

HISTORIA DE UNA TERAPIA: RAZONES Y PORMENORES DE UN PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

Héctor Fernández-Álvarez, Marcela Fernández y Alejandra Coppo
Fundación AIGLE
Virrey Olaguer y Feliú 2679 – (1426) Buenos Aires, Argentina
Email: fundacion@aigle.org.ar

A characteristic example of the therapeutic approach applied in Aiglé is presented. Its principles correspond to an integrative model, articulated on the basis of a cognitive-social perspective. The clinical case is about a female patient who initially presented acute signs of an anxiety reaction, associated with dysfunctional components in core personality aspects. The work follows the course of the therapy's gradual process. The first and short-term stage combined focused psychological interventions with psychopharmacological interventions. The second and long-term stage, during which the patient was included in a therapeutic group, was centred upon the treatment of her personality disorder. The sequence of the clinical vignettes follows the dynamics and the operations of the group therapy complex process, a particularly powerful tool in these cases.

Key Words: integrative model – cognitive-social perspective – anxiety – personality disorder – group therapy.

INTRODUCCIÓN

Suele decirse que podemos aprender más de los casos clínicos que terminaron en un fracaso o de aquellos donde descubrimos errores de procedimiento. Allí tenemos una expectativa natural de obtener una enseñanza provechosa. Suele desconfiarse, en cambio, del relato de los éxitos terapéuticos porque levantan la sospecha de que los datos pueden sesgarse (se supone que inconscientemente) para demostrar la habilidad del terapeuta o la bondad de una técnica. ¿Por qué elegimos, entonces, relatar en esta oportunidad un proceso exitoso? Nos mueven dos cosas: este “caso” contiene muchas de las características más peculiares de nuestro modelo de trabajo y, además, guardamos el recuerdo de que durante buena parte de su trayectoria nos topamos con grandes dificultades, que en muchos momentos

estuvimos cerca del desaliento, que sólo hacia el final pudimos descansar al alcanzar un resultado positivo.

Todo comenzó en junio de 1994 cuando Zulema vino a nuestro Centro después de haber solicitado una consulta apelando a los canales habituales de la demanda. Una amiga que había recibido asistencia tiempo atrás la había recomendado. Obviamente la amiga había concluido su proceso con una evaluación positiva del tratamiento. Como en seguida veríamos, dicho estímulo había jugado un papel importante para decidirla a consultar pues ella era, básicamente, poco entusiasta de la terapia. Zulema llegó a la consulta con una exigua cuota de confianza. La trajo el miedo que la arrebató de su tranquila existencia cotidiana. Y más aún, el miedo a volver a experimentar ese miedo terrorífico que la desequilibró y la acercó al abismo de vivencias autodestructivas. La crisis de angustia desatada de un día para otro había trastornado su escenario vital. El mundo comenzó a tornarse inseguro y sus pasos no se apoyaron más sobre un terreno firme sino sobre un suelo lleno de incertidumbre.

“Le cuento mi problemita... , yo, hace 2 meses y medio iba caminando por la calle, paseando a mi perro y, de repente, me mareé... , un mareo normal, porque siempre he tenido problemas de cervicales, contracturas. Así que dije mejor vuelvo a mi casa. A la noche me voy a dormir y allí empecé: me siento nerviosa, le digo a mi mamá. Yo vivo sola con mi mamá. Le digo: me siento nerviosa. Bueno, estaba nerviosa, con mucha taquicardia, con mucha ansiedad. Me tomé un té. Después se me pasó, dormí bien. Al otro día fui al trabajo, pero... un día después, avisé que no iba al trabajo, me puse a llorar por teléfono y ya fue toda una angustia... Ese día lo pasé más o menos bien pero al otro día, o a los dos días... ya no recuerdo bien el tiempo... cada vez que tenía que salir a la calle sentía un miedo atroz.”

Muchas preguntas suelen rodear ese tipo de situaciones, empezando con “¿Por qué ocurrió la crisis?”. Una pregunta que ella se formuló sin encontrar respuesta. En un primer momento, desbordada por el temor y el descontrol no atinó a otra cosa que concurrir a un servicio hospitalario de urgencia donde la sedaron con clonazepam. Con el auxilio de la medicación pudo seguir andando, pero luego se instaló aquella pregunta en su mente y con ella viene a vernos.

Es una pregunta que solemos hacernos también los clínicos. A veces creemos encontrar la explicación en un factor o en una situación determinados. Pero muchas veces tampoco nosotros hallamos respuesta. Entonces, ensayamos fórmulas explicativas muy generales como la hipótesis de la vulnerabilidad (Zuckerfeld, 1999). Podríamos decir que Zulema era vulnerable a padecer un episodio ansioso. ¿Qué queremos decir con eso? Que su organismo, ya sea desde el punto de vista biológico como psicológico (suele agregarse lo social, aunque dándole un tratamiento más formal que real) era portador de cierta propensión a desencadenar ese tipo de reacciones. Fórmula muy general que lleva, de inmediato, a otra pregunta, menos

ambiciosa pero más operativa: ¿En qué circunstancias se desató la crisis?.

En principio, de las entrevistas iniciales a la paciente, no se desprenden acontecimientos que justifiquen un diagnóstico de estrés agudo o de estrés postraumático.¹ Un examen preliminar de la información aportada por la paciente permitía concluir que la crisis se disparó “sin motivo alguno”. Con mucha frecuencia suele argumentarse, precisamente, esa observación como un dato clave para el diagnóstico y, por ende, para el tratamiento.

Por lo general, concluir rápidamente que una crisis de ansiedad no responde a motivo alguno actúa acelerando una intervención terapéutica. La administración de psicofármacos es, en esos casos, la salida más habitual. En realidad, esa decisión refleja, muchas veces, una falta de precisión diagnóstica que se apoya en dos errores: por un lado, una información insuficiente, consecuencia de indagar de manera superficial en torno a las circunstancias que rodearon al episodio. Es muy común que se le pregunte al paciente si “cree que hay algo que pudo ocasionar su crisis”, a lo que el entrevistado tiende a responder, con total sinceridad, que no. Lo que constituye, en realidad, una evidencia muy débil pues el paciente habitualmente tiene, por estar enfrascado en su problema, dificultades para establecer conexiones entre sucesos y experiencias. Una exploración abierta hacia diferentes áreas de su vida puede ofrecernos indicios relevantes, aunque no necesariamente sirvan para cerrar una explicación.

El segundo error es creer que todo desencadenante debe ser un evento ligado a la crisis por una conexión de causalidad, próxima en tiempo y espacio al evento que motiva la consulta. Pero esto no es así. Esa conexión puede existir a distancia y no ser lineal en absoluto. Los motivos pueden subyacer en las cambiantes condiciones de la vida de la paciente, en la dinámica de factores evolutivos que le exigen resignificar su realidad, pues la tranquilidad cotidiana se ha ido convirtiendo en agobio y la seguridad habitual se transformó en aburrimiento o impotencia. Una exigencia frente a la cual, tal vez, se siente incompetente.

En nuestro modelo de trabajo apoyamos con firmeza la idea de que no detectar manifestaciones aparentes de un motivo no es un testimonio de que esté ausente en absoluto. Tal vez pueda darnos mucho trabajo identificarlo y, a veces, no es seguro que podamos descubrirlo. (Fernández-Alvarez, 1992a)

Exploración inicial: la historia que contaba Zulema

Al examinar lo que Zulema nos contó en las primeras entrevistas, ninguna situación específica parecía explicar su ataque. Ella no lo podía reconocer y nosotros tampoco encontrábamos ninguna pista en esa dirección. Pero lo que nos llamó la atención es que las circunstancias que rodeaban su vida nos acercaban una persona que, habiendo perdido a su novio en un accidente presenciado por ella, no había recompuesto, al cabo de varios años, otro vínculo afectivo de similar importancia. En su lugar, había desarrollado una relación emocional con un hombre casado con

el que, aparentemente, “se llevaba bien”. Su vínculo con ese hombre, al que en el inicio mencionaba también como su novio, era sumamente constrictivo, reduciéndose a encuentros de una a dos horas de duración que tenían lugar en horario vespertino, cuando él pasaba a buscarla por su casa para trasladarse a un establecimiento donde mantenían intensas relaciones sexuales.

Además, vivía junto con su madre, a quien describía como una señora de carácter enérgico que orillaba los 70.² La paciente, próxima a cumplir los 40 años, evidenciaba un fuerte estancamiento en su desarrollo laboral y profesional desde hacía mucho tiempo. Tenía una sola amiga, de la que en el último período se había distanciado, poco después que aquella se casara..

Su vida parecía quieta más que estable, pobre más que tranquila. Su horizonte mostraba una llamativa ausencia de proyectos concretos a corto y medio plazo. Y, en medio de su relato, introdujo en su discurso una tajante autodescripción como alguien “de acero inoxidable”. Fue inmediatamente después de contarnos que siete años atrás se habían producido varias muertes a escasos intervalos de tiempo: su abuelo, su padre y su novio.

“Pude sobrellevar todo eso porque tengo una personalidad de acero inoxidable... todo me resbala, nada me afecta. Siempre fui la fuerte de la familia, mantengo a mi mamá. Siempre me tuve que hacer cargo de todo. Mi mamá ahora se fracturó un brazo, no sé si eso también influirá... pienso que si se muere mi mamá me quedo sola. ¿Será miedo a la soledad?. Es lo único que tengo. Pero también pienso: si me pasa algo, ¿qué va a ser de mi mamá?

Mostraba una actitud distante, aunque correcta y sus gestos ahorraban lo expresivo, destacando los argumentos lógicos y racionales en el diálogo. Se mostraba a la defensiva y tenía interés en enfatizarnos su frialdad y su inaccesibilidad. Era evidente que la relación terapéutica debía construirse de manera muy gradual y respetando su extrema sensibilidad.

Después de su visita a la guardia hospitalaria fue derivada a un médico psiquiatra quien inició un plan de tratamiento con alprazolam cuyas indicaciones la paciente había cumplido estrictamente en los dos meses transcurridos desde la primera consulta.

“Ya no tengo esos cuadros de pánico. Me medica con 2 comprimidos de 0,50 mg. por día. Pero no estoy bien. No tengo esos cuadros de pánico, pero no estoy bien. Nunca tuve un día de decir: me siento bien. Me agarra un... bueno, ahora estoy nerviosa porque vine acá. Siento que las piernas se me aflojan, las manos se me ponen frías, hormigueo en la lengua... un hormigueo constante... como si hubiera metido la lengua en un ácido... es todo un hormigueo en la cara, en la cabeza. Dolores de cabeza. Es todo un cuadro de angustia o ansiedad. Estoy hecha una piltrafa. De repente se me pasa, tengo momentos que estoy bien. Pero no tuve un día entero de decir:

me siento bien”.

Así nos contaba los antecedentes que precedían a su consulta. Y al explicar las razones para pedirnos ayuda, nos presentaba un cuadro claro de su resistencia:

“Siempre fui reacia a pedir ayuda psicológica. Pensé que nunca lo iba a necesitar. Todos los médicos me dicen que somatizo. A veces pienso si no me estaré volviendo loca. Quisiera sentirme bien, no estar insegura”.

Pese a sus prevenciones, se mostró colaboradora y su relato fue rico en información. Pero, sobre todo, para nosotros fue un disparador de preguntas: ¿cuán feliz podía ser con una relación de pareja donde estaba relegada a un papel más que secundario? ¿qué significado tenía esa fuerte restricción de sus relaciones interpersonales? ¿En qué medida estaban conectados su aislamiento y su retiro social con las reacciones agorafóbicas que estallaron a partir de su crisis de angustia?, entre otras.

Evaluación

Como es habitual en nuestro modelo de trabajo, la admisión de la paciente incluyó un proceso de evaluación en dos niveles: uno descriptivo y otro relativo a su modo constructivo. En el campo descriptivo, en base a la información de los signos clínicos y los resultados de los instrumentos estructurados se identificó y clasificó su demanda como un trastorno de angustia con agorafobia. Los datos permitían detectar, además, la presencia de un trastorno de personalidad comórbido, con características dominantes de evitación y dependencia. De acuerdo con los criterios empleados por el DSM-IV, a la paciente le correspondía el siguiente diagnóstico:

Eje I: Trastorno de pánico con agorafobia (300.21) - (ICD: F40.01)

Eje II: Trastorno de personalidad por evitación (301.82) - (ICD: F60.6)

Eje III: Antecedentes de disritmia cerebral

Eje IV: Insuficiente apoyo social

Eje V: EEAG 60 Moderado.

En el campo constructivo, la paciente mostraba un estilo de organización de la experiencia acentuadamente restrictivo, con signos elocuentes de pasividad, contención emocional y elevada preocupación por el control de sí misma y del entorno. Las representaciones dominantes de sus significados personales destacaban mucha inquietud y preocupación en torno a conflictos de diferenciación y autonomía. Asumía con naturalidad los roles adultos en el mundo exterior, pero internamente no estaba en condiciones de adaptarse a esas exigencias. Su vida estaba instalada dentro de una fortaleza a la que había regresado buscando refugio ante los crueles acontecimientos que invadieron su existencia varios años atrás. (Fernández-Alvarez, 1992b)

Diseño de Tratamiento

Acordamos con la paciente que los objetivos de su tratamiento debían encarar, en primer lugar, una sólida recuperación de su crisis. Zulema se mostraba especialmente preocupada por el hecho de que la reducción sintomática alcanzada hasta ese momento no le había aportado la tranquilidad que buscaba. Sin embargo, la presencia de fuertes componentes disfuncionales en el contexto de su demanda, reclamaban un programa terapéutico de mayor complejidad (Magnavitta, 1998).

Le propusimos un plan de trabajo en dos tiempos, basado en nuestro modelo integrativo de asistencia (Fernández-Alvarez, 1992 b). Un primer tramo, de pocos meses, destinado a mejorar sus capacidades de afrontamiento, ayudando a replantear el uso de medicamentos y un segundo tramo, donde pudieran explorarse las circunstancias que habían generado la crisis y facilitar la producción de cambios en aspectos de su personalidad asociados con ello.

Le adelantamos a la paciente que el primer tramo presentaba aceptables perspectivas de mejorar su situación actual, pero que la segunda etapa era necesaria para sostener los resultados que pudieran lograrse en la fase inicial. Le comunicamos la necesidad de su activa participación en el curso del tratamiento y que era razonable anticipar mayores dificultades en el curso de la segunda etapa.

Primera Etapa

La terapia fue llevada a cabo semanalmente durante 6 meses por dos terapeutas, una psiquiatra y otra psicóloga. Los fines específicos de esta fase fueron tres: promover recursos que aliviaran sus síntomas, contribuir a un adecuado retiro de la medicación y preparar las condiciones para que la paciente activara su motivación para explorar en profundidad los patrones disfuncionales de su organización personal.

Se trataba de tres objetivos completamente interconectados (Alford y Beck, 1997). La paciente, como tantas otras personas, había llegado a la consulta, con el apoyo de los ansiolíticos. Afortunadamente, en este caso, era corto el tiempo transcurrido desde que comenzara a ingerirlos, lo que permitía abrigar mejores expectativas de poder evitar el círculo adictivo que frecuentemente se observa con ese tipo de intervenciones a largo plazo. Estas situaciones exigen, de manera imprescindible, que el paciente desarrolle sus capacidades de afrontamiento, ejecutando acciones concretas que incrementen la confianza en sus propios recursos. El empleo de técnicas de relajación y exposición es el modo más eficaz con que contamos en la actualidad y a ellas se recurrió en ese tramo, mientras se seguían, paso a paso, los efectos de un retiro gradual de la medicación.

Simultáneamente, se implementaron recursos psicoeducativos tendientes a que la paciente comprendiera mejor el ciclo de su crisis, proveyendo elementos que la ayudaran a establecer una conexión entre el episodio agudo y las condiciones generales de su vida. En este último punto, ocupó un lugar preponderante destacar

el papel que ocupaba su aislamiento, su retiro progresivo de las relaciones interpersonales y su vida en un estado de acentuada soledad. La segunda etapa se formuló como un programa de psicoterapia grupal al que la paciente accedió a incorporarse después de esos 6 meses iniciales de tratamiento.

Segunda Etapa

El grupo al que Zulema se incorporó era abierto y bastante heterogéneo, cuyos integrantes compartían la búsqueda de promover cambios en el área de su personalidad. El desarrollo personal era la nota aglutinante de los objetivos terapéuticos de ese conjunto constituido por 6 personas, cuyos diagnósticos dominantes oscilaban entre trastornos de personalidad de los clusters B y C.

Las sesiones de grupo tenían lugar, dos veces a la semana, con una duración de 75 minutos cada una, lo que permitía un trabajo intenso y persistente. Era coordinado por un terapeuta y contaba con dos observadores regulares, los autores del presente trabajo. El grupo se había iniciado muchos años atrás y había atravesado sucesivas rotaciones pues mientras algunos pacientes concluían su trabajo, otros nuevos ingresaban al grupo. Ninguno de los integrantes al momento de ingresar Zulema habían asistido desde el inicio.

Los compañeros con que se encontró Zulema en el grupo eran tres mujeres y tres varones, cuyas edades oscilaban entre 35 y 50 años. El sistema tenía esa conformación desde hacía algunos meses y sus integrantes se habían ido incorporando progresivamente, acorde con el carácter abierto del dispositivo. Algunos de sus compañeros habían tenido, además, experiencias previas en psicoterapia. Venían cumpliendo su trabajo terapéutico con un ritmo sostenido y estaban en un momento propicio para nuevos cambios en la conformación del grupo.

Las personas con las que se encontró tenían características heterogéneas en cuanto a su estado civil, inserción social, estatus económico y religión, pero compartían una banda cultural no demasiado extensa. Cada una de ellas, ofreció a Zulema facetas que favorecieron su identificación en varios aspectos. Adela (las letras iniciales de los nombres inventados señalan a cada compañero de acuerdo con su antigüedad en el grupo) era una mujer soltera, con dificultades en su autoestima, prejuiciosa y de moral muy rígida, con marcada desconfianza hacia los hombres, preocupada por elaborar la desilusión provocada por el abandono que el padre hiciera de su hogar cuando era adolescente. Blanca, separada, con una hija de la que se hacían cargo en buena medida sus padres; convivía con ellos con quienes mantenía una relación de estrecha dependencia. Cayetano, casado, con un hijo pequeño, tenía, además, hijos de un primer matrimonio; presentaba una acentuada tendencia a desarrollar síntomas somáticos en situaciones de tensión. Delia, separada, con dos hijos; muy activa laboralmente, se desempeñaba con éxito en su profesión; su competencia en el plano socio-económico contrastaba con su fragilidad en el plano emocional, donde era muy propensa a vincularse con personas

violentas que le generaban elevado nivel de sufrimiento. *Ernesto*, soltero, a los 38 años vivía con su madre, viuda, con la que mantenía una relación muy apegada; tenía mucha facilidad para relacionarse con mujeres, con las que no se comprometía afectivamente. *Fernando*, separado en dos oportunidades, tenía muchas dificultades en su actividad laboral; muy autocentrado, vivía solo y mantenía con una mujer una relación de años en la que frecuentemente ocurrían episodios de agresión.

En los años siguientes, a partir del ingreso de *Zulema*, se incorporaron nuevas personas, dando lugar a procesos sucesivos de reagrupamiento. En uno de ellos, el grupo se dividió en dos conjuntos y, un año después, se fusionó con otro conjunto dando lugar a un nuevo grupo. En el curso de su terapia, *Zulema* compartió su tratamiento con 18 personas. El tiempo compartido con cada uno fue muy variado e incluso, hubo compañeros con los que se reencontró para trabajar en el mismo espacio terapéutico después de haberse separado previamente. Esta elevada movilidad cumplió un papel muy facilitador en su evolución.

El análisis del proceso terapéutico que se presenta a continuación está enfocado sobre los cambios observados en la paciente identificada, pero obviamente, el trabajo del grupo estuvo dirigido a favorecer la evolución de todos los integrantes. Un relato equivalente al de *Zulema* podría describir la historia terapéutica de cada uno de sus compañeros. También podría efectuarse una presentación que recogiera los cambios vistos desde la perspectiva global del grupo (Beck y Lewis, 2000)

La elección de esta modalidad de trabajo obedece a que los grupos terapéuticos con estas características han probado ser un instrumento particularmente potente cuando lo que está en juego es la necesidad de operar sobre los patrones básicos de la personalidad (Piper y Rosie, 1998). Las razones más fuertes que existen son las siguientes:

a) en las disfunciones de la personalidad, los problemas interpersonales constituyen un aspecto nuclear (Millon y Davis, 1998)

b) los grupos terapéuticos abiertos permiten a los pacientes disponer de una perspectiva que amplifica y diversifica las observaciones sobre su manera de interactuar

c) modificar patrones primarios de la organización personal requiere una acción lo más gradual posible, pues la rigidez de los mismos ofrece intensa resistencia a modificaciones súbitas o bruscas

Los cambios en la personalidad se presentan en la terapia como algunas de las metas más difíciles de lograr, debido a su cronicidad y a la gran cantidad de mecanismos asociados que el individuo fue incorporando a través del tiempo para garantizar su adaptación. Los patrones disfuncionales de la personalidad constituyen las formas más ambivalentes con que nos encontramos en nuestro trabajo terapéutico. Predisponen al padecimiento del paciente pero, al mismo tiempo, están registrados en su memoria como formas que resultaron útiles en momentos

anteriores de su vida. El paciente tiene necesidad, por consiguiente, de conservarlos al mismo tiempo que requiere cambiarlos para mejorar su situación. (Belloch y Fernández- Alvarez, 2002)

ZULEMA: *Me doy cuenta que vivo o creo vivir peor que ustedes (se refiere a sus compañeros), pero tengo que registrarlo más para poder hacer algún cambio*

ADELA: *¿Querés cambiar?*

ZULEMA: *No sé, también estoy cómoda. La paso mal y estoy cómoda a la vez...*

BLANCA: *¿Te da miedo cambiar?*

ZULEMA: *Puede ser, a veces me parece que prefiero que todo siga igual*

BLANCA: *No se puede creer que digas que querés seguir siendo así...*

DELIA: *A mi me impresiona*

CAYETANO: *Yo no lo entiendo...*

TERAPEUTA: *Llegamos a este punto y nos encontramos con un núcleo muy duro... ustedes apabullados y ella así... en silencio. (A ella) Ellos se sienten impresionados y vos sólo los mirás... (A todos) Ellos se impresionan y ella los mira sin decir nada.*

FERNANDO: *Me quedo anonadado con tu pasividad. Como si dijeras “voy a ver cuándo voy a cambiar”*

DELIA: *No se corresponde con su drama*

TERAPEUTA: *Su drama no condice con su cara, con la que ustedes ven... Esta discrepancia es un problema serio. Ustedes son testigos privilegiados al hacérselo notar. Son compañeros de grupo y no tienen ninguna ventaja adicional que sacar de ello. Por otra parte es bastante común que uno tenga menos conciencia que los otros de lo que está expresando.*

ZULEMA: *No tienen que sentirse mal. En muchas situaciones me quedo así, creo que para protegerme... No sé porque tengo que hacerme la fuerte. Tampoco pensé que les impactaba tanto.*

Fases de la Terapia en el Grupo

1) ***Incorporación.*** Es, con frecuencia, un momento crítico para todos los pacientes. Poder integrarse al grupo requiere vencer dificultades, tanto del paciente como del grupo que suele imponer filtros exigentes antes de aceptar que otra persona pueda formar parte del sistema. Alrededor de 6 meses fue el tiempo que necesitó Zulema para quedar integrada plenamente en el grupo.

2) ***Promoción de cambios centrados en la resolución de problemas y conflictos cotidianos.*** El grupo la ayudó a marcar y definir las situaciones disfuncionales que más la acuciaban a diario. Ensayó, a continuación, propuestas destinadas a generar modificaciones en esas áreas. Durante algo más de un año, el grupo enfocó su trabajo sobre los miedos y las circunstancias que rodeaban la vida

afectiva y sexual de la paciente. Mientras se fue progresando en ello, surgieron los modos defensivos que la paciente oponía a los cambios de fondo que necesitaba.

3) **Promoción de cambios en patrones básicos.** Los cambios logrados en la fase anterior, permitieron mejorar de manera significativa su sintomatología e hicieron más fluida su comunicación.. El grupo orientó, a continuación, su tarea hacia la modificación de los patrones básicos de organización personal. Allí la paciente comenzó a replegarse sobre sí y a endurecer su posición. Quería cambiar pero, al mismo tiempo, temía abandonar su manera habitual de percibir la realidad y de relacionarse con los demás. El trabajo terapéutico pareció, durante largos momentos, estancado. La paciente se había acomodado a los logros obtenidos y se atrincheraba en ellos. Tenía una evidente necesidad de evolucionar, pero el esfuerzo y los costos que ello implicaba la empujaban al *status quo*. Durante casi dos años, esa posición parecía difícil de superar. No obstante, el grupo procuró una y otra vez proveerle el soporte necesario para modificar las creencias básicas que sostenían su disfuncionalidad.

4) **Terminación.** Por la acumulación de las intervenciones y/o porque los factores evolutivos hicieron su parte, en un momento determinado la paciente se decidió a realizar un movimiento que terminó arrancándola de su pasividad. En el curso de los siguientes 12 meses la paciente enfrentó miedos que nunca había superado y comenzó a tener relaciones con otros hombres. Con uno de ellos inició una relación de pareja que prosperó hacia una convivencia al cabo de un corto tiempo. Poco después se consideró terminado su proceso y la paciente concluyó su participación en el grupo. Un año más tarde, una entrevista de seguimiento mostró que sus logros se habían consolidado. Vivía con su pareja, padre de dos hijos con quienes había desarrollado una relación muy productiva.³

Analizamos a continuación cada una de estas cuatro fases, ilustrándolas con viñetas de sesiones del grupo. Como se podrá apreciar rápidamente, el relato y las ilustraciones muestran que en la psicoterapia de grupo, el trabajo es sostenido por el conjunto del sistema. El papel del terapeuta aparece diseminado en la acción grupal, como expresión de una de las características dominantes en este abordaje. Su tarea consiste, en primer lugar, en coordinar la dinámica del sistema y ajustar el clima del grupo a los niveles óptimos. Sus intervenciones operativas son, en segundo término, puntuaciones que acompañan la tarea de los integrantes, constituidos en la herramienta natural que propicia los procesos de cambio. Como consecuencia de este modo de actuar, el terapeuta aparece en un lugar más retirado de la escena. Este mismo fenómeno explica por qué en la terapia de grupo los pacientes suelen desarrollar un volumen de dependencia menor que en la terapia individual respecto de su terapeuta.

Primera Fase

El ingreso en el grupo fue para la paciente una experiencia de alto impacto, a la que haría referencia en numerosas oportunidades a lo largo del tratamiento. Según pudo describir después, le impresionaron las cosas que oía decir a sus compañeros, tanto por la profundidad de los problemas que revelaban, como por la increíble disposición a exponerse ante los demás. En ese momento pensó que *«todos estaban mucho más locos que ella»*. Durante un primer período, se limitó a contar que estaba allí debido a que había sufrido *«un ataque de pánico»*.

Su actitud para con los compañeros era amable pero, como consecuencia de actuar con extrema reserva, tenía escasos intercambios emocionales. Los compañeros vieron en ella una persona muy defendida a la que trataron con cuidado, respetando su voluntad de preservar la intimidad. De todos modos lograron obtener un relato de los acontecimientos más importantes de su vida. La novela de Zulema para sus compañeros la mostraba como una chica con una infancia bastante feliz, aunque con algunos altibajos. Se había retraído en la pubertad, al mudarse a una zona de campo donde había vivido, no obstante, con libertad y en un intenso contacto con los animales, por los que había desarrollado un profundo cariño. Esta afinidad tomaría la forma de una vocación universitaria que la llevó a graduarse de médica veterinaria. A los compañeros de grupo les resultó sorprendente que manifestara, en varias ocasiones, la enorme sensibilidad que le despertaban los animales frente a los cuales experimentaba sentimientos de ternura y cariño que no sentía en otras ocasiones, incluso frente a los niños. Este fenómeno, junto a su escasa vida social, avivó el interés del grupo por explorar su mundo de inclinaciones afectivas.

Zulema había adoptado, rápidamente, una actitud callada en las sesiones. Escuchaba atentamente lo que contaban sus compañeros y daba pruebas permanentes de ello, pero su participación era escasa y, especialmente cauta en lo referente al relato de sus cosas. Un año después de terminado el tratamiento, recordaría en una entrevista de seguimiento:

Al principio, en el grupo lo que hacía era escuchar. Entonces iba viendo cómo se desenvolvían los demás, pues tenían más experiencia. Escuchar a los demás me ayudó mucho. También me sentí muy escuchada... muy escuchada hasta cuando no hablaba... Pienso que el grupo, por ser gente que también pasaba por dificultades, nos prestábamos más atención que lo yo encontraba afuera. Siempre tuve una coraza. No quería mostrar nada y el grupo, en cambio, me facilitó expresarme.

Durante muchas sesiones se limitaba a escuchar, por lo que el terapeuta, se dirigía a ella mediante preguntas que ayudaran para calibrar el estado de su involucración (Fernández-Alvarez, 1996). Siempre se mostraba comprometida con la tarea y lista para responder a lo que se le solicitaba, aunque también eran evidentes las muestras de cierta inhibición y dificultades para contactar con su mundo emocional.

BLANCA: *¿Y con tu novio qué tipo de cosas compartís?*
ZULEMA: *Salimos, hablamos del trabajo*
BLANCA: *¿Qué más?*
ZULEMA: *El tiene una vida complicada, tiene poco tiempo*
ADELA: *¿Tienen algún proyecto, piensan hacer algún viaje, o algo así?*
ZULEMA: *Sé que con él cualquier proyecto es imposible.*
CAYETANO: *¿Por qué?*
ZULEMA: *El está casado. No se va a separar por la cuestión económica*
BLANCA: *¿Y te resulta estar con alguien con quien compartís tan poco?*
ZULEMA: *Yo lo acepto así*
ADELA: *Yo salí con hombres casados, pero hay un punto que no me gusta. Por mejor que me trataran, si no podía armar algo, sufría mucho*
ERNESTO: *¿Y con tu otro novio compartías más cosas?*
ZULEMA: *Si, era más afectivo.*
TERAPEUTA: *Lo que observo desde aquí, es que todos ponen mucho esfuerzo para conocerte y para que puedas expresar lo que te pasa. Tus respuestas son muy concisas. Parece que te cuesta abrirte.*
BLANCA: *Sí, no dice si lo quiere o no lo quiere, cómo la pasa, qué siente cuando no está con él.*
ADELA: *Bueno, pero ella es así.*
ZULEMA: *Nunca soy de decir que estoy mal. Nunca demuestro sentirme mal.*

El tono afectivo en sus intercambios dentro del grupo fue motivo de un trabajo sistemático. Al cabo de pocos meses, Zulema había reconocido frente a sus compañeros, que ejercía un fuerte autocontrol sobre sus emociones, especialmente las vinculadas con sentimientos tristes y dolorosos. Creía no estar en condiciones de soportar esas situaciones. Temía desbordarse si alguna conexión activa pudiera acercarla al llanto. De hecho, hacía años que había dejado de llorar. Concretamente, después de la trágica muerte de su amado, cuando se impuso clausurar el llanto para poder sostenerse.

No puedo llorar. Me cuesta pedir que me ayuden. Tal vez porque sé que no me van a poder dar lo que necesito y eso me da tristeza... Se quebró mi imagen de fuerte, de acero inoxidable. No se si siempre quise ser así o las circunstancias me llevaron a ser así. Estoy detrás de un vidrio para que no se me acerquen. Tal vez es así pensando que si el día de mañana se van, no me afecte.

El grupo volvió pacientemente una y otra vez sobre el tema. Y Zulema fue asistiendo a situaciones donde distintos compañeros se conectaron con recuerdos y experiencias que despertaban emociones francas de dolor y que los demás compartían. Poco a poco ella también comenzó a compartirlas, a descubrir el valor reparatorio de la expresión y a superar la fantasía del desborde que la había

maniatado todos esos años. Y un día, la sesión comenzó cuando Ernesto evocó la muerte de su padre. En la segunda mitad, Zulema que se había ido imperceptiblemente acercando emocionalmente, comenzó a compartir también sus recuerdos y abriéndose de manera suave y delicada, comenzó a llorar.

Segunda Fase

Con su actitud fue ganándose un lugar de aceptación y cuidado entre sus compañeros, particularmente entre las mujeres, con las que se mostraba amistosa y comprensiva. Los varones también solían acercarse a ella de manera protectora, aunque la instigaban a abandonar su retiro, especialmente incursionando en el campo de su vida sexual. Así, comenzó a dibujarse con nitidez un tema central en la siguiente etapa de su participación en el grupo: la relación con su amante. Zulema fue progresivamente relatando los pormenores de un vínculo que era una inmensa fuente de sufrimiento para ella. Poco a poco, gracias a una paciente indagación, los compañeros la ayudaron a levantar un manto de represión y a que pudiera manifestar los intensos celos que sentía, así como la desvalorización y la dependencia patológica ligadas a una situación que parecía un cercado inviolable.

Había terminado aceptando una relación que le provocaba una sensación de exclusión que rebajaba su autoestima de modo permanente. Había abandonado los reclamos de mayor dedicación que intentó en las primeras épocas convencida de que no tenían porvenir alguno. Y aunque se esforzaba por adaptarse a esa condición, conocida por su madre y su única amiga, progresivamente fue sintiéndose oprimida ante el ocultamiento que exigía y comenzó a experimentar incipientes sentimientos de agresión hacia su amante que estaban, en su mayoría, celosamente guardados.

El intercambio entre ellos se basaba, fundamentalmente, en una sexualidad apasionada a la que ella se brindaba generosamente, sintiéndose poderosa por el placer que era capaz de proveer en ese terreno. Los compañeros fueron viendo su posición como la encarnación de un «objeto sexual» a la que ella se prestaba sin protestar. A medida que este proceso de develamiento progresó, Zulema fue desarrollando, poco a poco, sentimientos de cólera y una voluntad creciente de cuestionar la situación. La relación con su amante terminó enfocada como un problema central de su vida a resolver. Y aunque se mostraba impotente para concretar los cambios necesarios, sus compañeros redoblaron la imaginación y la voluntad de ayudarla a ese respecto. (Fernández-Alvarez, 1999)

¿Por qué había elegido a esa persona? Se trataba de un hombre que la atraía, pero además era alguien que la había ayudado a mejorar su situación laboral y que poseía un abundante respaldo económico. Zulema lo veía como alguien en quien podría, eventualmente, apoyarse en caso de necesidad. El patrón dominante de la relación tenía estas propiedades: La relación era una puerta que le ofrecía alguna conexión con el mundo exterior y le garantizaba cierta seguridad. Las restricciones le permitían mantener un bajo grado de involucración sin que tuviera necesidad de

responsabilizarse por ello. A medida que pudo transparentar sus sentimientos, fue capaz de reconocer que se sentía maltratada por la situación que vivía. La compensaba un sentimiento de poder que obtenía en el vínculo sexual. Creía que él tenía una gran necesidad de ella y, en cierta medida, se sentía culpable por la vida que llevaba.

No me siento bien, pero esas son las reglas del juego. Si las acepto bien y si no... Siempre había dicho «jamás voy a salir con una persona casada», pero él insistió y se metió en mi vida y no lo pude evitar... Cuando tuve la crisis, yo le decía: «no te vayas, no quiero que te vayas (llora con intensidad), quiero que me acompañes a mi casa y te quedes conmigo hasta que me duerma». Pero él no me llevó a mi casa, sino a un hotel. Ahí hice todo lo que tenía que hacer. La crisis no me interfirió en lo sexual.

El grupo le ayudó a ver que la dependencia que evidenciaba en esa relación se conectaba con otros aspectos de su vida (Fernández-Alvarez, 2000). La relación con la madre y la condición laboral guardaban, también, el carácter de situaciones cerradas, frente a las cuales experimentaba una exigencia muy alta y una gran dificultad para pensar en un cambio de estado. Se veía atada a ambas y creía que nada podía hacer por modificar las cosas.

ZULEMA: *No se cuando podré empezar a cambiar*

DELIA: *El futuro es hoy. Empieza hoy.*

ZULEMA: *No puedo ver que es hoy.*

FERNANDO: *Pensá un paso a dar. El primero, no muy ambicioso*

BLANCA: *¿Alguna vez te imaginaste viviendo sola?*

DELIA: *Ella te pregunta porque también tiene el problema de la madre*

ZULEMA: *El otro día me preguntaron y pensé en eso. Me agarró mucho miedo.*

BLANCA: *¿A qué?*

ZULEMA: *A sufrir*

DELIA: *¿Más?*

CAYETANO: *¿No está sufriendo ahora?*

ZULEMA: *Me da mucho miedo. La única forma de vivir sola que tengo en mi cabeza es porque los demás se murieron.*

FERNANDO: *Creo que viviendo con la mamá se hace la ilusión que no está sola. De qué tenés miedo? ¿Qué puede ser peor?*

ZULEMA: *Racionalmente se puede decir que nada*

DELIA: *Es muy cómoda*

FERNANDO: *Vos dijiste cosas que te resultan al vivir con tu mamá,*

BLANCA: *¿Qué podés perder?*

DELIA: *¿Qué podés ganar?*

ZULEMA: *Podría ganar... no sé. Siento una culpa...*

ADELA: *¿Tenés miedo de decirle a tu mamá? ¿Hacerle sentir que la abandonás?*

ZULEMA: Una vez que tuve problema de dinero dije acá la solución es que alquile un departamento más chiquito y se vaya a vivir con mi abuela. Y se lo dije. Después se fue por un rato largo y pensé que se había tirado de la terraza, porque me pareció que había reaccionado muy mal.

El mayor obstáculo para cambiar lo veía en su gran dificultad para enfrentar situaciones de conflicto. Era particularmente evitadora de las discusiones y las peleas. Esto se veía claramente reflejado al interior del grupo. Cuando se producían enfrentamientos entre compañeros, Zulema se ponía muy tensa y su gesto denotaba una reacción de gran inquietud. Del mismo modo, uno podía imaginar que en la vida cotidiana era incapaz de efectuar reclamos o demandas que supusieran algún grado de violencia. Se sentía condenada a que los cambios dependieran de algo que ocurriera en el contexto.

Acompañando esta actitud, un trípode de significados le permitía mantenerse en un delicado equilibrio. Por un lado, mantenía una gran distancia emocional, lo que le permitía eludir situaciones abiertas de conflicto. Por otro lado, desconfiaba de relaciones nuevas, en especial con los hombres, pues creía que podían llegar a producirle daño. Finalmente, se había propuesto no encariñarse con las personas, con el fin de evitar la posibilidad de nuevas pérdidas.

El grupo fue cuestionando sus creencias dominantes, ofreciendo alternativas y propuestas para pensar y actuar de un modo distinto (Yalom, 1985). Le depositó la sospecha de que tal vez era posible cambiar el estado de la relación con su amante. Eligió un punto que resultaría óptimo: la posibilidad de concretar demandas. Dado que era inútil intentar modificar la condición en que vivía el hombre, era factible reclamarle ayuda para comprar una vivienda que le permitiera dejar de arrendar su departamento y conseguir, así, más seguridad. Zulema creyó, inicialmente que era un imposible, pero alentada por el resto de sus compañeros, terminó por efectuar el planteo para descubrir, azorada, que él estaba dispuesto a satisfacer su pedido.

Ese proceso fue lento y gradual. Pero lo que ocurrió después que él accedió a satisfacer su demanda fue una transformación acelerada del vínculo. En poco tiempo le dio el dinero que ella necesitaba y a partir de su mudanza al nuevo departamento, la relación comenzó un período de rápida declinación hasta que se produjo la separación definitiva. Al principio, Zulema sintió que lo extrañaba, pero poco después, empezó a sentirse aliviada de haber terminado ese vínculo y comenzó a pensar que otra vida para ella era posible.

Nuevos compañeros

La presencia de nuevos compañeros cumplió un doble papel. Por un lado sirvió para que con cada nueva presentación pudiera realizar un balance de los cambios realizados. Este hecho operó como un fuerte contrapeso a su tendencia a la pasividad. Por otro lado, nuevas personas le acercaron otras maneras de enfocar sus dificultades. Algunos incidieron de un modo muy directo. Tal el caso de un hombre

algo mayor que ella, con un perfil también muy inseguro y reservado. El contacto con él sacudió su actitud cautelosa y la impulsó a exponerse con más frecuencia. Otro integrante despertó de parte de ella un fuerte rechazo, motivado en prejuicios ideológicos. Trabajar los intensos sentimientos de discriminación que afloraron en ese momento, la ayudaron a flexibilizar algunos de los patrones defensivos más rígidos que había desarrollado a través del tiempo.

Tercera Fase

El progreso de la terapia implicó, a partir de ese momento, atacar patrones más básicos de su organización personal. Debía encarar cambios más profundos y, por consiguiente, era de esperar que se encontraran resistencias más férreas. Dos líneas de construcción de significados aparecieron rápidamente en el universo de la paciente. Una, en torno a las defensas erigidas alrededor de algunos años atrás con el fin de soportar aquella tremenda sucesión de pérdidas afectivas. Otra línea se había gestado en una época anterior de su vida y se la podía identificar formando parte de sus recuerdos adolescentes.

La muerte de su novio había ocurrido en circunstancias muy dramáticas. Lo que producía mayor impresión, al escuchar su relato, era el hecho de haber presenciado el accidente en que ocurrió. Cada nuevo integrante repetía el gesto de profundo estupor al oír la historia. Esa muerte había ocurrido, además, en un momento muy significativo de la relación, contribuyendo a que sus secuelas quedaran marcadas como surcos muy hondos en el escenario mental de Zulema. Habían transcurrido varios años de noviazgo y estaban preparando el matrimonio. Todo lo que recordaba de ese vínculo eran cosas valiosas: afecto, compañerismo, confianza, seguridad. El vacío que había dejado era imposible de llenar.

En ocasión de la llegada de un nuevo compañero, repasaban de esta manera el problema:

ZULEMA: *Me gustaría estar con alguien, pero tengo miedo de volver a estar sometida*

TERAPEUTA: *Te pudiste liberar de esa situación. Ahora estás en otro lugar.*

NICOLÁS (paciente nuevo): *¿Vos tenés deseos de cambiar?*

ZULEMA: *Deseos tengo, pero no sé cómo explicar el impedimento para hacerlo*

BLANCA: *Tenés que fijarte nuevos objetivos. ¿Querés casarte o no? ¿Querés vivir sola o no? ¿Querés estar todos los días con alguien distinto?*

ZULEMA: *No quiero estar sola, quiero estar con un hombre. No casarme, porque es demasiado.*

NICOLÁS: *¿Por qué no casarte?*

ZULEMA: *No se si quiero o no... me parece mucha cosa*

NICOLÁS: *Imponés mucho respeto. Parecés inaccesible. Ella (refiriéndose-*

se a otra integrante) parece mucho más accesible. Estás tan seria. Con ese gesto, ninguna sonrisa.

ZULEMA: Ahora que escucho, no se me había ocurrido que impongo respeto.

NICOLÁS: Cuando vas por la calle y te hablan, ¿qué haces?

ZULEMA: No contesto. Enseguida empiezo a desconfiar. Pienso que será un facineroso. No se me ocurre que es alguien que quiere charlar.

ADELA: ¿Y con una señora? Yo charlo con cualquiera. Tenés que aflojarte y ponerte a charlar.

ZULEMA: Contesto para que no me digan nada más. Puedo hacer una cola durante una hora y no hablo con nadie.

TERAPEUTA: Son cosas muy profundas, no muy fáciles de cambiar. No es necesario que seas como Adela, sino que trates de absorber lo que te dice. No es necesario que te esfuerces por recordar, sino que puedas dejar que te lleguen sus comentarios. Dejar a esas opiniones hacer su trabajo.

Ante esa muerte optó por guardar sus sentimientos y endurecerse para seguir adelante. Conservó de su novio una imagen muy idealizada que se había consolidado en el momento de consultarnos. Transmitía una creencia muy poderosa de que no existiría alguien como él y que, por contraste, el resto de los hombres eran débiles (como había ocurrido con sus hermanos) o personas que podían aprovecharse de ella. Esta ecuación complementaria de valores positivos y negativos entre su novio y los otros hombres, la sostenía manteniendo abierto el duelo y perpetuando los efectos de la tragedia acaecida varios años atrás. En todo momento había rechazado cualquier rito que sirviera para velar esa muerte.

El grupo la alentó a completar el duelo. Se trataba de enterrar a su amado. Zulema manifestó no sentirse en condiciones de emprender nada al respecto, pero escuchó de sus compañeros el alivio que algunos habían encontrado en esos ritos. Y así comenzó a imaginar, por ejemplo, una visita al cementerio. Tardó en concretarla pero finalmente un día, en ocasión de un nuevo aniversario, habló con la madre de él y realizaron una visita conjunta que tuvo un efecto extraordinariamente liberador para ella.

La importancia adicional de esa experiencia fue ayudarla a cuestionar más profundamente la creencia de que ella era una persona muy fuerte. La obstinación que había demostrado en evitar ese gesto la obligaban a aceptar que también tenía aspectos frágiles y que reclamaban protección. Además, el alivio que experimentó al poder despedirse de su novio, le mostró que el afrontamiento de las situaciones de pérdida no necesariamente le producían un desgaste emocional.

Los efectos positivos de esta experiencia sirvieron para provocar cambios en algunos de los patrones de significado más rígidos que habían sostenido su organización disfuncional. Se trataba de esquemas basados en la creencia de que la distancia era un sinónimo de fortaleza, que su fuerza dependía de la evitación, que

su rol en los sistemas primarios era sostener a los demás y que su futuro le pertenecía pobremente, pues dependía de acontecimientos exteriores y contextuales.

La pasividad y las conductas de inhibición que asomaban en sus desplazamientos cotidianos, la forma de moverse tratando de exponerse lo menos posible a situaciones nuevas, los miedos a desplazarse a zonas muy alejadas de su habitat natural, formaban un conjunto de modos de ser que la habían mantenido dentro de límites estrictos, donde alcanzaba la fachada de una aparente seguridad. Tales mecanismos habían sido útiles en distintas fases de su vida y hoy seguían operando como resabios de esa historia. Pero, en el presente, la aprisionaban, obligándola a permanecer dentro de confines reducidos donde no podía concretar las nuevas aspiraciones que emergían como producto del paso del tiempo y de su evolución interior.

El grupo decidió trabajar sobre esos patrones primarios, para ayudarla a relativizar y reformular esos significados. Buscaron darle elementos que le permitieran revisar la rigidez con que percibía y evaluaba las cosas. El pensamiento absolutista y generalizador que la ahogaba necesitaba ser cuestionado para aumentar sus grados de libertad. Se trataba, en el fondo, de recuperar un sentimiento de libertad que había experimentado en épocas más tempranas de su existencia, de crear las condiciones para que pensara que era posible volver a empezar. El grupo apeló a diversos procedimientos buscando flexibilizar aquellos esquemas. Como en otras situaciones semejantes se utilizaron técnicas verbales, dramáticas, expresivas, etc. A Zulema no le resultaba fácil entrar en escenarios imaginarios, pero se fue animando a medida que sus compañeros ingresaban en ellos.

TERAPEUTA: Solemos estar más dispuestos a resolver una dificultad que a desarrollar algo nuevo. Por ejemplo, Zulema ahora que no tiene más síntomas está aferrada a su rutina y para alcanzar nuevos desarrollos necesitamos ayudarla a salir de ese lugar.

ZULEMA: Yo también quiero salir

DELIA: Tenemos que ayudarla. ¿Estás saliendo con alguien? ¿Hiciste alguna amiga en el último tiempo?

ZULEMA: Ahora, después de acá, voy a salir con una chica, una amiga que conocí en natación.

NICOLÁS: ¿Qué hacés el sábado por la noche?

ZULEMA: Nada. Me quedé en mi casa. Estaba muy cansada.

TERAPEUTA: Hagamos un ejercicio. Concéntrense unos minutos. Cada uno de ustedes es Zulema. Tomen algún aspecto de su vida, identifíquense con su vida y veamos qué sienten.

NICOLÁS: A mí me angustia mucho

ZULEMA: ¿Qué te angustia?

NICOLÁS: Esa cosa rutinaria, sin salida. Me angustia tu lugar.

DELIA: A mí me deprime, yo no podría vivir así. No lo toleraría.

ERNESTO: *Estoy cómodo, me da mucha seguridad. No me angustia nada nuevo. Tengo mi perro, en mi trabajo estoy bien, económicamente no tengo problemas, mi mamá me atiende y me hace de comer. Lo del pasado fue tan feo. Así estoy tranquila. Para qué volver a enfrentar cosas nuevas.*

ADELA: *Nadie me molesta*

ERNESTO: *En realidad los hombres no sirven para nada*

ZULEMA: *Yo no siento que los hombres no sirven para nada. Sí tengo miedo de volver a vivir cosas que me hagan sufrir.*

Así se fueron diseñando distintos escenarios para encarar nuevas relaciones amistosas, otras actividades sociales, nuevos proyectos de viaje de turismo a zonas alejadas de su ámbito de circulación habitual. Una de sus primeras incursiones fue tomar clases colectivas de natación. Tiempo después, comenzó a asistir, en compañía de otras mujeres, a algunos espectáculos y finalmente planeó para un fin de semana largo un viaje, junto con otras personas, a una ciudad distante 400 kilómetros.

Zulema fue encontrando satisfacción al concretar esos proyectos. Sus compañeros también se sintieron gratificados por lo que juzgaban logros importantes para ella. Sin embargo, la sensación de estancamiento en general permanecía. Su vida continuaba metida en un túnel y esas adquisiciones resultaban absorbidas por aquellos patrones básicos que la arrastraban a la misma situación de soledad y aislamiento que la perturbaba desde un comienzo.

Cuarta Fase

Fue en esa circunstancia que ocurrieron dos acontecimientos fundamentales en el interior del grupo. En el primero, un compañero la llamó por teléfono en el intervalo entre dos sesiones. Se trataba de una conducta muy inusual en la cultura del grupo y reservada para situaciones muy especiales. El compañero le había transmitido la sensación de estar muy preocupado por un evento crítico que afectaba su actividad comercial gravemente. A la sesión siguiente, Zulema contó este hecho y manifestó que le había despertado una enorme preocupación, pero su compañero faltó, de modo que el análisis detallado de la situación quedó postergado. Una sesión más tarde, el compañero estaba presente, pero no mencionaba nada de lo sucedido. Su crítica situación había cambiado para entonces y, sobre todo, en ningún momento había pensado que su comunicación telefónica hubiera podido preocupar a Zulema.

Cuando ésta y el resto de los integrantes le hicieron notar la gran inquietud que había generado, se manifestó completamente extrañado. No creía que hubiera provocado ninguna preocupación. El análisis que se llevó a cabo sirvió a dos puntas para que él tomara conciencia del carácter manipulador de su actitud, pero también fue de gran utilidad para Zulema, al constatar con sorpresa, la discrepancia entre su reacción y la actitud con la que se enfrentaba. El tema de su desconfianza reaparecía, pero ahora le mostraba el modo en que ella colaboraba para construir la situación.

A partir de ese momento, comenzó a revisar a pasos acelerados el sistema que empleaba para interpretar las necesidades de los demás. Encontró que tendía a hacerse cargo en demasía de los otros y que su aislamiento era una manera de defenderse de las exigencias que ese mecanismo le planteaba. Una de las consecuencias más positivas de esta revisión fue descubrir que su madre, lejos de temer quedarse sola, anhelaba sobre todo que ella pudiera empezar una nueva vida de pareja y no tenía ningún temor de vivir sola (y tranquila) de allí en adelante.

El segundo evento fue la información que recogió, de parte de otro compañero, sobre el uso del chat como método para contactar con otras personas. Comenzó a utilizarlo, y así conoció a un hombre con el que mantuvo una corta relación. No quedó desalentada por ello, sino que, por el contrario, la estimuló a reiterar el intento. Así conoció a otro hombre que vivía, a la sazón, a nada menos que 3.000 kilómetros de distancia. Comenzó una relación por ese medio y, paulatinamente fueron conociéndose, lo que motivó un viaje del hombre para conocerla personalmente. El encuentro fue muy estimulante para ambos y desde entonces se estableció una relación afectiva estable.

Ella no dudó en visitarlo, poco después, pese a la enorme distancia que debió recorrer. Y la relación progresó hasta que decidieron convivir. La vida de Zulema comenzó a cambiar aceleradamente. Su estado de ánimo se transformó de manera muy profunda y su expresividad comenzó a manifestarse de un modo muy abierto. Tiempo después, concretaron su proyecto y, efectivamente, la madre se sintió muy satisfecha con esos acontecimientos.

Fue entonces que Zulema y el grupo comenzaron a pensar que el tiempo de trabajo de ella en terapia había llegado a su fin. Es decir, que los objetivos que se habían trazado estaban cumplidos y que su vida, a partir de ese momento, podía encarar una nueva confección de su guión personal. Podía empezar una vez más.

Seguimiento

Poco más de un año después, convinimos con Zulema un encuentro de seguimiento donde realizamos una extensa entrevista y le administramos algunas pruebas psicológicas. Durante la entrevista le pedimos que evocara distintos aspectos del tratamiento. Por ejemplo, cómo habían ocurrido los cambios y qué resultados había alcanzado al fin del tratamiento. También le preguntamos qué había pasado con aquellos cambios en el tiempo transcurrido.

La gente me dice que estoy muy cambiada. Todo mi entorno notó un cambio en mí. Se ve que yo no me fui dando cuenta. Seguí en mis dos trabajos y en los dos dicen que soy otra persona, sobretodo que me preocupó más por los demás. Antes no tenía en cuenta a nadie, estaba en una burbuja... El resultado más importante fue que logré una gran apertura, tanto para ver a los demás como para ver lo mío. En realidad, siento que no soy otra persona, no es que hablo con todo el mundo ni que quiero ir a reuniones

todo el tiempo, pero ahora me interesan los otros, me preocupo por el resto de la gente.

Las pruebas que le administramos sirvieron para obtener algunos datos objetivos sobre las dimensiones que habíamos trabajado a lo largo del tratamiento. Sus resultados son los siguientes:

En las puntuaciones del STAI, de los Inventarios de movilidad agorafóbica y de temores, revelaba un acentuado descenso, indicando una reducción sintomática muy marcada. En los perfiles de personalidad, se habían atenuado las funciones extremas de su perfil (1-2-3- en el MMPI). Es muy razonable, desde el punto de vista descriptivo, afirmar que su condición general estaba sensiblemente mejorada y que su modo de ser, aunque mantenía su perfil característico donde domina la evitación y una gran facilidad para desarrollar preocupaciones corporales, se ha tornado más funcional a la hora de enfrentar las nuevas exigencias de su vida.

En el epílogo de esta historia de una terapia, encontramos que los cambios producidos no borraron su predisposición a que ante nuevos conflictos pueda responder con sumisión, rigidez en sus valoraciones y excesivo autocontrol. Frente a nuevas situaciones críticas quizás reaparezcan mecanismos de represión y somatizaciones. Y su ostensible pasividad puede seguir estando como una base que forma parte de su disposición temperamental.

Esto demuestra que, en buena medida, los cambios producidos han sido pequeños, que Zulema sigue siendo la misma. Pero que también es muy distinta, pues esas pequeñas transformaciones han tenido la virtud de provocar grandes consecuencias en su modo de vida. El manejo de las reacciones de ansiedad probablemente haya entrado, definitivamente, en su campo de dominio y logre evitar en el futuro situaciones desorganizadas. Y sus esquemas de personalidad, aunque con modificaciones a pequeña escala, le dan la posibilidad de permitirle sentirse mucho más plena y realizada.

Tal vez mañana, se encuentre con nuevas dificultades y de esos patrones básicos vuelvan a emerger signos de disfuncionalidad. Quizás, entonces, lo que hoy le resulta tan útil deje de serlo y tenga necesidad de nuevos replanteos. Pero entonces habrá aprendido dos cosas fundamentales: una, que las situaciones conflictivas no son necesariamente imposibles de resolver y otra, que los recursos para superar esos conflictos residen en el interior de uno mismo.

Hoy, Zulema puede contar la historia de su vida de una manera que resulta mucho más gratificante y productiva para ella y para quienes la rodean. Sus compañeros de grupo también le cuentan a los que llegan, la historia de esa mujer y sus logros con el trabajo que compartieron. Esto mismo lo hemos descrito en otro texto, referido a la historia de Paula, la paciente que ingresó a ese grupo inmediatamente después de Zulema. La historia continúa y nuestro trabajo se sigue enriqueciendo con esta permanente reconstrucción de historias.

Se presenta un ejemplo característico del abordaje terapéutico aplicado en Aiglé, cuyos principios se ajustan a un modelo integrativo articulado en base a una perspectiva cognitivo-social. Se trata de una paciente que en la consulta inicial manifestaba signos agudos de una reacción de ansiedad asociados a componentes disfuncionales en aspectos nucleares de la personalidad. El trabajo sigue el recorrido del proceso gradual de la terapia. La primera etapa, a corto plazo, combinó intervenciones psicológicas focalizadas y psicofarmacológicas. La segunda etapa, a largo plazo, donde se incluyó a la paciente en un grupo terapéutico, estuvo centrada en el tratamiento de su trastorno de personalidad. La secuencia de las viñetas clínicas permite seguir la dinámica y las operaciones del complejo proceso de la terapia grupal, un instrumento particularmente potente en estos casos.

Palabras clave: modelo integrativo- perspectiva cognitivo-social- ansiedad- trastorno de personalidad- terapia grupal

Notas de los autores

- ¹ Como se podrá apreciar, la historia de la paciente mostró diferentes registros de ansiedad: signos panicosos y agorafóbicos así como antecedentes traumáticos y de fobia social.
- ² Su familia de origen estaba constituida por su padre, su madre y dos hermanos, uno mayor y otro menor que ella, que vivían en ciudades del interior del país. Ambos casados, el mayor en segundas nupcias y con hijos.
- ³ La secuencia del proceso analizada en este trabajo está enfocada, en virtud del espacio disponible, sólo en algunos ejes temáticos. La paciente recorrió, en el curso del tratamiento, otros ejes importantes de manera simultánea.

Referencias bibliográficas

- ALFORD, B.A. & BECK, A.T. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. New York: Guilford.
- BELLOCH, A. & FERNÁNDEZ-ALVAREZ, H. (2002). *Trastornos de la personalidad*. Madrid: Síntesis.
- BECK, A.P. & LEWIS, C.M. (Eds) (2000). *The process or group psychotherapy. Systems for analyzing change*. Washington: American Psychological Association.
- FERNÁNDEZ-ALVAREZ, H. (1992a). La sombra de la muerte. Aproximación cognitiva a las reacciones de ansiedad. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 1 (1), 47-57.
- FERNÁNDEZ-ALVAREZ, H. (1992b). *Fundamentos de un Modelo Integrativo en Psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- FERNÁNDEZ-ALVAREZ, H. (1996). Interacciones personales & psicoterapia de grupo. *Revista de Psicoterapia* (26/27), 79-86.
- FERNÁNDEZ-ALVAREZ, H. (1999). El factor esperanza en los grupos terapéuticos. En H. Mesones Arroyo: *Praxis de las psicoterapias*. Buenos Aires: Ananké.
- FERNÁNDEZ-ALVAREZ, H. (2000). Dependencia afectiva patológica. *Revista Argentina de Clínica psicológica*, 9 (3), 271-282.
- MAGNAVITTA, J. (1998). Challenges in the treatment of personality disorders: when the disorder demands a comprehensive integration. In *SessioNICOLÁS: Psychotherapy in Practice*, 4 (4), 5-17.
- MILLON, T. & DAVIS, R.D. (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- PIPER, W.E. & ROSIE, J.S. (1998). Group treatment of personality disorders: the power of the group in the intensive treatment of personality disorders. In *SessioNICOLÁS: Psychotherapy in Practice*, 4 (4), 19-34.
- YALOM, I. D. (1985). *The theory and practice of group psychotherapy*. New Work: Basic Books.
- ZUKERFELD, M. (1999). *Vulnerability to psychopathology. A biosocial model*. Washington, American Psychological Association.