

TITULO

Planificación del Proceso Terapéutico: Abordaje y Estrategias de intervención

INTRODUCCION

Ante las demandas clínicas actuales, tanto por parte de los pacientes como de los psicoterapeutas, se considera relevante poder transmitir como objetivo central del trabajo, la importancia de construir un proceso terapéutico, que involucre la implementación de diversas estrategias, acorde a cada paciente en cuanto a estructura de personalidad, sintomatología y momento actual por el cual incursiona.

Si se toma la definición del diccionario de la real Academia Española, la palabra “proceso”, significa lo siguiente: *nombre masculino* 1. Conjunto de fases sucesivas de un fenómeno o hecho complejo. 2. Procesamiento o conjunto de operaciones a que se somete una cosa para elaborarla o transformarla. Se podría relacionar sobre todo, esta segunda definición para ejemplificar al proceso terapéutico.

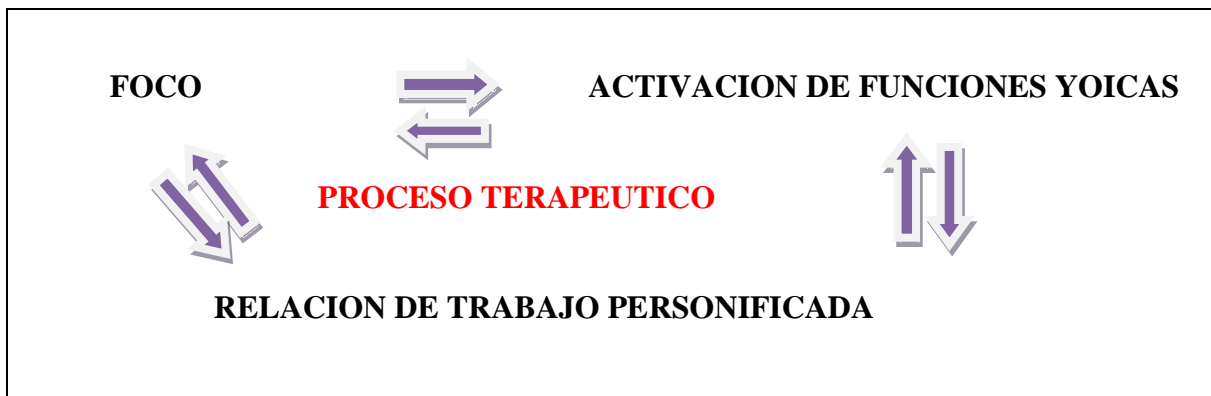
Un paciente concurre a la consulta por uno varios motivos, que puede conocer o desconocer, pero la cuestión es ante todo, que quisiera encontrar un *rumbo o camino a seguir en su vida*. Se puede decir que se intentará en este trabajo, transmitir una manera global de pensar el proceso, en cuanto a etapas y características como para tener en cuenta a la hora de abordar la tarea psicoterapéutica.

Una buena psicoterapia es aquella que puede sostener un proceso terapéutico, en relación a cambios, crecimientos y enriquecimientos psíquicos, con influencias en el modo de estar en el mundo, en los vínculos consigo mismo y los otros, en las acciones y producciones de cada uno. (Fiorini H., 2001).

DESARROLLO

Fiorini H. (1977), describe los ejes involucrados durante el proceso terapéutico, como características generales que se ponen en juego a la hora de pensar la tarea; Se puede decir que son tres trípodes en los cuales se apoya el mismo: **Foco** (situación nodal planteada y estructurada alrededor de un eje: motivo de consulta y conflicto nuclear). **Activación de funciones Yoicas** (del paciente y del terapeuta. Involucran principalmente el sistema

consciente necesarias para trabajar en el aquí y ahora) y la **Relación de trabajo personificada** (flexibilidad e intuición del terapeuta para dar cuenta del tipo de vínculo que se instalará frente al estilo y tipo de demanda del paciente). Estando situado en el centro del gráfico el proceso terapéutico, se considera necesario evaluar inicialmente la eficacia con que se logre asentar cada uno de estos ejes, y el desarrollo de cada uno y de su relación con los otros.



Por otro lado, se describirán tres etapas, en las cuales se desarrollan distintos temas a la hora de planificar un proceso terapéutico. Se podrían dividir en tres:

1) **ETAPA DE INICIO**

Se trata del primer contacto que tenemos con el paciente. Puede concurrir a la consulta a través de una entrevista de orientación, o de forma particular. Esta etapa, es rica como exploratoria en sí misma, una actitud activa del terapeuta sería de la adecuada, para indagar información específica del paciente (datos formales, tratamientos anteriores, otros tratamientos médicos y farmacológicos, antecedentes de enfermedad, redes sociales, etc.).

Es importante indagar acerca de cómo fueron sus experiencias anteriores de tratamiento psicoterapéutico, esto nos va a dar una idea de las expectativas actuales respecto al tratamiento con nosotros.

En esta etapa es fundamental delimitar objetivos y focos terapéuticos a trabajar, los cuales se irán revisando a lo largo del proceso.

El concepto de **FOCO** se refiere a qué se va a trabajar, es decir, cuales son los temas que se van a abordar, mientras que los **OBJETIVOS** constituyen el para qué del tratamiento: el rumbo que el mismo va a tomar (Defey. D., 2001).

En terapia focal el énfasis está aquí puesto en una visión abarcativa que englobe la realidad interna y externa. Se trata de lograr una mirada que se dirija complementariamente hacia afuera y hacia adentro (mundo externo y mundo interno) y a la vez que hacia atrás y hacia adelante (historia y proyecto). (Defey. D., 2001).

Además, se incluirá otro objetivo espontáneamente, que es el establecimiento del vínculo con el terapeuta. Este último, en sí mismo actúa como un verdadero agente terapéutico, tenga o no lugar el insight provocado por las interpretaciones, la relación entre ambos “es terapéutica en sí misma”. (Coderch. J., 2010). Podemos ejemplificar una intervención de inicio para introducir este objetivo: “Tomémonos unas entrevistas para conocernos y evaluar si podemos trabajar juntos”.

Fundamentalmente, se clarifica el contrato de trabajo y encuadre terapéutico. Estos puntos, incluye la temática acerca de la temporalidad del tratamiento, estilo del terapeuta, modalidad de trabajo y formación académica (muchos pacientes están informados y preguntan espontáneamente o quisieran saber).

2) ETAPA DE EVOLUCION

Se desarrolla en esta etapa una especie de “monitoreo” sobre lo que se está desplegando a medida que avanzan las entrevistas, es interesante detenerse a pensar y evaluar conjuntamente acerca de los objetivos que fueron planteados en un comienzo y los que surgen como nuevos a trabajar.

Fiorini H. (1977) A lo largo del proceso terapéutico, el foco puede ir modificándose. En una psicoterapia breve puede que todo el proceso gire sobre una situación focal. En una psicoterapia más prolongada puede ir desplegándose una sucesión de focos, cada uno caracterizando un momento del proceso. También, se podría decir que el foco refiere a la denominación y situación actual del paciente, y una hipótesis psicodinámica sobre los motivos ocultos inconscientes de aquel problema principal.

El trabajo sobre la relación entre paciente y terapeuta es constante y se va construyendo en el tiempo. Sin esta variable vincular, no se puede trabajar en proceso. Fiorini H. (1999), sostiene que esta relación es un espacio común y entre ambos participantes, se sostiene o fracasa según las conductas de ambos, las complementariedades y los reajustes que cada uno puede efectuar; se encuentra en constante exploración durante un proceso, siendo en sí mismo un agente organizador. Kohut H., ha destacado la importancia de la comprensión, en cuanto a la capacidad de resonancia que el terapeuta muestre con el modo en que el paciente experimenta su acontecer. Por otro lado, Balint M., sugería que en esos momentos en que es imprescindible comunicar vivencias compartidas, no habrá que apresurarse a escuchar “material” analizable, sino como el previo despliegue de una percepción emotiva con la que es necesario entrar en sintonía.

Las llamadas “intervenciones vinculares contenedoras”, construyen, sostienen y alientan modos específicos de relación entre paciente y terapeuta. Son de alta eficacia a la hora de desplegar no solo la reactivación inconsciente de vínculos primarios del paciente en transferencia, sino que aportan una manera diferente de vincularse con un otro. Este tipo de intervenciones se utilizan frecuentemente en terapias de tipo soportativas en procesos con pacientes con déficit o patologías narcisistas, en contraposición a terapias de insight, en donde prima la asociación libre y la interpretación.

Gabbard G., Westen D. (2003) Es importante destacar que aspectos de la relación influyen en que objetivos del cambio terapéutico. En primer lugar, el concepto de experiencia emocional correctiva, lo cual refiere a vivir un tipo de relación diferente puede ser una avenida para el cambio. En segundo lugar, otro modo en que la relación puede contribuir al cambio es mediante la internalización de su función, por la cual el paciente desarrolla la capacidad de llevar a cabo una función hasta ese momento externa (Por ej. Cuando un paciente aprende a autocalmarse). Un tercer modo en que la relación puede ser terapéutica, es cuando el paciente internaliza actitudes afectivas del terapeuta. (Ejemplo: Para muchos pacientes, esto implica suavizar un superyó hipercrítico). Una cuarta manera, en que la relación puede ser un instrumento de cambio activo, es mediante la internalización de

estrategias conscientes para la autorreflexión, es decir, cuando el paciente se convierte de a poco en su propio analista.

Se considera indispensable, que el terapeuta, mas allá de su línea teórica, disponga de una iniciativa al desarrollo de su propia creatividad para crear una atmósfera tal en las sesiones. Lo cual implicaría que utilice sus propios recursos o los del propio paciente, para implementar estrategias de diferente índole, según el caso. Por ejemplo, una persona con dificultad para expresarse verbalmente quizá le resulte más fácil transmitir un pensamiento o sentimiento escribiendo, pintando, dibujando o hasta generando un movimiento con el cuerpo (expresión corporal, danza, canto). La creatividad es la movilización productiva de un sistema de dinamismos psíquicos que empujan en la dirección de tendencias, cuyo cumplimiento apunta a la realización, construcción, al crecimiento, al desarrollo de ambos actores del proceso terapéutico. (Fiorini. H., 1993).

Se incluyen en esta etapa, la implementación de distintas estrategias en lo que refiere al trabajo en red. Nos preguntamos entonces si el paciente precisa una interconsulta con otro profesional (psiquiatra, psicoterapeuta con otra línea de trabajo, grupos específicos de ayuda, etc.).

En esta gama de red se incluye de ser necesario y también si el paciente lo autoriza, familia, amigos próximos, a veces ellos mismos solicitan que acompañen su proceso en alguna oportunidad. Es necesario tener una mirada de apertura y flexibilidad, generando un espacio con un encuadre definido en cuanto a sus reglas, pero también cálido y de confianza.

3) ETAPA DE FINALIZACION

Como último, esta etapa suele ser la más dificultosa para poder delimitar y definir. Llega entonces la finalización o alta de tratamiento. Rivera J. (2001) realiza una revisión sobre exhaustas investigaciones respecto a la finalización, y la gran parte de ellas arriban a similares conclusiones en lo que refiere a que la mayoría de los tratamientos no terminan, o al menos regularmente; Hay un índice de deserción muy alta (abandono), y que los tratamientos de largo plazo son completados por escasos pacientes. El espectro de las intervenciones terapéuticas, derivadas del psicoanálisis abarca una amplia y creciente gama, que puede clasificarse de diferente manera según donde se coloque el acento de distinción. En realidad, es igualmente legítimo basarse en factores cualitativos (el montaje, análisis y

disolución de la neurosis de transferencia, por ejemplo) como hacerlo con los cuantitativos (frecuencia y duración de la cura).

Parafraseando al autor, las deserciones suelen ocurrir por diversos motivos, pero es fundamental tener en cuenta que las luces y las sombras de toda experiencia terapéutica derivan de la labor de ambos participantes, y cuando esto no se lo admite, las consecuencias son irremediablemente negativas.

El alta dependerá de diversos factores, entre ellas las características del paciente y el tipo de vínculo. En cuanto a la durabilidad, en terapias soportativas, la duración suele ser de mediano a largo plazo, orientadas a pacientes de déficit estructural, por ello, se definen objetivos específicos y otros que involucran una problemática más profunda, que suelen relacionarse con tipo estructura y rasgos de personalidad de base los cuales conllevan una ardua y prolongada tarea (Ej. Motivo de consulta: “Me llevo muy mal con mi pareja... El problema es cuando me enoja, tengo mucha ira contenida y todo termina muy mal...”). Rivera (2001) debemos definir que es posible hacer, dentro del tiempo disponible. Es imprescindible distinguir entre los indicadores ideales y los reales, ya que suele ignorarse la distancia que separa entre lo que logramos de lo que se desea lograr.

Otro punto importante a destacar, sobre todo con pacientes que quieren continuar se podría decir “indefinidamente”, ya sea por dependencia, a veces por miedo a retroceder en su progreso, o también cuando existe un vínculo de mucho cariño, son circunstancias muy comunes. Para lo cual una estrategia a utilizar podría ser ofrecer el espacio terapéutico de una manera flexible y abierta (“Podes volver cuando quieras o cuando necesites hacerlo. Podes contar conmigo”). Este tipo de intervención, es alivante en sí misma para el paciente, es el saber que “puede entrar y salir” en un proceso terapéutico, afianza el vínculo y la confianza entre ambos participantes.

Que un profesional implemente altas de tratamientos cuando son oportunas, tiene un efecto terapéutico en sí mismo (refuerza la autoestima y autoconfianza, brinda una sensación de libertad y afianza el vínculo). También, los pacientes suelen elegir al mismo terapeuta cuando se les fue otorgada el alta, ya que ha habido una experiencia satisfactoria anterior en general.

Por último, es interesante mencionar una fase de seguimiento una vez finalizado el tratamiento. Uno de los objetivos de tener algún tipo de contacto con el paciente, es para evaluar en qué medida el tratamiento fue eficaz a mediano y/o corto plazo. Se puede citar a la persona en una entrevista, o escribirle un mensaje o llamado telefónico. Esta propuesta puede facilitar la re-consulta, del mismo modo que reactiva en el paciente, aunque sea de modo fugaz, recuerdos y elementos transferenciales que quedaron en estado de latencia Rivera J. (2001).

CONCLUSIONES

Si desde el inicio de un tratamiento, nos planteamos conjuntamente “*a donde quisiéramos ir y que nos proponemos conseguir*” (planteo de objetivos), desarrollando una modalidad de trabajo más allá de la línea teórica o marco teórico utilizado, haciendo hincapié en un trabajo más específico, y durante la etapa de evolución las metas pueden ser evaluadas (revisión de objetivos) , entonces hacia el final del proceso podríamos tener una idea clara en la medida de lo posible si conseguimos lo buscado y si se justifica continuar.

Podemos decir que a lo largo de todo un proceso también revisamos nuestra propia tarea, un tema de gran importancia. Se suele atribuir al paciente cuestiones resistenciales, transferenciales respecto al tratamiento, (ausencias reiteradas, silencios prolongados, etc.), pero pocas veces nos cuestionamos sobre nuestro quehacer y función.

Como síntesis, Fiorini H. (2006), destaca que el proceso terapéutico, tendrá que desenvolverse considerando que no puede haber una única técnica, rígida en su instrumentación, sino que deberá variar según la estructura del paciente, de la situación y de los movimientos que tienden en todo ser humano a conocer y a crear alternativas frente a lo dado de la repetición con sufrimiento. Para ello, es necesario una perspectiva global del psicoanálisis, de carácter abierto, que este a la altura de los elementos que en el conflicto tienden a abrir mundos y no únicamente a cerrarlos. Procesos abiertos a la creación de sus participantes, y esto es lo que se deberá sostener e indagar en profundidad. “Veamos si podemos aprender a ser sensibles escultores. Permitamos que nuestro material se pueda ir modelando en el proceso mismo de enseñarnos a modelarlo”.

BIBLIOGRAFIA

1. Coderch, J. (2010). La Relación Terapéutica y el Déficit Estructural. <http://www.apra.org.ar/abril2010.php>. Fecha de consulta: 14 de Agosto de 2017.
2. Fiorini, H. (1977). Los Ejes del Proceso Terapéutico. Teoría y Técnica de Psicoterapias. pp. 81-84. Buenos Aires. Argentina: Editorial Nueva Visión.
3. Fiorini, H. (1977). El Concepto de Foco. Teoría y Técnica de Psicoterapias. pp. 85-95. Buenos Aires. Argentina: Editorial Nueva Visión.
4. Fiorini, H. (2001). Qué Hace a una Buena Psicoterapia Psicoanalítica. Bernardi R., Defey. D, Hebert. E. J., Fiorini H., Fanagy P., Gril S., Jiménez J.P., Kachele H., Kernberg O., Montado G., Rivera J., Sandell R. Psicoanálisis, Focos y Aperturas. Montevideo. Uruguay: Psicolibros Librería Editorial.
5. Rivera, J. (2001). Terminación de Tratamientos En las Terapias Psicoanalíticas Un Aporte a la Legitimación de Nuevos Modelos. Bernardi R., Defey. D, Hebert. E. J., Fiorini H., Fanagy P., Gril S., Jiménez J.P., Kachele H., Kernberg O., Montado G., Rivera J., Sandell R. Psicoanálisis, Focos y Aperturas. pp. 116- 139. Montevideo. Uruguay: Psicolibros Librería Editorial.
6. Fiorini H. (1999) La relación empática: instrumento crucial para el proceso en las patologías narcisistas. Nuevas Líneas en Psicoterapias Psicoanalíticas. Teoría, Técnica y Clínica. pp. 253-260. Madrid. Psimatica.
7. Defey, D. (2001) Psicoterapia Psicoanalítica Focalizada. Bernardi R., Defey. D, Hebert, E. J., Fiorini H., Fanagy P., Gril S., Jiménez J.P., Kachele H., Kernberg O., Montado, G., Rivera J., Sandell R. Psicoanálisis, Focos y Aperturas. Pp. Montevideo. Uruguay: Psicolibros Librería Editorial.

8. Gabbard, G., Westen D. (2003). Repensando la acción terapéutica. Aperturas Psicoanalíticas. Revista Internacional de Psicoanálisis. pp.1-22.

9. Fiorini, H. (2006). El Psicoanálisis Abierto: Una Concepción del Orden Creador como Organizador de la Clínica Psicoanalítica, de la Teoría y de la Técnica. El Psiquismo Creador. Teoría y Clínica de Procesos Terciarios. Pp. 139-142. Buenos Aires: Nueva Visión.