evitar el esfuerzo que le provocaría

aumentar su actividad diaria).

c) En pacientes obligados a acudir a terapia por terceras personas, la falta de conciencia del problema puede llevarles a ocultar deliberadamente los síntomas (por ejemplo, en trastornos de la conducta alimentaria, mentir sobre las ingestas para acortar la terapia; en problemas de juego, mentir sobre si se ha jugado, etc.).

En este capítulo se considerarán algunas de las maneras en que los pacientes pueden intentar alterar la realidad a lo largo del proceso terapéutico.

1.1. *Manipula o altera los autorregistros*

- No los cumplimenta en los momentos señalados.
- Señala que ya no se produce la conducta problema y no puede registrarla (por ejemplo, *yo no tengo ningún «interés» en el juego y por eso no puedo registrar el deseo de jugar*).
- Rellena los registros de forma rutinaria, siempre de la misma forma o con los mismos datos.

1.2. *Las tareas que dice llevar a cabo no son reflejo de la realidad*

- Informa de haber realizado tareas que en realidad no ha llevado a cabo (por ejemplo, que se ha expuesto a las situaciones acordadas, aunque no lo ha hecho).
- Informa de resultados que no corresponden a la realización adecuada de las tareas (por ejemplo, ha hecho focalización sensorial pero no se reduce su ansiedad a estar desnuda en la cama con su pareja)
- Señala haber iniciado contactos personales para aumentar la red social (por ejemplo, ha ido a una asociación cultural de su barrio, pero no le han hecho caso...).

1.3. *Omite conductas que realiza*

- Mantiene conductas y niega el hacerlo (por ejemplo, sigue jugando pero lo oculta, diciendo que ya no lo hace; sigue fumando pero ahora lo hace a escondidas de su familia).
- Lleva a cabo conductas de seguridad en exposiciones a pesar de las explicaciones acerca de la inconveniencia de realizarlas (por ejemplo, sigue llevando *Orfidal,* una botella de agua, chicle...).
- Mantiene la evitación de determinadas situaciones (por ejemplo, no pasar por tal calle, o no hablar con determinada persona...).

2. *Ejemplo*

T. Doña Paula, observo que esta semana ha realizado todos los días las tareas de exposición al metro.
P. Sí, tal como acordamos.
T. Además, según el registro, la ansiedad anticipatoria es de 10 al inicio y a los pocos minutos baja a 0.
P. Así es, esta semana me he esforzado mucho y me ha ido muy bien.
T. ¿Cuánto tiempo suele pasar desde que inicia la exposición hasta que desaparece la ansiedad?
P. Unos tres minutos.
T. ¿En qué estación de metro ha realizado las exposiciones?
P. Bueno, en varias, depende de los días.
T. ¿Y los efectos han sido similares cuando se ha expuesto a los ítems 1, 2 y 3?
P. Sí, bueno, quizá al principio me costaba más, pero ahora enseguida se me van, estoy notando grandes avances.
T. ¿Podría decirme en qué ha notado estos avances?
P. Ya no me pongo nerviosa y tengo totalmente controlada la situación.

3. *Propuesta de actuación*

3.1. *Exponer*

Lo primero será exponerle a la información que nos está dando, reflejando la realidad que nos trae. En este primer momento no se debe confrontar directamente la veracidad de lo que dice, más bien hay que centrarse en aclarar la situación. Se puede utilizar la revisión detallada del autorregistro, o de la información sobre la tarea realizada, buscando detalles que pongan de manifiesto lo incongruente de la información con la realidad del paciente (a qué hora lo hizo, durante cuánto tiempo, qué estrategias empleó para conseguirlo, qué efectos fueron los más desagradables..., etc.).

3.2. *Confrontar*

Señalarle lo excepcional de su realidad y tratar de hacer ver que es poco probable o deseable lo que nos ha indicado. Por ejemplo, señalar que lo esperable es que distintas situaciones tengan distintos efectos y ella dice que todas le producen el mismo; que unos días vaya mejor que otros, que las tareas más exigentes tengan más dificultad... Es importante ir dando y pidiendo detalles precisos en cada uno de los casos o situaciones para que pueda constatar que es poco probable lo que nos ha indicado. Se le dará la posibilidad al paciente de rectificar, intentando explicar (no justificar) su forma de actuar

(Es lógico que tenga miedo a exponerse, pero es fundamental y ya hemos acordado que sea de forma tan graduada como Usted pueda afrontar...) y se validará su actitud *(Le felicito por reconocer sus dificultades. Ahora, en lugar de evitarlas seguro que podrá afrontarlas mejor)*. Se le puede tranquilizar o permitir una vía de escape señalando que es normal este tipo de reacciones en un primer momento. Se debe reiterar que no se le pretende juzgar, únicamente conocer la realidad para ayudarle mejor.

3.3. *Prueba de realidad*

Si es posible, se puede realizar una prueba de realidad para comprobar la veracidad de lo que dice en sesión. Una posibilidad es obtener información convergente de una persona próxima (su pareja, padres...). Otra es pedirle repetir en sesión lo que dice haber hecho. O bien solicitar al paciente una grabación de las exposiciones, etc.

3.4. *Explicación teórica de la imposibilidad de esa realidad*

El objetivo es que el paciente constate que sólo haciendo determinadas conductas se pueden conseguir determinados resultados. También que el terapeuta puede saber, por los resultados, si se han realizado las conductas establecidas. Generalmente, determinadas acciones tienen unas consecuencias predecibles. El funcionamiento de las personas es algo predecible y el terapeuta es experto en ello; por eso no encaja bien lo que está informando y lo que se espera que suceda. También es posible que sea verdad lo que está diciendo, y si no encaja la realidad con lo esperado es porque falta algún aspecto realmente importante y es vital para el terapeuta identificarlo; por eso el interés en contrastar la información que presenta. Esta parte de exposición teórica es otra forma de confrontación que puede ser complementaria a las anteriores si el paciente persiste en el engaño.

3.5. *Precisar que esta conducta no le ayudará a obtener beneficios*

Insistir, de acuerdo con lo expuesto, que para que se produzcan beneficios debe hacerse lo que se le ha indicado. Hacerle ver que la no realización de lo señalado bloquea o imposibilita el avance.

3.6. *Recordar el objetivo del tratamiento*

Para que no se sienta especialmente mal conviene recordarle que ambos, el terapeuta y él tienen el mismo objetivo, conseguir que él supere sus problemas; por eso es esencial la confianza y la precisión en la información. Señalarle el avance que supone, a pesar de

sus temores, llevar a cabo las técnicas indicadas por el terapeuta.

3.7. *Reforzar el compromiso con el tratamiento*

Para asegurar una implicación más adecuada del paciente con el tratamiento es importante conseguir algún tipo de compromiso adicional. En esta dirección se pueden señalar algunas posibilidades:

- Implicar más directamente a alguna persona de su medio para que supervise o ayude en las tareas a realizar.
- Establecer un «contrato conductual» en el que se especifique lo que tiene que hacer y en el que estén implicados coterapeutas o controles externos (tiques de transportes, análisis de sangre, básculas, extractos bancarios, etc.).
- Pedir información más frecuente (por ejemplo, en el caso de autorregistros, pedirle que los envíe por *e-mail* todos los días a una determinada hora...).

Si esta situación de engaño se repite, se puede confrontar al paciente directamente indicándole que no está diciendo la verdad y ofreciendo control sobre la asistencia a terapia *(Pienso que los datos que reflejan sus autorregistros no se corresponden con la situación real. Hay muchas razones por las que puede intentar engañarme, pero sabe que con esta actitud no alcanzaremos los objetivos propuestos. Al final, es usted quien decide si quiere trabajar o no).*

4. *Resumen*

- Exponer a la información que nos ha dado.
- Confrontar con la información.
- Pruebas de realidad.
- Explicación teórica de la imposibilidad de esa realidad.
- Esa conducta no le ayuda, bloquea el avance.
- Explicar el objetivo de la terapia.
- Reforzar el compromiso con el tratamiento.

5. *Aplicación al ejemplo*

T. Si le parece vamos a ir viendo detalladamente cómo ha realizado las exposiciones para lograr estos cambios. Realmente llama la atención la facilidad con la que ha conseguido los avances que comenta.

P. Pues a mí me parece lo más lógico. Es lo que usted me dijo que hiciese y lo he puesto en práctica.

T. Si le parece vamos a realizar en sesión el ítem 2 de la exposición que ha realizado esta semana: «Bajar al andén del metro de Príncipe Pío». Tal y como hemos hecho en sesiones anteriores cierre los ojos e imagine que está bajando al andén. Coménteme ¿cuánta ansiedad tiene ahora de 0 a 10?
P. Un 8.
T. Continúe imaginando *(2 minutos más tarde):* ¿cuánta ansiedad tiene y qué sensaciones nota en su cuerpo?
P. Un 3 y no siento nada en especial.
T. ¿Qué pensamientos tiene en estos momentos?
P. Esto es una tontería y no me da nada de miedo.
T. Descríbame detalladamente qué está imaginando.
P. Pues eso, que estoy bajando al andén del metro.
T. ¿Hay alguien en el andén?
P. Sí hay alguien.
T. ¿Cuántas personas?
P. No sé, varias.
T. ¿Se imagina entrando el tren en el andén?
P. Ahora sí.
T. ¿Qué ruido se oye?
P. Pues... no se... quizá el del tren que entra.
T. Dice que tiene un 3, pero lo que puedo observar es que su reacción no corresponde con esos valores. Su respiración se ve más agitada que cuando ha entrado y se puede observar la tensión en sus músculos.
P. Quizá ahora sí, cuando me ha hecho usted esas preguntas me he alterado un poco.
T. Quizá porque lo ha imaginado con más precisión.
P. Es posible, pero cuando lo he hecho en casa no he tenido problemas, me he sentido muy tranquila.
T. ¿Pero imaginaba la situación con precisión?
P. Bueno, quizá no con tanta precisión como usted me lo indica ahora.
T. Entonces, ¿cuál es el nivel de ansiedad ahora?
P. Bueno, quizá 7 u 8.
T. Es lógico que si no se imagina con precisión la situación, no aparezcan apenas respuestas de ansiedad. Pero también que si se ha expuesto a estas imágenes, hayan ido perdiendo su capacidad para producirle ansiedad. Por lo que conocemos sobre este tipo de problemas, lo normal es tener valores de ansiedad elevados al principio necesitando un mayor período de tiempo para bajar a valores como los que usted refería al comienzo de la sesión. Sin embargo, como puede ver usted, la situación segunda le produce ahora una ansiedad alta y en el registro me indicaba que no le producía ansiedad. ¿Cómo explica estas diferencias?
P. Quizá por lo que usted dice, no lo imaginaba con precisión.

T. También es posible que tenga que ver con que lo ha hecho un reducido número de veces, no una por día. ¿Es así?
P. En parte, quizá no lo he hecho tantas veces como me indicó. Pero he tenido dificultades en la semana para hacerlo, aparte de que la primara vez me encontré realmente mal al imaginarlo.
T. Entiendo que para usted haya sido difícil soportar estas sensaciones, pero ya le expliqué lo importante que es afrontarlas para que se produzca la reducción de la ansiedad. Es normal ese tipo de miedos, pero debe hacer las tareas encomendadas, pues si no, no mejorará.
P. Quizá tenga usted razón, me ha dado miedo encontrarme mal si lo imaginaba, y más aún si lo hacía con precisión, por lo que apenas lo he hecho.
T. Bueno no vamos a insistir en lo que ha hecho la pasada semana. Lo importante es que usted comprenda la importancia de realizar esta exposición de forma adecuada. Lo cual quiere decir imaginar con precisión toda la situación establecida para cada uno de los ítems de la exposición y hacerlo durante todo el tiempo que sea necesario para que la ansiedad baje hasta 1. También hacerlo al menos una vez al día. Entiendo que ha dado un paso muy importante en la implicación en el tratamiento al reconocer lo inadecuado de la realización de sus tareas. Usted acude a terapia porque quiere superar su problema. Si no es sincera, dificulta la consecución de los objetivos y las técnicas que aplicamos pierden su eficacia. Es normal que al principio el miedo nos dificulte enfrentarnos a estas situaciones.
P. Bueno, sí, algo de eso ha habido.
T. Me alegra y le agradezco que confíe en mí. Recuerde que mi objetivo es el mismo que el suyo, conseguir que deje de darle miedo montar en metro y pueda desplazarse con libertad y disfrutar de esta ciudad tan bonita en la que vivimos.
P. Le aseguro que voy a hacerlo a partir de ahora como usted me indica.
T. Me parece muy bien su compromiso. Mi labor también consiste en ayudarla a realizar lo que le cuesta hacer. No hay problema en cambiar la situación a imaginar si la seleccionada le produce demasiada ansiedad.
P. No hace falta, seguro que puedo enfrentarme a esta situación de imaginarme bajando al andén del metro.
T. Perfecto, seguimos con ella. Para ayudarle a su realización podría ser útil, el primer día que realizara esta tarea de imaginación describiendo en voz alta sus pensamientos y grabándolos de forma que yo pueda ver cómo lo está haciendo en la próxima sesión que tengamos. ¿Puede hacerlo? ¿Cómo lo va a grabar?
P. ¿Podría ser con el móvil?
T. Por supuesto. Además, para que vea como le ha ido, mándeme por *e-mail* el registro de la exposición. ¿Recuerda lo que debe hacer?
P. Si, indicar qué imagino, a qué hora comienzo, qué nivel de ansiedad tengo al inicio y luego registrar cada 2 minutos cuál es el nivel de ansiedad. Y no parar hasta que mi

nivel de ansiedad sea 1.

T. De acuerdo, muy bien, eso es lo que debe hacer. Para ayudarle vamos a dedicar la parte siguiente de la sesión a que lleve a cabo esta exposición en imaginación.

12. Alcanzados los objetivos, el paciente sufre una crisis/recaída por miedo a la terminación de la terapia

MARTA RUBIO, MILAGROS ESCRIBANO y FRANCISCO JAVIER LABRADOR

1. *Descripción sucinta del problema*

Durante 22 sesiones de tratamiento el paciente ha desarrollado las habilidades adecuadas y es capaz de manejar su TOC. Ya sólo queda la última sesión de exposición, pero es previsible que la supere con facilidad dados los avances anteriores.

Tras estar a punto de finalizar el tratamiento, y habiendo alcanzado prácticamente los objetivos establecidos, el paciente manifiesta una especie de «crisis» o «recaída», que parece tener que ver o estar provocada por la finalización del tratamiento.

No hay ninguna información que permita explicar este retroceso, salvo el haber informado o dado a entender al paciente que el tratamiento llega a su fin.

El tipo de quejas o síntomas que suelen aparecer pueden ser muy variados, entre ellos los más habituales:

- Retroceso importante y brusco en los avances terapéuticos logrados, volviendo a aparecer las conductas superadas (comprobaciones, rituales, evitación de situaciones, pensamientos rumiativos...).
- Aparición de un bajo estado de ánimo de forma repentina.
- Aparición de nuevos problemas: miedo, reducción de la autoconfianza, problemas familiares o laborales...
- Manifestación abierta de su desconfianza con el progreso terapéutico, señalando que no está realmente «curado» o preparado para abandonar la terapia.
- Si está llevando a cabo autorregistros, éstos pueden presentar un cambio radical y negativo en comparación con semanas anteriores.

2. *Ejemplo*

T. Doña Remedios, por lo que observo, esta semana ha tenido que ser complicada para usted. El autorregistro me sorprende, ya que llevaba tiempo haciendo grandes progresos y de repente parece como si hubiera un paso atrás. ¿A qué cree que se debe?

P. La verdad es que no estoy tan recuperada como piensa. Me he dado cuenta de que no tengo tantas fuerzas como pensaba.
T. ¿A qué se refiere con no tener «tantas fuerza»?
P. Esta semana he dedicado tiempo para pensar en mi vida y me he dado cuenta de que aún tengo muchos más problemas de los que le expliqué.
T. Entonces... ¿Han sido estos problemas los que han influido a la hora de no hacer las tareas y exposiciones diarias?
P. No lo sé. Creo que no confío de nuevo en mí misma.
T. Justamente la anterior sesión me comentaba que cada día se sentía más segura. Recuerda que reevaluamos lo conseguido hasta el momento. Y fuimos concretando los grandes éxitos conseguidos. Le fuimos recordando cada paso y esfuerzo dedicado...
P. Sí, lo recuerdo, pero me temo que no es verdad. He visto que en realidad no puedo manejar las situaciones que siempre me han causado problema.

3. *Propuesta de actuación*

3.1. *Reconocer y aceptar las dudas y temores*

Es normal que, a pesar de estar bien, haya momentos complicados, momentos en los que el terapeuta tenga dudas sobre su capacidad para afrontar retos antiguos y nuevos. Se debe aceptar que esto es así, nadie está completamente seguro en todo tipo de situaciones. Ése no puede ser el objetivo, el objetivo ha de ser intentar controlar la mayor parte de las situaciones y soportar aquellas que no se pueda lograr esto.

3.2. *Identificar realizaciones específicas*

Dedicar un tiempo a reconocer las habilidades (conductas) desarrolladas para controlar momentos y situaciones específicas. Pedirle que identifique las situaciones que antes le desbordaban y ahora es capaz de manejar, y en consecuencia qué estrategias ha aprendido a utilizar. El objetivo es cambiar afirmaciones generales por análisis específicos de la realidad. Por ejemplo: *no valgo para nada, tengo muchos problemas*, por «análisis específicos», *en esta situación puedo hacer esto*... Es importante que identifique conductas concretas en situaciones concretas. También que identifique el esfuerzo que le ha costado llegar a ese punto: realizar las conductas adecuadas. Será importante la precisión a la hora de considerar conductas, las generalizaciones suelen ser negativas. Puede ser útil el revisar sus autorregistros, comparando los del principio con los de las últimas sesiones. Se le pedirá una explicación al respecto de esta evolución. También puede ser útil pedirle al paciente que sea él quien haga un balance de lo conseguido, o

utilizar un experimento conductual.

3.3. *Reestructuración de ideas*

Si las conductas evidencian cambios y piensa que no los hay, es evidente que tiene un sesgo a la hora de percibir o valorar esta realidad. Pedirle que él mismo identifique estos sesgos con las pruebas de realidad. Basta simplemente hacerle dudar de la realidad de sus creencias.

3.4. *Reconocimiento por el terapeuta de sus avances*

En este momento es indicado para que el terapeuta muestre su satisfacción por su esfuerzo y dedicación, y mejor si lo hace a propósito o refiriéndose a logros concretos. Por supuesto cada paso exige nuevas habilidades, y algunos pueden ser más complicados, pero, aunque con altibajos, ha ido progresando de forma continua. Se le puede pedir que establezca el porcentaje de responsabilidad que tiene en el cambio de sus conductas. También recordarle sus dudas al inicio del tratamiento sobre su capacidad para hacerlo y, la realidad, que lo consiguió.

3.5. *Comprensión por su miedo pero necesidad de abordar la nueva situación y sus retos*

Hay que hacer frente a una nueva situación, progresar a ser autosuficiente, autónomo. Es evidente que es un nuevo reto, pero sólo eso, un nuevo reto. Es lógico que sienta cierto miedo, como le pasa a todo el mundo, ante una situación nueva. Pero tiene, como otras veces, que «aceptar» ese miedo y centrarse en lo que «hay que hacer», en las habilidades que le ayudarán a controlarlo. Por otro lado, es un paso previsto en el tratamiento (prevención de recaídas).

3.6. *Restar atención a los «nuevos problemas» y dar poder*

Se puede atender, brevemente, a los nuevos problemas señalados y reconocer que es lógico que aparezcan nuevas dificultades, pero eso no quiere decir, que no esté preparado para afrontarlas o que tenga que depender de alguien para hacerlo con éxito. Ya dispone de habilidades y técnicas para hacerles frente, sólo tiene que utilizarlas. Se puede recordar la técnica de solución de problemas (o entrenarla), de forma que la aplique ante cada nueva situación. ¿Cuál es el problema y qué me exige, qué puedo/debo hacer, cómo ponerlo en marcha?, para llegar por mí mismo a su solución. Tras señalar que cada cambio puede entrañar nuevas dificultades, se resaltará que también cada vez está mejor

preparado para afrontarlas.

3.7. *Considerar posibles dudas, ansiedad y recaídas*

A pesar de todo, ante una nueva situación, suelen aparecer cierta ansiedad y dudas, por lo que una habilidad importante es el manejo de éstas. Es posible que tenga dificultades con alguna situación, todas las personas tienen días mejores y peores, no es previsible una «buena realización» constante. Incluso es posible que aparezca alguna recaída. Una recaída momentánea es parte del proceso terapéutico y del cambio. Es un hecho esperable cuando una persona intenta cambiar cualquier patrón de conducta de larga duración (normalizar lo sucedido). Las recaídas momentáneas ayudan a identificar qué no se debe hacer y cómo actuar en su lugar. Pueden convertirse en un momento especial para afianzar los logros obtenidos.

Pero incluso en esos casos el paciente tiene habilidades para recuperarse y superar esos momentos difíciles. Si tiene algún miedo, o prevé alguna dificultad especial, es el momento de entrenarla y confirmar su capacidad. Puede ser también interesante el plantearle una recaída programada para confirmar y afianzar los logros obtenidos.

3.8. *Abordar la finalización del tratamiento*

El terapeuta sabe que el paciente está preparado para la finalización de la terapia, pero que, como todos, siente un cierto desasosiego ante la idea de afrontarla. Esto le lleva a pensar que quizá no esté preparado. Pero este desasosiego no es nuevo, le ha acompañado en cada paso y, como en las ocasiones anteriores, no debe permitir que le impida hacer lo que debe hacer: afrontar las situaciones más complicadas de la forma en que lo ha hecho con las anteriores. El premio es evidente, se demostrará a sí mismo su capacidad, autonomía y responsabilidad para dirigir su propia vida.

Se le explica que la última fase del tratamiento se centra en abordar aquellas situaciones que considera críticas y en cómo hacerlas frente, poniendo en práctica las habilidades adquiridas durante el tratamiento. De esta forma, tanto él como el propio terapeuta pueden constatar su capacidad.

4. *Resumen*

- Reconocer y aceptar las dudas y temores.
- Identificar realizaciones específicas.
- Reestructuración de ideas.
- Reconocimiento por el terapeuta de sus avances.
- Comprensión por su miedo pero necesidad de abordar la nueva situación y sus retos.
- Restar atención a los «nuevos problemas» y dar poder.

- Considerar posibles dudas, ansiedad y recaídas.
- Abordar la finalización del tratamiento.

5. *Aplicación al ejemplo*

T. Quiero que sepa que entiendo sus dudas. Es normal que, en ciertos momentos, nos sintamos inseguros para afrontar determinadas situaciones que se nos presentan. Es algo intrínseco al ser humano. Pero también quiero expresarle que esto no significa que no sea capaz de enfrentarlas, puesto que ya lo ha hecho otras veces.

P. Ya, pero yo no estoy preparada para hacerlo sola. Ahora no sé reaccionar a los problemas. Jamás sabré qué hacer...

T. A lo largo de la terapia, cuando nos disponíamos a afrontar retos nuevos, ¿tuvo la misma sensación de inseguridad que en estos momentos? Dígame, ¿con qué otra situación tuvo el mismo pensamiento en el pasado y finalmente no tuvo las consecuencias esperadas?

P. Sí, bueno, cuando comencé con la exposición pensé que no sería capaz de hacerlo.

T. ¿Cómo superó ese miedo?

P. Realicé los pasos que usted me indicó y conforme iba avanzando fui superando esa sensación de miedo e inseguridad.

T. Sí, recuerdo que fue una situación que le generaba mucho malestar y no se veía capaz de afrontar; sin embargo, ¿qué piensa ahora de su ejecución?

P. Pues que tuve algunos momentos difíciles pero los superé.

T. Entonces pensaba como ahora, que no estaba preparada y no podría superarlo «jamás», pero se demostró a sí misma que estaba equivocada en esas afirmaciones precipitadas.

P. Sí, pero ahora estoy peor.

T. Realmente, si tenemos en cuenta los registros de ansiedad y estado de ánimo desde el comienzo de la terapia hasta el día de hoy, vemos una evolución positiva. De los valores de 8-9 unidades subjetivas de ansiedad del comienzo ha pasado a 2-3 la última semana. De la misma forma, su estado de ánimo ha subido de un 2 hace unos meses a un 7-8 en la actualidad. ¿A qué cree que se debe esta evolución?

P. Me he esforzado y trabajado mucho en conseguirlo. Hay momentos que pensaba que no podría, pero, poco a poco, he ido saliendo... Aun así, a veces pienso que no seré capaz.

T. Fíjese, estamos viendo pruebas a favor de que usted es capaz de salir adelante como lo ha hecho hasta el momento; sin embargo, sigue afirmando que no es capaz de hacerlo. ¿A qué se debe entonces esa mejora en su estado de ánimo y sus niveles de ansiedad? ¿Cómo explica que, habiendo tenido la misma percepción de incapacidad en ocasiones anteriores, haya sido capaz de afrontar con éxito los problemas?

P. No lo sé. Supongo que me ha vuelto el miedo.

T. Como le indicaba antes, es normal lo que piensa. En situaciones nuevas y cuando se presentan retos en la vida todos podemos reaccionar con temor. Pero lo importante es afrontar éstos y concretar qué se puede hacer para superarlos. Como ha visto, con trabajo ha conseguido logros que pensaba no sería capaz. Ha aprendido recursos y técnicas para afrontar estas situaciones y ahora no tiene más que ponerlos en práctica cuando surja la ocasión.

P. Tiene usted razón en parte. La verdad es que he aprendido muchas cosas.

T. Estoy especialmente orgullosa de sus logros y sobre todo de su esfuerzo por conseguirlos. Ha tenido una evolución muy importante. Ahora puede hacer cosas que no podía, como ir sola a comprar, al cine, al parque. Va a la peluquería sin temor y es capaz de disfrutar de ello. Cada paso que ha dado para conseguir cada uno de estos avances le ha supuesto un reto y un esfuerzo importante, pero ¿cómo se ha sentido al conseguirlo?, ¿qué le ha supuesto desprenderse de esos miedos?

P. He podido hacer cosas que no podía. He ganado en autonomía y eso me ha hecho sentir bien y orgullosa de mí misma. Los demás también me lo dicen.

T. Doña Remedios, piense que esto no es diferente. Piense que es su oportunidad de seguir avanzando en el desarrollo de su autonomía y confianza. Piense en las ventajas de esto y no se limite con viejos fantasmas. Póngase a trabajar, que hasta el momento es lo que le ha dado los frutos de los que hablamos.

P. Quizá tenga razón.

T. Entiendo que la idea de llegar al final del tratamiento le dé vértigo. Especialmente cuando el esfuerzo que ha tenido que dedicar y lo conseguido ha sido importante. Por ello, el último punto del tratamiento consistirá en repasar las técnicas aprendidas y anticipar posibles situaciones críticas, para aprender cómo actuar si llegan a aparecer.

P. Bueno... sé que no me va a dejar sin estrategias... espero que me funcionen...

T. Decía que se encontraba inquieta por nuevos problemas sin resolver. ¿Qué dificultad ha tenido esta semana que le ha hecho pensar que no podrá afrontarla?

P. Son temas familiares o de amigos... que me afectan por mi inseguridad y por no saber resolver.

T. Me gustaría que me concretase uno de la forma más específica que le sea posible.

P. He discutido con mis hermanas por temas de herencia. La herencia es mi problema.

T. ¿Recuerda a qué llamábamos problemas, cómo los resolvíamos? (solución de problemas). Es muy importante recordar las técnicas ya trabajadas, ya que le van a servir para estas nuevas situaciones o circunstancias que dice que le preocupan.

P. Entonces lo que debo hacer es tener calma... y trabajar más, ¿no?... ¿y si fallo de nuevo?

T. Lo sucedido esta semana es normal. Le pasa lo que a un estudiante en los días previos a un examen: cuanto más sabe, más dudas tiene. En este caso ocurre de forma similar. Usted está llegando al final y es el momento de tener dudas, que incluso pueden generarle miedo. Pero usted puede superarlas. Ha de aprovechar el

momento y demostrar que este miedo ha sido algo episódico.

P. Es que es justo en esos momentos difíciles cuando olvido lo logrado...

T. Perfecto. Por eso me gustaría que esta misma tarde realice una lista en la que recoja todo lo logrado y, también, cómo se siente por haberlo conseguido. Será su recuerdo para cuando se sienta bloqueada. Lo puede guardar en su bolso. Así, cuando aparezcan las dudas y los miedos podrá recurrir a la lista y recordar todo lo que ha sido capaz de conseguir.

P. ¿Y si me la hace usted? Al fin y al cabo es usted quien conoce mejor mis avances.

T. Por supuesto que los conozco, siempre gracias a que usted me va informando. Imagínese que es su amiga quien ocupa actualmente su lugar. ¿A quién haría responsable de escribir los logros? ¿De qué serviría que se los escribiese usted? ¿Sabe ella lo que usted siente? Usted es la mayor experta en su vida.

P. Tiene usted razón.

4. RELACIÓN TERAPEUTA-PACIENTE

1. El paciente manifiesta interés personal por el terapeuta

CARMEN BLANCO, MARÍA GONZÁLEZ-ALLER y FRANCISCO JAVIER LABRADOR

1. *Descripción sucinta del problema*

Uno de los principales y más inmediatos objetivos del psicólogo clínico es establecer una adecuada relación terapéutica con el paciente, ya que esto facilitará en gran medida el desarrollo del tratamiento y el logro de los cambios terapéuticos deseados. Para ello es importante que esta relación profesional se desarrolle en un ambiente personalmente cálido, seguro y de máxima confidencialidad, pues en estas condiciones al paciente le será más fácil exponer y precisar sus problemas, recursos y necesidades, facilitando el progreso del tratamiento. Además, la relación entre paciente y terapeuta suele implicar interacciones o contactos frecuentes y de una cierta prolongación temporal. En consecuencia, es habitual que en la relación entre terapeuta y paciente se genere un vínculo especial desde el punto de vista personal.

El objetivo de esta especial relación debe ser exclusivamente ayudar al proceso terapéutico, algo que el psicólogo clínico tiene muy claro. Sin embargo, es posible que en algunos casos este propósito no sea tan obvio para el paciente. Ciertamente éste suele acudir en busca de ayuda en momentos de especial malestar o dificultad, que contrasta con la seguridad y confianza que transmite el psicólogo. Por eso, en algunos casos, el paciente se percibe como muy vulnerable o limitado, frente a la forma de actuar del psicólogo, que se convierte en un modelo a seguir o incluso se le dota de características idealizadas. El trato cálido que el psicólogo le dispensa puede facilitar que el paciente perciba el desarrollo de un cierto atractivo personal, en especial cuando, como consecuencia del tratamiento, comienzan a experimentar mejorías.

Por lo tanto, es posible que el desarrollo de la relación terapéutica pueda confundir a algún paciente, facilitándole respuestas emocionales que van más allá de la relación terapéutica, incluso, en algunos casos, llegando a considerar que se siente muy atraído personalmente por su psicólogo, e incluso y peor aún, que éste, dado su trato, no sea ajeno a este vínculo emocional.

Determinados pacientes serán capaces de expresar claramente estos sentimientos, facilitando la labor del terapeuta de reorientarlos o rechazarlos de forma firme e

inequívoca. Otros no serán tan directos y tratarán sutilmente de mostrar estos sentimientos al psicólogo con conductas muy dispares.

Obviamente, ni desde el punto de vista personal ni desde el punto de vista ético es aceptable una vinculación emocional psicólogo-paciente que vaya más allá del marco de la relación terapéutica, por lo que en absoluto debe darse pie a esta situación, ni permitir, una vez detectada, que pueda mantenerse. En consecuencia, el psicólogo debe estar atento a cómo se está elaborando la relación paciente-terapeuta por parte del paciente, a fin de poder manejarla de forma adecuada.

2. *Ejemplo*

T. Bien, don Juan, continuemos diferenciando las emociones de los pensamientos. Por ejemplo, ahora mismo, ¿qué pensamiento antecede a la emoción?, ¿qué siente en este momento?
P. Ahora mismo, mi pensamiento es muy difícil de explicar. No sé...
T. Ánimo, estoy segura de que puede hacerlo.
P. Bueno, mi pensamiento sería que estoy muy cómodo.
T. Me alegra saber que en la sesión se encuentra a gusto.
P. Sí, la verdad es que me gusta mucho venir a terapia. El simple hecho de estar aquí me genera mucha tranquilidad. ¿Sabe que es de esas personas que transmiten calma? Es como si nos conociéramos de toda la vida.
T. Bueno, llevamos varias sesiones ya, casi dos meses, y ésta es mi profesión.
P. ¡Ah, sí! Cómo ha pasado el tiempo. Bueno, la verdad es que no sé de qué me sorprendo. Cuando estoy aquí, el tiempo pasa volando. Seguro que a todo el mundo le gusta estar a su lado. Debe tener muchos amigos y pretendientes, ¡claro!
T. Bueno, sí conozco a mucha gente.
P. Sabe que al principio no quise venir. ¡Y ahora llevamos viéndonos casi dos meses! Estoy muy agradecido por lo mucho que he cambiado. ¡Ha hecho tanto por mí! Vine pensando que nada ni nadie podría ayudarme y usted lo ha conseguido. Ahora soy otro, mi vida es otra. Ha hecho esto posible. Sin usted estaría perdido...
T. Don Juan, recuerde que gran parte del mérito es suyo; ahora afronta de forma más adecuada las situaciones que antes le abrumaban. Cuando... *(el paciente la interrumpe).*
P. No es sólo eso. Llevo semanas pensándolo y creo que no me equivoco si reconozco que siento algo especial por ti. Perdona que te tutee y mi sinceridad, pero me resultas una mujer muy atractiva...
T. ...

3. *Propuesta de actuación*

En cualquiera de estas situaciones la norma general de actuación es muy clara: el psicólogo debe enfrentarse a este tipo de situaciones y señalar con firmeza la imposibilidad de otro tipo de relación terapeuta-paciente diferente a la estrictamente profesional. Por otro lado, no hay que olvidar que los pacientes, cuando están pasando por momentos delicados, pueden confundir ciertos sentimientos, especialmente cuando su psicólogo se convierte en su gran y a veces único apoyo para ellos.

Además no sólo no hay que entrar en dinámicas de coqueteos o flirteo, sino que tampoco se debe ignorar los comentarios o insinuaciones personales. Una sospecha al respecto debe ser suficiente para hacerse consciente de un posible problema y andar precavido. El temor a perder al paciente o a situaciones incómodas no puede variar la dinámica de actuación profesional. Tratar de ignorar la realidad no sirve, pues puede facilitar el establecimiento de un vínculo terapéutico disfuncional que no permitirá un trabajo adecuado. El código deontológico es bien claro: los psicólogos, como profesionales, tienen como obligación buscar siempre lo mejor para sus pacientes.

Por supuesto, la actuación debe ser tal que no cause nuevos problemas al paciente. Ayudará el tratar de normalizar la situación: *Algunas personas en situaciones especiales, como las que usted está pasando, pueden ver de forma inadecuada a otras personas o situaciones, o entender de manera impropia algunos gestos...* Luego precisar las características de la relación y el objetivo fundamental. Finalmente precisar la imposibilidad de otro tipo de interacción personal distinta a la relación profesional. En casos donde esto no sea suficiente, puede considerarse la alternativa de derivar el paciente a otro profesional.

A continuación se consideran algunas de las alternativas de actuación de forma más precisa:

3.1. *En caso de dudas acerca de sus indicaciones o insinuaciones, extinguir sus comentarios y mantener el rol profesional*

El paciente hace comentarios indirectos, nos halaga sutilmente, utiliza un tono irónico o bromea con la posibilidad de solicitar una cita o reunión personal. En estos casos, en los que pueden existir dudas sobre su propósito, no es tan evidente la conveniencia de abordar directamente el tema. Puede ser un malentendido por parte del psicólogo y su intervención deterioraría la relación terapéutica. En este caso, la actuación adecuada sería no olvidar el objetivo y características de la relación profesional, manteniendo la distancia (algo más fácil de conseguir si al paciente se le trata de usted y no se permiten familiaridades), el rol de psicólogo (insistir en la actuación profesional, sin indicaciones personales), y extinguir todo comentario que pueda sugerir una insinuación o flirteo. En ningún caso entrar en la dinámica de atender a preguntas personales e insistir en el mantenimiento de la dinámica programada para la sesión. Si esta forma de actuación no modifica la actitud del paciente, se puede emplear alguna de las siguientes estrategias.

3.2. *Preguntar directamente para esclarecer sus insinuaciones y afrontar la situación de forma firme*

Aunque esté bastante clara la intención del paciente, lo apropiado sería conseguir que sea él mismo quien verbalice sus intenciones. Para ello se podrán realizar preguntas aclaratorias y directas sobre el tema: *Discúlpeme, pero ¿qué quiere decir exactamente con que siente que hay una relación especial entre nosotros?* O usar un discurso más abierto: *Cuénteme exactamente a qué se refiere con esto.*

Facilitar que exprese con claridad sus insinuaciones o comentarios ayudará a precisar la realidad de las manifestaciones del paciente. Es más, no se da por supuesto ni se pasa por alto algo que se considera importante. Se debe afrontar esta situación de forma firme y directa: no mostrarse dubitativo o cauteloso. El psicólogo sabe a qué hay que dar importancia y lo aborda con precisión y claridad. Además, para él es evidente qué es aceptable y qué no en un proceso terapéutico. Ofertar esta seguridad y compromiso profesional sin duda ayudará a manejar la situación.

3.3. *Parafrasear sus mismas palabras para esclarecer la situación*

Otra estrategia para aclarar las verdaderas intenciones del paciente y que éste no recrimine el haberle malinterpretado, consiste en parafrasear lo que acaba de indicarnos o insinuarnos. Comenzar por ejemplo con: *Hace un momento me ha dicho que le resulto muy atractiva, justo después de haberle preguntado por su ex pareja. Luego me ha comentado, que el vernos en consulta es bueno para usted, pero que le gustaría que pudiéramos vernos también tomando una cerveza, y que no tendría problema en invitarme a una... ¿Es así?*

3.4. *Recordar los roles terapeuta-paciente establecidos desde la primera sesión*

Es una relación profesional. El paciente informa y expone al terapeuta los problemas o dificultades por los que busca ayuda. El terapeuta, con ayuda de sus habilidades profesionales, enseña al paciente estrategias para superar esas dificultades o problemas.

No hay cabida para otro tipo de relación. El paciente intentará conseguir su mejoría y su psicólogo le ayudará en el proceso. Ambos trabajarán al unísono para el mismo fin, pero cada uno tendrá una actuación y papel muy diferente.

3.5. *Señalar con firmeza la imposibilidad de otro tipo de relación ajena a la profesional*

Es importante aclarar que la única relación que existirá entre paciente y psicólogo será una relación terapéutica, dándose un vínculo estrictamente profesional. Explicar que los

parámetros y los límites entre terapeuta y paciente ya están de antemano fijados y éticamente definidos. En ningún caso es aceptable otra relación personal. De hecho, la relación profesional es la única relación posible y garantizable para la consecución de su mejoría.

3.6. *Volver inmediatamente al objetivo y dinámica establecidos para la sesión*

Tras manejar esta situación y habernos cerciorado de que el paciente ha comprendido el único tipo de relación que se establecerá, se volverá inmediatamente a trabajar el objetivo establecido para la sesión.

3.7. *Contemplar la posibilidad de derivar al paciente a otro profesional*

Si las estrategias anteriores no han dado el resultado deseado, no tiene sentido continuar con un tratamiento sustentado en una inadecuada relación terapéutica. Una alternativa a contemplar es la de derivar al paciente a otro profesional, explicitando las razones de esta forma de actuar: el compromiso del psicólogo para conseguir lo mejor para su paciente.

4. *Resumen*

- En caso de dudas acerca de sus indicaciones o insinuaciones, extinguir sus comentarios y mantener el rol profesional.
- Preguntar directamente para esclarecer sus insinuaciones y afrontar la situación de forma firme.
- Parafrasear sus mismas palabras para esclarecer la situación.
- Recordar los roles terapeuta-paciente establecidos desde la primera sesión.
- Señalar con firmeza la imposibilidad de otro tipo de relación ajena a la profesional.
- Volver inmediatamente al objetivo y dinámica establecidos para la sesión.
- Contemplar la posibilidad de derivar al paciente a otro profesional.

5. *Aplicación al ejemplo con adecuada actuación del clínico*

T. Bien, continuemos diferenciando las emociones de los pen samientos. Por ejemplo, ahora mismo, ¿qué pensamiento antecede a la emoción que siente en este momento?

P. Bueno, mi pensamiento sería que estoy muy cómodo aquí. Me gusta venir a terapia. El simple hecho de estar con usted me genera mucha tranquilidad.

T. Me alegra saber que en la sesión se encuentra a gusto. Eso es fundamental entre un psicólogo y su paciente.

P. ¡Por cierto!, quería decirle que hoy la veo especialmente guapa. Bueno, siempre lo está. ¡Cómo me recuerda a mi ex pareja!, ya sabe a Rocío, aunque, bueno, yo creo que es mucho más interesante que ella.

T. Por favor, don Juan, ése no es tema a tratar en sesión. Continuemos con el trabajo. Estaba observando que ya diferencia con claridad entre pensamiento y emoción, algo que le resultaba difícil al comienzo. Le felicito, pues este avance es importante para abordar el próximo paso.

P. Bueno, gracias. La verdad es que con usted todo parece más fácil. ¡Y eso que el primer día pensaba que nada ni nadie podría ayudarme! Pero usted lo ha conseguido. Ahora soy otro, mi vida es otra. Ha hecho esto posible, sin usted estaría perdido.

T. Eso no es cierto, gran parte del mérito es suyo. Ahora ha aprendido a afrontar de forma más adecuada las situaciones que antes le abrumaban, y además las controla. Lo importante es lo que es capaz de hacer ahora... *(el paciente la interrumpe)*

P. Además no es sólo eso. Llevo semanas pensándolo y creo que no me equivoco si reconozco que siento algo especial por ti.

T. Perdón, ¿me ha parecido que usted acaba de decir que siente algo especial por mí? ¿Qué ha querido decir exactamente?

P. Pues... ya lo sabes... No puedo ser más claro, ya me entiendes...

T. Realmente no. Ciertamente tenemos una relación que se basa en la confianza y siempre ha tenido libertad para expresar sus opiniones o consideraciones. Pero en el marco de una relación profesional paciente-terapeuta. No entiendo, en consecuencia, esas declaraciones suyas...

T. Pues no puedo ser más claro, estoy tratando de decirte que me resultas una mujer muy atractiva, que me gustas... Pienso que estaría muy bien vernos fuera de esta situación. Sin compromisos, ¿eh? Simplemente tomar un café juntos y poder hablar de otras cosas.

T. Ahora lo tengo claro. Mire, don Juan, nuestra relación se basa en la confianza mutua.

Es posible que este clima de confianza y calidez pueda dar lugar a veces a confusiones sobre las posibilidades u objetivos de la relación terapéutica. Pero desde el primer momento se estableció que el único fin de nuestro trato es que usted se sienta mejor. Entienda que yo como experta le ayudo a usted, que me demanda este apoyo.

P. No, pero si yo no estoy confundido. Sé que es muy buena profesional y quiero que siga siendo mi psicóloga, pero también quiero pasar más tiempo con usted, fuera de la consulta.

T. Le entiendo, pero eso es absolutamente imposible. Nuestra relación es y será estrictamente profesional. Usted es mi paciente y yo su terapeuta, y nuestra relación no puede salirse de este marco. Cualquier otro vínculo personal no es aceptable, ni desde el punto de vista profesional ni desde el punto de vista ético, nuestro código deontológico lo prohíbe. Y lo más importante, no ayudaría a su progreso.

P. Bueno, sí... Pero porque nos veamos un día fuera de la sesión no sería tan malo, ¿verdad?

T. Mire, este asunto es tan importante que si estos sentimientos persisten en usted, probablemente deba considerar que no soy la profesional más indicada y deberé plantearme la conveniencia de remitirle a otro terapeuta. Mal puede ayudarle a conseguir su autonomía personal una terapeuta si usted pretende una relación emocional con ella.

P. Comprendo. Discúlpame, no tenía que haber dicho nada.

T. No, la verdad es que es mejor afrontar directamente esta situación que negarla. Por otro lado, no es infrecuente lo que usted me está comentando. Entienda que una persona que está en una situación difícil puede percibir a su terapeuta de forma «especial» y entender de forma inadecuada una relación que tratamos de hacer cálida y personalmente agradable. Pero no olvide que el objetivo no puede ser otro que ayudarle a mejorar y conseguir autonomía personal. Por eso me gustaría que no se preocupara por sus comentarios. De hecho, es muy positivo que lo haya comentado y hayamos podido aclarar su rol como paciente, el mío como psicóloga y en qué consiste la relación terapéutica. Aclarados estos puntos, si le parece bien, podemos volver a la relación entre pensamiento y emoción.

P. Sí, de acuerdo.

2. El paciente pregunta al terapeuta sobre su vida privada

CARMEN BLANCO, PABLO ALONSO y FRANCISCO JAVIER LABRADOR

1. *Descripción del problema*

Una adecuada relación terapeuta-paciente supone una gran confidencialidad, y que el paciente comparta experiencias íntimas relacionadas con sus dificultades. Por ello es relativamente frecuente, e incluso normal, que el paciente tenga cierta curiosidad o interés sobre la vida privada del terapeuta al que está confiando estos aspectos de su vida. Incluso considere «lógico» que si él ha expuesto parte de su vida personal, el psicólogo haga lo mismo, creyendo que la relación terapéutica debe implicar un *quid pro quo*, y llegar a exigir que el clínico dé una información propia similar a la que él está dando. Por esto, es común que el paciente piense erróneamente que la relación profesional debe ser equitativa. En otros casos, el paciente simplemente desea orientar o contrastar cómo es de mala o buena su situación *(A veces me pregunto si es normal que mis hijos me causen tantos problemas, y si al resto de padres les ocurre lo mismo. ¿Sus hijos hacen cosas parecidas?* o *Desde que nos casamos la vida en pareja es menos agradable. ¿Sabe lo que es convivir cinco años con la misma persona?).* En otras

ocasiones, la mera curiosidad por conocer algo más de la persona a la que está confiando sus «secretos» puede llevar a que solicite cierta información sobre la vida privada de ella.

Ciertamente alguna información puede ser interesante para fomentar la relación terapéutica, o para disminuir el nivel de ansiedad ante la novedad y la incertidumbre que supone acudir a un psicólogo clínico. En realidad, el tipo de información que se podría considerar «apropiada» tiene que ver en su mayor parte con cuestiones relativas a la formación y método de trabajo del clínico: qué va a hacer el terapeuta, en qué condiciones, qué se espera del paciente, y consideraciones sobre la confidencialidad y sus límites. Si bien el buen clínico debe abordar y precisar estos aspectos en el primer encuentro con el paciente, es posible que a éste le surjan algunas dudas o no recuerde bien lo indicado durante el transcurso de la terapia. No hay problema, pues, en contestar a estas cuestiones y precisar los aspectos profesionales que puedan ayudar a esta relación y a la propia terapia. Se considerará, en consecuencia, que, en líneas generales, está *justificada* la demanda de información que es relevante porque favorece el buen desarrollo de la evaluación y tratamiento, y que puede fomentar la alianza terapéutica.

Al margen de que el paciente lo demande o no, una autorrevelación, es decir, que el clínico decida contar algún detalle personal, puede ser útil siempre que cumpla dichas funciones *(Le entiendo perfectamente, yo también sufrí una vez un ataque de pánico al quedarme encerrado en unos lavabos y sé lo desagradable que puede llegar a ser. Lo importante es darse cuenta de que, aunque muy desagradable, es inofensivo).*

Pero en muchos casos la información solicitada por el paciente *no está justificada*. Desea conocer información personal del terapeuta o su entorno a la que no tiene derecho. Más aún, esta información no es relevante para la terapia, incluso puede ser contraproducente, y derivar en una invasión inadecuada de la vida privada del terapeuta. Atender a ella supone el que no se han establecido de forma adecuada los roles profesionales de terapeuta y paciente. Entre estas informaciones inadecuadas estarían la referidas a la vida personal (lugar de vivienda, edad, relaciones de pareja e hijos, a qué dedica el ocio...), tipo de creencias (religiosas, morales...), o relativas a preferencias (políticas, sexuales, deportivas...).

2. *Ejemplo*

P. Por cierto, el otro día te vi en el supermercado con tu novia. ¿Era tu novia, ¿no?
T. Perdone, a ver si me he enterado; entonces usted me indica que su problema se agrava cuando...
P. Una chica morena, muy guapa, ¿es tu novia?
T. Disculpe pero no es el tema a tratar, volvamos a nuestro trabajo. Ahora es fundamental conocer cuándo se agrava su problema.
P. Bueno, hombre, no te ofendas. Yo te he contado todo lo que me has preguntado, y cómo tú no me hablas de ti... Pensé que sería útil que nos conociéramos mejor.

3. *Propuesta de actuación*

3.1. *Lo primero será **identificar si la pregunta no procede** por solicitar información personal del psicólogo y/o estar fuera del contexto de lo que supone una relación terapéutica*

3.2. *Identificar la función que tiene esta conducta para el paciente*

Conocer el propósito del paciente puede proporcionar información útil para progresar en la evaluación y orientar el tratamiento. Por ejemplo: si pone de relieve un patrón de conductas dependientes ahora dirigidas al terapeuta, proceder con prioridad al desarrollo de la autonomía personal. Si las razones que le llevan a preguntar fueran relevantes para la terapia, se debe tratar de asegurar ese objetivo con otro tipo de información que no refuerce la conducta de invadir al otro *(¿Qué cree usted que puede aportar esta información a los objetivos establecidos? Recuerde que ambos trabajamos conjuntamente para que usted supere su problema).*

3.3. *Extinguir*

Una primera actuación será no prestar atención a la pregunta. En algunos casos esto es suficiente para que el paciente entienda que no se va a atender a este tipo de preguntas y deje de plantearlas. Si no es así, y el paciente insiste en su cuestión, habrá que abordar de forma directa la situación.

3.4. *Normalizar*

Indicar que es normal que los pacientes tengan curiosidad por aspectos de la vida de la otra persona, especialmente si con esa persona se va a realizar un trabajo importante y que implica un elevado nivel de confianza.

3.5. *Cuestionar la conveniencia de ese tipo de preguntas y recordar las condiciones de la relación terapéutica*

Señalar lo inapropiado de este tipo de preguntas, pues no guardan relación con el proceso terapéutico, haciendo hincapié en el trabajo que se está haciendo a lo largo de la terapia, así como definir los roles de terapeuta y paciente. Si esto no queda claro, habrá que exponerlo de forma precisa y directa. *(Recuerde que el objetivo de hoy es que comprenda qué es la ansiedad. Atender a estas otras preguntas nos desvía de ese propósito y también está fuera del acuerdo establecido para la relación terapéutica).*

3.6. *Cuestionar la utilidad de este tipo de información*

Aunque lo mejor es no dedicar mucho tiempo a estos aspectos, en algunos casos puede ser de ayuda cuestionar el valor de este tipo de información para el proceso terapéutico *(Puede que no me importe revelar mi edad, domicilio, si tengo hijos o mis tendencias sexuales... pero ¿realmente considera que esto es importante para que usted supere su problema?).* No hay razones que justifiquen o den derecho a conocer detalles de la vida privada del terapeuta, y mucho menos esto garantiza mayor éxito terapéutico; al contrario, desvía la concentración de los problemas a tratar. Ha de quedar claro al paciente que un terapeuta no es un amigo, sino un profesional que debe centrarse en su labor para ayudarle de la forma más eficaz y adecuada. Finalmente habrá de remitirse al plan de tratamiento y recomendar ceñirse a él, como lo más indicado para encauzar el trabajo.

4. *Resumen*

- Identificar si la pregunta es procedente.
- Identificar la función que para el paciente tiene esta conducta.
- Primera maniobra: extinguir.
- Normalizar.
- Cuestionar la conveniencia de ese tipo de preguntas y recordar los roles de la relación terapéutica.
- Cuestionar la utilidad de este tipo de información.

5. *Aplicación al ejemplo*

T. ¿Entonces considera que su problema se agrava cuando hay varias personas?
P. Sí, sí. Por cierto, el otro día te vi en el supermercado con tu novia. Era tu novia, ¿no?
T. *(El terapeuta extingue.)* Perdone, a ver si me he enterado; entonces usted me indica que su problema se agrava cuando...
P. Una chica morena, muy guapa, ¿es tu novia?
T. *(Con calidez.)* ¿Para qué lo pregunta?
P. Bueno... por nada... por saber.
T. No se preocupe. Verá: suele pasar que cuando se trabaja de forma tan estrecha con otra persona, y más en un ambiente como éste, las personas quieren tener información de muchos más aspectos de los necesarios. A veces incluso consideran que eso les da una mayor seguridad, pero la verdad es que no es así. En este caso, ¿hasta qué punto considera que saber con qué persona estaba su terapeuta en un determinado lugar sea útil?
P. Bueno, cuanto más sepa de usted, más seguridad me dará y más tranquilo estaré.

T. ¿Usted cree que por saber quién es la persona con la que estoy en determinado lugar, fuera de la relación de terapia, mejorará nuestro acuerdo terapéutico o nuestro trabajo en sesión?
P. Bueno, nunca se sabe. Por otro lado, la verdad es que es un poco de curiosidad. Entiendo que tampoco es un error grave.
T. Desde luego que no. Simplemente le indico que este tipo de cuestiones, más que ayudar al proceso terapéutico lo que hace es dedicar un tiempo a aspectos que no tienen relevancia. Por otro lado, entienda que nuestra relación es profesional.
P. Sí, quizá, pero la verdad es que me picaba la curiosidad por saber quién era.
T. Ya, pero ¿qué considera que nos podría aportar esta información?
P. ¿Perdón?
T. Al trabajo que estamos haciendo aquí. Quiero saber de qué forma obtendríamos algún avance en la terapia hablando sobre eso.
P. Pues...
T. ¿Conocer a la gente del supermercado le ayudará a eliminar sus ataques de pánico? No, ¿verdad?
P. No, no. Claro. No te lo tomes así, era una pregunta inocente.
T. Por supuesto así lo he considerado, no se preocupe. Recuerde que nuestra relación es una relación profesional. A usted no le ayudaría que yo me comportara como un amigo, le ayudará realmente mi saber hacer profesional. Por lo mismo, no debemos mezclar aspectos personales no relevantes. Nos haría desconcentrarnos de los aspectos realmente relevantes para el tratamiento y avanzar más lentamente, y dado que una terapia psicológica es muy cara en tiempo, esfuerzo y dinero es crucial que aproveche su tiempo al máximo.
P. De acuerdo, me parece muy bien.

3. El paciente pretende continuar la relación fuera de las sesiones

CARMEN BLANCO, MARÍA GONZÁLEZ-ALLER y FRANCISCO JAVIER LABRADOR

1. *Descripción sucinta del problema*

Uno de los más inmediatos y principal objetivo inicial del terapeuta debe ser establecer una adecuada relación con su paciente. La relación terapéutica se considera indispensable para una buena alianza de trabajo entre ambos, lo que facilitará el proceso terapéutico. Esto exige al psicólogo actitudes y destrezas específicas para facilitar esta relación. Sin embargo, a veces, esta relación puede resultar difícil de establecer en los términos deseados. El intento de proximidad del psicólogo puede ser interpretado de

forma incorrecta por el paciente, pudiendo llevar a equívocos sobre la naturaleza o características de esta relación. Diversas variables o aspectos (juventud del terapeuta, fácil accesibilidad, atención e interés prestado...) pueden influir en el paciente haciéndole pensar en un establecimiento de roles erróneo. Como por ejemplo que además de la relación profesional psicólogo-paciente, pueden establecer una relación de amistad más cordial. Por eso es fundamental que el psicólogo esté especialmente atento al establecimiento de roles desde el principio. El paciente debe tener claro que existen límites entre paciente y terapeuta, que la relación es exclusivamente profesional y que acaba en la consulta. No es terapéuticamente sano que exista otro tipo de relación, amistosa o del tipo que sea. Sólo cabe una relación y ésa es la de trabajo: un profesional que presta ayuda a una persona que le solicita ésta.

2. *Ejemplo*

T. Esperanza, dígame qué hizo cuando empezó a experimentar el ataque de pánico.
P. Pensé: esto va a pasar, no puede durar mucho. Me acordé de lo que me explicó y me dije: va a llegar un momento en el que mi ansiedad empezará a bajar y me sentiré mejor. De esto no me puedo morir. Luego noté que podía respirar un poco más despacio y que me sentía un poco más calmada. Al final, ¡se fue hasta el mareo!
T. ¡Muy bien! Veo que sabe aplicar lo que aprende en sesión justo cuando le es necesario. ¡Muy bien, Esperanza!
P. Ha sido todo por su gran ayuda. Antes de acudir a usted me habría ido a casa directamente y no habría vuelto a salir hasta que no hubiera tenido más remedio. No sé cómo agradecerle todo lo que hace por mí. ¡Nunca imaginé que me ayudaría tanto!
T. Bueno, ésa es mi labor.
P. Y además, ¡no sabe cómo está mi familia de contenta! Mis hijos dicen que soy otra, y mi madre, y especialmente mi marido, le están muy agradecidos. Y no habría nada que les gustara más que un día viniera a comer a casa. Me encantaría presentarle a mi familia. ¡Ellos están deseando conocerla y darle las gracias personalmente!
T. ¿A su casa?... Dice, ¿a comer?...
P. Sí, eso es... Y se me ocurre que después podríamos ir a tomar un café con Ana y Rosa. Tengo ganas de que las conozca. Le van a caer fenomenal. Son como usted, sinceras y positivas. Seguro que congenian. ¡Me encantaría!
T. Se refiere a... ¿quedar con usted y sus amigas a tomar café?

3. *Propuesta de actuación*

3.1. *Atender a la elaboración de los roles: paciente-terapeuta*

Desde el primer momento es determinante el establecimiento de los roles que tanto paciente como psicólogo deberán asumir a lo largo de la evolución de la terapia. La clave para logarlo es establecer una relación cálida y empática, pero a la vez asimétrica. Si esta relación terapéutica se establece de forma adecuada, se generará un vínculo entre paciente y profesional que favorecerá el correcto progreso de la terapia.

Entre las estrategias para fomentar la instauración de roles paciente-terapeuta están las siguientes:

- Trato con el paciente: tratar de usted y saludar dando la mano en el contacto inicial.
- Vestimenta del terapeuta: usar bata blanca, o en su lugar, una vestimenta formal (chaqueta y corbata el hombre y ropa formal la mujer), ayuda a establecer un adecuado estatus del psicólogo clínico como profesional (este punto es tanto más importante cuanto más joven sea el psicólogo).
- Disposición del mobiliario: el uso de una mesa entre ambos, aunque no es imprescindible, establece una distancia que marca roles diferentes.

3.2. *Siempre: intentar desviar la conversación (extinguir)*

En primer lugar y como propuesta general de actuación, seguir la conversación obviando cualquier proposición inadecuada, a fin de intentar prolongar la relación terapéutica. No atender en ningún caso a lo que acaba de ofrecer el paciente y continuar con la tarea de la sesión. Si es necesario, redireccionar la atención señalando nuevamente el objetivo terapéutico a lograr.

Es frecuente que algún paciente realice una insinuación o petición de este tipo y, también, que esto lo haga de forma relativamente espontánea, sin reflexionar. La exaltación del momento puede llevar al paciente a sacar de contexto la situación y realizar una invitación amistosa de la que segundos después incluso puede arrepentirse. Por lo que en algunos de estos casos, el uso de la extinción bastará para manejar la situación.

3.3. *Si insiste*

- Evaluar cuál es el verdadero motivo del paciente de quedar fuera de consulta

Si el paciente insiste en proponer algún encuentro fuera de la consulta, será conveniente analizar el verdadero motivo de su insistencia. Tratar de detectar cuál es la finalidad que persigue al hacer tal oferta, a fin de poder actuar en consecuencia. Una posible razón es que el paciente considere su invitación como la manera más acertada para agradecernos su mejoría gracias a la labor terapéutica. Pero hay otras posibilidades, un interés personal adicional al profesional, intentar convertir al terapeuta en un amigo,

obtener alguna gracia secundaria... No obstante, sea cual sea el motivo, no se debe acceder a estas demandas. Saber el motivo ayudará a establecer el proceder a seguir con el paciente: *Le agradezco mucho la invitación, pero no es posible. Recuerde, ésta es una relación terapéutica, no cabe otro tipo de relación*.

• Dar alternativas de solución

Una vez evaluado cuál es el verdadero motivo de la invitación, buscar la solución alternativa a la de prolongar la relación más allá de la consulta. Por ejemplo: si lo que quiere es que su familia nos dé las gracias personalmente, podemos ofrecer a nuestra paciente un día para que vengan al final de la consulta. Podemos saludarles, comentarles lo bien que va todo y así además aprovechamos para fomentar en ellos una mayor motivación en su papel como coterapeutas. También puede ocurrir que el motivo de la invitación sea el de iniciar una relación de amistad o el de un posible enamoramiento. (Véase el capítulo 4.1. El paciente manifiesta interés personal por el terapeuta.) En cualquier caso, las alternativas de solución pasan por no dar ninguna posibilidad a cualquier tipo de relación ajena a la terapéutica.

• Rechazar asertiva/cortésmente la invitación y explicar el funcionamiento de trabajo

En el caso de que el paciente desee establecer una relación dual con su psicólogo, es decir, terapéutica con otro tipo de relación, el terapeuta deberá, en primer lugar, rechazar la invitación de manera asertiva. Por ejemplo: *No dudo de que su compañía es muy agradable, pero tenemos una relación terapéutica, no es posible otro tipo de relación...* Puede darse algún argumento más, pero habitualmente lo más eficaz es una negativa firme sin más explicaciones *(El que se excusa se acusa)*. Si en algún caso pareciera pertinente alguna explicación más, se podría señalar que la relación terapéutica es estrictamente profesional y que se desarrolla únicamente en el ámbito de la consulta. La competencia y actuación del psicólogo no tiene cabida en otro entorno. La ética profesional impide que se den más de una relación entre paciente y terapeuta, porque la objetividad de éste podría verse afectada y redundaría en un perjuicio para la consecución de los objetivos terapéuticos. Por ejemplo: *No es ético ni profesional ver a un paciente fuera de las sesiones. Ni mucho menos, establecer una relación de amistad o entrar a formar parte de su entorno. Esto resultaría tremendamente perjudicial para su tratamiento y resultados.*

• Técnica de disco rayado

Puede ocurrir que el paciente insista haciendo caso omiso a la negativa o a la lógica de las explicaciones. En estos casos, es recomendable poner en marcha la estrategia del *disco rayado*, ideal para rechazar una petición poco razonable.

4. *Resumen*

- Atender a la elaboración de los roles: paciente-terapeuta.
- Desviar la conversación: extinguir.
- Si insiste:

a) Evaluar cuál es el verdadero motivo del paciente de quedar fuera de consulta.
b) Dar alternativas de solución.
c) Rechazar la invitación asertivamente y explicar el funcionamiento de trabajo.
d) Usar la estrategia del disco rayado.

5. *Aplicación al ejemplo*

T. Esperanza, dígame qué hizo cuando empezó a experimentar el ataque de pánico.
P. Pensé: esto va a pasar, no puede durar mucho. Me acordé de lo que me explicó y me dije: va a llegar un momento en el que mi ansiedad empezará a bajar y me sentiré mejor. ¡Y así fue!
T. ¡Muy bien! Veo que sabe aplicar lo que aprende en sesión justo cuando le es necesario. ¡Muy bien, Esperanza!
P. Ha sido por su gran ayuda. No sé como agradecerle todo lo que ha hecho por mí. ¡Nunca imaginé que me ayudaría tanto! Y además, ¡no sabe cómo está mi familia de contenta! Mis hijos dicen que soy otra, y mi madre, y especialmente mi marido, le están muy agradecidos. No habría nada que les gustara más que un día viniera a comer a casa. Me encantaría presentarle a mi familia. ¡Ellos están deseando conocerla y darle las gracias personalmente!
T. Me alegro mucho... *(Extinción.)* Esperanza, no sé si se ha dado cuenta, pero vamos cumpliendo objetivos, paso a paso. Está logrando cosas que hace poco le parecían impensables. ¡La felicito! Lo que más aterroriza de esos momentos en los que empezamos a sentir una crisis de ansiedad es el no saber qué nos pasa. Pero cuando ya sabemos identificar esa sensación y conocemos su funcionamiento, podemos darle una explicación y hacerle frente.
P. Es verdad, antes de saber todo esto no hubiera podido seguir caminando. Me habría ido a casa directamente y no habría vuelto a salir hasta que no tuviera más remedio. No sé cómo agradecerle todo lo que hace por mí. Nunca imaginé que me ayudaría tanto... De verdad, mi familia quiere verla para darle las gracias en persona. ¡Me ven tan animada! Podría venir un día a casa a comer. ¡Sería una alegría para todos!
T. Entiendo que su familia esté agradecida, puesto que la ven bien y eso les alegra, lógico, pero no deben sentirse en deuda conmigo. Es mi deber hacer que usted se sienta bien y supere sus problemas.
P. Sí, pero si viene un día a casa a comer, ellos podrían darle las gracias personalmente, sobre todo mi marido. Él es el que más agradecido está.

T. Ya entiendo. En ese caso podemos hacer una cosa, Esperanza. En vez de ir yo a su casa, sería una buena idea recibirle aquí el próximo día. Cuando acabemos nosotras la consulta, su marido y yo podremos saludarnos. Le comentaré sus grandes progresos y lo importante que es el apoyo familiar que está recibiendo. ¿Qué le parece?
P. De acuerdo, me parece buena idea, se lo diré. Sé que le hará muy feliz poder decirle lo mucho que ha hecho por nosotros.
T. Perfecto, Esperanza, continuemos. Y ahora cuénteme. ¿Algo más a reseñar que haya ocurrido esta semana? ¿Salió finalmente a tomar café con sus amigas?
P. Sí, fue estupendo. Estuve en una terraza tomando café con mis amigas Ana y Rosa. ¡Son adorables! Ellas también me han apoyado mucho. Se han preocupado y han estado siempre conmigo cuando lo he necesitado. Tengo ganas de que las conozca. ¿Por qué no se viene el próximo día? Sería genial que se conocieran. Le van a caer fenomenal. Son como usted, sinceras y positivas. Seguro que congenian. ¡Me encantaría! Esta semana quedaremos de nuevo. ¿Qué le parece, se apunta?
T. Se lo agradezco de verdad, pero la función de las amigas es otra diferente a la mía. Ellas la apoyan y forman parte de su vida privada. Yo no debo ser su amiga, debo ser su terapeuta. Mi labor es enseñarla estrategias y ayudarla a utilizarlas en su vida habitual. Ni ética ni profesionalmente cabe otro tipo de relación, podría afectar negativamente a los objetivos del tratamiento. ¿Sabe a qué me refiero?
P. Sí, claro. Pero podríamos quedar aunque sea sólo una tarde. Por un día, no pasa nada, ¿no?
T. Mmm... No, Esperanza. Realmente, no es adecuado.
P. Eh... ¿Y una hora?, ¿solo un café rápido con ellas?
T. No, no. No, Esperanza. Bueno, continuemos con la sesión.
P. De acuerdo.

4. Disponibilidad temporal del Terapeuta: ¿24 horas?

ICÍAR GIMÉNEZ-CASSINA, MIRIAM HUERTA y FRANCISCO JAVIER LABRADOR

1. *Descripción sucinta del problema*

Es interesante en algunos casos (pero no imprescindible, ni útil en todos los casos) posibilitar el contacto del paciente fuera de la sesión, siendo lo habitual facilitarle un número de teléfono, que se puede utilizar para ver de forma inmediata los efectos de la realización de determinadas tareas (qué ha sucedido en la primera sesión de exposición). En otros casos, como estrategia motivacional para la realización de éstas (confirmar que ha realizado ese día una tarea), o para ayudarle en momentos de urgencia o crisis, e incluso para que avise en caso de dificultades para poder llevar a cabo la sesión.

El problema se presenta cuando el paciente utiliza esta vía de contacto de forma inadecuada. El paciente llama por teléfono, o manda un SMS, al terapeuta, en especial, aunque no únicamente, fuera del horario laboral ordinario (noches, fines de semana, etcétera). La llamada no tiene que ver con asuntos que puedan requerir una intervención urgente o inmediata. El terapeuta no ha informado de una disposición completa a voluntad del paciente (si ha cometido ese error, debe corregirlo de inmediato). Son, pues, llamadas inadecuadas y el objetivo debe ser conseguir que no vuelvan a repetirse. (Las llamadas de emergencia o en situaciones de crisis se abordan en el capítulo «Llamadas telefónicas de auxilio».)

2. *Ejemplo*

Es domingo por la tarde y cuando el terapeuta está volviendo del fin de semana recibe una llamada en el móvil que identifica que es de una paciente. Deja si atender la llamada. Al cabo de unos minutos vuelve a sonar el móvil y ve que es el mismo número de antes, descuelga el manos libre y...

P. Hola, soy Arabela Soso, le llamo para confirmar la hora de la sesión de esta semana. Es que estoy organizando mi agenda semanal, y me he fijado que lo anoté en un papel que ahora no encuentro. Así que he creído que sería más fácil llamarle para que me lo dijera.
T. Lo siento, estoy conduciendo, no estoy sólo y no tengo esa información, llame por favor mañana a la consulta.
P. Bueno, perdone, mañana llamaré.

3. *Propuesta de actuación*

3.1. *En la primera sesión, indicar al paciente las posibilidades de contacto fuera de la sesión*

- Si es indicado estar a disposición de este paciente debido a las actividades o tareas que debe realizar, precisar el horario específico en que debe ponerse en contacto (no debe ser muy amplio, 1-2 horas a la semana o al día dependiendo de las tareas), y el motivo o motivos del contacto (dar cuenta de las tareas realizadas o problemas surgidos).
- Si el contacto tiene que ver con la sesión a realizar, establecer el procedimiento de actuación (llamada al centro en horario de atención para modificar cita, o avisar de problemas).
- No es aconsejable dar la posibilidad de establecer contacto telefónico cuando el paciente lo desee.

• Es conveniente disponer de un número en exclusiva para la atención de los pacientes.
• Urgencias terapéuticas: Si no estamos trabajando en un centro que tenga servicio de urgencia, señalarle, en caso de urgencia, cuál debe ser el protocolo de actuación y el servicio de urgencia de referencia.

3.2. *Responder a la llamada y valorar si requiere una actuación urgente por parte del terapeuta.*

3.3. *En caso de no serlo, remitir al paciente a sesión y poner fin a la llamada.*

Indicar que esos temas deben tratarse en sesión, señalando lo inadecuado de su llamada. Si insiste, usar la técnica de «disco rayado». Poner fin a la llamada de forma inmediata.

3.4. *En la sesión siguiente a la llamada inadecuada*

Abordar directamente el tema al comienzo. Recordar al paciente las pautas de disponibilidad establecidas. Insistir en la necesidad de atenerse a dichas pautas.

3.5. *El paciente vuelve a intentar ponerse en contacto*

Estimar la posibilidad de no atender al teléfono, con el objetivo de extinguir dicha conducta.

(Si requiere actuación urgente, ver apartado «Llamadas telefónicas de auxilio».)

4. *Resumen*

• Indicar al paciente las posibilidades de contacto fuera de la sesión.
• Responder a la llamada y valorar si requiere una actuación urgente.
• Remitir al paciente a sesión y poner fin a la llamada.
• Abordar directamente el tema y actuar en consecuencia.
• Estimar la posibilidad de no atender al teléfono.

5. *Aplicación al ejemplo*

Es domingo por la tarde y cuando el terapeuta está volviendo del fin de semana recibe una llamada en el móvil que identifica que es de un paciente. Deja sin atender la llamada.

Al cabo de unos minutos vuelve a sonar el móvil y ve que es el mismo número de antes, descuelga el manos libre y...

P. Hola, soy Arabela Soso, le llamo para confirmar la hora de la sesión de esta semana. Es que estoy organizando mi agenda semanal, y me he fijado que lo anoté en un papel que ahora no encuentro. Así que he creído que sería más fácil llamarle para que me lo dijera.
T. Arabela, disculpe que la interrumpa. No puedo atenderla en este momento. Como le indiqué, esta línea es expresamente para situaciones que requieran una intervención urgente, lo que no es el caso. Entienda lo inadecuado de su llamada, le ruego que no vuelva a hacerlo. Para esa consulta llame al centro en horario laboral.
P. Sí, sí, pero bueno, ya que le he llamado, podría sólo mirar su agenda y confirmarme la hora.
T. Entiendo que para usted es más cómodo llamarme para aclarar sus dudas, pero esta línea es expresamente para situaciones que requieran una intervención urgente. Trataremos esto en la próxima sesión. Ahora debo poner fin a la llamada.

En sesión...

T. Arabela, antes de comenzar la sesión, me gustaría abordar el asunto de la llamada telefónica del pasado domingo...
P. ¡Ah! Sí... bueno, al final encontré el papel.
T. Mire, Arabela, el problema que quiero plantearle no tiene que ver con si usted encontró o no un papel, sino con la realización de una llamada a un teléfono que le facilité para casos de urgencia, de forma inadecuada.
P. Bueno, entiendo que tampoco es un problema tan grave.
T. Mi opinión no es ésa. Establecimos unas condiciones en la sesión inicial que facilitaban la posibilidad de actuación en situaciones excepcionales de urgencia, pero entienda que eso no puede suponer que usted pueda utilizarla para cualquier cosa ni en cualquier momento. En esas condiciones pierde su sentido y yo no estaría dispuesto a mantener esa posibilidad. Le queda claro.
P. Le pido disculpas, pero me sentí un poco agobiada al no recordar la hora de la cita. Pensé que no le molestaría mucho recordarme la hora para no fallar a la cita.
T. Entiendo su situación, pero usted debe entender que una línea de urgencia no puede atender esos asuntos. Usted debe llamar al centro para esa información, no a mí. Le ruego que no vuelva a utilizar esta posibilidad nada más que en los casos acordados. Si lo desea puedo recordárselos.
P. No hace falta, me queda clara la situación.

5. El paciente decide abandonar el tratamiento en contra de las

indicaciones del terapeuta

LAURA GÓMEZ, MARÍA GONZÁLEZ-ALLER y FRANCISCO JAVIER LABRADOR

1. *Descripción del problema*

El paciente manifiesta su intención de abandonar el tratamiento o algunos de sus comentarios ponen al terapeuta en guardia al respecto.

Pueden señalarse varios momentos especiales en los que este comportamiento es más frecuente:

a) En los momentos iniciales del tratamiento, cuando aún no se ha acabado la evaluación o acaba de iniciarse el tratamiento en sí.
b) Cuando ya se ha avanzado en el tratamiento y se han conseguido algunos avances, pero el paciente considera que son escasos o menores de los esperados.
c) Cuando se han conseguido mejoras importantes y el paciente considera que ya es suficiente en contra de la opinión del terapeuta.

En función de cuál es la situación, así serán el tipo de razones o comportamientos que subyacen a esta intención del paciente. Entre ellas pueden señalarse:

- Considera que la labor del psicólogo no puede ayudarle con su problema.
- No le parece adecuada la propuesta del psicólogo. En especial que le «obligue» a hacer una serie de tareas que le cuestan esfuerzo, en lugar de darle una solución «inmediata» para su problema.
- Dice no tener tiempo ni ganas de acudir a sesión, pues no ve ninguna mejoría.
- Reconoce haber mejorado pero no lo suficiente y teme que nunca llegará a recuperarse de su problema.
- Considera que su problema fundamental está superado y que, a pesar de la opinión del psicólogo, ya es suficiente o le compensa más dejarlo.

Algunos comportamientos que pueden alertar al respecto o poner de relieve esta situación pueden ser:

- Da muestras de desgana, de desconfianza y de desilusión con el tratamiento.
- Se hace difícil el avance, puesto que cuestiona o duda de todo.
- Ha descuidado o abandonado las tareas que se le indican en su vida cotidiana.
- Se muestra incapaz de reconocer los progresos.

2. *Ejemplo*

Paciente, con problemas de fobia social, que piensa que la terapia no le está ayudando en la tercera sesión de tratamiento.

T. Buenas tardes, Casto. ¿Qué tal ha pasado la semana, cómo se encuentra?
P. Bueno, más o menos, la verdad es que esperaba que me fuera mejor.
T. ¿Me dice usted que esto no es lo que esperaba?
P. No, claro que no. No me veo bien, me sigo sintiendo mal, incluso peor diría yo... me parece un poco pérdida de tiempo.
T. No obstante, es posible que haya notado algún avance aunque sea mínimo. Por ejemplo, al menos tiene más claro el porqué de su problema.
P. La verdad es que no. Sigo teniendo los mismos problemas cada vez que pienso que he de salir a la calle.
T. Bueno, estamos al comienzo del tratamiento, esto es lógico, debe cambiar la forma en que ha aprendido a comportarse toda su vida. No se preocupe, ya verá como en unas pocas sesiones más usted irá sintiéndose mejor.
P. ¡Pues claro que me preocupo! Lo que usted me señala que debo hacer me está amargando más aún mi vida. Bastante me cuesta llegar hasta aquí para encima no ver resultados.
T. Ya le expliqué la importancia de ir cambiando su forma de comportarse de forma progresiva. No se impaciente. Seguro que si realiza sus tareas, en breve empezará a sentir los resultados.
P. ¿Que no me impaciente? ¡Qué cosas dice! Y qué quiere que haga, realmente estoy sufriendo, no me resulta agradable esto, y no veo que vaya a cambiar. Pensaba que me sentiría mejor, y después de más de un mes sigo igual, o peor, pues no veo que esto avance. Estoy pensando seriamente que no vale la pena continuar con el tratamiento, al menos con éste.
T. Mi opinión es que no debe abandonar ahora. Por primera vez en su vida ha comenzado a afrontar estas situaciones en lugar de escapar de ellas. Es duro, cierto, pero señala un cambio muy importante en su vida. ¿No percibe usted la diferencia?
P. La verdad es que no. Percibo que sigo pasándolo muy mal cada vez que pienso que tengo que relacionarme con cualquier persona, y además usted me «obliga» a hacerlo cada día. Esperaba de usted alguna solución más eficaz.

3. *Propuesta de actuación*

En estos pacientes suele subyacer un desconocimiento importante sobre la actuación profesional de un psicólogo. Con frecuencia asocian su actuación a la del médico, y piensan que podemos dar algo similar a un «fármaco» (algo mágico) que solucione su problema. Por eso es fundamental, en la sesión dedicada a la devolución de la información, explicar y precisar el porqué del problema y la forma de actuar «necesaria»

para superar éste. También sobre el curso del tratamiento y lo importante del avance progresivo y de consolidar las mejoras. Puede ser necesario volver a recordar o explayar la explicación al respecto asegurándose que se ha comprendido.

En otros casos está subyaciendo su incapacidad para percibir cambios, de forma que se deberá establecer algún procedimiento que permita identificar con más facilidad éstos (autorregistros, pruebas de realidad, opiniones de otras personas...).

En otros, el temor o la ansiedad que les supone la realización de algunas tareas específicas. En este caso habrá que abordar directamente este problema, pudiendo utilizarse una «reestructuración cognitiva» al respecto para que entienda lo inadecuado de sus miedos. También atender a sus habilidades de afrontamiento, a fin de volver a constatar que realmente son adecuadas para las tareas propuestas.

Además de esto, una forma de proceder para afrontar esta situación incluye los siguientes aspectos:

3.1. *Concretar el motivo de su queja*

Preguntando siempre ¿A qué se refiere con...? ¿Qué quiere decir con...? ¿Podría concretar más?

3.2. *Ponernos en su lugar, mostrar que le entendemos y normalizar su comportamiento*

Siempre es imprescindible que el paciente vea que entendemos su preocupación. Que nos podemos poner en su lugar y que vemos que, desde su punto de vista, es normal lo que nos cuenta.

3.3. *Señalar la importancia de cambiar de punto de vista, disponiendo de información más precisa*

Para tener una opinión más adecuada siempre es mejor manejar una información más completa, y nosotros, como expertos, se la podemos facilitar. Insistir en la importancia de que considere la situación de forma más experta, con mejor información, de forma que mejore su actitud al respecto de cómo entender la situación por la que atraviesa.

3.4. *Retomar de forma breve y precisa la exposición del problema y la forma de actuar del tratamiento*

Se recordarán, de forma breve y precisa, los factores responsables de su problema. Se precisará la importancia del aprendizaje de las conductas problema, y la necesidad de un

aprendizaje gradual de nuevas conductas para conseguir modificar las anteriores.

3.5. *Establecimiento de objetivos parciales y limitación de tiempo*

Se acordará con él el establecimiento de objetivos parciales para períodos de tiempo breve (una semana o dos). La idea es que identifique los mínimos cambios y pueda generar expectativas de mejora a corto y largo plazo.

3.6. *Argumentar con ejemplos y comparaciones*

Reforzar las argumentaciones anteriores con ejemplos cercanos al paciente que le ayuden a entender y consolidar los argumentos. También que le permitan establecer diferencias de resultados en función de su forma de actuación.

3.7. *Mejorar su actitud hacia el tratamiento y lanzar mensajes de esperanza*

Animarle a emprender con confianza esta propuesta. Dispone de más habilidades de las que él cree, hacerle ver que su propia reflexión ya ha reflejado un cambio en su actitud y eso repercute ya en su estado de ánimo. Recalcar que como terapeuta le acompañaremos en el proceso, que sienta un apoyo cercano. Mostrarle nuestra confianza y optimismo en el avance del proceso.

Qué no se debe hacer

• Decir lo que tiene que hacer

No deje la terapia, no le conviene, o *Debe continuar el tratamiento.* Hay que centrase más bien en sugerir lo conveniente de mantener el tratamiento. Tratar de reflejar lo positivo de seguir llevándolo a cabo. Dejar que el paciente por sí mismo llegue a la conclusión que deseamos.

• Dar respuestas cerradas y clarificadoras

Ante la pregunta ¿entonces debo esperar para sentirme mejor? No responder «eso es», «claro que sí» o «por supuesto». Dar respuestas abiertas y «envolventes» *(Estimo que ha mejorado mucho en varios aspectos a lo largo de estos dos últimos meses. Trate de identificar esos avances),* que le obliguen a reflexionar sobre el proceso de cambio y la importancia de algunos aspectos considerados quizá menores por él.

• Responder con otra pregunta

Ante las dudas o consideraciones del paciente, convendría orientar la actuación a la búsqueda de una solución, no a crear más confusión. Así, después de dar un ejemplo no preguntar: «¿no cree?», a no ser que se tenga muy claro que la respuesta va a ir en la dirección que se desea, porque entonces podría rebatir los argumentos y volver al punto anterior.

4. *Resumen*

- Concretar el motivo de su queja.
- Ponernos en su lugar, mostrar que le entendemos y normalizar su comportamiento.
- Señalar la importancia de cambiar de punto de vista, disponiendo de información más precisa.
- Retomar de forma breve y precisa la exposición del problema y la forma de actuar del tratamiento.
- Establecimiento de objetivos parciales y limitación de tiempo.
- Argumentar con ejemplos y comparaciones.
- Mejorar su actitud hacia el tratamiento y lanzar mensajes de esperanza.

5. *Aplicación al ejemplo*

T. ¿Qué tal ha pasado la semana, cómo se encuentra?
P. Bueno, igual, la verdad es que esto no es lo que me esperaba.
T. ¿A qué se refiere, Casto, con que esto no es lo que esperaba?
P. Pues que no... No me veo bien, me sigo sintiendo mal, incluso peor diría yo.
T. ¿Qué le hace pensar que se siente mal o incluso peor?
P. Bueno, sigo teniendo miedo a salir a la calle y que la gente se ría de mí lo mismo que antes. Veo que no he avanzado nada.
T. Bueno, si su punto de vista es que no ha avanzado nada, es lógico que piense así y esté desanimado. Pero creo que no considera toda la información de forma adecuada. Por ejemplo: ¿Cuántas tardes ha salido de su casa esta semana?
P. Todas las tardes menos el miércoles, pero sintiéndome igual de mal que antes.
T. Efectivamente, usted se ha debido de sentir muy mal al salir todos los días a la calle, cuando antes no salía ninguno. ¿No le parece ése un cambio significativo?
P. Es cierto que he salido, aunque yo esperaba que no me encontraría tan mal al salir. Esperaba tener ya controlado el problema o al menos que mi malestar se hubiera reducido de forma importante.
T. Tengo claro que ése es su objetivo y el mío, que pueda salir sin problemas, que le agrade salir y disfrute de la vida. Pero usted lleva muchos años sin hacerlo. Aprendió a tener miedo en esta situación y ahora debe aprender lo contrario. Es lógico que esto

lleve tiempo, pues ha de adquirir una nueva forma de afrontar este reto. Es como cuando usted empezó a estudiar las oposiciones, seguro que le habría gustado saberse todo el temario la primera semana.

P. Eso habría estado muy bien, sin embargo estuve un año entero estudiando sin parar.

T. Es lógico que este aprendizaje, como todos, sea gradual. Igual que con las oposiciones fue estudiando todos los días y poco a poco, no sin esfuerzo, iba aprendiendo el temario, usted ha comenzado a salir, y ése es el primer paso. ¿No le parece importante?

P. Visto así puede que tenga razón, pero yo sigo sufriendo cada vez que lo hago.

T. Pero lo hace, cambio fundamental. Con las oposiciones usted aprendía cosas nuevas cada semana, pero si al final de la misma su objetivo hubiera sido saberse todo el temario a la perfección, seguramente se habría desanimado y habría abandonado. ¿No cree?

P. Saberse todo en una semana es imposible, así que supongo que sí.

T. Y conseguir que nos deje de dar miedo algo que nos lo lleva dando tanto tiempo en una semana, también. Por eso es importante que usted sea capaz de identificar y valorar también estos cambios, pues eso le ayudará a entender mejor el proceso de cambio. Podemos establecer objetivos específicos para esta semana, a fin de que constate si los consigue. Por ejemplo, yo le garantizo que si sale y está en el parque más de una hora o dos, haciendo lo que le apetezca, leer o caminar, conforme pase el tiempo irá reduciéndose su malestar. Para comprobarlo, rellene este registro señalando lo que está haciendo y simplemente el nivel de malestar que percibe cada 10 minutos, para que vea cómo éste después de elevarse irá descendiendo. ¿Le parece adecuada la prueba?

P. Pero lo voy a pasar mal de nuevo.

T. ¿Pero no será más importante el constatar que sólo con estar en el parque dos horas su nivel de malestar se reduce de forma importante? Más aún, que usted dispone de una habilidad para reducir su malestar, simplemente exponerse a la situación que le causa este malestar. ¿Usted no se pondría alcohol para desinfectar una herida porque pueda escocerle un poco? ¿Usted no tuvo algo de miedo la primera vez que condujo el coche solo?... Lo hizo y ahora no tiene problemas; de hecho, me ha dicho que disfruta conduciendo.

P. Bueno, sí, pero... ¿no puede hacerse más deprisa? El alcohol sólo molesta unos segundos.

T. Es evidente que no es lo mismo un rasguño en la piel que su problema. Usted debe aprender una nueva forma de comportarse y supone un aprendizaje gradual y más lento, pero usted ya ha comenzado a hacerlo. Es más, sería muy útil que usted disfrutara en este cambio, fijándose en cada nuevo avance.

P. Supongo que tiene razón, pero ¿cuánto debo esperar para sentirme mejor?

T. Usted ya ha dado el paso más importante, que es implicarse en el tratamiento. Acaba

de identificar algunos de los avances, es evidente que ya tiene motivos para sentirse mejor. Es de esperar que a partir de ahora cada día vaya progresando.

6. El paciente desarrolla dependencia del psicólogo

LAURA MARCOS, ROBERTO GÓMEZ, CRISTINA MÉNDEZ y FRANCISCO JAVIER LABRADOR

1. *Descripción del problema*

El objetivo final de todo tratamiento psicológico es conseguir que el paciente sea capaz de organizar su vida, disfrutar de ella de forma autónoma e integrarse socialmente. Las limitaciones en sus habilidades para organizar la vida, disfrutar de ella o integrarse socialmente, son las que le llevan habitualmente a solicitar atención psicológica. En los momentos iniciales de la intervención terapéutica es lógico que el psicólogo sea un apoyo fundamental para el paciente dadas sus carencias. La devolución de la información y la formulación del problema que el terapeuta le presenta al finalizar la evaluación en muchos casos le permiten entender de forma más adecuada su situación y posibilidades de acción.

Por eso es normal que se genere un fuerte vínculo personal facilitado por la relación terapéutica, y también que el paciente valore de forma muy positiva las indicaciones del terapeuta o incluso el punto de vista de éste con respecto a muchos de sus problemas personales. El paciente constata que el actuar como le propone o entrena el psicólogo es realmente eficaz, mejorando de forma significativa su vida. Esto, en algunos casos, le lleva a considerar al psicólogo como alguien especial al que atribuye de forma casi exclusiva la responsabilidad de su mejoría, convirtiéndose las directrices del psicólogo en guía incuestionable de su comportamiento habitual, incluso en campos escasamente relacionados con la actuación terapéutica. Por lo tanto, en cada situación que pueda considerar complicada buscará la opinión del psicólogo para saber cómo debe afrontarla.

Sin embargo, el objetivo del tratamiento es que el paciente sea completamente autónomo, y conforme avanza el tratamiento se le ha de ir entrenando para que desarrolle, de forma progresiva, las habilidades necesarias para organizar su vida. Pero el desarrollo de esta autonomía personal puede verse obstaculizada si el paciente ha desarrollado cierta «dependencia» del psicólogo, buscando en todo momento las opiniones o indicaciones de éste para su proceder habitual. Por otro lado, para el propio psicólogo, en los momentos iniciales, facilita mucho su quehacer terapéutico que el paciente confíe en él, aceptando sus opiniones y punto de vista, a la vez que se esfuerza en llevar a cabo las tareas y ejercicios indicados. En algunos casos, incluso ha de llevarse a cabo un reorganización completa de la vida del paciente, lo que implica programar de forma precisa casi cada momento o actividad diaria. El problema suele aparecer, o mejor

identificarse, cuando tras haber progresado en el tratamiento se espera que el paciente vaya adoptando una mayor autonomía para organizar su vida. También y de forma especial, cuando tras haber desarrollado el tratamiento se considera que el paciente está preparado para afrontar la vida de forma autosuficiente y se señala lo adecuado de poner fin a éste. En estos momentos, algunos pacientes, en contra de la opinión del psicólogo, no se consideran preparados, y consideran que deben seguir recibiendo las instrucciones y el apoyo del psicólogo.

Percatarse de esta dependencia no siempre es fácil, pero debe ser un punto a tener en cuenta a lo largo de todo el tratamiento. Para ello el terapeuta ha de estar pendiente de posibles indicadores o señales al respecto. Algunas de las posibles señales serían, por ejemplo, cuando el paciente acude a consulta queriendo saber única y exclusivamente la opinión de su terapeuta, o cuando se considera incapaz de tomar o aplicar soluciones a determinados problemas sin antes consultar al profesional, o cuando solicita de froma reiterada el *feedback* del terapeuta sobre su forma de actuar, o cuando minimiza la autoevaluación de su actuación. Algunas de estas situaciones se han abordado de forma específica ya, por ejemplo, en el capítulo 3.3. Pide que el terapeuta opine sobre decisiones o tome decisiones por él.

Uno de los indicadores importantes de esta dependencia puede ser una reacción de miedo o rechazo del paciente ante la idea de que la terapia finalice. Cuando el terapeuta señala la conveniencia de finalizar el tratamiento algunos pacientes muestran su miedo ante la situación de verse sin el apoyo que han tenido durante un tiempo. La forma de expresar este miedo y su reticencia a finalizar el tratamiento es variada. En algunos casos manifiesta no encontrarse preparado, en otros casos se produce una recaída no justificada ante esta situación, o manifiesta la existencia de nuevos problemas que considera necesario abordar (este último aspecto ha sido expuesto detalladamente en el capítulo 3.10. Durante el tratamiento el paciente plantea problemas nuevos).

El terapeuta ha de saber diferenciar las posibles reacciones inadecuadas ante el nuevo reto de asumir con completa autonomía la responsabilidad de la propia actuación, de la existencia de condiciones que la limitan realmente y que exigen un trabajo complementario. La dependencia hacia el psicólogo, sin duda, es un factor que obstaculiza de forma importante el desarrollo de esta autonomía del paciente.

2. *Ejemplo*

Adoración es una joven de 30 años que lleva asistiendo a terapia durante aproximadamente 5 meses por un problema de duelo tras la muerte de sus padres. Además, también ha sufrido abuso emocional y físico por parte de su pareja.

Actualmente se han conseguido la mayoría de los objetivos propuestos en el plan de tratamiento, observándose una gran mejoría. Por lo que durante la última sesión el terapeuta le ha señalado los cambios logrados y la conveniencia de una alta terapéutica

próxima.

T. Por lo que me está contando, Adoración, puedo observar que ha habido unos grandes cambios...
P. Sí, la verdad es que me encuentro mucho mejor. Gracias a usted mi vida ha cambiado muy positivamente.
T. Me alegro. Bueno está claro que ha desarrollado las habilidades que le hacían falta para organizar su vida y disfrutar de ella. Habrá que ir preparando la finalización del tratamiento.
P. Bueno, creo que todavía no estoy preparada del todo. En realidad estoy algo mejor, pero todavía no soy capaz de hacer muchas cosas, y porque le tengo a usted que me ayuda para que me sienta mejor, que si no, no sé qué haría.
T. En realidad, Adoración, es usted misma quien está logrando superar sus problemas con su forma de actuar. Ha aprendido y utiliza de forma muy adecuada las técnicas que yo sólo le he enseñado.
P. No, no es verdad. Sólo hago lo que usted me indica. Yo no sé cómo hacerlo.

3. *Propuesta de actuación*

3.1. *Empatizar*

Estando seguro el terapeuta de que el paciente dispone de las habilidades adecuadas, es importante mostrarse comprensivo hacia su problema, puesto que es evidente que el terapeuta ha constituido un apoyo importante y le ha podido aportar el soporte que necesitaba durante un largo período de tiempo. Es conveniente no mostrarse demasiado cercanos, controlando el lenguaje no verbal y la expresión emocional.

3.2. *Extinción de conductas que hagan referencia a su dependencia o su incapacidad de continuar solo*

Es muy importante que el psicólogo sea cauto a la hora de responder a los comentarios dados por el paciente, ya que podría estar fomentando o ratificando lo que en un principio se desea eliminar si se le presta atención.

3.3. *Distinguir entre habilidades y miedo a afrontar nuevos retos*

Hacer ver al paciente que sentir cierto miedo o dudas a la hora de afrontar un nuevo reto es normal. Pero eso no es señal de que no se disponga de habilidades para hacerlo. Simplemente nunca se han utilizado en esas condiciones y eso genera cierta duda o

miedo, pero dispone de las habilidades, y su utilización garantizará una actuación adecuada.

3.4. *Utilizar comparaciones con otros procesos de aprendizaje*

Ayudará al paciente para comprender mejor la función del psicólogo en el proceso terapéutico. Aclarando que el objetivo es dotar a la persona de estrategias y habilidades para que finalmente sea él mismo quien enfrente sólo sus problemas.

Un ejemplo podría ser: *Es comparable con aprender a conducir. Mientras lo hacemos, nos acompaña un profesor que nos pone en situaciones que se presentarán en la conducción diaria a la vez que nos enseña estrategias para afrontarlas, pudiendo actuar por nosotros en caso de que no estemos preparados. Pero al fin y al cabo, una vez tenemos el permiso de conducir ni se nos ocurre ni es deseable recurrir a nuestro profesor cada vez que tengamos que hacer un viaje.*

3.5. *Examinar con el paciente los objetivos al inicio del tratamiento y en el momento actual.*

Hacer un examen preciso de los objetivos que se plantearon al inicio del tratamiento y de cómo ha ido evolucionando hasta llegar a alcanzarlos. Es fundamental destacar el papel del desarrollo de habilidades por parte del paciente, de forma que sea consciente de su valía personal y de su capacidad para afrontar las situaciones que antes le superaban. Dispone de las habilidades necesarias y sabe ponerlas en práctica, puesto que lo ha ido demostrando en cada sesión.

3.6. *Pruebas de realidad*

El psicólogo puede mostrar al paciente registros o gráficas donde se vaya viendo su mejoría en el transcurso de la terapia. Indicándole su avance paulatino, donde en un primer momento le acompañábamos en la realización de las técnicas para continuarlas él solo. También puede encargársele al paciente que recabe opiniones al respecto de personas próximas.

3.7. *Reforzamiento diferencial de conductas incompatibles*

Reforzar cualquier muestra de autonomía por su parte. Es especialmente importante revisar ocasiones en las que ha mostrado capacidad para superar sus problemas. Ejemplo: *Fíjese en que hace poco dejó su trabajo y fue una decisión completamente suya porque decía que las condiciones no eran favorables*. Es importante implicar al

paciente de forma que sea él mismo el que busque ejemplos y recuerde las situaciones en las que ha demostrado su capacidad para funcionar de forma autónoma.

3.8. *Generalizar logros y prevención de recaídas*

Son objetivos que forman parte del proceso de finalización de una terapia habitual, pero en este caso son de vital importancia. Una buena opción sería identificar situaciones de riesgo y planificar estrategias de acción. Hay que transmitir al paciente que está preparado para afrontar los problemas por sí mismo. Planificar y ensayar posibles situaciones de riesgo en consulta permitirá que el paciente adquiera una mayor seguridad en su capacidad para afrontar las situaciones de reto futuras. También para reducir su ansiedad o miedo a afrontarlas.

Si es necesario puede ser el momento para abordar ideas erróneas relacionadas con las recaídas. Señalar y demostrar su capacidad para afrontar nuevos problemas. Dispone de las habilidades, y un análisis adecuado de éstos le indicará cuáles y cuándo utilizarlas. Él podrá mantener bajo su control la forma de afrontarlos y tener la certeza de que está haciendo lo adecuado para solucionarlos.

3.9. *Distanciar temporalmente las sesiones*

Puede ser interesante distanciar temporalmente las últimas sesiones (según casos, 2-4 sesiones), de forma que se vaya aumentando la autonomía del paciente y el psicólogo vaya delegando en él más responsabilidad. Indicarle al paciente el objetivo de este distanciamiento y cómo éste implica preparar la finalización del tratamiento.

4. *Resumen*

- Empatizar.
- Extinción de ciertas conductas.
- Distinguir entre habilidades y miedo a afrontar nuevos retos.
- Utilizar comparaciones.
- Pruebas de realidad.
- Examinar los objetivos al inicio del tratamiento y en el momento actual.
- Reforzamiento diferencial de conductas incompatibles.
- Generalizar logros y prevención de recaídas.
- Distanciar temporalmente las sesiones.

5. *Aplicación al ejemplo*

T. Comprendo lo que me dice. Mi función en su proceso de mejoría ha sido el de ser una guía para poder ir ayudándole paso a paso en su autonomía personal
P. Sí sí, pero creo que me sigue haciendo falta...
T. Entiendo que piense que aún no está preparada para andar sola, Adoración. Es lógico que tenga un cierto miedo o aprensión a enfrentarse sola a determinadas situaciones, a las que hasta ahora lo hacía con mi apoyo. Pero usted tiene todas las estrategias para poder hacerlo. Todas las personas tenemos un cierto miedo a afrontar situaciones nuevas, pero si las hacemos frente, enseguida constatamos que podemos controlarlas. Le garantizo que le sucederá lo mismo.
P. Pero yo no tengo esas habilidades que me supone. En realidad, sólo sigo sus instrucciones. Usted es el que sabe lo que hay que hacer.
T. No es verdad, Adoración. Usted tiene esas habilidades, mi función ha sido como la de un profesor de gimnasia, le he enseñado ciertos ejercicios, pero sólo si usted los realiza su salud o su forma física mejorará. La responsable de su forma física, una vez que ha aprendido los ejercicios, es usted. Si los realiza, mejorará.
P. Ya, pero esto es más complicado que la gimnasia. Yo no sé qué puedo hacer en muchas situaciones. Es más, estoy segura de que no voy a poder afrontar las situaciones problemáticas sin usted. Durante todo este tiempo me ha ayudado a hacer todo y no me veo capaz de enfrentarme sola...
T. Bueno, examinemos con más precisión sus actuaciones. Tengo aquí sus registros de exposición. Como puede ver, al principio se exponía con algún familiar para ir haciendo las primeras aproximaciones al cementerio, y mire ahora, va sola sin ningún problema; es más, está muy contenta de poder ir a poner flores a sus padres.
P. Sí, en eso tiene razón, pero hay otras muchas cosas que no.
T. Mire, ésta es la hoja que rellenó aquí cuando nos vimos por primera vez. ¿La recuerda?
P. Sí, claro, eran los objetivos que tenía cuando vine a terapia...
T. Muy bien, Adoración. Pues si se fija ha alcanzado todos los que en ese momento se propuso. La verdad es que eran objetivos complicados porque requerían un gran esfuerzo por su parte y una fuerte motivación, pero usted ha trabajado muy bien y ha conseguido alcanzarlo. ¿Quiere que los analicemos uno a uno?
P. A ver... Bueno, quizá tenga usted razón. La verdad es que al principio no estaba muy segura de poder con todo esto, pero sí es cierto que poco a poco he conseguido lo que me propuse en un primer momento.
T. Y mucho más rápido de lo que pensaba inicialmente gracias a que usted ha tenido un fuerte compromiso con el tratamiento y una gran dedicación a su propia recuperación. ¿No cree que es algo por lo que puede sentirse orgullosa?
P. Bueno, recuerdo que al principio le decía que yo no iba a poder superar la muerte de mis padres, pero porque me vi completamente sola y sin saber qué hacer. Con su apoyo y todo lo que me ha ayudado este tiempo he ido saliendo adelante poco a poco.

T. Es muy importante diferenciar entre no poder y tener cierto miedo o prevención. Hay veces que las personas no se quieren enfrentar a sus problemas porque no disponen de las estrategias necesarias, pero ahora mismo usted cuenta con todas ellas para poder hacer frente a cualquier dificultad que se le presente. Simplemente tiene ciertas dudas o sensación de ansiedad ante una nueva situación, como nos sucede a todos cuando afrontamos un nuevo reto.

P. Pero yo no deseo tener esta sensación de miedo. Quiero ser como usted, una persona que siempre sabe lo que debe hacer, que está segura de todo...

T. Ni yo ni nadie sabe en todo momento qué debe hacer, por lo que es lógico que tengamos cierta prevención o miedo en algunas situaciones. Pero cada vez que afrontamos una situación nueva podemos aprender formas adecuadas de hacerle frente y tener más confianza en nuestras habilidades.

P. En eso tiene razón. Ahora miro hacia atrás y recuerdo que no podía dejar de llorar y no hacía nada; en cambio ahora planifico mis fines de semana con distintas actividades y cada vez tengo más amigas. Yo misma considero que controlo mejor la situación.

T. Eso es, está muy bien. Usted misma se da cuenta de que tiene nuevas habilidades para encontrar cosas que le hacen sentirse mejor.

P. Sí, pero me da miedo que se dé una situación que me haga volver a caer en lo mismo.

T. Eso suele ser algo habitual, por ello las dos o tres últimas sesiones las dedicaremos a evaluar qué tipo de situaciones pueden ser de riesgo y qué habilidades de las que ha aprendido aquí deberá poner en funcionamiento.

P. Ya, y ¿cómo sabré yo cuáles son las situaciones de riesgo?

T. Tendremos que evaluar, aquí en sesión, qué situaciones futuras le pueden generar dificultades, y establecer formas de afrontarlas. ¿Qué se le ocurre que podemos hacer para trabajarlas?

P. Pues... quizá lo que hemos hecho muchas veces, que creamos una situación y usted tiene un papel y yo otro...

T. Exacto, podemos hacer *role-playing* como otras veces y ver cómo actuaría en cada situación, poniendo en marcha las distintas estrategias. Como siempre le he dicho, cuanto más trabajemos en consulta, más fácil le será cuando lo tenga que hacer fuera de aquí.

P. La verdad es que cuando hemos creado situaciones imaginadas me ha venido bien practicarlas.

T. Hay un factor importante, y es que no podemos controlar todo lo que ocurre a nuestro alrededor. Ya sean situaciones como la que le trajo a consulta, u otras más simples del día a día, debemos aceptar que son parte de nuestras vidas y que a todos se nos plantean problemas. Por lo que resulta imprescindible estar preparado para lo que pueda acontecer, siendo esta parte la que sí está bajo nuestro control. Éste sería el objetivo último de la terapia, y lo trabajaremos especialmente en la fase de

seguimiento en la cual entrará dentro de pocas sesiones. Nos continuaremos viendo pero alargando el tiempo entre sesiones. De este modo podrá ir analizando situaciones donde tenga alguna complicación y la estrategia que pondría o puso en práctica, viendo así cuál es más adecuada para cada ocasión o buscando alternativas en caso de que no funcione.

5. INTERFERENCIA EN EL DESARROLLO DE LAS SESIONES

1. El paciente llega intoxicado

MICHELLE GONZÁLEZ, MILAGROS ESCRIBANO y FRANCISCO JAVIER LABRADOR

1. *Descripción sucinta del problema*

El paciente acude a terapia bajo la influencia del alcohol o alguna otra sustancia psicoactiva. Algunos índices pueden ser significativos al respecto:

- Dificultades de expresión, como incoherencia, balbuceos, dificultades de articulación.
- Movimientos corporales descoordinados.
- Problemas de concentración desde el inicio.
- Euforia o apatía desmesuradas.
- Estados emocionales alterados (estado de ánimo negativo, irritabilidad, actitudes defensivas, etc.).
- Aliento con olor a alcohol.
- Pupilas excesivamente dilatadas.

Como ya se sabe, cualquier droga afecta al sistema nervioso central y en especial las funciones cognitivas produciendo alteraciones en la percepción, en las emociones, en el juicio y en el comportamiento. Así, el problema fundamental es que las condiciones del paciente no permiten o desaconsejan desarrollar la sesión terapéutica con normalidad.

2. *Ejemplo*

Don Simón es un paciente con problemas de TEPT, comparece a la sesión con cierto retraso (6 min.), algo raro en él. Al saludarle se constata que sus movimientos son un poco descoordinados y su expresión visual un tanto vacía. Muestra una cierta dificultad en la articulación, aunque su lenguaje resulta coherente.

T. Buenas tardes, don Simón. ¿Qué tal le ha ido en la semana?
P. Sin problemas...

T. Le noto un tanto extraño. Veo que no está como en las sesiones anteriores. ¿Ha tomando algo que le haya afectado antes de la sesión?
P. ¿Yo? No. ¿Por qué lo dice? Simplemente he tenido un mal día.
T. No sé, me parece que usted no actúa como los días anteriores y me pregunto por qué. Es más, tengo dudas de si podemos continuar con la sesión.
P. Ya le he dicho que no me pasa nada. He venido hasta aquí. ¿Por qué no comenzamos la sesión?

3. *Propuesta de actuación*

Dos aspectos deben quedar claros de forma inmediata y sin la menor duda: no se puede realizar la sesión en esas condiciones, no se puede admitir que el paciente acuda a sesión en condiciones de intoxicación. Son premisas innegociables, y de no aceptarse así pueden suponer el fin de la relación terapéutica. Quizá únicamente en el caso de pacientes en tratamiento por problemas de adicción a sustancias pueda hacerse alguna matización, en alguna situación muy específica de primera entrevista o recaída. Una vez atendido se deben dejar claras las condiciones en que debe acudir no permitiendo más excepciones. Incluso, en caso necesario, se puede elaborar un contrato terapéutico especificando las normas en el marco terapéutico y las consecuencias en caso de incumplimiento.

El psicólogo ha de ser cauto en este tipo de excepciones, ya que dependerá de cada caso individual, del grado de intoxicación del paciente y de la interferencia que ésta cause para tomar la decisión de seguir o cortar la sesión terapéutica. En ningún caso debe realizarse terapia en condiciones en las que no se pueda seguir una conversación mínimamente fluida, no pueda mantenerse la atención de forma continuada, cuando la ejecución y comprensión del lenguaje esté claramente alterada, o cuando el comportamiento del paciente desaconseje la misma por estar excesivamente aturdido o alterado.

En casos de intoxicación no es momento de dedicar tiempo al paciente, ni de discutir con él. No se dan las condiciones adecuadas para hacer ningún análisis ni consideración, por lo que se pospone la sesión terapéutica hasta que el paciente esté en las condiciones de serenidad requeridas. El mensaje debe ser sencillo pero contundente: *No se dan las condiciones adecuadas*.

Si el paciente llega en condiciones de intoxicación severas, temiéndose que pueda correr riesgo él o los demás, llamar al 112 y/o a algún familiar para que pueda ser atendido correctamente.

- Posible secuencia de actuación

3.1. *Abordar el tema directamente con el paciente de manera clara*

Al presentarse un paciente intoxicado por alcohol o alguna otra droga, es importante abordar el tema de manera clara y directa, de forma que se pueda estar seguro de ser entendido. Se le dará una primera oportunidad para explicarse, por si hubiera una explicación alternativa a sus conductas anómalas. Todo ello dejando claro que la situación es anormal y no se está iniciando una sesión terapéutica. Si el paciente se aproxima a la consulta o intenta tomar asiento, será conveniente apartarlo y hablar con él, pero evitando que tome asiento, ya que esto le hará creer que dispondrá de mayor atención de lo que se pretende.

3.2. *Dar datos objetivos que señalan que el paciente viene intoxicado*

Aportar datos objetivos de las sospechas de intoxicación en el paciente dará mayor veracidad a la afirmación del terapeuta, por lo que se deberán señalar los aspectos que han despertado las sospechas: olor a alcohol, dificultades en el habla, pérdida de equilibrio, agrandamiento de las pupilas, sobreexaltación, etc. Este discurso deberá ir acompañado de un tono de firmeza y seguridad.

3.3. *Explicar la necesidad de un buen estado de conciencia para la sesión*

Expuestas las evidencias del estado de intoxicación del paciente, señalar de manera simple y rápida la importancia de un estado de conciencia adecuado para poder lograr los objetivos planteados en la sesión, sin enjuiciar al paciente en ningún momento. Precisar la imposibilidad de llevar a cabo la sesión en las condiciones actuales, sin dar muchas explicaciones: *No se cumplen las condiciones mínimas para poder llevar a cabo la sesión*. Es importante evitar la discusión con el paciente, por lo que no se entrará a justificar, más allá de la explicación de falta de condiciones, la decisión de anulación de la sesión.

3.4. *Cancelar la sesión y citar nuevamente*

Tras la anulación de la sesión se fijará una fecha alternativa, sin permitir que haya más conversación o explicaciones. Debe quedar claro que, en esas condiciones, no se puede ni se desea interaccionar con el paciente.

3.5. *No negociar y, de ser necesario, repetir el discurso*

En caso de que el paciente desee continuar conversando o comience a negociar, no dar pie a esto y repetir el mismo discurso utilizando la técnica del disco rayado: *Necesidad de un estado de conciencia óptimo para realizar una sesión*.

3.6. *En caso de insistencia, repetir el mensaje: no se puede interaccionar en esas condiciones, se abordará el tema en la siguiente sesión*

En caso de insistencia por parte del paciente señalar que no es posible interaccionar en esas condiciones. Indicar la necesidad de abandonar la consulta, diciendo que el tema se tratará con mayor tranquilidad en la siguiente sesión.

3.7. *Retomar lo sucedido en la siguiente sesión*

Se puede llamar por teléfono al paciente al día siguiente para recordarle la cita e indicarle las condiciones en las que debe acudir.

Es importante retomar lo sucedido en la siguiente sesión. Establecer claramente las normas en el marco de la terapia, entre las que se encuentra la necesidad de acudir sin estar bajo los efectos de las drogas, pues afectan al correcto desarrollo de la sesión. Se le señalará la inminente consecuencia de cancelación si se da esta circunstancia.

En este momento se puede dar una explicación más extensa de la decisión de cancelación y permitir al paciente que pueda explicar lo sucedido. Subrayar que la decisión es tomada teniendo en cuenta su beneficio, pues la sesión no podrá ser de la eficacia que requiere en esas condiciones.

De no ser una circunstancia relevante al problema retomar cuanto antes los objetivos previstos de la terapia.

4. *Resumen*

- Abordar el tema directamente con el paciente de manera clara.
- Dar datos objetivos que señalan que el paciente viene intoxicado.
- Explicar la necesidad de un buen estado de conciencia para la sesión.
- Cancelar la sesión y citar nuevamente.
- No negociar y, de ser necesario, repetir el discurso.
- En caso de insistencia, repetir el mensaje: no se puede interaccionar en esas condiciones, se abordará el tema en la siguiente sesión.
- Retomar lo sucedido en la siguiente sesión.

5. *Aplicación al ejemplo*

Al saludar al paciente se constata que sus movimientos son algo descoordinados y no habla con la fluidez de otros días. Además, no mira directamente a los ojos y su aliento huele a alcohol.

T. Buenas tardes, don Simón, me parece observar que acude usted a sesión bajo los

efectos del alcohol. Desde aquí percibo el olor a alcohol que desprende y veo que tiene dificultades para articular algunas palabras. ¿Ha bebido usted antes de acudir a sesión?

P. Sí, he tomado algunas copas, pero estoy perfectamente bien.

T. Lo siento pero en estas condiciones no podremos trabajar, por lo que tengo que dar por finalizada esta sesión.

P. Pero yo me encuentro bien.

T. Son imprescindibles unas condiciones de conciencia adecuadas para conseguir los objetivos fijados y usted no parece cumplirlas.

P. No sé por qué dice eso, yo estoy bien, quizá un poco torpe pero...

T. No podemos continuar, no hay condiciones adecuadas. Por este motivo pospondremos la sesión a otro momento en el que se den las condiciones adecuadas.

P. Pero ya le digo que me encuentro bien; de hecho, hoy estoy mejor que otros días.

T. Las sesiones requieren condiciones adecuadas por su parte y su estado le impide trabajar para lograr los objetivos fijados. Podemos fijar la fecha para una nueva sesión en la que retomaremos lo programado para hoy. Recuerde que debe acudir completamente sobrio.

P. Le digo que estoy perfectamente bien, además es la primera y última vez que vengo así. Usted conoce bien mi situación, siempre he trabajado bien. Realmente ha sido una situación especial, le aseguro que no volverá a repetirse.

T. Me alegra su decisión de que no volverá a repetirse esta situación pero ahora la decisión es inamovible, no se dan las condiciones para que pueda desarrollarse la sesión. No dudo que tenga usted sus motivos, y podemos abordarlos en otro momento, pero hasta que no se encuentra usted sobrio, no podré atenderlo. Le sugiero como nueva fecha el martes 13 a las 19:00 horas.

P. Pero me causa un problema serio, no puede dejarme ahora, he venido hasta aquí y lo estoy pasando mal. Déjeme unos momentos que me recupere. Necesito que me atienda ahora.

T. La decisión es inamovible, no se dan las condiciones para que puede desarrollarse la sesión. Le sugiero como nueva fecha el martes 13 a las 19:00 horas.

P. Usted no tiene derecho a cancelar esta sesión. Su compromiso es atenderme y ayudarme. Soy su paciente y lo estoy pasando mal.

T. No es momento de discutir, la decisión es inamovible. No dude que lo discutiremos cuando esté en condiciones de hacerlo. Podemos vernos el martes 13 a las 19:00 o llame por teléfono para acordar otra hora. Ahora debe abandonar la clínica.

2. El paciente acude poco aseado

ICÍAR GIMÉNEZ-CASSINA, ALICIA FERNÁNDEZ y FRANCISCO JAVIER LABRADOR

1. *Descripción sucinta del problema*

Desde la primera sesión el paciente acude a terapia con una presencia desaseada. Trae la ropa sucia, desprende olor a sudor o suciedad y el pelo sin arreglar. Estas condiciones afectan al propio desarrollo de la actividad terapéutica, pues resultan desagradables, e incluso atraen en exceso la atención del terapeuta.

La situación a considerar no hace referencia a aquellos casos en los que las personas tienen un fuerte olor corporal, pero su presencia es aseada. En cuyo caso la actuación podría seguir las siguientes pautas:

a) Tras constatar el fuerte olor en la primera sesión, identificar atendiendo a las restantes señales, si es un caso de falta de higiene.
b) Observación durante las sesiones de evaluación de indicadores de higiene:

1. Señales físicas de higiene: pelo arreglado, manos, uñas y dientes limpios, correctamente afeitado si procede, ropa y zapatos limpios.
2. Intenso olor corporal.

c) En caso de comprobar que se trata de fuerte olor corporal, será el terapeuta quien ha de tomar las medidas adecuadas para minimizar sus efectos, como una mayor distancia, ventilación adicional de la habitación, uso de ambientadores, etc.
d) El objetivo del terapeuta ha de ser el de minimizar los efectos negativos que esta situación pueda producir en el desarrollo de la terapia, en especial el que atraiga en exceso la atención del terapeuta y dificulte su concentración en las tareas a realizar

Este capítulo hace referencia a las personas que acuden con una evidente falta de higiene, considerándose como parte del problema, o como un posible obstáculo al desarrollo de la terapia, por lo que se incluirá como un objetivo para el tratamiento.

2. *Ejemplo*

Es la primera vez que Olimpio acude a consulta. Cuando el terapeuta le recibe por primera vez enseguida llama la atención el olor que desprende. Al fijarse en su cara, el terapeuta constata que aunque está afeitado, sin embargo el pelo aparece sucio y desde luego desaliñado. Tras sentarse y comenzar la sesión, se confirma que sus manos están sucias y con las uñas negras. La camisa que lleva presenta alguna mancha muy evidente y se aprecia el cuello sucio. El mal olor se hace presente y resulta desagradable. La propia presencia del sujeto llama la atención. Dado que es la primera sesión y que no se tiene otra información de él, se harán los esfuerzos necesarios para tratar de «no atender», o no dar relevancia a esta información.

Al ser la primera sesión no parece conveniente comunicarle estos aspectos al paciente,

pues podría afectar al desarrollo de la alianza terapéutica. Además podría ser una circunstancia excepcional explicable por algún evento esporádico (ha tenido un pinchazo en la rueda del coche cuando venía a consulta, ha preferido venir corriendo justo al salir del trabajo en lugar de llegar tarde...).

Si en la siguiente sesión no se vuelve a constatar este problema, obviamente no se le dará importancia. Pero en la siguiente sesión, Olimpio vuelve a aparecer en parecidas condiciones, y es evidente que se trata de un problema de falta de higiene que se deberá abordar.

3. *Propuesta de actuación*

3.1. *Confirmar durante las sesiones de evaluación que se trata realmente de un caso de falta de higiene importante*

Aunque no es muy difícil identificar la falta de higiene, es importante confirmar que es un problema habitual y no algo esporádico. Para esto es importante considerar su presencia en las sesiones de evaluación atendiendo a las distintas señales ya indicadas.

3.2. *No comunicar nada al respecto hasta la finalización del proceso de evaluación*

Primero, para confirmar que no es algo esporádico sino habitual. Segundo, porque puede suponer una dificultad adicional al desarrollo de la alianza terapéutica. Tercero, porque mientras no se haya desarrollado esta alianza terapéutica, la posibilidad de influir sobre el paciente o que éste se implique con el terapeuta es mucho menor.

3.3. *La comunicación debe hacerse en el momento de la devolución de información/propuesta de tratamiento*

Dado lo delicado que puede ser comunicar este aspecto, es importante dedicarle tiempo, y también encontrar el momento de abordarlo, siempre después de que se haya desarrollado la alianza terapéutica. Se considera lo más adecuado abordar este aspecto en la sesión de devolución de información/propuesta de tratamiento. Debe incluirse como uno más de los objetivos a conseguir, haciendo ver lo importante que puede ser no sólo para la terapia sino también para su integración social.

3.4. *Abordar el problema de forma directa y precisa*

Se abordará el tema con tono firme y de forma directa, aunque cercana, mostrando empatía. Es importante presentar al paciente una imagen de seguridad, ya que, al tratarse

un tema delicado, debemos hacerle ver que es algo importante trabajar.

Es importante no mostrar indicios de incomodidad al abordar el asunto, haciendo ver al paciente que es un aspecto más a mejorar y lo necesario de su implicación en el proceso de intervención.

3.5. *Incorporarlo como un objetivo a abordar en el proceso de intervención*

Exponer la necesidad de cuidar la imagen de cada uno, poniendo ejemplos (destacarlo como un beneficio para su mejoría). En este momento se le explica la importancia de cuidar la imagen, y realizar conductas de autocuidado, no sólo para facilitar relaciones interpersonales, sino para que sea herramienta de mejora del estado de ánimo (motivación para salir más a menudo a la calle, realizar más actividades...) al verse mejor a sí mismo. Suele ser útil incluir distintos ejemplos que aporten humor, con el objetivo de normalizar la situación.

En consecuencia debe considerarse como un objetivo más, pero dándole la importancia que tiene, al ser la «carta de presentación social» del paciente (se puede recordar el refrán: «Como te presentes, así te considerará la gente»). Se expone a continuación la intención de abordarlo como un objetivo terapéutico.

3.6. *Pedir/asegurar el compromiso formal del paciente con el objetivo*

Es importante asegurar que el paciente ha entendido el problema y aceptado la necesidad de modificarlo. En caso contrario volver al punto anterior hasta que así lo entienda y se comprometa con este objetivo.

4. *Resumen*

- Confirmar durante las sesiones de evaluación que se trata realmente de un caso de falta de higiene importante.
- No comunicar nada al respecto hasta la finalización del proceso de evaluación.
- La comunicación debe hacerse en el momento de la devolución de información/propuesta de tratamiento.
- Abordar el problema de forma directa y precisa.
- Incorporarlo como un objetivo a abordar en el proceso de intervención.
- Pedir/asegurar el compromiso formal del paciente con el objetivo.

5. *Aplicación al ejemplo*

T. Don Olimpio, me gustaría comentarle un aspecto importante que he venido

observando en usted: acude a la sesión poco aseado.

P. Vaya, me resulta un poco violento, yo me suelo lavar.

T. Fíjese, tiene las manos sucias, manchas en la camisa, no se ha afeitado y puedo apreciar un cierto olor corporal no agradable. No es mi objetivo molestarle, sino llamarle la atención sobre un aspecto que considero importante y que debemos tener en cuenta en este proceso de intervención.

P. Bueno, tiene usted razón, pero entiendo que es un problema personal. Es verdad que antes dedicaba más tiempo a mi aseo y demás... aunque, ahora que usted me lo hace ver, me siento realmente molesto.

T. No se preocupe, identificar un problema es el primer paso para solucionarlo. Es habitual que en determinadas situaciones descuidemos nuestro aseo personal, especialmente en momentos como los que usted está pasando. Pero creo que es imprescindible considerarlo como un objetivo a añadir en el tratamiento. Usted se queja de las dificultades de interacción con otras personas. Considere hasta qué punto este problema no puede estar afectando a estas dificultades.

P. Es posible, pero las personas no deberían dar valor a la apariencia de uno sino a su valía personal.

T. Quizá debería ser así, pero la realidad es que, antes de poder llegar a conocer a una persona, tratamos de hacernos una idea a partir de las primeras informaciones que tengamos de ella. Obviamente, la presencia personal es la primera y determina mucho la idea que nos hacemos y cómo la consideramos. Recuerde el refrán «Como te presentes, así te considerará la gente». ¿No cree usted que el aspecto físico de la persona es muy importante al menos para una primera impresión?

P. Sí, sí, tiene usted razón. Pero realmente ahora eso me preocupa poco. Me da igual lo que piense la mayoría de la gente. Mi problema no se resuelve porque vaya más aseado.

T. Tiene usted razón, pero admita que tampoco se agravará. Por otro lado, es posible que mejorar su propia imagen sea también positivo para usted, que se encuentre mejor consigo mismo al verse mejor. Uno se siente más George Clooney cuando dedica un tiempo a verse mejor. También ayudará a mejorar sus relaciones sociales, y una presencia atractiva ayudará al menos en los contactos iniciales.

P. Sí, tiene razón, aunque ahora mismo no tengo esa motivación.

T. Por eso es importante incluirlo dentro del programa de intervención. Lo mismo que otra serie de actividades. Usted ve que son importantes pero no se encuentra motivado para llevarlas a cabo. Ésta es parte de mi tarea, conseguir que usted las lleve a cabo. Pero para ello es determinante que considere realmente que es importante. ¿Lo ve así ahora?

P. Sí, tal como usted me lo ha expuesto lo considero importante, aunque hay muchas otras cosas que no hago y considero importantes.

T. Muy bien; por tanto, estamos de acuerdo en considerar la mejora del aseo y de la

presencia personal como un objetivo importante a conseguir.

P. De acuerdo.

3. El paciente no para de hablar y dificulta el progreso de la sesión

CARMEN BLANCO, MARÍA GONZÁLEZ-ALLER, MARÍA DE LOS MOZOS y FRANCISCO JAVIER LABRADOR

1. *Descripción sucinta del problema*

Acorde con el objetivo que el psicólogo persiga, y dependiendo del momento terapéutico y las necesidades del paciente, se utilizará un discurso más o menos directivo con éste. Por norma general, durante las primeras sesiones, cuando el objetivo principal es el establecer una buena alianza terapéutica y/o recoger la información inicial para la evaluación, se facilitará que las intervenciones de los pacientes sean más abiertas. Sin embargo, a medida que va avanzando el proceso terapéutico, es lógico que se vaya orientando al paciente a intervenciones más breves y precisas, más cerradas.

No obstante, algunos pacientes de forma sistemática u otros en algunas ocasiones esporádicas, llevan a cabo interrupciones constantes, o desarrollan una verborrea que puede llegar a interferir con el progreso de la sesión, y en consecuencia dificultan alcanzar los objetivos establecidos para ésta.

La forma que adoptan las intervenciones de estas personas pueden ser muy variadas: en unos casos describen con demasiados detalles algunos de los aspectos requeridos; en otros, no siguen el hilo conductor de la conversación y cambian de tema constantemente o introducen elementos irrelevantes; otras veces resaltan aspectos que el terapeuta ya ha dado por atendidos, etc. En todos los casos el efecto es muy próximo, se impide o bloquea el desarrollo normal de la sesión, o se enlentece innecesariamente.

El origen de estas desmedidas intervenciones del paciente puede tener su causa en diversos motivos. Es bastante común que el paciente conciba la labor del psicólogo como la de un *escuchador* de sus problemas y la terapia como una simple fórmula de desahogo. En otros casos puede haber problemas en el discurso y concentración del paciente, intento de dirigir el curso de la sesión o incluso competir con el terapeuta por el control de ésta (entendiéndolos como una situación de competición), búsqueda de la aprobación del psicólogo con una mayor participación, o simplemente no respetan los turnos de palabra por diversas razones (falta de habilidades sociales, mala educación...).

En cualquier caso, esta actuación del paciente supone un problema importante para el desarrollo de la intervención terapéutica, en parte por enlentecerla, en parte por impedir una adecuada secuencia de interacciones verbales, en parte por llegar a desorganizar la

propia estructura de un tratamiento psicológico. Entre las habilidades terapéuticas de un psicólogo clínico deben figurar las adecuadas para poder manejar este tipo de situaciones.

2. *Ejemplo*

Perpetua es una señora divorciada de 55 años. Nivel cultural medio-bajo. Su motivo de consulta es un estado ansioso-depresivo tras la vuelta a casa, por motivos económicos, de sus dos hijos y la pareja de uno de ellos. Ella es la única que mantiene económicamente a todos, además de ocuparse de las tareas del hogar. Esta nueva situación ha alterado de forma significativa la anterior vida apacible de Perpetua, facilitando la aparición de los problemas ansioso-depresivos referidos.

Finalizada la evaluación, se comienza la sesión dedicada a la formulación del problema y propuesta de tratamiento. Tras los saludos iniciales el psicólogo comienza a abordar la formulación del problema:

T. De acuerdo, Perpetua. Ahora me gustaría explicarle cómo se mantiene el problema y qué hay que hacer para solucionarlo, o en su defecto para mejorarlo. Verá, en lo que respecta a sus hijos me comentó que... *(Interrupción de la paciente.)*

P. Ah, sí, mis hijos, no sabe usted... Cuando yo me casé, lo hice con toda la alegría del mundo. Pensé que el matrimonio era maravilloso y los hijos lo más bonito del mundo. Pensé que cuando lo hacía era para siempre y luego ya ve usted, se fue con la primera que pasó. Yo, la verdad, es que lo vi venir. Los que no lo vieron fueron mis hijos. Me decían que eran imaginaciones mías. Claro que ahora también me lo dicen cuando les digo que vamos a acabar todos en la calle. Y es que no sabe qué aguante tengo. Paco, mi hijo mayor, todo el día en el sofá cobrando el paro, y yo le digo...

T. Perpetua... *(La paciente continúa hablando.)*

P. ... que eso no puede ser, que tiene que buscar algo. Él me dice que busca por Internet, pero que no hay nada. Claro, será que yo no entiendo bien eso de Internet. Pero ya me dirá usted qué forma de buscar trabajo es por el ordenador. Que es que yo creo que me mienten todos...

T. Sí, es algo que ya me contó en su momento, ahora me gustaría... *(La paciente vuelve a interrumpir.)*

P. Es que no puedo más. Porque yo los quiero, son mis hijos, pero a veces los echaría a todos de casa. Abusar así de su madre, no hay derecho... ¿Lo ve usted normal? Pues yo creo que no, a una madre se la quiere y respeta, ¡faltaría más!...

(Después de 10 minutos perdidos de la sesión.)

T. Perpetua, debemos proseguir...

P. Sí, claro, que me enrollo.

3. *Propuesta de actuación*

3.1. *Establecer la forma de proceder en las sesiones de tratamiento*

Precisar que, después de que se ha recogido la información y se ha formulado el problema, el objetivo es enseñar al paciente estrategias y habilidades para manejar los problemas detectados. El trabajo se centra, en consecuencia, en que el paciente aprenda las habilidades necesarias para afrontar los problemas. Hablar o contar problemas no hace que éstos se solucionen. El paciente ha de aprender a actuar de otra forma, a desarrollar nuevas habilidades. Esto es lo que ha de hacerse en las sesiones, que el paciente, guiado por el terapeuta, desarrolle este aprendizaje. El paciente debe permitir al terapeuta organizar la sesión de la forma más eficaz para lograr este aprendizaje. Hablar de forma excesiva sólo servirá para dificultar este proceso.

3.2. *Enlazar alguna parte del discurso con el tema a tratar*

La idea es reconducir al paciente al objetivo de la sesión. Para esto se puede aprovechar algún comentario o información, para enlazarlo con el tema de la sesión. Es una estrategia sencilla, que requiere una cierta agilidad, pero que no tiene efectos posteriores, es decir, que no reduce la probabilidad de interrupciones posteriores. Más bien sirve como ayuda momentánea para alguna situación específica.

3.3. *Extinción del discurso no relevante*

Si a pesar de las indicaciones anteriores el paciente sigue interviniendo de forma excesiva e inadecuada, el siguiente paso debe implicar recurrir a la extinción de este comportamiento y continuar con el tema a tratar. Cuando el paciente comience de nuevo con sus intervenciones inadecuadas se procederá a no atenderle de forma ostensible, con una expresión facial neutra y mejor sin contacto ocular, de manera que no tenga ningún *feedback* positivo al respecto, ni verbal ni no verbal. Cuando finalice su interrupción se volverá a retomar la sesión sin hacer referencia al discurso anterior o los comentarios de éste. Como mucho, volver a insistir en la necesidad de progresar en la sesión sin interrupciones.

3.4. *Redirigir el tema remarcando el objetivo de la sesión*

La falta de habilidades sociales de algunos pacientes puede hacer que no entiendan este tipo de señales de extinción, por lo que en algunos casos habrá que volver a reencuadrar la sesión. Se puede hacer un alto en la sesión, incluso con llamada de

atención. Después, y tras una manifiesta pausa por parte del terapeuta antes de intervenir, se expondrá, sin hacer alusión al contenido de las verbalizaciones del paciente, que se está rompiendo el progreso en la sesión e impidiendo conseguir los objetivos establecidos para ésta. *(Perdone que la interrumpa, Perpetua... Veo que está saltando de un tema a otro y esto está dificultando el que podamos realizar las tareas establecidas para esta sesión. Le ruego que se centre en lo que le indico que debe hacer para que podamos lograr los objetivos deseados.)*

3.5. *Cambiar preguntas abiertas a preguntas cerradas y forzar la respuesta*

Una estrategia específica para reducir las intervenciones de los pacientes es utilizar preguntas cerradas y forzar al paciente a responderlas directamente, a fin de impedir el desarrollo de un discurso abierto. Por ejemplo, *Cuénteme, ¿practicó la respiración esta semana? Califique de 0 a 10 su estado de ánimo.* Si el paciente obvia la cuestión y se explaya, se deja de prestar atención y se vuelve a plantear la misma cuestión utilizando la técnica de *disco rayado.*

3.6. *Si insiste, romper el proceso*

Una estrategia alternativa puede ser la de «romper el proceso». Se interrumpe la intervención del paciente de forma asertiva, se aborda directamente el problema señalando que entendemos esa forma de actuación por parte del paciente como un procedimiento, voluntario o involuntario pero eficaz, para bloquear el progreso de la sesión, y que no estamos dispuestos a aceptar. Que cada vez que el paciente vuelva a realizarlo se volverá a parar la sesión, a fin de ayudarle a controlarse para que no vuelva a realizarlo. *(Permítame, por favor... Mire, constato que esta forma de intervenir está rompiendo la marcha de la sesión. Entienda que esta forma de intervenir, aunque no sea de forma voluntaria, causa una desorganización en la sesión y el bloqueo de nuestro trabajo. No quiero que la sesión se pierda, de forma que volveré a cortar la sesión cada vez que esto vuelva a suceder, a fin de centrar el trabajo y conseguir que progresemos. Bien, ahora centrémonos en las actividades agradables de la semana.)*

3.7. *Reservar unos minutos del final*

Si se observa que las interrupciones del paciente están relacionadas con un tema que le preocupa, aunque no sea especialmente importante para la terapia, podemos pactar unos minutos al final de la sesión. Por ejemplo: *Entiendo que esté bastante abrumada con todos estos últimos acontecimientos, pero comprenda que ahora debemos tratar otros temas. Si lo desea, los abordaremos en los últimos cinco minutos de sesión.*

4. *Resumen*

- Establecer la forma de proceder en las sesiones de tratamiento.
- Enlazar alguna parte del discurso con el tema a tratar.
- Redirigir el tema remarcando el objetivo de la sesión.
- Cambiar preguntas abiertas a preguntas cerradas y forzar la respuesta.
- Romper el proceso si insiste.
- Reservar unos minutos del final.

5. *Aplicación al ejemplo*

T. De acuerdo, Perpetua. Ahora me gustaría explicarle cómo se mantiene el problema y qué vamos a hacer para solucionarlo. Verá, en lo que respecta a sus hijos me comentó que... *(Interrupción de la paciente.)*

P. Ah, sí, mis hijos, no sabe usted... Cuando yo me casé, lo hice con toda la alegría del mundo. ¡Iba más guapa! No fue una gran boda, pero estaba tan enamorada. ¡Qué curioso esto de los amoríos, ¿verdad?! Antes la gente se enamoraba de verdad, o es que aguantábamos más. Ahora se divorcia todo el mundo. Yo siempre he pensado que el matrimonio era maravilloso y los hijos lo más bonito del mundo. Yo los miraba en sus cunitas, tan pequeños e indefensos. ¡Eran tan bonitos! Mi Antonio se preocupaba mucho por ellos. Era un padrazo, les daba de comer y les cambiaba los pañales. Pero claro, eso era al principio, porque yo pensé que cuando me casaba lo hacía para siempre y luego ya ve usted, se fue con la primera que pasó, lo engañaron diciéndole que... *(Interrumpe la terapeuta.)*

T. Perpetua, perdóneme que le interrumpa, veo que estamos saltando de un tema a otro. El objetivo fundamental ahora es que comprenda cómo ha llegado a sentirse así, y en consecuencia qué debe hacer para mejorar su situación.

P. Ah, sí, claro. Pero es que ¡mi hijo acabará conmigo! No entiende que lo hago por su bien. Si soy pesada es porque le quiero y le deseo lo mejor.

T. Perpetua, una pregunta, ¿su hijo vendrá o no vendrá a la próxima cita? *(Enlazar el discurso con el tema que se va a tratar.)*

P. Sí, sí que vendrá.

T. De acuerdo, será de mucha ayuda.

P. ¡Ah!, por cierto, mi otro hijo me ha pedido otra vez dinero. No sé en qué se lo gasta...

T. Hablando de gastar, se nos está «gastando» el tiempo, Perpetua. Prosigamos con nuestro trabajo.

P. Sí, claro.

(Tras un período de exposición del terapeuta, la paciente vuelve a interrumpir con

su discurso.)

P. Comprendo eso, pero es que mis hijos ya no me hacen caso. Especialmente Paco. Yo les digo que vamos a acabar todos en la calle sin casa y dinero. Y es que no sabe qué aguante tengo. En mi vida he pasado por mucho. Recuerdo en la granja cuando era pequeña, pasamos hambre, éramos muy pobres. Recuerdo a mis vecinos, ellos sí tenían dinero. No mucho, porque ya sabe en esa época y en el campo, había poco para todos. ¿Qué decía yo? ¡Ah!, sí, cuando veo a mi hijo el mayor todo el día en el sofá cobrando el paro me pongo enferma. Además que es cierto, voy a caer enferma y yo le he dicho hoy mismo: «Paco, hijo no te da pena de tu madre, ve a buscar trabajo». A ver, yo entiendo que la cosa está muy mal, pero el hijo de mi vecina siempre dice que...

T. Perdone, Perpetua, pero le recuerdo que el objetivo de la sesión es que usted entienda cómo ha llegado a la situación en la que se encuentra y qué hacer para solucionarlo. Ya he recogido de usted la información relevante. Ya no es el momento para que usted me exponga nuevamente su problema, ese trabajo está hecho. Es momento para que nos pongamos a trabajar y para que se solucione su problema. Hablar de ello no lo solucionará. Entender por qué se mantiene y cómo hacer que cambie es nuestro objetivo. Si usted interrumpe esta parte del trabajo, será difícil progresar y no lograremos los objetivos de esta sesión. A partir de ahora la forma de trabajar va a consistir en que yo le enseñe y usted aprenda la forma de actuar en las situaciones que le causan problema. Le ruego me permita continuar con la explicación de su problema y centre su atención en entender por qué se mantiene. ¿De acuerdo?

P. Sí, sí, de acuerdo. A veces hablo demasiado, ¿verdad? Pero es que lo que hace mi hijo mayor no tiene ningún sentido... *(Interrupción por la terapeuta.)*

T. Por favor, volvamos al trabajo de hoy. ¿Se da cuenta de que si atiende a su hijo mayor haga o no lo que considera usted que debe hacer, continuará sin hacer nada, pues eso es lo más cómodo para él?

P. ¡Uy!, pues sí, tiene razón. Sí, sí, ahora lo veo claro.

T. Muy bien. ¿Y entiende la importancia de establecer unas normas que deben cumplir todas las personas que ahora están en su casa?

P. Bueno, sí, pero...

T. Muy bien. ¿Ve razonable que es importante hacer un listado de tareas a realizar en la casa y que cada uno de los que viven en ella debe comprometerse con alguna de estas tareas?

(Tras algunas preguntas cerradas, nueva interrupción.)

P. Yo la entiendo, pero tendría usted que ver lo que supone para mí que todos los días, cuando vuelvo de trabajar a casa...

T. Por favor, Perpetua, nos volvemos a detener con respecto a nuestro trabajo. Le

recuerdo que esto sólo vale para romper la marcha de la sesión. Entienda que es mi responsabilidad que logremos los objetivos establecidos para hoy. Y por ello la voy a cortar cada vez que vea que «nos desviamos del camino», a fin de que podamos seguir avanzando.

P. Sí, sí, córteme que yo me enrollo.

T. Gracias, agradezco su colaboración en este aspecto. Entienda que es importante que hoy le quede claro el porqué de sus problemas y lo que hay que hacer para superarlo. De todas formas, le propongo lo siguiente. Cómo veo que le preocupa especialmente su hijo mayor, podemos dedicar los últimos minutos a hablar de esto, siempre que nos dé tiempo a tratar los puntos que hoy tenía previstos para usted. ¿Le parece bien?

P. Sí, de acuerdo...

4. El paciente comienza a llorar desconsoladamente en sesión

MARÍA GONZÁLEZ-ALLER, MARTA RUBIO, ALICIA FERNÁNDEZ y FRANCISCO JAVIER LABRADOR

1. *Descripción del problema*

Es frecuente encontrarse con pacientes que lloran en sesión, independientemente del problema que tengan o hayan podido tener. Con frecuencia también es probable que esta respuesta emocional genere a su vez respuestas emocionales en el psicólogo o le hagan sentir incómodo o, en algunos casos, incluso no tenga claro cómo actuar. Ciertamente esta conducta de llanto puede ser indicativa de realidades un tanto dispares. En algunos casos, el llanto es la conducta de afrontamiento que utiliza la persona para hacer frente a una situación (o a todas). En otros casos, su función puede servir de desahogo emocional al recordar o reprocesar alguna experiencia anterior concreta. A veces, una muestra de desánimo o indefensión. Y en otras ocasiones, una reacción lógica ante la primera vez que se cuenta a alguien un problema o experiencia traumática, o se enfrenta a ella de forma más completa y detallada. Lógicamente, el psicólogo debe distinguir entre las diferentes funciones de esta conducta y actuar de forma específica ante cada una de ellas. Algunas de estas conductas de llanto supondrán la superación de una fase; otras, un obstáculo al progreso de la terapia.

Aunque, como se ha señalado, la función de la conducta de llanto puede ser muy diferente, se van a contemplar fundamentalmente dos casos o directrices generales: uno de ellos que puede colaborar al avance terapéutico si se maneja de manera adecuada, y otro que puede llegar a bloquearlo.

1.1. *Casos en los que llorar puede ayudar al avance terapéutico*

Hace referencia a aquellos en que la conducta de llanto es esporádica, aunque puede ser intensa, y puede asociarse a un evento concreto. Suele tener la función de descarga emocional consecuente con una tensión mantenida, o de respuesta a un momento muy concreto en el que el paciente se encuentra desbordado. Por ejemplo, cuando el paciente recuerda con precisión un momento traumático (murió su pareja), cuando está reestructurando pensamientos o sentimientos y comienza a ser consciente de una realidad que teme (su padre abusó de ella), cuando piensa que no tiene capacidad para manejar una situación que le supera (acaban de despedirle del trabajo). El llanto puede tener en estos casos un cierto valor al permitir una expresión emocional momentánea y colaborar a superar una fase del progreso terapéutico (aceptar una realidad, llevar a cabo una conducta socialmente esperada, identificar una situación de riesgo...). Por tanto, la conducta de llanto puede ayudar al avance terapéutico.

1.2. *Casos en los que llorar puede bloquear el avance terapéutico*

Fundamentalmente hace referencia a los casos en los que la conducta de llanto se utiliza, voluntaria o involuntariamente, como la forma de hacer frente a situaciones problemáticas (algunas o todas). En estos casos, la conducta de llanto suele ser frecuente y continuada, difícil de asociar a un evento concreto, apareciendo ya desde el comienzo de la sesión. Suele manifestarse en forma de llanto desconsolado que bloquea a la persona, de forma que no puede atender a otros aspectos, como por ejemplo el propio curso de la terapia. Con frecuencia este tipo de llanto va acompañado de un autodiálogo negativo como *no valgo para nada, nada tiene sentido*. Es posible que esta conducta aparezca varias veces incluso en una misma sesión, o se utilice de forma defensiva, para no abordar determinados aspectos. En resumen, pone de manifiesto que el llanto es la manera que utiliza esa persona para tratar de afrontar o controlar las situaciones que considera problemáticas, de forma relativamente generalizada, impidiendo o bloqueando el desarrollo de respuestas más específicas y adaptativas. El autodiálogo negativo ayuda a mantener esta conducta y a impedir el desarrollo de formas de afrontamiento alternativas más adaptadas.

2. *Ejemplos*

2.1. *Caso en el que llorar puede ayudar al avance terapéutico*

Purificación presenta conductas reiteradas de negación sobre la realidad de su relación de pareja. Tras intentos sistemáticos de intentar restarle importancia como *a veces teníamos problemas, los dos tenemos mucho carácter*..., a preguntas específicas del terapeuta empieza a detallar con precisión las vejaciones continuas que ha sufrido por

parte de su pareja. Se da cuenta de cómo ella no ha querido darles importancia o las ha «perdonado» una y otra vez y ahora entiende hasta qué punto esas conductas han deteriorado su vida y la de sus hijos. Su llanto es una forma de «aceptar» esta realidad que siempre ha tratado de negar.

2.2. *Caso en el que llorar puede bloquear el avance terapéutico*

Remedios presenta un estado depresivo, caracterizado por continuas rumiaciones en las que se dice a sí misma comentarios despectivos tales como: *no sirvo para nada, todos están en contra de mí...*

Durante la sesión rompe a llorar, intensificando su llanto con comentarios descalificativos hacia ella misma. A pesar de que el terapeuta intenta romper dichos comentarios y reestructurar posibles errores, la paciente se mantiene al margen, como si no le oyera, manteniendo su diálogo negativo.

3. ***Propuesta de actuación***

3.1. *Si el llanto puede ayudar al avance terapéutico*

• Empatizar

Transmitir al paciente la libertad de llorar como desahogo emocional, mostrando una postura de comprensión por lo vivido.

• Normalizar

Recolocar la situación intentando hablar de forma calmada, sin ya reforzar el lloro. No exagerar emociones. Hacerle ver que el terapeuta está ahí, que entiende su estado.

• Conceder un tiempo prudencial para que se calme

Dejar un silencio, ofrecerle un pañuelo. No reforzar el llanto ni los comentarios relacionados con el mismo. Hacerle ver que el terapeuta está a su lado con el objetivo de ayudarle.

• Señalar brevemente la función del llanto

Cuando se haya calmado, señalar brevemente la función del llanto y el valor de la descarga emocional. Aclarar la importancia de las expresiones emocionales, siendo el llanto una de ellas.

• Ver si procede utilizar alguna técnica específica

Como reducir activación con control de la respiración, reestructurar brevemente algunas ideas irracionales (miedos, sentimientos de fracaso...), aclarar algún malentendido o temor injustificado del paciente... Incluso cambiar, si fuera necesario, el objetivo de la sesión.

• Retomar el curso de la sesión

Lo lógico será continuar con la dinámica exigida por los objetivos establecidos inicialmente. Para ayudar a la paciente suele ser útil insistir en los aspectos positivos y reforzar por cada pequeño avance. Hay que retomar el trabajo y seguir los objetivos establecidos, pero no debe desatenderse cómo está afectando la situación al paciente.

• Señalar y reforzar avances y actitudes positivas

En algún momento de la sesión conviene detenerse un instante y ponerse a señalar los avances conseguidos y/o resaltar el compromiso e implicación con la terapia. Hacer ver que tras estos momentos más difíciles las ganancias serán importantes. Si es posible, evaluar el esfuerzo dedicado y las dificultades encontradas, remarcando las metas logradas.

3.2. *Si el llanto bloquea el avance terapéutico*

Una premisa a tener en cuenta es siempre intervenir rápido ante los primeros signos de acercamiento al lloro, buscando que el paciente quede sorprendido y rompa con la dinámica de desarrollo del llanto.

• Señalar de forma explícita lo inadecuado del llanto

Si las pautas anteriores no han sido eficaces, hacerle ver que es una conducta poco apropiada para afrontar los problemas. También que el llanto bloquea el normal desarrollo de la sesión y, en consecuencia, de la terapia.

• Actuar para extinguir su conducta

No quedarse mirando a la cara, dejar de reforzar visualmente. Mirar nuestras hojas siguiendo con nuestro discurso. No hacer pausas, ni incidir en el porqué del llanto. En el momento que el paciente busque nuestra atención, hacer ver que empatizamos con él pero señalarle la necesidad de seguir con la sesión. Hacerle ver que su llanto no incide sobre la forma de comportarse del terapeuta.

Por ejemplo: *Entiendo que usted esté así, forma parte del proceso, así que debemos*

continuar con la sesión para que pueda superar esta situación. ¿De acuerdo?

• Cambiar de actividad de forma evidente

En dirección parecida a la anterior, mostrar ostensiblemente que el terapeuta centra la atención en otra cosa, como puede ser buscar algo en el escritorio, ordenar papeles, dejar caer sutilmente el bolígrafo... Tratar de distraer su atención intentando mostrar que debe hacer algo diferente si quiere atraer la atención del terapeuta.

• Seguir una dinámica lo más directiva posible

El paciente debe percibir que no se dará opción a desarrollos emocionales, sino a seguir el plan de trabajo establecido, al comienzo de la sesión. De acuerdo con los objetivos establecidos, dirigir la conversación, remarcando cambios, mejoras obtenidas y nuevas interpretaciones. Actualizar propuestas de acción. Incluso empezar a explicar una nueva técnica, encauzándola con la situación presentada.

• Buscar una actividad positiva distractora

Intentar plantear una actividad que distraiga al paciente de sus pensamientos o emociones, eso sí, relacionada con los objetivos de la sesión. Comenzar a explicar una técnica o situación nueva, empujando al paciente a participar durante la explicación, o rellenar un registro, o realizar la técnica del inventario de sí mismo si forma parte de algún objetivo de la terapia, etc. Es importante conseguir romper los pensamientos negativos, para lo que serán útiles procedimientos de redirección de la atención.

• Establecer límites de intervención

Señalar hasta dónde puede llegar el trabajo del terapeuta y la dificultad que supone el llanto reiterado en la consecución de los objetivos terapéuticos. Incluso, en el caso de que se mantenga el llanto, se podría plantear la necesidad de aplazar la sesión. Se conseguiría de esta manera romper con la dinámica instaurada. También se podría dar un tiempo al paciente sin nuestra presencia.

En algún momento, preferiblemente fuera de la situación de llanto, utilizar estas dos vías de actuación:

a) *Reforzar los éxitos conseguidos y reevaluar las dificultades y los esfuerzos previos:* Recordarle lo conseguido hasta el momento. Evaluar cuál fue el esfuerzo dedicado y las dificultades encontradas. Remarcar las metas logradas.
b) *Reestructurar ideas acerca de su responsabilidad:* Una vez que el paciente ha desconectado y ha sido reforzado por sus éxitos pasados, trabajar cuáles son las interpretaciones que están incidiendo en el sufrimiento del paciente, además de cuál es

la responsabilidad que el paciente ejerce en sus pensamientos e interpretaciones.

4. *Resumen*

4.1. Llanto que puede ayudar al avance terapéutico:

- Empatizar.
- Normalizar.
- Conceder tiempo prudencial para que se calme.
- Señalar la función del llanto.
- Ver si procede una actuación específica.
- Retomar el curso de la sesión.
- Señalar y reforzar avances y actitudes positivas.

4.2. Llanto que bloquea el avance terapéutico:

- Señalar de forma explícita lo inadecuado del llanto.
- Actuar para extinguir su conducta.
- Cambiar de actividad.
- Seguir dinámica directiva.
- Buscar una actividad positiva distractora.
- Establecer límites de intervención.

5. Discusión de pareja en sesión

MARTA RUBIO, MILAGROS ESCRIBANO, LAURA GÓMEZ, ROBERTO GÓMEZ y FRANCISCO JAVIER LABRADOR

1. *Descripción del problema*

La sesiones terapéuticas en las que el psicólogo atiende a más de una persona, bien porque se trate de un problema de pareja, bien porque sean los padres del paciente, incluso en algunos casos porque se haya pedido la colaboración de la pareja en el tratamiento, pueden presentar un problema adicional: la aparición de una discusión hostil entre ambos miembros en la sesión terapéutica.

Es lógico que pueda haber discrepancia en las opiniones o puntos de vista de los dos miembros de una pareja. Sin duda puede ser enriquecedor si se abordan de forma adecuada estas discrepancias y se sabe aceptar puntos de vista alternativos al propio. Pero en algunos casos estos desacuerdos llevan a discusiones que adoptan un tono agresivo en el intento de imponer las opiniones propias, o de rechazar las de la otra

persona. Estas controversias pueden ser un reflejo o ejemplo de la forma en que suelen abordarse los problemas o discrepancias por parte de la pareja, de forma que las discusiones de la pareja en sesión pueden resultar de gran utilidad en un primer momento para evaluar los estilos de comunicación de los miembros, nivel de hostilidad, su capacidad de resolución de conflictos, foco de las discusiones, etc. Pero, al margen de este valor ejemplificador en la fase de evaluación, la presencia reiterada de discusiones, en especial discusiones agresivas en las sesiones terapéuticas, suelen suponer un serio obstáculo para el progreso terapéutico.

Sin duda, la presencia de discrepancias entre los miembros de la pareja, durante la sesión terapéutica puede tener una parte positiva, al suponer una oportunidad para aclarar malos entendidos, o para abordar desde distintas perspectivas la resolución de un conflicto, o tomar una decisión en la que se impliquen ambos. De hecho en algunos casos se pide explícitamente a la pareja que discuta sobre un determinado tema en la sesión para ver si llevan a cabo de forma adecuada la ejecución de las habilidades recién adquiridas. Pero estas discusiones deben seguir ciertas normas de acción, de forma que se respeten las personas y se faciliten los acuerdos. Las discusiones hostiles, en las que las intervenciones de uno pueden ser agresivas para el otro, y viceversa, que en nada ayudan a la resolución de conflictos, no son útiles ni aceptables en el contexto terapéutico. Más aún, colaboran a que la relación se haga más problemática o insostenible.

Estas discusiones hostiles en la sesión terapéutica pueden tener funciones muy dispares. En algunos casos simplemente son la forma habitual de interaccionar entre la pareja en cualquier situación (solos, con amigos, en lugares públicos o privados...), no disponen de otra. En otros casos estas discusiones sólo aparecen en la sesión terapéutica, pues en la vida cotidiana apenas hay interacciones entre la pareja, a fin de evitar conflictos, o simplemente no se abordan temas conflictivos (por ejemplo, la educación de los hijos), esperando que el psicólogo actúe como un juez. Tampoco es infrecuente que la discusión tenga como objetivo controlar la sesión terapéutica o tratar de controlar al terapeuta para que apoye sus puntos de vista o actuaciones y así poder imponerse a su pareja.

Es evidente que el terapeuta no debe tomar parte en estas discusiones y mucho menos hacerlo por uno de los miembros. La labor del terapeuta no puede ser la de un juez, por más que los pacientes con frecuencia se lo reclamen, sino la de un mediador que facilite el acuerdo entre las partes. Obviamente se excluyen de estas consideraciones aquellas situaciones en las que la agresión es unidireccional y desproporcionada, como la que se refleja en los casos de violencia de pareja.

En todos los casos, estas discusiones no sólo no ayudan en el proceso terapéutico, sino que lo entorpecen, bien acaparando el tiempo preciso para otras tareas, bien dilatando el alcanzar los objetivos, bien creando una situación de malestar que dificulte la cooperación. El objetivo del presente capítulo es señalar directrices para controlar este

tipo de discusiones.

2. *Ejemplo*

Bárbara y Severo tienen ambos 40 años, llevan casados 13, no tienen hijos y trabajan como profesionales (abogada y periodista). Hace un año contemplaron la posibilidad de separarse debido al progresivo desarrollo de dificultades en la convivencia, en especial producto de una separación cada vez mayor de sus puntos de vista y el intento por parte de ambos de imponer los propios. No obstante decidieron darse otra oportunidad e intentar solucionarlo, pues consideraban que se seguían queriendo y era más lo que les unía que lo que les separaba. Pero tras unos meses de intentarlo de forma poco sistemática, la situación no había mejorado. Aconsejados por una pareja amiga, con una experiencia similar, decidieron acudir en busca de ayuda psicológica. Tras una primera sesión muy correcta, al comienzo de la segunda ambos se enzarzan en una discusión acalorada, interrumpiendo la dinámica de la sesión.

T. ¿Cómo ha trascurrido la semana?
P1. Bien.
P2. ¿Cómo que bien? Será para ti porque yo no tengo la misma impresión.
P1. Tú siempre llevándome la contraria. *(La paciente se levanta.)* ¡Quieres dejarme mal delante de la psicóloga y estoy harta de ti y tus tonterías!
T. Creo que es muy importante lo que están diciendo... pero no considero que sea la forma correcta de trabajar en terapia...
P2. ¡Ya se está alterando la señorita! ¡Siempre tiene que ser todo como tú digas y no lo soporto! ¡Eres una...!
P1. ¿Pero ve cómo es? ¡Me crea una impotencia tremenda tenerle que escuchar!

3. *Propuesta de actuación*

3.1. *Interrupción*

Un tono alto de voz, reproches, faltas de respeto, agresiones verbales, etc., no colaboran en nada a la labor terapéutica, por lo que se debe cortar la discusión con el objetivo de que no se incremente la confrontación y poder seguir con la dinámica de la sesión. Se intentará poner fin a la discusión por medio de instrucciones o comentarios precisos al respecto, como: *ya basta, ya es suficiente, por favor permítanme que les interrumpa y ponga fin ahora mismo a esta discusión*, etc. No debe utilizarse un tono agresivo, pero sí claro y firme, de manera que la sesión quede bajo control del psicólogo. En casos más complejos en los que no sean suficientes las instrucciones, o exijan levantar en exceso el tono de voz, puede ser útil el introducir un estímulo de corte, como

un golpe en la mesa por parte del terapeuta para así llamar la atención de la pareja y cortar la discusión.

3.2. *Establecer límites señalando lo adecuado y lo inadecuado*

El profesional puede ser empático, mostrando su acuerdo en que es normal que en la convivencia de una pareja existan momentos de discrepancia que generen ciertos conflictos. Pero también debe señalar con precisión que hay formas adecuadas y formas inadecuadas de abordar estas discrepancias, y la forma en que se ha hecho no es aceptable. Es importante destacar que el intercambio de verbalizaciones inadecuadas sólo dificulta el desarrollo del tratamiento, por lo que se pide el compromiso de ambos para no volver a actuar de esa manera. Por ejemplo: *Entiendo que tengan diferencias a solucionar, pero si continúan intercambiando reproches y gritando, no conseguirán sus objetivos. Les pido que ambos se comprometan formalmente a no volver a comportarse de esta manera.*

La sesión terapéutica, por el contrario, debe ser un espacio idóneo para abordar las discrepancias de forma que puedan solucionarse y llegar a acuerdos beneficiosos para ambos. Pero estas discusiones bloquean o interrumpen su normal desarrollo y no permiten conseguir los objetivos establecidos. Es importante centrarse en los objetivos y no en discutir.

3.3. *Identificar los objetivos específicos de la sesión*

Reorientar la sesión recordando los objetivos al venir a terapia y en concreto los de la sesión en curso. Señalar las tareas a realizar para esa sesión y cómo las discusiones pueden impedir su realización alargando la terapia en el tiempo y seguramente haciendo que su situación empeore.

3.4. *Plantear la búsqueda de solución como tarea*

El psicólogo puede incorporar la discusión o la situación conflictiva a la propia dinámica terapéutica. Por ejemplo incluir como tarea a realizar en casa la de controlar esas discusiones. Se debe resaltar que puede ser una buena oportunidad para poner en práctica técnicas ya aprendidas, tales como la solución de problemas para intentar buscar acuerdos, o técnicas para parar la escalada de agresión (tiempo fuera, semáforo emocional, técnicas de aserción...). Se podrían contemplar dos opciones en este caso:

a) *Si se puede posponer el objetivo de la sesión*

- Si se les ha enseñado previamente cómo manejar las discusiones (semáforo de la ira,

habilidades de comunicación, etc.), se les pide que apliquen lo que han aprendido, siendo un buen momento para evaluar la ejecución de las habilidades adquiridas y dar *feedback* sobre su puesta en práctica. Otra opción es programar como una tarea para casa el discutirlo, y llegar a un acuerdo. Una vez discutido, se retomará en la próxima sesión.

Como veo que este tema es realmente importante para ambos, hagamos lo siguiente: lo discutirán en casa y llegarán a un acuerdo. En la próxima sesión lo evaluaremos.

- Si estas habilidades no se han adquirido, puede ser un buen momento para entrenarlas, siempre que el objetivo principal de la sesión pueda ser tratado más adelante, ya que así se dota a los pacientes de habilidades para controlar este tipo de actuaciones que están dificultando el proceso terapéutico.

b) *En caso de que el objetivo de la sesión sea improrrogable*

- Se volverá a identificar el objetivo próximo de la sesión y/o el general si es un problema de pareja.

Les recuerdo que el objetivo de la sesión es... y no discutir sobre este tema.

3.5. *Paralizar la sesión hasta que se calmen*

Una vez comprobado que todo esto no funciona, se cortará la discusión, tomando la determinación de suspender momentáneamente la sesión hasta que se encuentren más calmados. La interrupción debe ser inicialmente breve (2-3 minutos), siendo necesario para continuar la sesión que los pacientes hayan recuperado la calma. Una posibilidad es establecer un período de tiempo en silencio por parte de todos. En casos más complicados el profesional pedirá a una de las personas (o a ambas) que salga a la sala de espera mientras se calman. Por ejemplo: *Veo que en estos momentos están muy alterados. Dado que así no podemos continuar con la sesión, les rogaría que salieran un momento fuera hasta que se calmen y así podremos proseguir*.

3.6. *Tiempo fuera del terapeuta*

Otro modo de actuar en caso de que la discusión persista, e incluso vaya a más, es tomar medidas más drásticas, como puede ser un tiempo fuera. El terapeuta puede abandonar la consulta o sala donde se esté llevando a cabo la sesión, dejando a las personas implicadas dentro y avisando que volverá en cinco minutos. Se puede permanecer por ejemplo en la sala de espera y pedir que, si antes de ese tiempo están

preparados y dispuestos a continuar con la sesión, lo comuniquen.

3.7. *Suspender la sesión hasta la próxima semana*

Se llevaría a cabo si todo lo anteriormente expuesto no diera resultado, especialmente si el punto anterior supusiera una situación más de conflicto. El psicólogo argumentará la incapacidad de continuar con la sesión debido a las dificultades con las que se está encontrando por la falta de acuerdo y la imposibilidad de trabajar los objetivos propuestos.

3.8. *Retomar en próxima sesión*

Sería recomendable dedicar cierto tiempo en la siguiente sesión para analizar lo ocurrido y establecer unas contingencias claras en caso de posteriores discusiones en sesión. La norma debe ser clara: si surgen discusiones y no cesan inmediatamente, se dará por terminada la sesión. Se precisan las conductas alternativas que deben ponerse en práctica caso de inicio de una nueva discusión. Una vez aclarados estos aspectos, para finalizar se podría hacer también una reflexión de qué les aporta continuar con la terapia, a modo de ejercicio de motivación.

4. *Resumen*

- Interrupción.
- Establecer límites señalando lo adecuado y lo inadecuado.
- Identificar los objetivos específicos de la sesión.
- Plantear la búsqueda de solución como tarea.
- Paralizar la sesión hasta que se calmen.
- Tiempo fuera del terapeuta.
- Suspender la sesión hasta la próxima semana.
- Retomar en próxima sesión.

5. *Aplicación al ejemplo*

(Ambos pacientes mantienen una discusión en la que se gritan e insultan.)

P1. Siempre tienes que decir tú la última palabra. ¡Eres un egoísta!
P2. ¿Egoísta yo? ¡No te aguanto!... ¡Eres tú quien no deja venir a mi familia a casa!
T. *(Con un tono de voz claro y firme.)* Por favor, es suficiente. Me veo obligada a interrumpirles y poner fin a esta discusión.

P1. ¿Y te parece raro? ¡No hay quien aguante a tu madre!
(La terapeuta da un golpe en la mesa y se produce un silencio.)

T. Por favor, permítanme que les interrumpa y ponga fin ahora mismo a esta discusión.
P2. Lo siento mucho, pero no voy a permitir que dé a entender esas cosas y menos delante de nadie.
T. Puedo observar que tienen distintos puntos de vista en diversos temas y les lleva a disputas, pero entiendan que no es lugar ni momento para este tipo de discusiones. Es más, esta forma de actuar no es correcta ni admisible.
P2. Ya, pero tendremos que discutir en lo que no estemos de acuerdo para poder solucionarlo. Yo no me pienso callar si falta al respeto a mi madre. ¡Tendría que ver a la suya!
P1. ¿Tú qué tienes en contra de mi madre? En comparación con la tuya es una santa.
T. Puedo observar que en estos momentos están muy alterados. Dado que así no podemos continuar con la sesión, o bien cesan de manera inmediata esta forma de comportarse o les pediré que abandonen la consulta unos minutos hasta que se calmen y podamos proseguir la sesión terapéutica.
P2. Discúlpenos pero insisto en que tendremos que discutir estas cuestiones si queremos llegar a un acuerdo.
T. Tiene razón en que hay que abordar las discrepancias y buscar soluciones adecuadas para ambos, pero ¿creen que la forma en la que ustedes están comunicándose les ayuda a llegar a algún acuerdo?
P2. No.
P1. Realmente no.
T. De acuerdo, para que puedan tranquilizarse vamos a guardar dos minutos en silencio. Traten de calmarse en ellos, a fin de poder proseguir con la dinámica de la sesión.
(Dos minutos de silencio.)
T. Muy bien. ¿Les parece que podemos proseguir con la sesión?
P2 y P1. Sí
T. De acuerdo. Vamos a retomar la forma de comunicación que ya hemos trabajado. ¿Se identificarían ustedes, en los momentos anteriores de discusión, con alguna de las formas de comunicación que estuvimos analizando?
P2. Posiblemente con el agresivo.
T. ¿Y usted, Bárbara, qué opina?
P1. También considero que con el agresivo.
T. Como analizamos, esta forma de comunicarnos no ayuda a lograr acuerdos. Además es muy importante el momento y el lugar donde se discuten las discrepancias. En este entorno de la terapia trabajamos estableciendo objetivos y no podremos avanzar adecuadamente si se dan estas interrupciones de manera constante.
P1. Sí, pero cuando se pone así no lo aguanto. ¡Es un estúpido!

P2. *(Elevando de nuevo el tono de voz.)* ¡Y tú estás cada vez más histérica!

T. *(Con firmeza.)* ¡Ya es suficiente! Si no cesan inmediatamente las discusiones, me veré obligada a pedirles que abandonen la consulta. ¿Están dispuestos a respetar las condiciones de la sesión?

P1. Sí, tiene razón.

P2. Discúlpenos, no volveremos a hacerlo.

T. Entiendo que surjan diferencias entre ustedes, pero deben respetar las normas dentro del marco de las sesiones. Además, incluido en los objetivos que planteamos se encontraba saber comunicarse mejor entre ustedes y poder llegar a acuerdos. Por este motivo hemos visto las habilidades de comunicación y la solución de problemas.

Como entiendo que es importante para ustedes, como tarea para casa discutirán la situación surgida en sesión, aplicando las técnicas de comunicación entrenadas a fin de no llegar a estos niveles de discusión. También que utilicen una solución de problemas generando alternativas a la misma, a fin de llegar a un consenso sobre la forma de actuación más adecuada al respecto.

P1. De acuerdo.

T. En la siguiente sesión lo evaluaremos juntos. Recuerden que no se tolerará que se interrumpan las sesiones de esta forma. En caso de que esta situación se vuelva a repetir se dará por terminada la sesión emplazándose a otra fecha.

P2. Vale.

T. Ahora... volvamos a los objetivos previstos para hoy...

6. En terapia de pareja uno de los pacientes boicotea la sesión

ROBERTO GÓMEZ, MIRIAM HUERTA y FRANCISCO JAVIER LABRADOR

1. *Descripción sucinta del problema*

Una de las posibilidades del tratamiento psicológico es la terapia de pareja o en pareja, que para ser eficaz requiere una adecuada colaboración de los dos miembros de ésta. Lógicamente, los objetivos de esta intervención deben incluir ganancias o mejoras para ambos, así como la mejora en la relación y comunicación.

En algunas ocasiones puede ocurrir, bien desde la primera sesión, bien conforme avanza la terapia, que uno de ellos intente conseguir sus propios objetivos dejando a un lado los referentes a la pareja. Un ejemplo habitual es cuando pretende centrar la atención del terapeuta en sí mismo y no en el objetivo que les trae a terapia, es decir, se centra en detalles irrelevantes: *¿No le parece que a cambio de mi trabajo debo dedicar más tiempo a mis amigos y salir más por la noche? Mi hija está viviendo con su padre y no tiene tiempo de venir a verme...* Si se entiende por boicot el acto de impedir o

entorpecer la realización de un proceso, como medio de presión para conseguir algo, es evidente que en algunas ocasiones durante el proceso terapéutico se produce esta situación de boicot. Esto es, se entorpece la realización de un proceso (la terapia) como medio de presión para conseguir algo (por ejemplo: atención del profesional, refiriendo problemas de su vida cotidiana que nada tienen que ver con el objetivo planteado en el inicio de la terapia, aunque sí podrían tener cabida en una terapia individual). Aunque en algunos casos la situación implica una presión más o menos explícita para conseguir un beneficio propio: *Si no puedo salir más veces de casa, no colaboraré en la terapia*. En otros simplemente se bloquea el proceso con actuaciones o consideraciones a primera vista irrelevantes, pero que no tienen relación con el problema abordado de pareja; por ejemplo, intentar captar la atención del terapeuta más que el otro.

A continuación se considerará una de estas situaciones, en la que la actuación de la parte boicoteadora no parece obtener ganancias especiales, porque aunque se solucione la demanda individual seguirá persistiendo el problema objeto de la intervención en pareja.

2. *Ejemplo*

Abelardo (A), de 45 años, acude a terapia por un problema de disfunción eréctil. Tras varias sesiones de evaluación, se comienza el tratamiento de focalización sensorial, por lo que se le pide que venga acompañado por su esposa, Eloísa (E), la cual será la coterapeuta. Desde la primera sesión de tratamiento, Eloísa empieza a contar anécdotas y chismes irrelevantes para el tratamiento, a pesar de que el terapeuta en repetidas ocasiones intenta hacerle ver que eso no es parte de la terapia y que está dificultando el avance de ésta.

T. ¿Qué tal les ha ido con las tareas esta semana?
A. Esta semana bien, las hemos practicado dos días.
T. Perfecto, como veo aquí en los autorregistros parece que esta semana se han esforzado.
E. Mire, hacerlo con un horario fijo es un rollo. Además yo tengo muchas cosas en la cabeza y no puedo estar todo el tiempo pensando en los ejercicios. Bastante tengo yo con mi hija y con mi ex marido... Porque fíjese, ahora mi hija me dice que se va a pasar todo el fin de semana en casa de su novio y encima su padre se lo permite. ¿En qué cabeza cabe que con 14 años se vaya a casa de su novio? Es que mi ex marido, con tal de que viva con él, es capaz de dejarle hacer cualquier cosa.
A. Cariño, no te pongas así... Es verdad que esta semana nos lo hemos tomado más en serio que otras.
E. Sí, claro, te lo tenía que estar todo el rato diciendo, porque eres un desastre y yo no tengo tiempo para estar así. Además, yo ya no sé si quiero arreglarlo, yo ahora tengo en la cabeza el tema de mi hija y esto lo llevo muy mal.

3. *Propuesta de actuación*

3.1. *Escucha activa*

Un primer paso es recoger la información con el objetivo de evaluar si el problema o consideración que manifiesta la persona que boicotea puede estar interfiriendo de forma negativa en el desarrollo de la terapia o en el cumplimiento de los objetivos propuestos. Es decir, no sería lo mismo que la persona refiera que tiene estrés debido al trabajo (algo que puede interferir de forma negativa tanto en el problema como en el progreso de la terapia), como en el caso de que se limite a contar anécdotas del día a día, irrelevantes pero que interfieren de forma negativa en el avance y buen progreso de la terapia. Esta escucha activa permitirá valorar las conductas utilizadas para bloquear la terapia y actuar en consecuencia.

3.2. *Recoger objetivos de la terapia*

Si tras esta actuación no se considera que está interfiriendo con el problema principal (por ejemplo: que su hija no tenga tiempo para verla no influye en que su marido mejore de su disfunción sexual), y simplemente entorpece el transcurso de la sesión (nos resta tiempo para tratar el problema principal), se debe actuar precisando los objetivos de la terapia y la forma de funcionamiento de la terapia de pareja. Se debe recordar a ambos cuáles son los objetivos establecidos para el tratamiento, en los cuales han estado de acuerdo los dos previamente.

3.3. *Desahogo emocional*

En algunos casos puede ser una buena estrategia permitir un cierto desahogo emocional al boicoteador, siendo importante que perciba que tiene un espacio en la terapia en el que sentirse escuchado. Obviamente no puede perderse mucho tiempo en esto, pudiendo reservarse un espacio de tiempo (8-10 minutos) al comienzo o mejor al final de la sesión, para que pueda exponer lo que considera relevante. Dedicando la parte fundamental de la sesión a llevar a cabo los objetivos establecidos. Esto puede dar una especial relevancia, en los casos en que un miembro está funcionando como coterapeuta, a la persona que a primera vista obtendría menores ganancias del tratamiento. Con todo, es una estrategia a utilizar en contadas ocasiones, pues el objetivo primordial es conseguir los objetivos establecidos para la terapia.

3.4. *Identificación de ganancias*

Para que una terapia en pareja funcione, lo mismo que cualquier relación de pareja, es importante que las dos partes obtengan ganancias. Por eso es importante que ambos puedan identificar sus ganancias, algo que a veces les pasa desapercibido al considerar sólo las ganancias del otro. También, es posible que al estar más pendiente de otros problemas de su vida cotidiana, no sea capaz de identificar las ganancias que realmente le aporta la terapia. Forzar a identificar estas ganancias puede ser muy interesante, mediante procedimientos tipo «razones a favor y en contra» o «ganancias/costos» de colaborar en la terapia. Por ejemplo, una estrategia podría ser pedirle a la coterapeuta que realice una lista con los beneficios que para ella tenga resolver el problema de su marido. Si aún así le cuesta ver los beneficios, podríamos incluir una lista de refuerzos adicionales (ejemplo: masaje de su marido en los pies, pasear por un lugar que le guste y que hace tiempo que no visitan, que le prepare una cena el marido...). En el caso de que la presión fuera más importante, acercándose a una situación de demandas excesivas (¿chantaje emocional?), se abordará la importancia de que cada miembro obtenga ganancias, y se regularán éstas por medio de un contrato conductual, obtenido con el acuerdo de ambos miembros de la pareja. En caso de no obtener suficiente motivación para continuar la terapia, se debe considerar el finalizar esta colaboración.

3.5. *Establecer compromiso*

Tras las actuaciones anteriores se debe progresar a logar una implicación por parte de los pacientes para tratar de conseguir los objetivos establecidos. Esta implicación debe concretarse en un compromiso explícito. Los contratos conductuales son sin duda de especial utilidad en estos casos. Con esto se pretende que se pauten, tanto los compromisos de cada una de las partes como las consecuencias del incumplimiento de los mismos. La finalidad es que no persista la conducta de boicot, ambos consigan ganancias y ambos estén implicados y se comprometan a aprovechar las sesiones de tratamiento.

3.6. *Reforzamiento diferencial de la conducta adecuada*

En estas situaciones debe insistirse en el manejo de contingencias a la hora de controlar las conductas de los pacientes. En esta situación se hará un mayor hincapié en la extinción de los intentos de boicot de la sesión (incluso se pueden considerar algunas de las indicaciones mostradas en el apartado 3 del capítulo 5, «El paciente no para de hablar y dificulta el avance de la sesión»). No se debe olvidar el refuerzo positivo de las sesiones en las que su comportamiento sea el adecuado, cumpliendo con su compromiso, y colaborando al buen avance de la sesión.

4. *Resumen*

- Escucha activa.
- Recoger objetivos de la terapia.
- Desahogo emocional.
- Identificación de ganancias.
- Establecer compromiso.
- Reforzamiento deferencial de la conducta adecuada.

5. *Aplicación al ejemplo*

E. Mira, hacerlo así, con un horario fijo, es un rollo. Además yo tengo muchas cosas en la cabeza y no puedo estar todo el tiempo pensando en los ejercicios. Bastante tengo yo con mi hija y con mi ex marido... Porque fíjate, ahora mi hija me dice que [...].

A. Cariño, no te pongas así... Es verdad que esta semana nos lo hemos tomado más en serio que otras.

E. Sí, claro, te lo tenía que estar diciendo todo el rato porque eres un desastre y yo no tengo tiempo para estar así. Además, yo ya no sé si quiero arreglarlo, yo ahora tengo en la cabeza el tema de mi hija y esto lo llevo muy mal.

T. Entiendo que quiere poner de relieve lo costoso que le resulta su colaboración para ayudar a Abelardo a superar sus problemas.

E. No sólo que es costoso, sino que me requiere mucho tiempo que no puedo dedicar a otras cosas. A veces me siento desbordada.

T. Obviamente, siempre pueden surgir cosas imprevistas que nos afectan y es evidente que no podemos dedicar las 24 horas del día a realizar las tareas. Mi intención no es que dejen de lado sus ocupaciones, pero es importante sacar algún momento del día para fomentar la relación de pareja y evitar caer en los mismos errores que les han traído aquí.

E. Si nosotros intentamos aprovechar cada momento, pero hay veces que tenemos tantas cosas en la cabeza que no le dedicamos todo el tiempo que deberíamos.

A. Aunque si seguimos viniendo es porque queremos solucionar nuestros problemas.

T. Entiendo lo que me están diciendo. ¿Qué les parece si dejamos diez minutos de la sesión para que expresen esas cosas que comentan que tienen en la cabeza y que no les dejan avanzar? De esta forma podríamos, por un lado, trabajar aquellas preocupaciones que para usted son importantes, y por otro lado, seguir con los objetivos previstos para la sesión, que si bien recuerdan era resolver una disfunción sexual que afecta a ambos y así sacar el máximo partido a esta hora.

E. Pues es que yo creo que voy a tener que venir a terapia yo sola, porque mi hija me tiene... El domingo pasado que le tocaba estar conmigo...

T. Entiendo que usted pueda tener otros problemas, incluso que les dé más importancia,

pero ustedes han recurrido a un profesional para que les ayude a superar la disfunción sexual, y para ello se necesita su colaboración. Son pareja y el problema les implica a los dos y sin su compromiso esta terapia no tendría mucho sentido.

A. Sí, si en eso estamos de acuerdo y queremos solucionar mi problema.

E. Yo lo que digo es que tengo muchas cosas que hacer y también quiero solucionar los míos.

T. ¿Cree que el problema de su marido no le influye a usted?

E. No digo eso, sino que ahora no sé si quiero solucionarlo porque me preocupa mucho el tema de mi hija y yo me encuentro mal.

A. Cariño, pero sabes que esto puede terminar con nuestra relación, y yo te quiero.

T. Llegados a este punto me parece conveniente que sean conscientes de lo que realmente pueden conseguir viniendo a terapia y confiando en la actuación profesional. Por tanto, Eloísa, le voy a pedir que realice una lista con los beneficios que para usted tendría completar con éxito la terapia.

E. Pues sólo tener relaciones sexuales, y ahora mismo, si le digo la verdad, no es para mí muy importante

T. ¿Y que pueda finalizar su relación de pareja le parece importante?

E. Hombre, la verdad es que hemos pasado muchas cosas juntos y aunque me cuesta bastante decírselo, yo le quiero mucho.

A. Hacía tiempo que ya no me lo decías, y ahora necesito tu apoyo para superar mi problema.

T. Como ve, su marido necesita de su apoyo porque es usted una parte muy importante para él, pero por supuesto que usted también se merece tener una recompensa por su esfuerzo. ¿Qué le parece si su marido se compromete a darle algo a cambio, como por ejemplo masajes, ir a pasear...?

E. Eso me va convenciendo más.

A. Yo también estoy de acuerdo, lo veo justo.

T. Una vez aclarado esto, prosigamos con la sesión. Como ya hemos trabajado la parte sensorial, esta semana comenzaremos con la focalización sexual.

E. ¡Puff! Esta semana tengo a mi hija en casa y viene seguramente mi hermana...

T. Si les parece vamos a redactar un contrato, en el que quede por escrito lo que se comprometen a hacer y los beneficios que cada uno va a conseguir por realizarlo. ¿De acuerdo?

E. Sí, entiendo y estoy de acuerdo. Espero que pueda conseguir algo que me atraiga. Por conseguir que mi marido me haga la cena una noche ¡firmo cualquier cosa!

T. El objetivo es que ustedes acuerden qué comportamientos debe llevar a cabo cada uno, y qué premios conseguirán por ellos. Mi labor es orientar la redacción de este contrato, pero son sus intereses y acuerdos los que determinarán los contenidos.

E. Me parece bien.

T. ¿Y a usted, Abelardo?

A. Sí, sí, me parece justo.

7. Problemas con la asistencia del paciente a sesiones: falta de puntualidad y anula citas en el último momento

CRISTINA MÉNDEZ, ALICIA FERNÁNDEZ y FRANCISCO JAVIER LABRADOR

1. *Descripción sucinta del problema*

En numerosas ocasiones, pensamos que la puntualidad es una norma establecida igualmente para todos, pero debemos darnos cuenta de que trabajamos con personas que, en muchos casos, vienen de un ambiente desestructurado, sin rutinas ni obligaciones que respetar; por ello tenemos que ser conscientes de que aspectos como la puntualidad y el respeto a la cita, hay ocasiones que no se tienen en cuenta. Así, es muy importante dejarlo claro desde el principio, estableciendo unas mínimas normas de obligado cumplimiento para el paciente. Hay dos claros ejemplos que se dan multitud de veces: uno puede ser el paciente con problemática aparentemente no muy grave, que acude las primeras sesiones de evaluación de manera puntual, y a medida que se va desarrollando la terapia va llegando tarde, 5 minutos, 10 minutos, etc. Esto impide un ritmo adecuado y que retrase, por tanto, el curso del mismo. Además puede poner distintas excusas para justificar la falta, las cuales cada vez son menos creíbles y van afectando a la relación de confianza terapeuta-paciente. Otra posible situación que se puede dar es que el paciente anule las citas en el último momento (entre 1 hora y 5 minutos antes de la sesión), impidiendo que el terapeuta se pueda organizar el tiempo para las demás sesiones del día.

2. *Ejemplo*

2.1. *Falta de puntualidad*

El paciente llega 10 minutos tarde (sesión 9.ª)

T. Hola, Segundo.
P. Lo siento, es que el metro no venía.
T. Bueno, no se preocupe, le puede pasar a cualquiera, pero tiene que intentar llegar puntual porque si no retrasamos mucho la hora de comienzo.
P. Sí, sí, no se volverá a repetir...

El paciente llega 15 minutos tarde (sesión 11.ª)

T. Hola, Segundo, ¿qué le ha ocurrido hoy?
P. Lo siento, es que he vuelto a tener problemas con el metro, he llegado justo cuando se iba, y ha tardado bastante el siguiente en llegar...
T. Segundo, entiendo que haya veces que pueda haber un problema con el transporte público, pero tiene que intentar llegar puntual, porque al empezar con tanto retraso no nos da tiempo a ver todo lo que hay preparado para hoy...
P. Sí, sí, lo siento, de verdad que no se volverá a repetir...

El paciente llega 20 minutos tarde (sesión 12.ª)

T. Hola, Segundo. Lo siento, pero es demasiado tarde para comenzar la sesión.
P. Pero... tampoco es tan tarde. Además ya que estoy aquí...
T. Ya le señalé el primer día que no podíamos empezar la sesión más de 15 minutos tarde, porque no permite abordar lo previsto para ese día.
P. Ya, pero hoy ha sido distinto...
T. Sí, puedo entender que hoy le haya ocurrido otra cosa, pero entiendo que es demasiado tarde para poder empezar.
P. ...

2.2. *Anula citas en el último momento*

Primera sesión que anula (30 minutos antes)

T. ¿Sí?
P. Hola, María.
T. Hola, doña Franca, dígame.
P. Mira te llamaba porque hoy no voy a poder ir a sesión.
T. ¿Y por qué no puede, le ocurre algo?
P. Sí, es que me ha surgido un problemilla y no me da tiempo a ir a sesión.
T. De acuerdo, doña Franca, intente la próxima vez avisarme con un poco más de antelación.
P. Sí, no se preocupe.

Segunda sesión que anula (15 minutos antes)

T. ¿Sí?
P. Hola, María.
T. Hola, doña Franca, dígame.
P. Mira hoy tampoco voy a poder acudir a sesión...
T. ¿Y por qué hoy tampoco puede, le ha ocurrido algo?
P. Sí, bueno, sí, no voy a poder ir hoy...

T. ¿Pero le ha pasado algo importante?
P. No, bueno, sí, pero nada malo, no puedo ir...
T. Le comenté la semana pasada que me avisara con un poco más de antelación.
P. Sí, sí, pero es que no he podido, me ha surgido ahora el problema...
T. De acuerdo, doña Franca, la semana que viene nos vemos a la misma hora. Si le vuelve a surgir algo, intente avisarme antes, por favor.
P. De acuerdo, hasta luego.
T. Hasta luego, doña Franca.

La siguiente semana acude a sesión, pero a la consecutiva no. Se pone en contacto con nosotros 10 minutos antes de la sesión a través de un mensaje de texto al móvil.

SMS. Hola, hoy no voy a poder ir a sesión. Adiós.

Le llamamos para ver si le ha ocurrido algo y no nos coge el teléfono.

3. *Propuesta de actuación*

3.1. *Exponer la situación al paciente*

Lo primero que hará el psicólogo será exponerle la situación que se da de manera reiterada y valorará su postura ante ella. Le explicará que el llegar sistemáticamente tarde a sesión va retrasando el tratamiento, y esto perjudica el trabajo, ya que se enlentece el proceso considerablemente. Se le hará ver que la mayor parte del trabajo es fuera de casa, y que el tiempo que hay dedicado a las sesiones sirve para dar pautas y enseñar nuevas técnicas a medida que se van consiguiendo los objetivos.

Respecto al hecho de anular la sesión unos pocos minutos antes del comienzo de ésta, se expondrá la situación de igual manera, haciéndole ver al paciente que el cancelar las sesiones sin motivos justificados, va retrasando el tratamiento, además de espaciar en demasía el período intersesiones y dejar un menor control al profesional sobre él. Además supone un perjuicio laboral para el psicólogo.

3.2. *Evaluar situación antes de la sesión*

Se deberá evaluar, y por tanto cerciorarse, que los motivos por los que no acude a la sesión o llega tarde son verdaderos, ya que así se podrá cambiar la cita a otro momento y no se verá perjudicada la terapia. Por ejemplo: horarios de trabajo, compromisos familiares, etc. Si ocurre algo que no se puede modificar, se intentará acelerar en lo que se pueda la sesión o añadirle alguna tarea más para casa. El psicólogo deberá evaluar las actividades del paciente previas a la hora de la cita, para tratar de constatar si se trata de

un motivo justificado. En el caso de que simplemente utilice excusas para no venir o justificar su tardanza, se procederá a realizar el siguiente punto.

3.3. *Confrontar*

Tras observar el psicólogo que el paciente utiliza excusas para no acudir a sesión, le tendrá que confrontar. Para ello, se le expondrá la situación tal y como se está dando. Se puede confrontar haciéndole ver qué le parecería si llegara sistemáticamente tarde el profesional, retrasando constantemente su sesión, o le anulara pocos minutos antes de tener la cita. Se le puede poner el símil que ocurre en las consultas de los médicos, donde la mayoría de las veces se inicia la consulta con retraso y se comprueba cómo el médico atiende a toda prisa porque lleva un retraso de una hora con sus pacientes. Hacerle ver que el psicólogo siempre intenta estar puntual, porque sabe que esa hora es muy importante para sus pacientes, pero también para él mismo, ya que a través de ese tiempo se puede tener un perfecto control sobre el trabajo del paciente y poder seguir ayudándole de la mejor manera.

3.4. *Pruebas de realidad*

Otra técnica que el psicólogo puede usar son las pruebas de realidad. Por ejemplo, recordarle algún día de buen trabajo, donde se aprovechó la hora porque él acudió puntual, y compararlo con otros días que se han quedado cosas por hacer o con la palabra en la boca porque no ha dado tiempo. En el caso de las faltas continuadas, podemos mostrar registros o trabajos donde la asistencia era continua y se podía comprobar una mejoría y un seguimiento claro por ambas partes del trabajo.

3.5. *Establecer nuevas normas*

Al comprobar reiteradamente que el paciente no cumple las normas establecidas en un primer momento, se pueden crear unas nuevas. Si el psicólogo tiene estipulado desde el principio con el paciente, que si llega un cuarto de hora tarde se anula la sesión, ya que no da tiempo a cumplir los objetivos establecidos, se puede modificar reduciendo el tiempo de espera del terapeuta: *A partir de ahora, si llega 10 minutos tarde se anula la sesión, a no ser que sea una causa muy justificada.* En el caso de las faltas, siempre habrá que pedirle justificante y estipular un número de faltas por el que daremos la baja, es decir, dos faltas sin justificar y procederemos a terminar el tratamiento con este paciente.

Se pueden establecer rutinas con este tipo de pacientes que llegan sistemáticamente tarde sin ningún motivo, si se constata que se debe a una falta de organización. Se le puede hacer partícipe de las posibilidades de actuación utilizando la técnica de solución

de problemas para que él mismo valore las soluciones más adecuadas ante esto, y hacerle también responsable de sus actos. Por ejemplo, se le puede ayudar dándole las siguientes alternativas de actuación:

- Establecer rutinas para la hora/hora y media antes de venir a sesión, es decir, calcular el tiempo que más o menos tarda el paciente en realizar las tareas que habitualmente hace antes de salir de casa (vestirte, arreglarse, recoger la casa, etcétera). Hacerlas siempre en el mismo orden.
- Si es necesario, se puede poner la alarma en el reloj o en el móvil para que no se le pase la hora.
- Calcular lo que tarda en hacer todas las tareas establecidas como rutina y sumar el tiempo que tarda en el transporte, dejando unos 10-15 minutos para imprevistos que puedan surgir.
- Elegir una forma para que se pueda distraer por si llega antes de tiempo, para que el período de espera se le haga más ameno.
- El objetivo es que llegue a la cita por lo menos 10 minutos antes. Cuando esto lo haya conseguido se bajará a 5 minutos.
- Para que esto funcione, se gestionará con él un contrato conductual donde se establecerá una recompensa si llega puntual a sesión; en cambio, si llega más tarde del tiempo establecido, se le retirará esa recompensa.

4. *Resumen*

- Exponer la situación al paciente.
- Evaluar situación antes de la sesión.
- Confrontar.
- Pruebas de realidad.
- Establecer nuevas normas.

5. *Aplicación al ejemplo*

T. Segundo, he estado comprobando que llega casi todos los días tarde cuando tenemos sesión. ¿Le ocurre algo antes para que no pueda llegar a la hora establecida?
P. ¡No siempre llego tarde!
T. No he dicho que llegue siempre tarde. ¿Los días que se retrasa le ocurre algo?
P. No.
T. Entonces, ¿por qué cree que llega a esta hora?
P. No sé. A veces me surgen cosas a última hora.
T. ¿Cosas que no puede dejar para después de la sesión?

P. Sí, quizá algunas.
T. ¿Por ejemplo, cuáles no puede dejar para después?
P. Pues... ahora que lo pienso... ninguna, todas las podría hacer cuando llegara a casa.
T. Segundo, se lo comento porque empieza a retrasarse el tratamiento. Tan sólo tenemos una hora a la semana para trabajar juntos y creo que es importante aprovecharla al máximo, ya que ha podido comprobar que últimamente no nos da tiempo a ver todo lo que tenemos para ese día. ¿Se acuerda de lo que ocurrió los dos últimos días?
P. Sí, que me mandó más cosas para hacer en casa y no dio tiempo a que me explicara lo nuevo que había para ese día.
T. Exacto, ¿y se acuerda de cómo eran las sesiones anteriores a esta temporada?
P. Sí, la verdad es que cundía mucho más, llevábamos buen ritmo.
T. Muy bien, aunque parezca mentira 10 minutos es bastante tiempo, y la sesión de 45 minutos se queda bastante corta. Además trabaja muy bien en casa y siempre trae todo lo que le mando, cosa que también le agradezco, porque ahí ganamos mucho tiempo; por ello, no lo perdamos por otro lado, ¿no cree?
P. Sí... sí... tiene razón, pero es que me cuesta mucho salir de casa a la hora, siempre me pasa lo mismo, suelo llegar 10 minutos tarde a los sitios, porque siempre apuro hasta el último momento... y al final voy justo.
T. Muy bien, no se preocupe, vamos a ver cómo podemos trabajar esto para que no vuelva a ocurrir. Vamos a establecer rutinas para antes de salir de casa; de esta forma tendrá siempre el tiempo más o menos calculado y así no llegará tarde a los sitios. ¿Qué le parece?
P. La verdad es que un poco de organización no me vendría mal, porque lo dejo todo para el último momento y cuando veo la hora que es siempre voy corriendo.
T. Muy bien, pues vamos a dedicar la sesión de hoy a establecer esas rutinas a través de la técnica de solución de problemas

6. OTRAS SITUACIONES DIFÍCILES

1. Llamadas telefónicas de auxilio

CRISTINA MÉNDEZ, LAURA MARCOS, MARTA RUBIO, ICÍAR GIMÉNEZ-CASSINA y FRANCISCO JAVIER LABRADOR

1. *Descripción del problema*

Este capítulo se centra en las llamadas de «auxilio» que el paciente a veces realiza, en un momento de desesperación, al terapeuta. Se considerarán tres tipos de llamadas que tienen las características de urgentes, inesperadas y que requieren una acción precisa:

a) Llamada del paciente cuando está sufriendo una crisis de pánico (apartado 2).
b) Llamada por estar sufriendo o tras haber sufrido recientemente una agresión mayor (apartado 3).
c) Llamada en la que el paciente manifiesta un intento de suicidio (apartado 4).

Aunque este tipo de situaciones no son frecuentes, es importante estar preparado, pues, ante una llamada de auxilio del paciente, el psicólogo ha de valorar y tomar decisiones en un breve período de tiempo. Prepararse para una posible eventualidad ayudará a tener una idea más clara de cómo actuar o qué directrices seguir.

Se considera que son llamadas especiales a las que hay que dar una solución. Por supuesto sin olvidar las consideraciones hechas en el capítulo 4.4. Disponibilidad temporal del terapeuta: ¿24 horas? Ciertamente el profesional ha de establecer un límite con respecto a su actuación (horarios y disponibilidad), señalando hasta cuándo y dónde se puede o debe estar disponible, y qué alternativas de actuación tiene el paciente. Es evidente que no puede tener una atención sin límites ni funcionar como un servicio de urgencias.

Pero en estos casos de «urgencia», se considera que, al verse el psicólogo incluido en la situación, no puede simplemente obviar lo ocurrido y deberá plantear algún tipo de ayuda o solución ante la situación.

2. *Propuesta de actuación en llamadas en crisis de pánico*

Angustias, una paciente de 46 años, tiene un problema de fobia específica situacional (al metro). Lleva varios años presentando conductas de evitación ante este medio de transporte, ya que tan sólo con acercarse a una parada de metro comienza a subir su ansiedad de manera precipitada. Se ha realizado con ella la exposición en imaginación a imágenes del metro, y el siguiente paso es hacerlo de manera real. El primer ítem es acercarse a la parada de metro con su marido, lo consigue y no muestra gran malestar, pero el siguiente ítem es hacer lo mismo yendo sola. Al aproximarse a la boca de metro establecida comienza a sufrir un ataque de pánico, y en esas condiciones llama a la terapeuta.

T. Buenos días, Angustias, dígame.
P. ¡Lu-cía! ¡Me a-ho-go! ¡No pue-do res-pi-rar!
T. ¿Qué le ocurre, Angustias? ¿Dónde está? ¿Qué le sucede?
P. *(Jadea, hiperventila.)* ¡No pue-do! ¡Me mue-ro!
T. Pero ¿qué le ocurre, Angustias? Me está preocupando... ¿qué le pasa?
P. Es-toy me-tro... *(Hiperventila.)*
T. Me está asustando, Angustias... No sé qué puedo hacer por usted.
P. Me en-cuen-tro muy mal, co-mo si me fue-ra a mo-rir.

2.1. *Clarificar motivo de la llamada*

Desde el primer momento el psicólogo debe tratar de concretar el lugar en el que está y el motivo por el que llama el paciente. Al tratarse de un ataque de pánico, es muy probable que se den manifestaciones de agitación y confusión, incluidas dificultades de comunicación, por lo que el terapeuta deberá mostrar especial atención a la forma de recoger la información, con preguntas concretas y cerradas, que faciliten respuestas sencillas en el paciente (por ejemplo: sí o no). Conocer dónde se encuentra es fundamental en el caso de que sea necesario hacer llegar alguna ayuda.

2.2. *Permitir que se exprese. Si presenta verborrea, limitar la conversación*

Si el paciente puede expresar lo que le está ocurriendo de manera clara, se le pedirá que describa dónde se encuentra, los síntomas que está experimentando, si está solo o acompañado, incluso, si es posible, qué estaba haciendo antes de la crisis. Por el contrario, si se comprueba que el paciente presenta verborrea y no es capaz de expresar con claridad lo que está ocurriendo, el profesional deberá limitar la conversación, intentando hacerle pocas preguntas, de manera concisa y solicitando una respuesta breve. Se le indicará al paciente que siga las instrucciones que se le dan por teléfono (salvo que hubiera ya un plan de actuación preparado en sesión).

2.3. *Si habla muy rápido y entrecortado, controlar el habla y normalizar los síntomas*

En determinados casos el habla se acelera a consecuencia del déficit de control respiratorio. El paciente hiperventila y su conversación en paralelo a su actividad respiratoria, provoca problemas en su comprensión, mostrando palabras inacabadas y frases sin sentido. Ante dicha situación, le pediremos que deje de intentar hablar y se centre en su respiración. Tras indicarle que está hiperventilando, que es algo normal (es lógico que ya se haya abordado en las sesiones) y en absoluto peligroso. También que puede controlarlo.

2.4. *Control de la respiración*

Se le indicará que debe realizar los ejercicios de respiración entrenados. Se le puede ayudar indicándole que siga la voz del terapeuta que le marcará los tiempo de inspiración/parada/espiración (3/2/3 segundos; si es posible alargándolos enseguida).

2.5. *Hablar con calma y seguridad*

Es muy importante que el psicólogo hable de forma calmada para poder transmitir seguridad al paciente con sus palabras. En estos momentos, la persona está poco receptiva, pues está más pendiente de las respuestas fisiológicas de su cuerpo que de lo que el profesional le puede decir, además de sentir un fuerte sentimiento de inseguridad por no saber qué le está pasando o qué le puede ocurrir. Por ello, es importante que el profesional transmita confianza en su diálogo y sea muy preciso y conciso en sus palabras.

2.6. *Dar instrucciones simples y jerarquizadas*

Antes de dar las instrucciones al paciente para controlar la situación, hay que evaluar las necesidades del mismo. Es lógico que en un paciente que pueda tener ataques de pánico se haya abordado este problema ya en las sesiones (al menos la explicación en la devolución de información). Ciertamente saber qué pasa no es suficiente para poder controlarlo, pero al menos permite una mejor comprensión de la situación por el paciente.

- Si se da la situación en la que el paciente desconoce lo que le está sucediendo, la actuación del terapeuta ha de estar orientada a facilitarle una explicación comprensible, donde se aclare que no hay consecuencias peligrosas para su vida, se recalque una pauta de actuación, etc.

El terapeuta puede, a su vez, informarle de los efectos o consecuencias que pueden acontecer para que el paciente no lo viva como un empeoramiento de la situación.

- Si, por el contrario, el paciente ha sabido reconocer que se trata de un ataque de pánico, pero no consigue poner en práctica las claves facilitadas y trabajadas en sesión, entonces el profesional podrá recordar los pasos a seguir y dirigir la actuación del paciente.

Se pueden seguir las pautas señaladas en el capítulo 3.6. El paciente tiene un ataque de pánico en consulta.

2.7. *Cómo finalizar la intervención*

Es conveniente investigar si el paciente dispone de alguna persona cercana a la que pueda llamar para que ésta le ayude a estar más tranquilo. Si la persona no cuenta con nadie, pero se encuentra mejor, podremos dar por finalizada la llamada. Si por el contrario no termina de sentirse bien, le indicaremos que acuda a un centro de salud. O si tras unos 15 minutos sigue teniendo unos síntomas muy intensos, se le remitirá a los servicios de emergencia del 112.

3. *Resumen*

- Clarificar motivo de la llamada.
- Permitir que se exprese. Si verborrea, limitar la conversación.
- Si habla muy rápido y entrecortado, controlar el habla y normalizar los síntomas.
- Control de respiración.
- Hablar con calma y seguridad.
- Dar instrucciones simples y jerarquizadas.
- Cómo finalizar la intervención.

4. *Aplicación al ejemplo*

T. Buenos días, Angustias. Dígame
P. ¡Lu-cía! ¡Me a-ho-go! ¡No pue-do res-pi-rar!
T. ¿Qué le ocurre, Angustias?
P. *(Jadea, hiperventila.)* ¡No pue-do! ¡Me mue-ro!
T. Angustias, ¿está realizando la exposición?
P. Si, si, no puedo, es-toy fa-tal, no pue-do res-pi-rar...
T. ¿Se encuentra cerca de la boca de metro de Rubén Darío?
P. Sí... sí.

T. Bien, Angustias, está teniendo un ataque de pánico por la exposición. ¿Recuerda que hablamos en sesión que esto podría ocurrir?
P. Sí, sí...
T. Bien, ¿dígame lo que siente?
P. No pue-do res-pi-rar, es-toy so-la, me aho-go, Lu-cía ne-ce-si-to ayu-da...
T. ¿Le late muy deprisa el corazón?
P. Sí
T. ¿Está sudando?
P. Sí
T. ¿Está sentada en algún sitio?
P. Sí, sí.
T. Muy bien, Angustias, hablamos en sesión que aunque los síntomas son muy fuertes no va a ocurrir nada. Intente centrarse en mi voz y vaya haciendo lo que le voy diciendo, ya verá como en unos minutos se va encontrando mejor.
P. *(Jadea.)*
T. Angustias, para disminuir el ritmo de su respiración entrelace las manos como vimos y respire metiendo la boca dentro de ellas.
P. De acuerdo...
T. Muy bien, vaya respirando dentro, muy bien, ya verá cómo en unos minutos se encuentra mucho mejor.
P. Uffff...
T. Angustias, trate de seguir mi ritmo al respirar. Inspire, 1, 2, mantenga el aire, espire, 1, 2. Inspire, 1, 2, mantenga el aire, espire, 1, 2.
P. Uffff...
T. Continúe respirando así, ¿vale?
P. Sí.
T. Angustias, sabe que estas sensaciones son las habituales de un ataque de pánico, que en absoluto son peligrosas y que irán disminuyendo lentamente, recuerde que la ansiedad forma una curva que cuando llega al máximo poco a poco va bajando.
P. *(Jadea. Va descendiendo el ritmo respiratorio.)*
T. Estupendo, Angustias, ya ve que lo está controlando.
P. Sí..., pa-rece... que mejor.
T. Muy bien, Angustias, ha sido muy valiente exponiéndose a la situación que tanto temor le da y luego controlando este ataque. Es evidente que el trabajo que está haciendo le ayudará a superar su problema. Es muy importante su actitud ante las tareas del tratamiento, le alabo por su actuación.
P. Gracias, Lucía, creo que ya me voy encontrando mejor...
T. ¿Hay alguien a quien pueda llamar ahora para poder conversar un rato o para que le vayan a buscar?
P. No sé. Pero creo que se me va pasando. Me voy dando un paseo hasta casa y así me

va dando el aire.

T. De acuerdo, Angustias. No obstante, ahora que ha controlado la situación puede permanecer un rato más al lado del metro y disfrutar de controlar completamente la situación. El próximo día en sesión veremos todo lo ocurrido para seguir trabajando en ello.

P. Muchas gracias por todo, Lucía, un saludo.

T. Muy bien, Angustias, nos vemos la semana que viene, un saludo.

5. *Propuesta de actuación en llamada de agresión*

Remedios acude al psicólogo demandando ayuda tras haber sufrido varios ataques de ansiedad. Comenta que su ansiedad aparece a consecuencia de las discusiones y malentendidos con su marido. En determinados momentos pedimos a su pareja acudir a terapia. Éste acude en alguna ocasión mostrando una gran dificultad en su control (verbal). Hasta el momento los conflictos con su pareja han estado controlados.

Tras llegar a mitad del tratamiento recibimos una llamada de Remedios refiriendo que tras una discusión con su marido, éste le ha agredido verbal y físicamente. La paciente presenta miedo y tristeza.

T. Buenas tardes, Remedios. Dígame.

P. Perdona que te moleste, es que... *(Empieza a llorar.)*

T. ¿Qué sucede, Remedios?

P. Es que... *(Jadea.)* Mi marido me ha pegado.

T. ...

5.1. *Clarificar el motivo de la llamada y de lo ocurrido*

Como en la situación anterior, es necesario aclarar el motivo de la llamada de la paciente. No es conveniente llevar a cabo unas conclusiones demasiado drásticas en estas situaciones debido a su seriedad. Es imprescindible saber cuáles son los hechos y dónde se encuentra, para poder ayudar mejor a la persona. También saber el motivo por el cual la persona se pone en contacto con su terapeuta, ya que simplemente puede querer desahogarse con alguien, o por el contrario esté tan asustada que no sepa qué hacer en ese momento o pida auxilio urgente.

5.2. *Hablar con calma y seguridad. Estimar el uso de preguntas cerradas*

El terapeuta deberá hablar en un tono suave para poder transmitir a la paciente cierta sensación de tranquilidad. Hay que contar con que el paciente llama en momentos de mucha vulnerabilidad. Dadas las circunstancias, puede que no sepa muy bien lo que ha

sucedido o esté confundida. También es posible que esté en peligro, puede estar presente o próximo el agresor o agresora. Ver la conveniencia de hacer preguntas cerradas a las que pueda responder sí o no, que serán menos comprometidas.

5.3. *Reducir la activación*

Si se ha trabajado con anterioridad la respiración, se le indicará que intente ponerla en marcha para estar más tranquila. En caso contrario, se le dan unas indicaciones breves para realizar una respiración (respirar dentro de una bolsa o tapando boca y nariz). Es importante disminuir su nivel de activación para que pueda tomar decisiones mejores con respecto a la situación y actuar de forma más adecuada.

5.4. *Ofrecerle tiempo para expresarse*

Se ha de permitir a la paciente que explique lo sucedido, dándole un espacio de tiempo para ello. Si muestra dificultades para hablar, se intentará limitar la conversación mediante preguntas cerradas. Es importante no sólo que se exprese en términos de ventilar emociones (descarga emocional), sino también de recuerdo y reprocesamiento de lo sucedido.

5.5. *Informarle sobre recursos disponibles. Mantener contacto*

En algunos casos es posible que la paciente llame simplemente con el objetivo de poder desahogarse. Será conveniente, una vez que se observe que está algo más tranquila, que comprenda la gravedad de lo sucedido y de los posibles riesgos que puede haber. Podemos sobrepasar con ella las posibilidades de actuación, por ejemplo, de denuncia. Indicarle que si se considera que su vida corre peligro, el profesional está en su derecho de romper la confidencialidad.

Por otro lado, el motivo de la llamada de la paciente puede ser el desconocimiento de cómo proceder ante tal situación. Ofrecer a la paciente los números y lugares donde dirigirse para poder obtener ayuda especializada. O si está muy desorientada, mantener el contacto mientras se avisa a los servicios de urgencia y llegan.

5.6. *Dar instrucciones simples y jerarquizadas*

Puede darse la situación en la que la paciente llama debido a que tiene claro lo que debe hace, pero no sabe cómo. Por ejemplo, desea abandonar a su pareja pero no sabe dónde dirigirse. En tal caso, se deberá saber si el agresor se encuentra presente en la casa. Se le ofrecerán unas instrucciones jerarquizadas de cómo ha de proceder para

poder salir de la casa. Se le indica que acuda a un lugar seguro lejos del agresor. O se indicará que permanezca en el lugar identificado mientras se avisa y acude la policía.

6. *Resumen*

- Clarificar el motivo de la llamada y de lo ocurrido.
- Hablar con calma y seguridad. Estimar el uso de preguntas cerradas.
- Reducir la activación.
- Ofrecerle tiempo para expresarse.
- Informarle sobre recursos disponibles. Mantener contacto.
- Dar instrucciones simples y jerarquizadas.

7. *Aplicación al ejemplo*

T. Buenas tardes, Remedios. ¡Dígame!
P. Perdona que te moleste, es que... *(Empieza a llorar.)*
T. ¿Qué sucede, Remedios?
P. Mi marido y yo discutimos ayer muy fuerte.
T. ¿Y pasó algo más?
P. Sí, me insultó y me ha pegado.
T. Comprendo. ¿Y ha hecho usted algo al respecto?
P. No, es que no sabía a quién llamar.
T. Y dígame, ¿cómo puedo ayudarla?
P. No sé, es que tengo mucho miedo. *(Jadea.)*
T. Es normal. No es una situación fácil. Vamos a intentar respirar tal y como hemos aprendido en sesión. Coja aire, y vamos a ir soltándolo poco a poco. ¡Muy bien! Dígame, Remedios, ¿está su marido en la casa o cerca de usted?
P. No, él ha salido, no sé dónde está.
T. Cuénteme, Remedios, ¿cómo ha sucedido?
P. Pues como siempre. Él se molestó porque no me había dado tiempo a comprar una cosa que quería y cuando se lo dije se enfadó mucho y me empezó a insultar. Y como yo me metí en la habitación y di un portazo, él vino y me pegó. Nunca lo había visto así. Antes de salir pensaba que me iba a volver a pegar. Pero seguro que mañana viene pidiéndome perdón, pero esta vez no puedo perdonarlo. Estoy harta. ¿Por qué me trata así? Siempre intento razonar con él cuando se enfada para que comprenda, pero es que no me hace caso. No quiero estar así, no puedo más. ¡Tengo miedo!
T. ¿Ha pensado en irse de casa o en denunciarlo?
P. No sé. Es que denunciarlo. Nunca antes había hecho esto. No sé qué hacer ni cómo hacerlo. *(Jadea.)*

T. Tranquila, es normal, no es fácil tomar una decisión como ésta, ni es imprescindible hacerlo ahora. Ahora lo más importante es su seguridad. ¿Cree que está en peligro?
P. Ahora no está, pero hace unos momentos le vi fuera de sí, podía haber hecho cualquier cosa. Me da miedo que vuelva a pasarle. Me da pánico sólo pensar que vuelve a entrar por la puerta.
T. Entiendo que la situación es grave y que hay la posibilidad de que vuelva a repetirse. Puede hacer dos cosas, una es denunciar el hecho a la policía solicitando protección o simplemente llamar al número 016, o abandonar su casa como medida de seguridad si tiene un lugar donde refugiarse. Sería conveniente que tomara medidas al respecto.
P. No sé, es que denunciarlo me suena muy duro.
T. Remedios, ahora la decisión es qué hacer para protegerse mejor. Más vale actuar y hacer algo para su seguridad. Si lo desea, puedo llamar yo en su nombre y pedir ayuda. Además, como profesional, si considero que su vida corre peligro, tengo obligación de comunicarlo.
P. Pero yo creo que me quiere. No sé qué le ha sucedido. La he llamado a usted porque no sabía a quién dirigirme.
T. Entiendo que no sea fácil todo esto para usted. Insisto en que tome alguna medida para evitar que se repita la situación y para garantizar su seguridad. Denunciar no es la única. Si no lo tiene claro, considere al menos otras posibilidades, pedir ayuda al 016, o irse a casa de alguien de su confianza. ¿Puede hacerlo?
P. Sí, seguro que mi hermana me ayuda. Pero no sabe nada y me da mucha vergüenza.
T. Su seguridad es decisiva. Si quiere la llamo yo.
P. No, mejor lo hago.
T. Por favor hágalo ya. Una vez allí me llama.
P. De acuerdo.

8. *Propuesta de actuación en llamada de suicidio*

Socorro es una mujer de 58 años con una depresión muy grave. Lleva 5 meses en tratamiento psicológico habiendo tenido pequeños avances. Hace un mes falleció su padre, hecho que hizo que volviera a retroceder en lo avanzado. En las últimas sesiones, en su discurso había frases como: *Ya no merece la pena vivir, se ha ido lo más importante en mi vida.* La paciente también está bajo tratamiento farmacológico con antidepresivos e hipnóticos.

La paciente llama al psicólogo el viernes por la noche refiriendo que se va a suicidar.

T. Dígame, Socorro.
P. ¡Verónica! Lo siento pero no puedo más, voy a terminar con todo esto...
T. Socorro, ¿a qué se refiere?
P. Voy a terminar con mi sufrimiento...

T. ¿Qué me intenta decir, Socorro?
P. Voy a acabar con mi vida ahora mismo...
T. ¿Dónde está?
P. En un puente
T. ¡Socorro, no puede hacer eso!
P. ...

8.1. *Previo a la intervención*

- Siempre que pueda, el profesional tendría que pedir al paciente la dirección del domicilio y el teléfono fijo. Además, puede ser recomendable tener el teléfono de algún familiar o amigo.
- Si el paciente anteriormente en sesión ha expresado ideas de suicidio, se ha de haber consultado los detalles de cuándo y cómo lo llevaría a cabo, para comprobar si tiene un plan establecido. (Ver capítulo 6.3. Problemas con conductas autolíticas.)
- Si el profesional ha comprobado que el paciente tiene ideas autolíticas, lo más recomendable sería realizar un contrato, estableciendo las pautas de intervención. Asimismo, contactar con una persona próxima (familiar) del paciente o los servicios de salud mental.

8.2. *Establecer una relación mantenida y obtener información*

Cuando el paciente llama al psicólogo para comunicarle que va a acabar con su vida, el profesional tiene que conseguir que la comunicación no se corte, que mantenga el habla en todo momento con el paciente, preguntándole dónde se encuentra, si ha consumido algún tipo de medicamento o droga en altas dosis, cómo ha llegado hasta allí, qué ha estado haciendo antes, y cómo piensa suicidarse.

No se debe considerar negativo el hecho de hablar con él de manera abierta sobre el tema, ya que posiblemente alivie su malestar. No olvidar tampoco que el paciente ha decidido hablar con el terapeuta antes de llevar a cabo su idea.

El psicólogo ha de tener a mano la dirección y otros números de teléfono del paciente (domicilio, trabajo, persona de contacto), en caso de que éste desconecte durante la llamada telefónica.

8.3. *Contactar con servicios de urgencia*

Intentar convencerle para que sea él quien llame al teléfono de urgencias y solicite ayuda (si no está establecido previamente por contrato). En caso de negativa, se ha de avisar inmediatamente a los servicios de urgencia, para que sean éstos los que acudan, y mientras llegan, si es posible, mantener el contacto telefónico con el paciente. Avisar

también a los números de contacto dados por el paciente en las primeras sesiones de evaluación.

Si se tiene la información de un plan establecido se le preguntará si piensa hacerlo tal y como comentó. Podemos transmitirle que no es útil comportase de manera impulsiva en esta situación. Hacerle ver que el suicidio puede ser lento, doloroso o infructuoso.

No se debe restar importancia ni pensar que son llamadas de atención. Si realmente lo son, se han de abordar después para poder enseñarles a pedir ayuda de una forma adecuada.

8.4. *Brindar ayuda*

En estos momentos el paciente se tiene que sentir entendido (escucha activa) y apoyado por el psicólogo. En todo momento se le dirán palabras de comprensión y de ayuda, como por ejemplo: *Sabes que soy consciente de lo que estás pasando, pero llevas un largo camino recorrido y no puedes abandonar así. Tú puedes con esto y yo estoy a tu lado para ayudarte.*

Es importante que se reconozca su sufrimiento, sin mostrarse crítico hacia su comportamiento. No es conveniente discutir o tratar de convencer rápidamente a la persona para que no se suicide. Tampoco se debe hablar de uno mismo y de sus experiencias personales. Ni decirle frases hechas que no convencen, como «la vida es bella».

El profesional no ha de mostrar miedo, inseguridad u otras muestras de no saber manejar la situación. Si no se siente seguro con lo que está haciendo, es mejor pedir ayuda.

8.5. *Dejarle hablar dándole posibilidad de comunicación (desahogo emocional)*

Es muy importante en esta situación crítica que el paciente exprese todo lo que siente, ya que está en un estado emocional extremo en el que quizá nunca antes había estado, y es muy difícil que él sólo lo maneje, por lo que favoreceremos que se exprese con total libertad. Si éste no es capaz de hablar, pedirle que verbalice sus sentimientos y pensamientos. El psicólogo puede ayudarle a recordar lo que en otras ocasiones le ha funcionado.

8.6. *Identificación del problema central-próximo y proponer una vía de actuación*

A través del desahogo emocional se tratará de detectar cuál es el problema central que le ha llevado a tomar la decisión de acabar con su vida. En cuanto se identifique habrá que propiciar una vía de actuación. A través del diálogo socrático, el paciente puede confirmar las ideas o miedos que le están preocupando, continuando por una posible

reestructuración de dichas ideas.

8.7. *Sugerir alternativas que supongan posponer el acto y conseguir un compromiso temporal*

El psicólogo puede proporcionar al paciente alternativas de actuación para poder intervenir en el problema. Se intentará ayudarle a descartar la idea de que su única solución a los problemas es el suicidio. Se puede intentar un compromiso verbal donde se establezca un período de tiempo para darle una nueva solución.

Si en sesión se hizo una hoja con pros y contras o de «razones para vivir», se le puede pedir que intente recordar lo que puso, o si no servir como memoria del paciente recordándole algunos de los puntos que él mismo redactó.

8.8. *Permanecer activos para evitar el fenómeno de rapto suicida*

En todo momento el psicólogo debe estar alerta para no dejarse llevar por la situación y bajo ninguna circunstancia acudir al lugar donde está el paciente.

Es imprescindible que el psicólogo tome en serio al paciente evitando alarmarse e intentando no mostrarse inseguro en lo que hace. Se ha de mantener «acompañando» al teléfono al paciente hasta que reciba ayuda de alguna persona de confianza o de los servicios de urgencia.

9. *Resumen*

- Previo a la intervención.
- Establecer una relación mantenida y obtener información.
- Contactar con servicios de urgencia.
- Brindar ayuda.
- Dejarle hablar dándole posibilidad de comunicación (desahogo emocional).
- Identificación del problema central-próximo y proponer una vía de actuación.
- Sugerir alternativas que supongan posponer el acto y conseguir un compromiso temporal.
- Permanecer activos para evitar el fenómeno de *rapto suicida.*

10. *Aplicación al ejemplo*

T. Dígame, Socorro.

P. ¡Verónica! Lo siento pero no puedo más, voy a terminar con todo esto... (la paciente llora).

T. Socorro, ¿dónde se encuentra?
P. Estoy en el puente.
T. ¿Qué puente, Socorro?
P. Uno que hay cerca de... la unidad.
T. ¿Cómo ha llegado allí?
P. Andando.
T. Bueno, Socorro, ¿y qué ha ocurrido antes para que vaya allí?
P. No dejo de pensar que no vale la pena seguir así, que ya no tiene sentido seguir viviendo... sólo sufro...
T. En la última sesión me comentó que estaba pensando quitarse la vida. Me dijo que se tomaría un bote de pastillas y se tiraría por un puente. ¿Ha llegado a tomarse las pastillas?
P. Sí, las que me quedaban de este mes.
T. ¿Y más o menos cuántas serían?
P. No lo sé.
T. Si estamos a mediados de mes... más o menos serían 15 pastillas, ¿no?
P. Sí, tal vez...
T. Socorro, sabe que soy consciente de lo que está pasando, pero lleva un largo camino recorrido y no puede abandonar así. Usted puede con esto y yo estoy a su lado para ayudarle.
P. ¡No puedo! Mis fuerzas se han agotado... ¡No lo aguanto más!
T. Sabe que estoy con usted en esto, llevamos varios meses trabajando para que su situación mejore, y poco a poco lo va haciendo.
P. Pero ya nada tiene solución... ¡mi padre ha muerto!
T. Sé que lo está pasando realmente mal, pero podrá salir de esto. Puede decirme lo que siente ahora, recuerde que cuando estamos en sesión y hablamos de todo lo que le preocupa se siente luego mucho mejor...
P. ¡Ya no me preocupa nada! ¡Lo más importante en mi vida se ha ido!... ya nada será igual... no podré volver a ser la que antes era... ¡mi vida ya no tiene sentido!... nunca imaginé que acabaría así...
T. Muy bien, Socorro, es muy importante que exprese lo que siente. Estoy a su lado.
P. Que no veo que nada vaya a mejor, puede que en este tiempo haya mejorado algo, pero no veo que consiga tener mi vida como antes, siempre estoy triste, llorando, sola...
T. Bueno, Socorro, sea justa, recuerde que en estos dos meses ha habido algunas mejoras, ha recuperado el contacto con una amiga de la infancia, está poco a poco intentando tener más actividad durante el día, ahora se levanta por la mañana de la cama, cuando antes tan sólo se levantaba para ir al baño, eso ya es un gran avance.
P. Sí, pero no el suficiente...
T. Siempre lo hablamos, esto va poco a poco, pero con la motivación que tiene,

acudiendo a terapia como lo hace siempre y haciendo un gran esfuerzo por realizar las tareas, ha visto que va teniendo pequeñas mejoras en su vida, y eso en unos meses se convertirá en grandes avances.

P. Sí, pero todo va muy despacio, y yo no aguanto más...

T. Pero Socorro, usted sabe que está haciendo cosas para mejorar su vida, y el terminar así con su sufrimiento no es la mejor solución. Podemos esperar a la semana que viene y plantearle nuevas estrategias para afrontar esta situación. Además, ¿recuerda las razones que escribió en la hoja para vivir?

P. No. Bueno, alguna...

T. Dígame alguna.

P. Pues ver a mis nietos...

T. Esa razón es muy buena, claro que sí. ¿Qué más recuerda?

P. Conocer lugares donde no he estado, cuando me jubile.

T. Muy bien, Socorro, además ahora se lo podrá proponer a su amiga Rosa, que seguro que con un viaje les da tiempo a recordar todos los buenos momentos que pasaron juntas.

P. Sí, puede que tengas razón. La verdad es que esta tarde se me ha venido el mundo abajo, no paraba de pensar en todo lo que me ocurre y sólo veía la muerte como la solución... ¿Podrías venir aquí para hablar conmigo? Seguro que así me sentiré mucho mejor...

T. Va a llegar en unos momentos su hermano, que ya me he puesto en contacto con él para que vaya a buscarla.

P. ¡Ya pero él no me comprende!

T. Le comprendo, Socorro. Si le parece me mantendré al teléfono hasta que llegue su hermano, y si cuando esté él necesita seguir hablando, lo haremos. ¿De acuerdo?

P. Sí.

T. Muy bien. Ya le quedará poco a su hermano para recogerla, vamos a seguir conversando hasta que él llegue. ¿Le parece?

P. Sí, claro.

2. Conductas de acoso al terapeuta

LAURA MARCOS, MARTA RUBIO, CRISTINA MÉNDEZ, ICÍAR GIMÉNEZ-CASSINA y FRANCISCO JAVIER LABRADOR

1. *Descripción del problema*

Aunque las conductas de dependencia, de mostrar interés personal o intentar mantener una relación fuera de la consulta pueden considerarse una forma de acoso al

terapeuta, el presente capítulo hace referencia a situaciones más graves. El paciente, o alguien de su entorno, se encaran con el terapeuta, le increpan a través de llamadas telefónicas o le llaman constantemente sin motivo o con uno vago e inespecífico, aparecen en la consulta fuera del horario de la sesión y con malos modos intentan ser atendidos, siguen al terapeuta al finalizar su jornada laboral, o incluso le amenazan de forma velada o manifiesta...

Los motivos pueden ser dispares: desde la no aceptación de un tratamiento determinado, verse perjudicado por un tratamiento de un familiar o molestias a la hora de notar cambios en la persona que acude a terapia, hasta consecuencias más directas de los trastornos de los pacientes como síntomas alucinatorios, paranoides, delirios. En algunos casos incluso intentos de presión para conseguir un diagnóstico o una situación de privilegio que el terapeuta no considera adecuado.

Es posible que estas situaciones se den de forma esporádica o de forma continuada, pero en cualquiera de los casos es suficientemente nociva para el terapeuta, y pueden llegar a ser vividas como una situación de tensión y amenaza permanente. Se impone, en consecuencia, una actuación eficaz y rápida con objeto de poner fin a este tipo de situaciones.

2. *Ejemplo*

2.1. *Anacleto*

Es un varón de 42 años que presenta un trastorno bipolar detectado hace 2 años. Acude a consulta para mejorar su estado de ánimo y aumentar el control de sus impulsos, que en algunos casos le han llevado a situaciones complicadas con otras personas.

Tras 5 sesiones, el terapeuta comienza a recibir llamadas sin respuesta y mensajes de voz donde Anacleto expresa su enfado, incluyendo en muchos casos insultos al terapeuta. Además, en las 2 últimas sesiones tras la consulta ha esperado al terapeuta y le ha proferido insultos desde la calle (gritos).

2.2. *Benicia*

Una mujer de 58 años, que vive con su marido e hijo de 19 años. Acude a consulta refiriendo sentirse muy angustiada por el comportamiento de su hijo, que desde que abandonó el negocio familiar como repartidor, no trabaja ni estudia y pasa todo el día en casa. Aparte de otros posibles problemas, esta situación está causando dificultades a la familia, puesto que los ingresos son limitados y los gastos generados por su hijo han llevado a un endeudamiento de ésta. Benicia trabaja como empleada en un servicio de

limpieza y además es quien realiza todas las tareas de la casa.

Tras varias sesiones de tratamiento, Benicia comienza a establecer límites a su hijo, en especial en lo referente a la limpieza y la administración del dinero.

Esta situación, que ha supuesto una reducción de las comodidades de su hijo, ha provocado un reacción agresiva por parte de éste que dirige contra su madre y también contra el terapeuta. A partir de este momento el hijo de Benicia ha comenzado a llamar reiteradamente a la consulta dejando mensajes que insultan y amenazan al terapeuta, trata de sabotear la asistencia de Benicia a las sesiones e incluso acude en persona a la clínica para increpar al terapeuta y exigirle que deje de tratar a su madre.

3. *Propuesta de actuación*

3.1. *Establecimiento de un contrato terapéutico*

Para evitar posibles conflictos, es recomendable que, desde la primera sesión, el terapeuta presente un contrato donde se precisen los términos adecuados de la relación entre el paciente y el psicólogo, y las obligaciones y derechos de ambas partes.

Siempre que sea posible se procederá a la firma del contrato al comienzo de la evaluación, confirmando de esta manera el paciente que acepta dicha forma de trabajo.

3.2. *Evaluación de la gravedad de los actos*

Es importante que el terapeuta valore las conductas y establezca el riesgo de las mismas. Pueden darse desde simples llamadas sin respuesta a la consulta, o puede ser que el paciente siga al terapeuta fuera del horario de sesión y le increpe en la vía pública.

El terapeuta puede considerar si se trata de acciones aisladas o si existe cierta periodicidad.

Frente a cualquier situación de riesgo, lo prioritario es la seguridad del terapeuta, por lo que se puede considerar poner esta situación en conocimiento del Colegio Oficial de Psicólogos y de la policía. Siempre han de tenerse en cuenta las restricciones éticas de la confidencialidad, pero la prioridad es la seguridad personal del paciente o del terapeuta.

Se pueden distinguir dos situaciones que implican una actuación distinta:

a) El propio paciente es quien realiza conductas de acoso:

a.1) La situación es *controlable* por el psicólogo:

- Si tras haber valorado las conductas, el terapeuta considera que será beneficioso confrontarlo *con el paciente,* puede bien establecer una sesión específica para esta confrontación, o en caso excepcional proceder a exponer al paciente la situación

por medio de una llamada telefónica.

En caso de proceder en sesión, el terapeuta ha de:

- *Recabar información:* Tratar de averiguar por medio de la conversación los motivos por los que se están dando estas conductas.

- *Establecer límites:* Recordar al paciente las pautas de trabajo en terapia y los límites existentes fuera de ésta, si fuera necesario recuperar el contrato terapéutico, para recordar al paciente las obligaciones y excepciones de confidencialidad.

- *Confrontar:* Hacer consciente al paciente de sus actuaciones y las consecuencias de las mismas, explicando la posibilidad de poner fin al tratamiento si se considerara oportuno.

- *No admitir excusas:* Extinguir cualquier comentario, excusa, o intento de quitar importancia a la situación o conducta. Es posible que intente excusarse, negarse o minimizar la gravedad. Debe hacerse muy evidente que no se pasa por alto la situación, que se considera grave, que no es justificable ni admisible y que se actuará de forma inmediata si se repite.

- Si dada la actuación del paciente parece conveniente, se procederá a informarle de los *recursos profesionales y legales* a disposición del terapeuta en caso de que el acoso sea repetido.

a.2) En el caso de que la situación sea *incontrolable* por el psicólogo:

Inmediatamente ha de poner la situación en conocimiento del Colegio Oficial de Psicólogos. Con su apoyo y recomendación cualquier medida legal cubrirá al terapeuta de posibles denuncias o riesgos.

En caso de que el terapeuta lo considere puede informar al paciente de la situación por medio de una llamada telefónica.

Si se considera que puede darse una situación de riesgo, puede ser conveniente acudir a las autoridades pertinentes.

b) En caso de que sea *un familiar del paciente* quien lleve a cabo el acoso:

b.1) En primer lugar considerar la posibilidad de *poner en conocimiento del paciente la situación.*

b.2) *Tratar de averiguar los motivos* que pueden subyacer (en el caso del ejemplo, a la hora de explicar la técnica se advierte a la paciente de posibles aumentos de conductas agresivas o defensivas en su hijo como reacción a su cambio de comportamiento).

b.3) Si se prevé que la situación no acarreará riesgos para el paciente o terapeuta, se tratará de *que sea el propio paciente quien contenga o establezca los límites* de las actuaciones de su familiar siempre que sea posible.

b.4) En el caso de ser la paciente quien se dirija al familiar que acosa al terapeuta, sería importante *valorar su tarea, su coste y dar valor* e importancia a su actuación. Señalarle que se trata de una tarea más, necesaria e imprescindible para seguir con el tratamiento.

b.5) *En caso de existir algún riesgo,* manifestar al paciente la necesidad de *quebrantar la confidencialidad terapeuta-paciente, s*iguiendo las directrices del código deontológico. Poner en conocimiento del paciente la gravedad de los hechos y *advertir de la situación a las autoridades.*

4. *Resumen*

- Elaboración de un contrato terapéutico.
- Evaluación de la gravedad de los actos:

a) El propio paciente es quien realiza conductas de acoso

— Situación controlable por el psicólogo:

– Recabar información.
– Establecer límites.
– Confrontar.
– No admitir excusas.
– Señalar actuaciones profesionales y legales.

— Situación incontrolable por el psicólogo: poner la situación en conocimiento del Colegio Oficial de Psicólogos y autoridades correspondientes.

b) El acoso lo realiza un familiar del paciente:

— Poner en conocimiento del paciente la situación.
— Tratar de averiguar los motivos.
— Señalar la necesidad de que el propio paciente contenga o establezca límites a su familiar.
— Valorar su tarea, su coste y reforzar por ella.
— Si existe riesgo para terapeuta o paciente, quebrantar la confidencialidad y acudir a las autoridades pertinentes.

5. *Aplicación al ejemplo*

5.1. *Anacleto*

Deja mensajes en el contestador con palabras obscenas o desafiantes. Comprobamos que nos espera al finalizar la consulta.

Al inicio de la siguiente sesión:

T. Antes de seguir trabajando, considero que hay un tema que debe quedar muy claro ahora mismo. He recibido sus mensajes y he constatado sus esperas tras la consulta. La situación me ha alarmado y por eso me gustaría que me comentara el motivo de estas actuaciones.
P. Yo no... en realidad... le estoy pagando y quiero confiar en usted... es sólo que no estoy de acuerdo con lo que me dijo el otro día...
T. Como le decía, entiendo que esta situación es nueva, que pueden existir miedos. No obstante creo conveniente que me comente estos aspectos dentro de las sesiones, puesto que ya le expliqué el primer día mi método de trabajo y las pautas y límites existentes. Considero que es una forma de actuación grave y no aceptable.
P. ...
T. Usted ha firmado un contrato en el que se especifican sus derechos y también sus deberes. Este contrato exige el respeto hacia usted y hacia mí. Y el dejar mensajes o esperar y hacer comentarios a distancia, no considero que sean una forma adecuada ni aceptable de resolver sus dudas o mostrarme su desacuerdo con lo tratado en sesión.
P. ¡Yo respeto le tengo!
T. Es posible, pero sus conductas no ponen de manifiesto eso. Dentro de nuestra profesión existe la obligación de mantener la confidencialidad de los pacientes, aunque dicha confidencialidad puede ser violada en determinadas situaciones... (se le hace entrega de la parte en la que el código deontológico dicta dicha sentencia).
P. Pero lo que yo he hecho tampoco es para tanto... ¡yo no le he agredido!
T. Le traigo detalladas cada una de las palabras, de las amenazas que me ha hecho telefónicamente, además de los días concretos en los que usted me esperaba en la puerta, y los comentarios que realizó en tales situaciones. Quiero que los mire y sea consciente de lo que ha sucedido. Imagine que fuera yo quien se dirigiera a usted de tal manera. ¿Qué le hace pensar/sentir?...
P. Supongo... A mí no me gustaría... Pero... es que ése no soy yo... es cuando me «convierto»...
T. Es necesario que comprenda que la situación es grave y si no finaliza hoy mismo, me veré obligada a quebrantar la confidencialidad y hacer participe al COP y a las autoridades legales de lo sucedido.
P. Lo siento, juro que no volverá a pasar.
T. Confío en que sea así. En su defecto se llevarán a cabo las pautas que le acabo de

explicar.

5.2. *Benicia*

El hijo de nuestra paciente deja mensajes amenazantes e insultos en el teléfono.

T. Antes de seguir trabajando, considero que hay un tema que debemos abordar y resolver ahora mismo. Está relacionado con su hijo. Estoy recibiendo amenazas telefónicas desde hace una semana, y esto, como comprenderá, no se puede permitir.
P. ¡Mi hijo! ¡Le dije que era peligroso! Discúlpele, está muy enfadado.
T. Entiendo que esté enfadado, ahora ha de hacer un mayor número de tareas en casa, pero ésa no es justificación para sus actos.
P. Es joven... no sabe lo que hace...
T. Me gustaría que fuera usted misma quien valorara la situación. *(Se le hace entrega de los comentarios e insultos telefónicos.)*
P. Sí... ya... no... no está bien...
T. Es preciso que le recuerde que, como le expuse en la primera sesión, para trabajar se requieren unas pautas y unos límites. En este caso, mi obligación de confidencialidad queda truncada en casos excepcionales. *(Se le expone el contrato que firmó en la primera sesión.)*
P. Sí, lo recuerdo...
T. Con ello quiero que conozca que si las conductas de su hijo no cesan ya, me veré obligada a tomar medidas.
P. ¿Medidas? ¿En qué sentido?...
T. Es preciso que su hijo deje de comunicarse conmigo, y más en este tono. Mi paciente es usted. Le pido que haga lo que considere más adecuado para que cese este tipo de conductas. Caso de que vuelvan a repetirse, me veré obligada a tomar las medidas adecuadas, entre ellas poner la situación en conocimiento del COP y de las autoridades legales pertinentes.
P. Entiendo su reacción, pero no se preocupe, yo me encargo de que mi hijo deje de molestarla inmediatamente. Lo siento...
T. Gracias, entiendo que es una nueva pauta y puede ser una tarea complicada para usted. Pero el respeto es un objetivo muy importante. Será necesario para seguir trabajando.

3. Problemas con las conductas autolíticas

MARÍA DE LOS MOZOS, ALICIA FERNÁNDEZ y FRANCISCO JAVIER LABRADOR

1. *Algunas consideraciones iniciales*

1.1. *Abordaje general de posibles indicios de suicidio*

a) Indicios de posibles intentos autolíticos

No es cierto el supuesto de que la persona que se quiere suicidar no lo dice, o la que lo dice no lo hace. Aunque no siempre, con frecuencia las personas que piensan o planean una conducta autolítica emiten señales al respecto. Parece muy importante estar atentos a estas señales, a fin de poder actuar previniendo estas posibles conductas. Entre los indicios más habituales, que deben figurar como señales de alerta al respecto, se encuentran los siguientes:

- Verbalizar la posibilidad de suicidarse: *Quiero quitarme de en medio. Voy a suicidarme...*, o indicios próximos: *Es posible que no dure mucho. Pronto dejaré de ser una carga.*
- Manifiesta sentirse muy solo y aislado, y ser incapaz de aguantarlo.
- Manifiesta sentimientos de impotencia, indefensión, depresión, y en especial desesperanza.
- Pierde interés por sus aficiones, familia, amigos, trabajo, por su apariencia personal.
- Piensa con frecuencia en el suicidio y tiene algún plan definido de cómo llevarlo a cabo.
- Prepara documentos o realiza conductas relevantes en relación con su desaparición (testamento, llama para despedirse, cierra asuntos familiares o personales...).
- Problemas de depresión importantes, en especial si se dan dos condiciones: a) aparece un episodio de empeoramiento grave (ve imposible salir); b) mejoría repentina e inesperada (tiene fuerza para llevar a cabo el plan autolítico).
- Manifiesta la imposibilidad de resolver sus problemas y les da vuelta constantemente.
- Piensa que ya ha sufrido demasiado y no ve ninguna salida a su situación (en especial tras problemas afectivos, como una ruptura de pareja).
- Se aísla personal y socialmente.
- Episodios anteriores de intentos autolíticos.

b) Estrategias de prevención y control

- Investigar cuando aparecen indicios de suicidio para establecer si tiene planificada la forma de llevarlo a cabo. Si es así, considerarlo una situación de urgencia y actuar como tal.
- Evitar el acceso a los instrumentos o métodos con los que puede llevarlo a cabo (recordar que el 92,5% de los intentos autolíticos se realizan por medido de la ingestión de medicamentos).

- No dejarle solo. Avisar a personas relevantes para él (familiares o amigos), señalándoles la imperiosa necesidad de que esté siempre acompañado.
- Si no es posible contactar con personas relevantes para él, o no existen, contactar con servicios asistenciales de urgencia para su atención profesional.
- Si el presunto suicida llama por teléfono al psicólogo clínico que le está atendiendo indicando que va a suicidarse, el psicólogo no debe ir adonde está el paciente bajo ningún concepto, sería un riesgo inasumible. Avisar inmediatamente a los servicios de urgencia, para que sean los que acudan. Mientras tanto, si es posible, debe mantener el contacto telefónico.

1.2. *Abordaje específico*

Identificación de indicios de conductas autolíticas no inminentes o graves en consulta y manejo de éstas.

2. *Descripción del problema*

A lo largo de la sesión el terapeuta ha identificado alguno de los indicios de posibles intentos autolíticos. Por ejemplo, un paciente con intentos previos de suicidio refiere en consulta una pérdida importante (pareja, familiar, trabajo...), o una situación de reto que considera no puede hacer frente (le destinan a otra ciudad, nadie le tiene en cuenta, no tiene amigos...). Incluso en algunos momentos manifiesta síntomas depresivos, desesperanza respecto al futuro y comenta que tiene ideas de quitarse de en medio, o simplemente que la vida le resulta muy dura y poco atractiva.

Con frecuencia complica la situación el que este tipo de comportamientos suelen aparecen en la primera o primeras sesiones, cuando hay poco conocimiento del paciente y su realidad personal, familiar y social apenas se ha desarrollado, y la alianza terapéutica y la capacidad de influir del terapeuta, en consecuencia, son escasas.

Tras investigar los indicios, el terapeuta ha llegado a la conclusión de que no hay riesgo de un intento autolítico inminente y/o grave, en especial por no tener un plan de actuación concreto, ni estar completamente aislado y desesperanzado. En consecuencia decide no adoptar medidas de urgencia (llamar a servicios de urgencia), pero sí trabajar de forma inmediata para controlar la situación y eliminar el riesgo de suicidio.

3. *Ejemplo*

Prudencio es un profesor de instituto de 60 años, que ha perdido a su mujer, con la que estaba muy unido, hace mes y medio de forma inesperada (accidente de automóvil). Tiene dos hijos, con los que mantiene buena relación, pero ambos viven con sus familias en otra ciudad, por lo que el contacto no puede ser muy frecuente, salvo por teléfono.

Tiene un grupo de amigos con los que se reunían casi todos los fines de semana, en pareja. Ahora, aunque éstos intentan animarle a que se reúna con ellos, no le apetece ir, pues sería el único sin pareja. Tampoco tiene actividades que le atraigan, pues casi todo lo que hacía en sus momentos de ocio lo hacía con su pareja. Alarmados por el bajo estado de ánimo, sus hijos le han «empujado» a buscar ayuda profesional. En la primera sesión, tras describir su problema, en algunos momentos con las lágrimas a punto de escapársele, comenta:

P. Como puede ver, he sido muy feliz durante muchos años, pero ahora todo se ha acabado. Sin Milagros, la vida para mí ya no tiene mucho sentido.
T. Es normal que se sienta así, no cabe duda de que su situación es difícil.
P. Bueno, no es que sea difícil, simplemente no tiene sentido. Sólo tengo ganas de cerrar los ojos y desaparecer, quitarme de en medio para no sufrir más, pero no sé si seré valiente para hacerlo.
T. Supongo que esto lo piensa en momentos de dolor y desesperación, pero tiene claro que ésa no es una salida.
P. No, cada vez lo pienso más, pues realmente no veo otra salida. Cada día me cuesta más levantarme, ya nada me atrae y se me hace difícil incluso el salir a la calle. El trabajo me resulta insoportable. ¿Qué sentido tiene vivir para sufrir? Si fuera valiente...
T. A veces, en situaciones complicadas, nos vienen este tipo de ideas. En algunas ocasiones incluso contemplamos la forma de llevarlas a cabo. ¿A usted le sucede esto? ¿Ha considerado la forma de llevarlas a cabo?
P. La verdad es que no, sólo deseo descansar, no tener que hacer ni pensar nada. Sólo que acabe este sufrimiento. Ojalá me muriera de repente, así descansaría...

4. *Propuesta de actuación*

En los casos en los que la vida del paciente no corre peligro porque la ideación suicida no es grave ni inminente, se pueden tomar las siguientes medidas:

4.1. *Reconocer el sufrimiento del paciente y mostrar un apoyo incondicional*

Lo primero será reconocer el grave sufrimiento del paciente. Realmente su situación es muy difícil, y ahora no tiene claro cómo salir de ella, pero, lo mismo que otras veces, seguro que en breve podrá hacerlo. *No está sólo, estoy a su lado y totalmente comprometido en ayudarle a superar la situación*. Además sabe que el paciente puede superarla.

4.2. *Identificar la peligrosidad real de la situación*

Afrontándola de forma directa. Aspectos importantes a indagar son si ha pensado o tienen algún plan concreto para realizar estas conductas, también el apoyo social de que dispone, el nivel de desesperanza y soledad... Si tras la indagación se constata un riesgo real y próximo de suicidio, valorar la posibilidad de avisar a una persona muy próxima (si existe) y/o ponerlo en conocimiento de los servicios de urgencia. Si se estima que la vida del paciente no corre peligro porque la ideación suicida no es grave ni el riesgo inminente, se puede proceder con los siguientes pasos.

4.3. *Compromiso temporal del paciente*

Es necesario el compromiso del paciente para intentar superar la situación. El terapeuta le va a ayudar al máximo, pero es imprescindible que el paciente se comprometa a colaborar. Es importante conseguir un compromiso formal del paciente, al menos temporal. Lo mejor es que el paciente firme un contrato formal con el terapeuta, en el que se compromete a no intentar conductas autolíticas durante un determinado período de tiempo (por supuesto, cuanto más tiempo, mejor, pero al menos deberían conseguirse 2 semanas). Puede argumentarse que es un período de prueba, que ha de dar opción a la ayuda profesional que está solicitando. En el mismo contrato debe comprometerse a contactar con el terapeuta o coterapeuta cuando aparezcan estos pensamientos con cierta intensidad o reiteración. El paciente se compromete a mantener la colaboración e implicarse al máximo en el plan de acción propuesto por el psicólogo hasta la fecha de revisión del contrato.

4.4. *Análisis de pros y contras del suicidio*

Ahora es importante ampliar el punto de vista del paciente, que no se vea tan agobiado por el problema próximo. Para ello hacerle rellenar una hoja con posibles pros y contras de realizar una conducta autolítica. Se debe influir para que pueda identificar consecuencias negativas, en especial para las personas próximas, caso de llevarlo a cabo. *¿Qué será de sus hijos, o de su mujer? Hasta qué punto afectará a sus amigos próximos...* De especial valor es que identifique «razones para vivir». Que identifique recuerdos o aspectos que den sentido a su vida, en especial aspectos que impliquen a otras personas (familiares, amigos...). Que considere las consecuencias positivas de seguir viviendo: *Podrá por fin viajar a...; Podrá decir a sus personas próximas lo mucho que les quiere... hacer cosas extravagantes que antes no se atrevía...* Es importante que plasme estos pros y contras físicamente en un papel, de forma que pueda llevarlo con usted y consultarlo reiteradas veces en su vida cotidiana, en especial en situaciones problemáticas. También que cada día, en un momento establecido, haga un nuevo listado de «razones para vivir»; es importante supervisar este listado, de forma que se le puede pedir que lo remita todos los día (o cada dos) por *e-mail* para ver cómo

lo realiza y cuál es su evolución.

4.5. *Evitar cualquier tentativa de suicidio*

Se pondrán en marcha las estrategias adecuadas para evitar cualquier posible conducta autolítica. Para ello, es importante una supervisión relativamente permanente del paciente, en especial durante los primeros días. Se hace necesario contar con la colaboración de un familiar o amigo, a fin de eliminar o controlar situaciones de riesgo. Es importante no fiarse de las buenas palabras del paciente y eliminar cualquier medio que le facilite cometer el acto suicida (evitar que se quede solo en casa, anular las cerraduras de las puertas, eliminar la posibilidad de acceso a sustancias tóxicas y fármacos peligrosos...).

4.6. *Establecer actuación en situaciones de urgencia*

Se deben establecer estrategias de actuación en caso de que aparezca alguna situación de urgencia. En especial que comunique esta situación. Por ejemplo, aparecen ideas suicidas y el paciente no puede manejarlas. Se le instruye para que llame inmediatamente a servicios de urgencia. Se ha quedado solo en casa y se encuentra especialmente desesperanzado, debe salir inmediatamente a la calle o a un lugar de contacto social (casa de un amigo, bar, club...). Otra posibilidad es mantener un contacto telefónico periódico (llamar cada cierto tiempo a la persona de ayuda para informar que controla la situación). Sería conveniente poder hablar (al menos telefónicamente) durante la sesión, en presencia y con el permiso del paciente, con la persona de ayuda para explicarle su forma de actuación.

4.7. *Compromiso para asistir a la siguiente sesión*

Antes de finalizar la sesión es importante conseguir un compromiso del paciente de que va a realizar las tareas encomendadas y que va a asistir a la siguiente sesión (que no tiene por qué ser necesariamente a la semana siguiente, y puede adelantarse si parece conveniente). Insistir en la confianza depositada en él y en su compromiso.

4.8. *Consideraciones adicionales*

Con el paciente con riesgo de suicidio hay que tener en cuenta las siguientes cuestiones:

- La empatía y aceptación incondicional deben cuidarse más que en ningún otro caso.
- El paciente no debe percibir en ningún momento que se le intenta convencer de que no

se suicide.
- No se debe mostrar una actitud crítica o descalificadora hacia la consideración de comportamientos autolíticos ni sermonearle al respecto.
- No se debe mostrar miedo, inseguridad o muestras de no saber manejar la situación; en caso contrario, derivar.
- Mostrar que se entiende que en sus dolorosas condiciones, que limitan su visión, es lógico que aparezcan este tipo de pensamientos.
- Siempre debe identificarse algún aspecto positivo o mostrar una posibilidad de acción, aunque sea temporal, que «justifique» o «permita» una forma de actuación alternativa.

5. *Resumen*

- Reconocer el sufrimiento del paciente y mostrar un apoyo incondicional.
- Identificar la peligrosidad real de la situación.
- Compromiso temporal del paciente.
- Análisis de pros y contras del suicidio.
- Evitar tentativas de suicidio.
- Establecer actuación en situaciones de urgencia.
- Compromiso para asistir a la siguiente sesión.
- Consideraciones adicionales.

6. *Aplicación al ejemplo*

T. Es normal que se sienta realmente mal, debe ser muy difícil su situación. Pero yo estoy aquí para ayudarle.
P. Lo sé, pero en realidad no creo que pueda ayudarme. ¿Acaso puede devolverme a mi pareja? No tiene sentido vivir así, ya no me merece la pena....
T. Aunque entiendo lo mal que se encuentra, me preocupa lo que me indica. ¿Qué quiere decir con esto de que no merece la pena vivir?
P. Pues eso, que no le veo ningún aliciente a vivir así, sin Milagros. No sé qué hacer, para vivir así es mejor desaparecer de una vez.
T. ¿Qué quiere decir con esto, que ha pensado en hacer algo para «desaparecer de una vez»?
P. Bueno, me temo que alguna vez lo he pensado, en especial cuando comienza el fin de semana y estoy sólo en casa, sin ganas de hacer nada.
T. ¿Ha pensado en cómo hacerlo?
P. No. Es más, no creo que pueda hacer nada, no soy valiente. Además mis creencias religiosas me lo prohíben, aunque a veces lo veo todo negro y me da miedo.

T. Entonces tiene claro, al menos en momentos menos complicados, como puede ser éste, que «quitarse de en medio» no es una solución.
P. Ahora que estoy con usted sí. Pero, como le digo, en otros momentos lo veo todo negro y me da miedo.
T. Prudencio, es muy importante, que en estos momentos de mayor serenidad se comprometa con decisiones que le impidan hacerse daño en momentos difíciles.
P. Si a Usted le parece.
T. Sin duda, creo que es muy importante. Quiero que realicemos un contrato por el que usted se comprometa a no intentar, al menos durante las dos próximas semanas, hacer ninguna cosa que pueda perjudicarle

(Tras redacción y firma del contrato.)

T. Considero que la desaparición de Milagros se le impone y sólo le permite ver un pozo negro, no le deja ver otras realidades. Sin embargo es vital que cambiemos un poco el punto de vista. Me ha dicho lo mal que se encuentra, pero seguro que podemos encontrar algo positivo en su vida, algo por lo que valga la pena vivir y luchar. Por ejemplo, sus hijos. Ellos han perdido a su madre. ¿No podría usted hacer algo para aliviar su dolor? ¿No haría lo que fuera por ayudarles?
P. No lo había pensado. Quizá no me he dado cuenta de lo que puede haberles afectado. La verdad es que no les he servido de mucha ayuda.
T. ¿Entonces, está de cuerdo conmigo en que sería muy importante ayudarles a superar este momento?
P. Si yo pudiera... soy su padre.
T. Seguro. Una buena razón para dar sentido a su vida. ¿Qué otras cosas piensa que pueden ser importantes en su vida?...

(Se dedica tiempo a confeccionar un listado de «razones para vivir».)

T. Bien, ahora me preocupan esas situaciones en las que usted dice que lo ve todo negro. En especial los fines de semana. ¿Podemos contar con algún amigo suyo para que le ayude en estos momentos?
P. Bueno, quizá el grupo de amigos con los que nos reuníamos, pero no tengo fuerzas para ir yo solo, creo que me derrumbaría.
T. Es posible, aunque siempre sería menos problemático que hacer alguna «tontería». ¿Podríamos contar con algún amigo especial que le ayudara en esos momentos?
P. Seguro, todos nos queremos mucho. Quizá de todos sea Javier con el que siempre he congeniado mejor. Además, su mujer, Adelaida, es un encanto.
T. Perfecto. Además, Javier podría buscarle el primer día para animarle a ir, e incluso sabiendo lo difícil que será podrá ayudarle en algún momento especial. Puedo comentárselo yo si me facilita su teléfono, o si prefiere puede hacerlo usted.

P. Prefiero hacerlo yo. Me parece mejor.
T. Muy bien, pero vamos a preparar lo que va a comentarle
(Tras preparar los aspectos a comentar a Javier, y establecer un guión escrito, se fija el momento de hacerlo y un procedimiento para que el terapeuta constate que se ha hecho; por ejemplo, que le llame Javier.)

T. Muy bien, ahora es importante establecer qué debe hacer en momentos de especial dificultad, cuando lo vea todo negro. Es muy importante que antes de sentirse desbordado por la situación pueda comentarlo con alguien que pueda ayudarle. Quizá Javier, que va a estar ya al tanto de la situación y le es fácil contactarle.
P. Me parece bien, pero no querría agobiarle con mis problemas. Él tiene su vida y su familia.
T. Estoy seguro de que su amigo haría esto y mucho más, encantado de ayudarle. Además es sólo una situación temporal, pues sin duda usted saldrá del pozo en el que considera que está y volverá a disfrutar de la vida.
P. Ojalá sea así, pero lo dudo.
T. Bueno, hagamos lo que hay que hacer. Creo que sería importante que, después de que usted se lo comentara, pudiera venir Javier a la próxima sesión para que le pudiera explicar cuál debe ser su forma de actuar. ¿Cree que es posible?
P. Creo que sí. Ya le digo que somos muy amigos.
T. Bueno, usted se encarga de ello. Para finalizar me gustaría que fijáramos la próxima cita. Dado que considero importante la presencia de Javier, así como ver su evolución, deberíamos fijarla para fechas próximas. ¿Qué le parece para dentro de tres días?
P. Me parece bien. Si es por la tarde, seguro que Javier podrá venir.
T. Muy bien. Quedamos el próximo jueves. ¿De acuerdo?
P. Sí, sí, de acuerdo.

4. Conductas de agresión en situación terapéutica

PABLO ALONSO, LAURA GÓMEZ y FRANCISCO JAVIER LABRADOR

1. *Descripción sucinta del problema*

Aunque la mayor parte de los comportamientos agresivos se producen en personas sin trastornos psicológicos aparentes, el objetivo de este capítulo es centrarse en las conductas violentas o agresivas que se dan en el contexto de las intervenciones psicológicas.

Como todas las demás conductas, la aparición de conductas agresivas está facilitada por determinadas situaciones o circunstancias. Dentro del contexto terapéutico existen

ciertas situaciones que pueden favorecer el que una persona realice conductas agresivas. Así, en algunos casos, aparecen a continuación de determinadas situaciones vividas como estresantes o frustrantes por parte del paciente, como: acudir obligado, que se rechacen sus peticiones, que considere que no se le presta la ayuda que necesita, que se le comuniquen malas noticias, estar pasando por una fase de duelo, que se le dé la baja en terapia, etc.

En otros casos los actos violentos se llevan a cabo como estrategia, no necesariamente intencionada o preparada, para obtener resultados en situaciones en las que no dispone o no considera adecuadas otro tipo de acciones. También hay que considerar la importancia de factores constitucionales o aprendidos en el desarrollo o facilitación de estas conductas.

En cualquiera de los casos no es aceptable la presencia de este tipo de conductas en una situación terapéutica, pudiendo llegar en algunas ocasiones a convertirse en un riesgo para el propio terapeuta.

Se señalan como predictores especialmente relevantes de la conducta violenta el consumo excesivo de alcohol y otras drogas, abusos en la infancia, y sobre todo historia de actos violentos previos, en especial si obtuvo resultados positivos. No obstante, es difícil poder predecir o preveer su aparición, y actuar en consecuencia para prevenirla. No suele haber señales evidentes de la aparición de estas conductas, salvo que ya la situación esté muy deteriorada, o el peligro sea inminente.

Algunas señales de alarma o prevención al respecto podrían venir de la información previa sobre el paciente respecto a la presencia o no de conductas agresivas, o de su uso como estrategia para solucionar problemas. Otras señales pueden provenir del tipo de problemática que presenta, por ejemplo, trastornos caracterizados por la falta de control de impulsos (como el trastorno explosivo intermitente), o comportamientos exagerados (algunos trastornos del Eje II). También un historial previo de conductas delictivas o causas judiciales relacionadas. No obstante, y a pesar de considerar estas señales, es muy posible que en algunas situaciones el terapeuta no pueda prever la aparición de conductas agresivas y tenga que controlarlas una vez comenzada su puesta en marcha.

Aunque en algunos casos las conductas violentas pueden aparecer expresadas de forma intensa desde el primer momento, es más habitual que sigan una línea ascendente a través de una serie de fases:

- Aparición de sentimientos de ansiedad y/o frustración acompañados de niveles de sobreactivación.
- Necesidad de expresión de estos sentimientos, o desahogo, que puede llevar a mostrar una actitud defensiva y oposicionista, cuestionando, retando, y mostrando signos de agresividad, como gritos, palabrotas, o golpes a algún objeto. Aunque estas conductas suelen ponerse en marcha para conseguir un objetivo, en algunos casos éste no está claro o no parece ser otro que molestar al terapeuta.

- Si no se controla esta situación, el proceso puede avanzar hacia la pérdida de control y distintas formas de agresión, tanto verbales como físicas.
- Con el paso del tiempo o una adecuada actuación por parte del terapeuta, se consigue que desciendan los niveles de sobreactivación y la persona vuelva a niveles de razonamiento aceptables.

Se debe tener en cuenta que la progresión en este continuo puede ser tan rápida o tan sutil que el estallido violento parezca inmediato. Saber identificar estas fases ayudará al clínico a anticiparse y a saber cómo actuar en función de cada una. Por supuesto un comportamiento de este tipo es intolerable y jamás se debe actuar de la misma forma que una persona agresiva. Hacerlo así sería altamente contraproducente.

2. *Ejemplo*

Fortunato, de 35 años, acude obligado a consulta por sus familiares para solucionar su problema de ludopatía, hartos de las deudas, las mentiras y los hurtos. Además tiene una severa adicción al hachís y presenta una minusvalía del 70% debido a la esquizofrenia paranoide que padece, parcialmente controlada a través de medicación. Ha intentado otros tratamientos con el único resultado de adquirir una mala opinión de los psicólogos.

Tras dos semanas de terapia muestra gran descontento por tener restringido el manejo de dinero, lo que, entre otros efectos, no le permite comprar hachís. Comienza a elevar el tono de voz y a mostrarse hostil.

P. ¿Cuánto más voy a tener que estar así? ¡A mi edad teniendo que dar explicaciones de todo lo que hago o me compro, como si fuese un niño pequeño!
T. Ya hablamos de que esta condición no será para siempre. Lo está haciendo muy bien.
P. ¿Pero tú sabes lo que es ir por la calle sin nada en el bolsillo? No puedo ni tomarme un café cuando me apetece. Me has hecho una putada enorme. Ya me gustaría verte a ti así, joder.
T. Entiendo que sea difícil, pero...
P. *(Se pone de pie con ímpetu y tira al suelo las hojas con las tareas.)* Niño de papá. ¡Pero tú qué vas a entender! Tú lo ves todo muy fácil, y no tienes ni puta idea de lo que es vivir así. Ha sido un error y no lo quieres admitir.

3. *Propuesta de actuación*

Parte de esta propuesta de actuación está desarrollada a partir de Parada (2008)[1].

3.1. *Medidas de precaución*

Siempre hay que tener una serie de medidas de seguridad tomadas de antemano para minimizar los riesgos, como evitar tener al alcance objetos punzantes (tijeras, abrecartas, dependiendo del paciente incluso bolígrafos) o contundentes (vasos, lámparas), disponer de una mesa entre paciente y terapeuta teniendo este último la puerta o vía de escape a su espalda y con más fácil y rápido acceso, de forma que la mesa ejerza como barrera. Mantener una distancia de seguridad similar a la longitud de dos brazos. Estas precauciones se reforzarán cuando hay evidencias claras de peligro, con medidas como disponer de un coterapeuta en sesión o muy cerca, capaz de atender a lo que ocurre en tiempo real y ayudar.

3.2. *Escucha activa y tiempo de conversación*

En cuanto el terapeuta se percate de signos de ansiedad en el paciente a través de su lenguaje verbal y corporal, y si aún no se han dado comportamientos agresivos, deberá realizar una escucha activa, validando sus comentarios, siempre de un modo sosegado y educado. Se intenta transmitir interés y calma. El paciente tiene así opción para desahogarse con sus quejas, el clínico recopila información sobre situaciones problemáticas para el paciente, sobre las que habrá que trabajar, y se consume tiempo. Cuanto más larga sea la conversación aunque sea irrelevante, más posibilidades hay de que remita o no se llegue a producir el comportamiento agresivo. Tratar de realizar un razonamiento lógico con una persona que está razonando de forma emocional será estéril. Paradójicamente, en la siguiente fase, invertir tiempo en la conversación y tratar de hacerle hablar puede resultar contraproducente, ya que estaremos añadiendo más estrés a la persona.

3.3. *Permitir desahogo, extinguir insultos, conceder control, y poner límites a conductas inapropiadas*

Si no se ha podido controlar la ansiedad o el estallido violento es muy rápido, obsérvese que aunque no se deben tolerar conductas agresivas en consulta, no todas son estrictamente dañinas. Si la persona descarga su rabia dando un golpe en la mesa, no está atacando a nadie, y aunque es obvio que responder así no es la forma más adecuada, ahora no es el momento de explorar maneras mejores de hacerlo y puede serle útil para desahogarse. Otras, sin embargo, no pueden pasarse por alto y requieren actuación específica por parte del terapeuta. Conductas típicas del paciente en este estado son: cuestionar, desobedecer, insultar e intimidar.

a) *Si el paciente cuestiona las opiniones o actuaciones del terapeuta:* No responder a sus ataques (actuar como él hará perder credibilidad). Con toda la honestidad que sea posible ha de concedérsele el beneficio de la duda y una explicación que no entre en

su juego: *Es posible... Quizá yo no soy el psicólogo más adecuado para usted* o *Puede que tenga razón y éste no sea el servicio más recomendable para usted.* Aumentará su sensación de control.

b) *Ante los insultos:* No ofenderse (considerarlo como un comportamiento perteneciente a su patología) y permitir que se desahogue. Debe pensarse en el insulto como la única manera que ha encontrado la persona de aliviar su frustración. Más adelante, cuando sea el momento, se podrá abordar lo inapropiado de sus palabras. Puede simplemente constatarse la realidad: *Entiendo que usted está intentando insultarme, es posible que lo considere una solución para su problema.*

c) *Ante las conductas de intimidación:* Bien mediante amenazas (dice que va a utilizar sus recursos para ocasionarnos algún daño: *Hablaré con mi abogado para demandarte y que dejes de ejercer como psicólogo, Llamaré a mi novio y te dará una paliza*) o bien ejerciendo la violencia (la persona nos agrede o manifiesta verbalmente que va a agredirnos).

En el caso de amenazas verbales que no atentan de forma inminente contra nuestra integridad física o si tenemos la certeza de que no se van a llevar a cabo se pueden explicar las consecuencias que obtendrá a causa de sus amenazas (repercusiones legales, empeoramiento de su situación, no consecución de sus objetivos, etc.). La respuesta directiva incluye establecer límites a las conductas (no confundir con dar un ultimátum). El objetivo es ayudarle a mantener el control siendo directivo, con instrucciones claras y sencillas.

Los límites para personas fuera de sí deben cumplir ciertos requisitos, como ser:

- Claros, no vagos, especificando bien las conductas a realizar.
- Simples (muchas alternativas para alguien que no procesa no es sensato).
- Razonables (que estén dentro de una lógica y que el paciente sea capaz de realizar aquello que se le pide).
- Cumplir con las consecuencias que se han establecido.

Ejemplo de procedimiento para establecer límites:

- Explicar qué comportamiento es inadecuado y por qué lo es *(Percibo que está usted levantando mucho la voz. No es una forma apropiada de trabajar, y alarmará a las personas de los despachos de al lado).*
- Dar alternativas de elección indicando a qué fin puede llevar cada una de ellas. *(Podemos si quiere dejar la sesión aquí y retomarla el próximo día cuando se encuentre más calmado. Pero si continúa gritando no podré seguir trabajando con usted).*
- Y por supuesto, como se ha señalado, imprescindible hacer cumplir la consecuencia. Tanto por parte del terapeuta como por la del paciente.

En caso de que el paciente amenace con dañarnos físicamente o posea un arma u objeto peligroso, lo más indicado es escapar de la situación y pedir ayuda de forma inmediata. En caso de que no sea posible escapar, mantener la calma en todo momento y seguir las instrucciones del agresor, hasta poder salir de la situación y acudir a la policía.

Es preciso recordar que el terapeuta sólo puede defenderse del agresor y utilizar si es imprescindible la violencia en casos de legítima defensa. Se considera legítima defensa si la agresión no viene dada en respuesta a una provocación previa, si es la única manera de evitar el daño, y si el daño que se causa al defenderse es proporcional al que se desea evitar (véase artículo 20 Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal).

3.4. *Tras reducción de la tensión, restablecer diálogo*

La agresividad consume muchos recursos físicos y psicológicos. La fatiga provoca que progresivamente disminuya la tensión física y emocional y la persona recupere el control racional. Esta fase tiene tintes educativos, ayudando a la persona a identificar qué ha pasado, qué consecuencias ha tenido, y qué puede hacer en un futuro para evitar llegar a ese punto. Se puede proceder a desarrollar los siguiente pasos:

1. Restablecer comunicación cuando se evidencie la reducción de la tensión.
2. Hablar de lo sucedido evitando juzgar, criticar o avergonzar.
3. Examinar el proceso que le ha llevado a perder el control (percepciones erróneas, falta de escucha...).
4. Explorar alternativas para evitar respuestas similares en el futuro.
5. Reforzar la conducta deseada: *Me alegro de que hayamos podido acabar la sesión dialogando de una manera calmada y obteniendo estas conclusiones tan útiles. Es capaz de hacerlo, y he de felicitarle por ello.*

Por último, es útil conocer los recursos asistenciales, tipo urgencias, a los que poder remitir al paciente si se considera necesario.

4. *Resumen*

- Tomar medidas de precaución.
- Escucha activa y tiempo de conversación.
- Permitir desahogo, extinguir insultos, conceder control, y poner límites.
- Tras reducción de la tensión, restablecer diálogo.

5. *Aplicación al ejemplo*

Fase 1

P. ¿Pero tú sabes lo que es ir por la calle sin nada en el bolsillo? No puedo ni tomarme un café cuando me apetece. Me has hecho una putada enorme. Ya me gustaría verte a ti así, joder.
T. ¡Vaya! Quizá sí han sido unas medidas muy difíciles... Cuénteme ¿qué más cosas le hacen pasarlo mal?
P. *(El paciente se queja.)*
T. *(El psicólogo sigue validando y le hace hablar.)* Es normal que sienta querer consumir, la adicción es algo muy fuerte. Cuando se siente así de mal, ¿qué suele hacer?, ¿qué ideas se le ocurren?, ¿qué cosas piensa que deberíamos cambiar?

Si remitiese el comportamiento, estudiar detenidamente con él las consecuencias de los cambios que propone, aportando el criterio clínico.

Fase 2

T. Entiendo que...
P. *(Golpea la mesa.)* ¡Pero tú qué vas a entender! Tú lo ves todo muy fácil, y no tienes ni puta idea de lo que es vivir así. Ha sido un error y no lo quieres admitir.
T. Puede que me haya equivocado, sí. ¿Qué se le ocurre que podríamos hacer para mejorar?
P. Debería acudir a alguien que me comprenda. Tú no te esfuerzas. ¿Eres de verdad psicólogo? No tienes mucha idea.
T. *(De forma no agresiva.)* Es necesario que un paciente confíe en su terapeuta. Veo que usted no. Es posible que yo no sea el profesional más adecuado para ayudarle con sus problemas.
P. *(Caminando inquieto.)* ¡Es lo que te estoy diciendo! Me siento encerrado aquí.
T. Quizá desea salir unos minutos a tomar el aire.
P. Sí... será lo mejor. Me estás poniendo nervioso.

Fase 3. Establecer límites

T. Quizá desea salir a tomar el aire.
P. *(Gritando.)* ¡No! ¡Lo que quiero es fumarme un porro, estúpido! ¡Y dejar esta mierda de terapia que no sirve para nada!
T. De veras quiero ayudarle, pero si grita o me insulta no me facilita atender a lo que usted necesita. Es más, su madre y su hermana le estarán oyendo gritar desde la salita de espera, y no será agradable para ellas. Así no ayuda, ni a usted ni a ellas.
P. *(No dice nada.)*
T. *(Con firmeza.)* Escuche. Le propongo dos cosas. Una es la que ya le he dicho, salir a

la calle. Camine un rato y fúmese un cigarrillo. Cuando esté más calmado, hablamos y pensamos en soluciones útiles de verdad. La otra opción es pedirle a sus familiares que entren a esta y todas las sesiones con nosotros, para que usted pueda controlarse. Si no, es inútil trabajar. ¿Qué decide?

P. No. No quiero que ellas lo pasen mal. Mejor me voy y ya volveré otro día.

Fase 4

T. ¿Se encuentra calmado?

P. Sí, sí. Estoy más tranquilo.

T. Fíjese, me alegro de que haya decidido volver a verme y continuar el tratamiento. Además creo que es importante hablar sobre cómo reaccionó usted, para que no vuelva a pasar.

P. No volverá a pasar.

T. También es mi deseo, pero quizá lo mejor sería saber por qué reaccionó como lo hizo para poder evitarlo en un futuro. Si se acuerda, comenzó a gritar, insultó, golpeó la mesa, caminó nervioso por la habitación, y al irse cerró con un portazo la puerta. ¿Por qué cree que actuó así?

P. Tenía muchas ganas de fumarme un porro. Hace mucho que no fumo y perdí los nervios.

T. Corríjame si me equivoco, se sentía muy nervioso, tenía mucha ansiedad.

P. Así es.

T. Ajá. Es bueno saberlo, nos es útil para estar preparados en el futuro cuando vuelva a encontrarse de forma parecida. ¿Y consiguió algo actuando así?

P. No. Nada. Hacerme daño en la mano cuando golpeé la mesa.

T. Cuando nos enfadamos suele ser porque algo nos molesta. ¿Se sentía molesto por algo? Concretémoslo.

P. Pienso que ni mi familia ni tú os ponéis en mi lugar. Se me hace muy duro.

T. Es decir, ¿le molestaba pensar que los demás no le prestábamos suficiente atención?, ¿la atención que necesitaba?

P. Algo así.

T. Tomo nota. Fíjese que avanzamos mucho más y resolvemos más dificultades si aclaramos las cosas de esta manera, haciendo comprender al otro lo que pensamos. ¿Qué le parece si hacemos un listado sobre las cosas que le pueden servir para no reaccionar como ayer?

P. *(Se realiza una tormenta de ideas...)*

T. Además, Fortunato, pudo romper el picaporte de la puerta. Comprenda que aunque estuviera en esa situación de descontrol no deja de ser responsabilidad suya, y tendría que pagarlo.

P. Lo entiendo.

T. Es más, el problema podía haber sido más grave. Piense en qué habría ocurrido si

llega a producir un daño importante, romper una ventana o el ordenador de mi mesa, o empujar a alguien y herirle. ¿Qué hubiese pasado si rompe algo que ni usted ni su familia se puede permitir pagar o si alguien le demanda por hacerle daño? Imagine los costos de un juicio y las molestias que eso acarrea. Sería añadir más ansiedad y estrés a su situación, y a su familia.

P. Ya. No lo sé. No pensé.

T. ¿Se da cuenta de que si no estudiamos la situación y ponemos medidas para evitar que vuelva a suceder, usted y otros pueden salir muy perjudicados en un futuro? Es importante.

P. Tienes razón, no debe ocurrirme otra vez.

5. Primeros auxilios psicológicos

MIRIAM HUERTA, MICHELLE GONZÁLEZ y FRANCISCO JAVIER LABRADOR

1. *Descripción del problema*

Los primeros auxilios psicológicos se emplean cuando la persona se encuentra en un estado de desorientación, de pérdida de control emocional y de desesperación, impidiéndole así resolver de forma adecuada las demandas del medio con sus propios recursos personales.

Este estado suele surgir como respuesta a un problema o momento concreto que para el paciente sea emocionalmente significativo, que implique un cambio en su vida y que requiera de él una respuesta eficaz para hacerle frente con eficacia, en un corto período de tiempo. En este momento, la vida del sujeto, o la de otras personas, se ve amenazada. Aunque este peligro puede ser real, o sólo producto de una inadecuada interpretación del propio paciente.

El problema supera la capacidad de resolución de conflictos de la persona, lo que la lleva a experimentar un intenso estado de ansiedad y descontrol, que la bloquea, inhabilitándola aún más para encontrar una solución adecuada. La consecuencia más evidente suele ser una inhibición comportamental que se manifiesta en todas las áreas del paciente, cognitiva, emocional y conductual.

Los primeros auxilios tienen como objetivo lograr una pronta recuperación, restableciendo la capacidad del individuo para afrontar situaciones de estrés y reorganizar su actividad diaria a la mayor brevedad posible.

2. *Ejemplo*

Acude nuestro paciente a sesión y nada más empezar se echa a llorar. Tras intentar

calmarle para saber qué le pasa nos comunica que a su padre le han diagnosticado un cáncer.

T. Hola, Nicasio. ¿Qué tal ha ido la semana?
P. Mal, muy mal, la peor de mi vida. *(Lloros.)*
T. ¿Qué le ha pasado?
P. Estoy fatal, a mi padre le han diagnosticado un cáncer y el mundo se me ha caído encima. Para mí, mi padre es muy importante en mi vida y teníamos un montón de proyectos juntos. No quiero ni pensar en el futuro porque para mí no tiene sentido estar sin él.

3. *Propuesta de actuación:*

3.1. *Evaluar el contexto*

Obtener información previa del suceso y el contexto en que éste aparece, así como las personas afectadas. Esta evaluación debe permitir además determinar las necesidades inmediatas, incluso si hay más de una persona a la que se debe atender. Debe ayudar a establecer prioridades sobre a quién atender en primer lugar o a qué conductas debe dirigirse la primera atención. También permitirá orientar la actuación estableciendo objetivos o metas realistas.

3.2. *Desahogo emocional*

Hay personas que ante situaciones difíciles intentan mirar para otro lado, como por ejemplo: no hablar, no mostrar sus emociones... Pero es importante que procesen la información de manera adecuada. Para ello es muy útil que la persona pueda desahogarse emocionalmente, bien con personas cercanas que son de nuestra confianza o bien con profesionales. Es importante que este desahogo favorezca el procesamiento de la situación. Para ello se hará hincapié en que describa los hechos de forma precisa, cómo los percibe y los pensamientos que le producen, no sólo que «ventile» sus emociones negativas. En algunos casos en los que no pueda ni hablar, puede ser adecuado dejar expresarse emocionalmente (por ejemplo, llorar), si bien se debe acompañar de forma activa, manifestando el terapeuta su apoyo y que está con él para ayudarle a superar la situación, pues ambos juntos podrán afrontarla mejor. No pedirle que se calme, suele producir el efecto contrario. En algunos casos puede ser útil proceder a tutear al paciente para aumentar la percepción de cercanía en este momento, incluso en casos excepcionales un ligero contacto físico (tocar el brazo, coger por el codo...).

3.3. *Desactivación fisiológica*

Para que la persona pueda ir afrontando la situación es importante dotarla de alguna estrategia de desactivación, puesto que el desbordamiento emocional puede interferir en el resto de la intervención. Es de gran utilidad la respiración diafragmática lenta o cualquier estrategia de relajación. Como tendrá dificultades para utilizar estas técnicas, lo mejor es guiarle o acompañarle. Por ejemplo, dirigir su respiración indicándoles cuándo espirar y cuándo inspirar, puede ser de ayuda el hacerlo contando: *Inspira 1, 2, 3, 4; espira 1, 2, 3, 4...*

3.4. *Apoyo y normalización de las reacciones*

Es lógico que en las situaciones dificiles, en especial si no son esperadas, pueden surgir emociones, pensamientos o reacciones que sorprendan a los demás y también a la propia persona, reacciones que pueden considerarse incluso desafortunadas y causar un nuevo problema. Es posible, incluso, que el paciente se sienta «bloqueado», sin saber qué pensar ni qué hacer. Habrá que normalizar estas reacciones, señalando que en circunstancias como las suyas es normal que se actúe de esa forma. Al no disponer de soluciones concretas, la forma habitual de reaccionar es activarse y ponerse nervioso. Pero tras un primer momento se puede abordar de forma más eficaz esta situación y el terapeuta está allí para ayudarle a conseguirlo.

3.5. *Explorar su estado y recursos*

Una vez que la persona puede comenzar a hablar y a controlarse, es importante explorar su estado mental. Se debe buscar cómo ha procesado de forma cognitiva el suceso, o si sólo lo ha hecho de forma emocional. Si han aparecido pensamientos inadecuados al respecto (culpabilidad, autodevaluación, negación de la situación...). También con qué recursos cuenta para hacer frente al problema. En algunos casos puede ser adecuado facilitarse algún procedimiento para que pueda adquirir un cierto control sobre su estado (autoinstrucciones, detención de pensamiento, técnicas distractoras...). En cualquier caso, no es el momento para que el paciente tome decisiones, y menos aún decisiones que puedan tener consecuencia a medio o largo plazo. Es el momento de volver a tomar el control, de no dejarse desbordar por las respuestas emocionales. El paciente tiene una dificultad que superar y el terapeuta debe averiguar cuál es la mejor solución, o al menos una solución práctica inmediata.

3.6. *Tomar distancia del suceso*

Proponerle ir a pasear o cambiar de tema, pueden ser estrategias especialmente

interesantes cuando la persona se encuentra desbordada emocionalmente por el suceso. El distanciamiento no siempre será posible llevarlo a cabo de forma física, pero puede llevarse a cabo de forma psicológica (utilizar estrategias de distracción). Como se ha indicado, es muy importante guiarle de forma precisa en estos momentos. Por ejemplo: *Vas a imaginarte que estás en el salón de tu casa viendo una película... descríbeme los sillones... ahora la lámpara que queda más cerca de ti…*

3.7. *Orientación al problema*

Una vez calmado el paciente, se establecerán las prioridades de actuación relativamente inmediatas con metas realistas, de forma que al centrarse en aspectos específicos pueda no verse tan agobiado por todos los componentes del problema. Es importante establecer metas concretas a corto plazo, pero no tanto el establecer metas a medio o largo plazo, no son momentos adecuados para tomar decisiones importantes. Podrá hacerlo cuando haya recuperado el control, pero mejor con cierta distancia emocional. Sólo si recupera completamente el control podría ser interesante orientarle a la solución del problema o situación que ha provocado su reacción.

4. *Resumen*

- Evaluar el contexto identificando las necesidades más inmediatas.
- Desahogo emocional.
- Desactivación fisiológica.
- Apoyo y normalización de las reacciones.
- Explorar su estado y recursos.
- Tomar distancia del suceso.
- Orientación al problema.

5. *Aplicación al ejemplo*

P. Estoy fatal, a mi padre le han diagnosticado un cáncer y el mundo se me ha caído encima. Para mí, mi padre es muy importante en mi vida y teníamos un montón de proyectos juntos. No quiero ni pensar en el futuro porque para mí no tiene sentido estar sin él.

T. Estoy aquí para intentar ayudarle. ¿Qué ha sucedido?

P. *(Llantos...)* Mi padre llevaba un tiempo pachucho, pensábamos que era gripe. Le llevamos al médico y al hacerle pruebas ayer nos confirmaron que tiene cáncer de pulmón... *(Llanto.)*

T. Lo siento mucho. Sé que es una situación grave, es lógico que te encuentres muy

mal. No te preocupes por llorar, seguro que en estos momentos estás pasándolo muy mal. Creo que te viene bien hacerlo, expresar lo que sientes...

P. *(Llanto...)* Lo siento, pero no puedo contenerme.

T. No es necesario... sólo quiero decirte que estoy a tu lado.

P. *(Llanto...)* No ha hecho mal a nadie... *(Se le percibe muy agitado y bloqueado.)*

T. Nicasio, veo tu dolor y lo siento. Ahora debo ayudarte a que te recuperes un poco. Sé que es complicado, pero te ayudará. Trata de identificar tu respiración...

P. *(Llanto entrecortado...)*

T. Trata de respirar conmigo: inspira 1, 2, 3, ... espira 1, 2, 3... esto te ayudará...

P. *(Trata de respirar pero sigue las instrucciones con dificultad... llanto...)*

T. Muy bien, sigue así... Inspira 1, 2, 3, ... espira 1, 2, 3... Concéntrate en tu respiración. Inspira 1, 2, 3, 4 ... espira 1, 2, 3, 4...

(Tras unos minutos... los necesarios para que siga la respiración y se tranquilice un poco; 3-4 pueden ser suficientes.)

T. Nicasio, es normal en esta situación sentir un gran dolor y ver todo muy negro.

P. Desde que me dieron la noticia no paro de llorar, de sentirme mal y muy angustiado. No quiero que le pase nada malo a mi padre.

T. Es lógico, eres muy buen hijo. Por eso ahora has de hacer lo mejor para afrontar esta situación. Esto te permitirá también ayudar a tu padre y a las personas más próximas.

P. Pero no puedo hacer nada.... Mi padre se morirá en breve.

T. ¿No sería más importante que pensar así el buscar cómo puedes ayudarle en estos momentos tan difíciles para él?

P. Pero yo no puedo hacer nada.

T. Bueno, por lo menos que no te vea en este estado. Que no tenga que preocuparse por ti...

P. Sí..., pero soy incapaz de controlarme, no puedo, es demasiado problema para mí.

T. Ésa es mi labor, ayudar a que puedas controlarte, a saber afrontar de forma más adecuada este reto, esta situación. Puedo enseñarte algunas estrategias para que puedas hacer frente a la situación. La primera es que puedas controlar tu estado de ansiedad, para que no te desborde. Has visto que controlar la respiración puede ayudarte, ¿no?

P. Sí, ahora estoy algo mejor, pero el problema es mi padre, no yo. Lo que quiero es que mi padre se recupere porque si le pierdo me muero. *(Lloros.)*

T. Entiendo que te puedas sentir así, es algo normal, pero los encargados de curarle son los médicos, que seguro que están haciendo todo lo posible. Nuestra manera de ayudarle es intentar que te tranquilices. Yo voy a estar aquí para ayudarte.

P. Pero es que yo no sé si lo voy a conseguir.

T. Es normal que ahora lo veas difícil. Antes de comunicarte la mala noticia de la enfermedad de tu padre, ¿qué cosas positivas te pasaron?

P. Pufff, la verdad es que no me acuerdo.
T. La vida es tanto las malas noticias como las buenas. Intenta ahora recordar algo bueno.
P. mmmm... ¡Ah! Que a mi novia le han ascendido en el trabajo.
T. Muy bien. Háblame de ello, de cómo te sentiste.
P. Pues me alegré mucho por ella y porque así podemos ir pensando en un futuro juntos. De hecho, si no fuera por lo de mi padre nos íbamos a poner a buscar piso para irnos a vivir juntos.
T. Muy bien. Además se te nota que estás más a gusto, con más control de ti mismo. Bueno, para la próxima sesión te voy a pedir que traigas una lista de las cosas que puedes hacer para afrontar la nueva situación en tu casa. ¿Recuerdas cuando practicamos la solución de problemas?
P. Sí, lo recuerdo.
T. Sólo quiero que hagas la tormenta de ideas de posibles alternativas, para el próximo día discutirlas en sesión.
P. De acuerdo. Muchas gracias...

---

1. Parada E. (coord.) (2008): Psicología y emergencia. Bilbao: Desclée de Brouwer.

7. LIBROS Y DIRECCIONES DE INTERNET

Nota de los autores: Aunque se ha preferido redactar los capítulos sin referencias bibliográficas explícitas, es de justicia reconocer el apoyo en la literatura científica al respecto de muchas de las propuestas. A modo de complemento informativo se recogen algunos libros y direcciones de Internet relacionados con la presente obra, con la espera de que sirvan de ayuda al lector.

Libros

Antony, M. M., Ledley, D. R. y Heimberg, R. G. (eds.) (2005). *Improving outcomes and preventing relapse in cognitive-behavioral therapy.* New York, NY: Guilford Press.

Barlow, D. H. (2008). *Clinical Handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment (4th ed.)* New York: Guilford Press.

Beck, J. S. (2005). *Cognitive Therapy for Challenging Problems What to Do When the Basics Don't Work.* New York: Guilford Press.

Costa, M. y López, E. (2006). *Manual para la ayuda psicológica: Dar poder para vivir.* Madrid: Pirámide.

Del Río, C. (2005). *Guía de ética profesional en psicología clínica.* Madrid: Pirámide.

Gavino, A. (2004). *Guía de ayuda al terapeuta cognitivo conductual.* Madrid: Pirámide (4.ª ed.).

Gilbert, P. y Leahy, R. L. (2007). *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies.* New York, NY: Routledge.

Kanfer, F. H. y Schefft, B. K. (1988). *Guiding the process of therapeutic change.* Chamaign Ill: Research Press.

Kazantzis, N. y L'Abate, L. (2007). *Handbook of homework assignments in psychotherapy: research, practice, and prevention.* New York: Springer.

Labrador, F. J. (2008). *Técnicas de modificación de conducta.* Madrid: Pirámide.

Parada, E. (coord.) (2008). *Psicología y emergencia. Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia.* Bilbao: Desclée de Brouwer.

Pérez, M., Fernández, J. R., Amigo, I. y Fernández, C. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces (vols: I, II y III).* Madrid: Pirámide.

Guías de práctica clínica y tratamientos psicológicos con apoyo

empírico

- *National Institute for Health and Clinical Excellence* (Inglaterra) (http://www.nice.org.uk)
- *The National Institute of Mental Health* (NIMH) (USA) (http://www.nimh.nih.gov)
- *The Scottish Intercollegiate guidelines network (SIGN) (Escocia)* (www.sign.ac.uk/guidelines)
- *Biblioteca de guías de práctica clínica del Sistema Nacional de Salud (España)* (www.guiasalud.es)
- *Website on Research-Supported Psychological Treatments. American Psychological Association (EEUU)* (http://www.PsychologicalTreatments.org)
- SAMHSA'S National Registry of Evidence-Based Programs and Practices (EE.UU.) (nrepp.samhsa.gov/)
- *Society of Clinical Child and adolescents therapies (EE.UU.)* (http://abct.org/SCCAP/)

Edición en formato digital: enero de 2013

Director: Francisco J. Labrador
© Francisco Javier Labrador (Coord.)
© Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S. A.), 2013
Juan Ignacio Luca de Tena, 15. 28027 Madrid
Teléfono: 91 393 89 89
piramide@anaya.es

ISBN ebook: 978-84-368-2883-2

Está prohibida la reproducción total o parcial de este libro electrónico, su transmisión, su descarga, su descompilación, su tratamiento informático, su almacenamiento o introducción en cualquier sistema de repositorio y recuperación, en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, conocido o por inventar, sin el permiso expreso escrito de los titulares del Copyright.
Conversión a formato digital: REGA

www.edicionespiramide.es

Índice

Relación de Autores 3
Prólogo 12
1. INTRODUCCIÓN 16
1. Introducción, objetivos y plan de la obra 16
2. PROBLEMAS EN INICIO Y EVALUACIÓN 22
1. El paciente dice que no quiere venir porque no está loco o no tiene ningún problema 22
1. Descripción del problema 22
2. Ejemplo 22
3. Propuesta de actuación 23
4. Resumen 26
5. Aplicación al ejemplo 26
2. El paciente cuestiona el tratamiento propuesto o algunas tareas 29
1. Descripción del problema 29
2. Ejemplo 30
3. Propuesta de actuación 30
4. Resumen 32
5. Aplicación al ejemplo 32
3. No habla apenas y contesta de manera escueta a las preguntas 35
1. Descripción sucinta del problema 35
2. Ejemplo 36
3. Propuesta de actuación 36
4. Resumen 38
5. Aplicación al ejemplo 38
4. No quiere exponerse al hecho traumático, sólo quiere que le ayudemos a olvidar 41
1. Descripción sucinta del problema 41
2. Ejemplo 41
3. Propuesta de actuación 42
4. Resumen 45
5. Aplicación al ejemplo 45
5. Actuación ante una situación de delirio: «¿tú me crees?» 47
1. Descripción sucinta del problema 47

2. Ejemplo 48
3. Propuesta de actuación 48
4. Resumen 50
5. Aplicación al ejemplo 50
6. Se revela o evidencia la comisión de un delito 52
1. Descripción del problema 53
2. Propuesta de actuación 54
3. Resumen 55
4. Consecuencias legales para el profesional 55
7. El paciente es un menor, hijo de padres separados, y uno de éstos no da el consentimiento para la terapia 56
1. Descripción sucinta del problema 56
2. Ejemplo 57
3. Propuesta de actuación 57
4. Resumen 58
8. En problemas de pareja, uno de los miembros no acude a sesión 59
1. Descripción del problema 59
2. Ejemplo 60
3. Propuesta de actuación 60
4. Resumen 63
5. Aplicación al ejemplo 63
9. El paciente cuestiona la capacidad del terapeuta alegando que no puede ayudarle porque es demasiado joven o no ha pasado por sus mismas experiencias 65
1. Descripción del problema 66
2. Ejemplo 66
3. Propuesta de actuación 67
4. Resumen 68
5. Aplicación al ejemplo 69
3. PROBLEMAS EN LA APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO 71
1. El paciente se niega a realizar o no realiza las tareas para casa 71
1. Descripción sucinta del problema 71
2. Ejemplo 72
3. Propuesta de actuación 72
4. Resumen 75
5. Aplicación al ejemplo 76

2. Rechaza la técnica: quiere interrumpir las sesiones de exposición 78
1. Descripción sucinta del problema 78
2. Ejemplo 79
3. Propuesta de actuación 80
4. Resumen 82
5. Aplicación al ejemplo 82
3. El paciente pide al terapeuta que opine sobre decisiones o tome decisiones por él 85
1. Descripción sucinta del problema 85
2. Ejemplo 86
3. Propuesta de actuación 87
4. Resumen 89
5. Aplicación al ejemplo 89
4. El paciente se considera «especial» por tener determinado diagnóstico, y considera que no puede o no quiere cambiar «su personalidad» 90
1. Descripción sucinta del problema 90
2. Ejemplo 91
3. Propuesta de actuación 91
4. Resumen 93
5. Aplicación al ejemplo 94
5. El paciente tiene dificultades con las técnicas de relajación 95
1. Descripción sucinta del problema 95
2. Ejemplos 96
3. Propuestas de actuación y aplicación al ejemplo 98
6. El paciente tiene un ataque de pánico en consulta 104
1. Descripción sucinta del problema 104
2. Ejemplo 105
3. Propuesta de actuación 105
4. Resumen 107
5. Aplicación al ejemplo 107
7. Faltan coterapeutas 109
1. Descripción sucinta del problema 109
2. Ejemplo 110
3. Propuesta de actuación 110
4. Resumen 112
5. Aplicación al ejemplo 112

8. El paciente entiende la necesidad de cambio pero le cuesta asumirlo 113
1. Descripción sucinta del problema 113
2. Ejemplo 114
3. Propuesta de actuación 115
4. Resumen 116
5. Aplicación al ejemplo 116
9. El paciente obtiene ganancias secundarias por continuar en tratamiento 118
1. Descripción sucinta del problema 118
2. Ejemplo 119
3. Propuesta de actuación 119
4. Resumen 120
5. Aplicación al ejemplo 121
10. Durante el tratamiento el paciente plantea problemas nuevos 122
1. Descripción sucinta del problema 122
2. Ejemplo 123
3. Propuesta de actuación 124
4. Resumen 126
5. Aplicación al ejemplo 126
11. Se descubre durante el tratamiento que el paciente está mintiendo 128
1. Descripción sucinta del problema 128
2. Ejemplo 130
3. Propuesta de actuación 130
4. Resumen 132
5. Aplicación al ejemplo 132
12. Alcanzados los objetivos, el paciente sufre una crisis/recaída por miedo a la terminación de la terapia 135
1. Descripción sucinta del problema 135
2. Ejemplo 135
3. Propuesta de actuación 136
4. Resumen 138
5. Aplicación al ejemplo 139
4. RELACIÓN TERAPEUTA-PACIENTE 142
1. El paciente manifiesta interés personal por el terapeuta 142
1. Descripción sucinta del problema 142
2. Ejemplo 143

3. Propuesta de actuación 143
4. Resumen 146
5. Aplicación al ejemplo con adecuada actuación del clínico 146
2. El paciente pregunta al terapeuta sobre su vida privada 148
1. Descripción del problema 148
2. Ejemplo 149
3. Propuesta de actuación 150
4. Resumen 151
5. Aplicación al ejemplo 151
3. El paciente pretende continuar la relación fuera de las sesiones 152
1. Descripción sucinta del problema 152
2. Ejemplo 153
3. Propuesta de actuación 153
4. Resumen 156
5. Aplicación al ejemplo 156
4. Disponibilidad temporal del Terapeuta: ¿24 horas? 157
1. Descripción sucinta del problema 157
2. Ejemplo 158
3. Propuesta de actuación 158
4. Resumen 159
5. Aplicación al ejemplo 159
5. El paciente decide abandonar el tratamiento en contra de las indicaciones del terapeuta 160
1. Descripción del problema 161
2. Ejemplo 161
3. Propuesta de actuación 162
Qué no se debe hacer 164
4. Resumen 165
5. Aplicación al ejemplo 165
6. El paciente desarrolla dependencia del psicólogo 167
1. Descripción del problema 167
2. Ejemplo 168
3. Propuesta de actuación 169
4. Resumen 171
5. Aplicación al ejemplo 171

5. INTERFERENCIA EN EL DESARROLLO DE LAS SESIONES 175
1. El paciente llega intoxicado 175
1. Descripción sucinta del problema 175
2. Ejemplo 175
3. Propuesta de actuación 176
4. Resumen 178
5. Aplicación al ejemplo 178
2. El paciente acude poco aseado 179
1. Descripción sucinta del problema 180
2. Ejemplo 180
3. Propuesta de actuación 181
4. Resumen 182
5. Aplicación al ejemplo 182
3. El paciente no para de hablar y dificulta el progreso de la sesión 184
1. Descripción sucinta del problema 184
2. Ejemplo 185
3. Propuesta de actuación 186
4. Resumen 188
5. Aplicación al ejemplo 188
4. El paciente comienza a llorar desconsoladamente en sesión 190
1. Descripción del problema 190
2. Ejemplos 191
3. Propuesta de actuación 192
4. Resumen 195
5. Discusión de pareja en sesión 195
1. Descripción del problema 195
2. Ejemplo 197
3. Propuesta de actuación 197
4. Resumen 200
5. Aplicación al ejemplo 200
6. En terapia de pareja uno de los pacientes boicotea la sesión 202
1. Descripción sucinta del problema 202
2. Ejemplo 203
3. Propuesta de actuación 204
4. Resumen 206

5. Aplicación al ejemplo 206
7. Problemas con la asistencia del paciente a sesiones: falta de puntualidad y anula citas en el último momento 208
1. Descripción sucinta del problema 208
2. Ejemplo 208
3. Propuesta de actuación 210
4. Resumen 212
5. Aplicación al ejemplo 212
6. OTRAS SITUACIONES DIFÍCILES 214
1. Llamadas telefónicas de auxilio 214
1. Descripción del problema 214
2. Propuesta de actuación en llamadas en crisis de pánico 214
3. Resumen 217
4. Aplicación al ejemplo 217
5. Propuesta de actuación en llamada de agresión 219
6. Resumen 221
7. Aplicación al ejemplo 221
8. Propuesta de actuación en llamada de suicidio 222
9. Resumen 225
10. Aplicación al ejemplo 225
2. Conductas de acoso al terapeuta 227
1. Descripción del problema 227
2. Ejemplo 228
3. Propuesta de actuación 229
4. Resumen 231
5. Aplicación al ejemplo 231
3. Problemas con las conductas autolíticas 233
1. Algunas consideraciones iniciales 234
2. Descripción del problema 235
3. Ejemplo 235
4. Propuesta de actuación 236
5. Resumen 239
6. Aplicación al ejemplo 239
4. Conductas de agresión en situación terapéutica 241
1. Descripción sucinta del problema 241

2. Ejemplo 243
3. Propuesta de actuación 243
4. Resumen 246
5. Aplicación al ejemplo 246
5. Primeros auxilios psicológicos 249
1. Descripción del problema 249
2. Ejemplo 249
3. Propuesta de actuación: 250
4. Resumen 252
5. Aplicación al ejemplo 252
7. LIBROS Y DIRECCIONES DE INTERNET 255
Libros 255
Guías de práctica clínica y tratamientos psicológicos con apoyo empírico 255
Créditos 257