

# Utilizando principios psicodinámicos en las formulaciones terapéuticas de la práctica cotidiana<sup>\*†</sup>

ARTÍCULO

Alison Summers &amp; Brian Martindale

**RESUMEN**

Tratamos de demostrar que es posible y útil utilizar principios psicodinámicos como parte de la formulación de casos en la práctica cotidiana. Consideramos los pasos a seguir para desarrollar una formulación psicodinámicamente informada, marcos de referencia que pueden ser usados para estructurarla, y procesos y recursos necesarios para respaldar un plan terapéutico de buena calidad. Discutimos el valor potencial de incorporar el pensamiento psicodinámico y enfatizamos que esto es complementario de los otros marcos de referencia para entender la psicosis. Se proveen casos clínicos detallados.

**DECLARACIÓN DE INTERESES:**

Ninguna.

Como mencionamos en nuestro artículo previo (Martindale 2013), el National Institute for Health and Clinical Excellence (2009) sugiere que los principios psicodinámicos pueden ayudar a los psiquiatras a entender la experiencia de las personas con psicosis. En este artículo, esperamos mostrar la viabilidad y el beneficio de usar principios psicodinámicos como parte de la formulación del caso.

**Variedades de formulación**

Las formulaciones son un intento de explicar o entender, una manera de que las cosas adquieran sentido. Son hipótesis o ideas tentativas, no afirmaciones de conocimiento. Una formulación destaca pensamientos o cadenas de pensamiento que influenciarán el acercamiento o la comunicación con las personas, y a veces también guiarán el tratamiento de una manera más formal.

Las formulaciones pueden ser sobre un problema o dilema de un paciente, una familia, un equipo de tratamiento o una organización. Pueden ser por ejemplo acerca del desarrollo de síntomas y experiencias psicóticas, acerca del afrontamiento de una seria enfermedad, dificultades con el compromiso, con el manejo del riesgo, o acerca

de conflictos entre las distintas partes de una organización.

Las formulaciones pueden ser desarrolladas de diferentes maneras. Pueden resultar de un proceso individual o grupal y pueden estar escritas o no. Pueden ser producto de una reflexión consciente o un proceso semiautomático. En cierta medida, los profesionales y los pacientes tratan de explicar y entender (formular) pensamientos y emociones todo el tiempo. Esto se puede o no hacer abiertamente o en forma conjunta.

Hay muchos modelos, teorías y marcos de referencia diferentes para efectuar formulaciones, y un enfoque psicodinámico puede ser utilizado solo o en forma conjunta con otras orientaciones. Los rasgos distintivos de un enfoque psicodinámico incluyen:

- el marco teórico subyacente reconoce la importancia de los procesos inconscientes
- se utilizan orientaciones específicas para dilucidar procesos inconscientes e interpersonales, por ejemplo se atiende a la transferencia y contra-transferencia, a las asociaciones con la historia del paciente y a los límites del espacio de diálogo (cuadro 1). Lo más importante, hay una búsqueda de patrones repetitivos en los vínculos.

La formulación psicodinámica que se discute en este artículo es aplicable a cualquier problema psiquiátrico, no sólo a la psicosis, aunque nuestros ejemplos y las discusiones sobre el valor de la formulación están específicamente relacionados a la psicosis. Los pacientes con psicosis difieren en la magnitud de los factores psicológicos que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de sus síntomas psicóticos. Las formulaciones psicológicas pueden parecer en principio de la mayor relevancia en las formas de psicosis en que los factores emocionales parecen prominentes. Sin embargo, los factores psicológicos son importantes en todo individuo con psicosis, incluyendo aquéllos en los que los factores del neurodesarrollo parecen dominantes (ver la viñeta 4). Los factores psicológicos moldean la experiencia, conducta, relaciones y respuestas a la enfermedad y tratamiento de cada paciente.

**Alison Summers** es una especialista en Psiquiatría que trabaja en un servicio de intervención temprana y psicoterapia en la psicosis en Lancashire. También es una psicoterapeuta voluntaria en la organización benéfica Freedom from Torture (Libres de la Tortura) y Vicepresidente de ISPS UK (International Society for Psychological and Social Approaches to Psychosis filial Reino Unido). **Brian Martindale** trabajó como especialista en Psiquiatría en un servicio de intervención temprana en la psicosis (Northumberland, Tyne and Wear), psiquiatra especialista en psicoterapia y representante de la zona europea occidental en la Asociación Mundial de Psiquiatría. Actualmente es presidente de la ISPS y presidente honorario de la Federación Europea de Psicoterapia Psicoanalítica en el Sector Público.

**Correspondencia** Dr Alison Summers, Early Intervention Service, 16 Euxton Lane, Chorley PR7 1PS, UK. Email: Alison.summers@lancashirecare.nhs.uk

\*Título original en inglés: 'Using psychodynamic principles in formulation in everyday practice', *Advances in Psychiatric Treatment*, 2013, 19, 203–211. Traducido por: Rodolfo Zaratiegui. © The Royal College of Psychiatrists.

†En el número anterior de *Advances*, Martindale & Summers discutieron la naturaleza del entendimiento psicodinámico contemporáneo de la psicosis: Martindale B, Summers A (2013) The psychodynamics of psychosis, 19: 124–131.

**CUADRO 1** Algunos términos psicodinámicos**Transferencia y contratransferencia**

La transferencia es la tendencia humana a experimentar y tratar relaciones en línea con sus modelos internos de 'cómo funcionan las relaciones particulares'. La contratransferencia se refiere a los sentimientos y relaciones que se evocan en respuesta a las palabras, emociones y conducta basadas en la transferencia del paciente (por ej., viñeta 1).

**Asociaciones**

Pensamientos y sentimientos que ocurren en los profesionales de la salud en el curso de la reflexión o discusión de algo que puede de alguna manera ser una respuesta a esta 'cosa', aun cuando la relación no es inmediatamente aparente o consciente (viñeta 2).

**Límites o parámetros profesionales**

Se relacionan aquí con el lugar, tiempo, estructura y rol, por ej, de una discusión grupal de una formulación. Puede haber un tiempo asignado, sala, formato y un conjunto de expectativas de los participantes. La importancia de los parámetros claros:

- crean condiciones que promueven la seguridad psicológica, alentando la libertad de exploración
- ofrecen una fuente potencial de información adicional sobre el paciente – cuando hay presiones para alterar los límites sea por el mismo paciente o por las respuestas de los profesionales al paciente.

Los enfoques psicodinámicos probablemente sean particularmente útiles para entender los vínculos del paciente, la dinámica de su familia y las interacciones con los servicios, tanto como para los síntomas psicóticos. En nuestra experiencia, los miembros del equipo tratante tienden a encontrar las formulaciones más útiles, tanto para ellos como para sus pacientes, en situaciones donde se sienten preocupados, tienen poca idea de qué hacer o tienen respuestas contratransferenciales difíciles.

**Viñetas clínicas<sup>‡</sup>****Viñeta 1: Transferencia, contratransferencia y patrones repetitivos**

Rachel comenzó a escuchar una voz crítica poco tiempo luego de haber dejado un trabajo en el que se sentía acosada y había tenido varias disputas con colegas. Ella creía que la voz era de su padrastro, quien la había abusado sexualmente cuando era niña. La enfermera comunitaria de Raquel se sentía crecientemente molesta por la manera en que Raquel la trataba. Por ejemplo, en cada visita se tomaba 10 ó 15 minutos en prepararse una bebida o terminar una llamada telefónica, luego pasaba el resto de la sesión criticando a sus parientes o amigos, ignorando los intentos de la enfermera para introducir otros tópicos.

La forma despectiva en que Rachel trataba a la enfermera parecía más bien la manera en que la voz la estaba tratando a ella y la forma en que relataba tratar a sus colegas, lo que sugería un patrón de transferencia. La respuesta enojada de la enfermera a la conducta egocéntrica de Raquel (su contratransferencia) parecía estar en paralelo con los sentimientos de Raquel acerca de su voz alucinada y sus colegas de trabajo. Estos patrones repetitivos formaron la base de una formulación terapéutica. Hipotéticamente, uno de los efectos de la experiencia de Raquel de ser abusada es que había internalizado un modelo de relación en el que una persona explota y maltrata a la otra, y que ella misma ha tomado (se ha identificado con) aspectos de su abusador. La sugerencia fue que en su psicosis, estos aspectos del abuso eran experimentados en la voz y en los perseguidores imaginarios más que dentro de ella misma.

**El contexto de la formulación**

En una sala aguda de mujeres el equipo estaba bajo una creciente presión para reducir la ocupación de las camas y había un fuerte subgrupo dentro del equipo que creía que las presiones eran causadas por las admisiones inapropiadas de personas que 'sólo buscaban llamar la atención'. Rachel fue admitida luego de una recaída posterior. Ella fue hosca y despectiva con el médico de admisión (que estaba agotado y pasada por mucho la hora de su turno), quien concluyó que sus amenazas de suicidios eran 'manipulativas'. Más tarde, cuando el doctor leyó los apuntes sobre Rachel y habló con la enfermera, tuvo una conversación menos apurada con ella y cambió su perspectiva, pensando ahora que su autoagresión había sido una respuesta a las alucinaciones persecutorias que la perturbaban.

El contexto en el que este médico hizo su formulación terapéutica tuvo un gran impacto en sus hipótesis en diferentes puntos.

**Viñeta 2. Estructura de las discusiones sobre formulación. Uso de las asociaciones**

Pocos días luego del nacimiento de su primer bebé, Lucy desarrolló ideas delirantes acerca de que le habían plantado en su vientre un demonio durante el embarazo, de modo que poderes demoníacos estaban ahora controlando su mente y sus acciones. Podía oírlos discutiendo sobre ella y pidiéndole que mate a su beba. Desarrolló terror a poder dañar a su niña. Aunque ahora estaba muy mejorada, estaba aislada y sin disfrutar de su maternidad. El equipo que discutía su plan terapéutico tenía muchas ideas acerca de cómo tratar su aislamiento social y por poco no fueron directamente a discutir ese punto. Sin embargo, decidieron detenerse primero y reflexionar (aquí ayudó su entendimiento compartido sobre la importancia de la estructura en las formulaciones)

Al principio, parecía haber poco más para decir, luego emergió un nuevo tema. La asistente terapéutica comenzó a mencionar a otra paciente que había permanecido aislada debido al comportamiento de su

<sup>‡</sup>Todas las viñetas clínicas de este artículo son ficticias.

propia madre (una asociación con el caso de Jane). Luego recordó que ella había percibido que la actitud de la madre de Jane era inusual, en una forma difícil de definir, quizás como si estuviera desentendida. Luego, el coordinador empezó a reflexionar sobre lo superficial que le habían parecido los recuerdos de Jane sobre su niñez. El doctor más joven recordó que Jane había tenido la idea delirante de que la beba era en realidad madre de ella, y también que la madre de Jane había tenido prolongados períodos de depresión cuando Jane era niña. Esto condujo a la hipótesis que el nacimiento de la beba activó en Jane sentimientos acerca de la relación con su propia madre, incluyendo sentimientos de no haber sido protegida emocionalmente, y resentimiento acerca de ello. El equipo pensó que fueron estos sentimientos inconscientes los que condujeron a la idea delirante en la que identificó a la beba, tan necesitada de cuidados, con su propia madre. Al sentirse Jane desprovista ella misma de toda protección, la beba (madre) se tornó objeto de rabia y sentimientos homicidas.

**Compartiendo la formulación con la paciente** Luego el coordinador conversó con Jane sobre cómo la depresión de su madre la había afectado y sobre su relación actual algo tensa, aunque sin mencionar que la asistente había considerado que la conducta de su madre era inusual, o que el equipo tenía la hipótesis que Jane podría sentirse muy enojada con su madre (aunque esto emergió gradualmente de las reflexiones de Jane). El coordinador compartió sólo partes seleccionadas de la discusión sobre la formulación.

Las discusiones sobre la formulación llevaron a cambios del plan de manejo. El equipo reconoció que Jane ya estaba restableciendo activamente sus vínculos sociales y decidieron no asignarle un acompañante terapéutico. En su lugar, se programaron reuniones adicionales de familia. Los miembros del equipo ayudaron a Jane y a su madre a discutir algunos de los resentimientos de larga data de Jane debido a la dependencia de su madre con ella, lo que condujo a una nueva cordialidad en su relación.

### Viñeta 3: Límites, información colateral y contratransferencia

En un grupo cuyos integrantes eran habitualmente muy puntuales varios llegaron tarde a una reunión para discutir una formulación terapéutica para Emma. La coordinadora sugirió que quizás después de todo la discusión no era realmente necesaria, ya que le parecía claro que Emma se había vuelto psicótica en respuesta al suicidio de su expareja. El equipo discutió la llegada tarde y los comentarios de la coordinadora. Luego, comenzaron a recordar otras maneras en que los practicantes habían evitado sutilmente estar con Emma o pensar en ella. Por ejemplo, el psicólogo se había demorado en reasignar un turno que se había cancelado, la coordinadora había sugerido que era una buena paciente para transferir a un nuevo miembro del equipo. Las notas no contenían virtualmente ninguna información sobre el suicidio. La coordinadora dijo que Emma no había

mencionado el suicidio en absoluto en su primera entrevista y que ella lo supo más tarde a través de la madre de Emma. Luego, surgió la hipótesis que el trágico evento era tan insoportable que era literalmente “impensable”, y que los sentimientos correspondientes habían emergido en la psicosis (en la que Emma había desarrollado la convicción delirante de que su expareja estaba todavía viva). Esta formulación generó algunas ideas nuevas acerca de cómo el equipo podría trabajar con Emma.

Aquí las respuestas contratransferenciales al “evitar pensar” del paciente habían influenciado las conductas del grupo en otro ambiente – un ‘proceso paralelo’ al de Emma. Hubiera sido más difícil para el grupo darse cuenta si no hubieran tenido una manera de prestar atención a los límites y luego ser capaces de detectar las presiones para cambiarlos.

### Viñeta 4: Psicosis sin orígenes psicológicos obvios

Stephen tenía síntomas negativos prominentes, poca conversación espontánea y respondía a su asistente social mayormente con monosílabos. El asistente social explicó en una reunión de equipo que aunque la norma era hacer visitas semanales en este caso él las había reducido a una por mes. Surgió que el coordinador no le había ofrecido a Stephen varias de las intervenciones estándar del equipo, tales como trabajar en un cronograma de su vida y en un genograma. Las visitas se habían limitado a preguntarle acerca de su medicación y de sus (limitadas) actividades diarias. Otros miembros del equipo hablaron de sus propias experiencias con pacientes con los que sintieron que tenían poco que ofrecer, pero que habían quedado sorprendidos al darse cuenta de cuánto los pacientes parecían valorar aun a las relaciones. El asistente social formuló la hipótesis que su retracción de un trabajo más detallado con Stephen podría de alguna manera ser una respuesta a sus propios sentimientos de desaliento e inutilidad, más que una respuesta apropiada a las necesidades de Stephen. Decidió reiniciar las visitas semanales, más reuniones conjuntas ocasionales con la familia. Un año después, Stephen había comenzado lentamente a hacer confidencias sobre algunas cosas que le eran claramente importantes y estaba comenzando a participar más en la vida familiar, aunque la conversación todavía le era dificultosa. El equipo comentó cómo la conversación del asistente social sobre el paciente pareció ponerse más cálida e interesante.

Aunque el equipo creía que Stephen tenía una psicosis fundamentada principalmente en el neurodesarrollo, el equipo encontró útil a la formulación psicológica.

### Pasos para una formulación terapéutica basada en la información psicodinámica

#### 1 Identificando lo que necesita ser comprendido y reuniendo información

Esto incluye información acerca de la vida del paciente, relaciones, experiencias traumáticas y el contenido de sus experiencias psicóticas (cuadro 2)

## CUADRO 2 Apartados para recopilar información para la formulación de la psicosis de un paciente

- |  |   |
|--|---|
| <p>1 Problemas para formular - ¿por qué se está discutiendo este tema/persona en este momento?</p> <p>2 Resumen de la historia vital, considerando cuidadosamente cada etapa de la vida (0-5 años, 5 años-pubertad, adolescencia, adultez joven, cada década de la vida adulta) cubriendo para cada etapa los factores biológicos, eventos, patrones vinculares, traumas, situaciones problemáticas y síntomas. Es importante ir atendiendo a los sentimientos evocados y a las instancias en las que los sentimientos son esperables pero parecen faltar.</p> <p>3 Eventos y circunstancias alrededor del período en el que se desarrolló el problema.</p> <p>4 Contenido de los síntomas (por ej., alucinaciones, creencias psicóticas).</p> | <p>5 Circunstancias vitales y relaciones actuales.</p> <p>6 Vínculos con los practicantes y los tratamientos.</p> <p>7 Hipótesis (ver figura 1 para la forma de estructurarlas).</p> <p>8 Implicancias para las interacciones de la persona con los profesionales.</p> <p>9 Implicancias para la acción:<br/>¿Qué se debe registrar? Cuando se ha trabajado en una formulación sin que esté presente el paciente hay algunos temas particulares sobre qué debe ser registrado, dado que la discusión puede haber abarcado los sentimientos de los miembros del equipo. Un enfoque es registrar solamente las hipótesis.</p> |
|--|---|

A menudo la información colateral es crucial. Una perspectiva psicodinámica comprende la idea que la psicosis puede resultar de afectos intolerables (Martindale 2013) y que de esta manera el relato personal del mismo puede omitir aspectos cruciales de lo que lo ha enfermado, a fin de mantener tales afectos fuera de su conciencia (ver la viñeta número 3).

En contraste con otros enfoques, la perspectiva psicodinámica presta particular atención al pasado y a los patrones actuales de vínculos, a las relaciones con los practicantes y los servicios, a la contratransferencia de los practicantes y a la información que emerge en el curso de las discusiones, tales como asociaciones y presiones hacia los límites y parámetros profesionales. Puede ser útil atender a aspectos que parecen sorprendentes o desconcertantes, que sobrecargan o que provocan ansiedad.

### 2 Reflexión

Esto implica reflexionar tanto sobre la información disponible como sobre la faltante, incluyendo las emociones ausentes. O sea, resistir las presiones a ir directamente a las recomendaciones para la acción.

### 3 Desarrollando hipótesis

Desarrollando hipótesis y considerando cómo se relacionan con los problemas que se presentan. Una narrativa acerca de esto puede ser estructurada de varias maneras (ver la próxima sección).

### Considerando las implicancias de las hipótesis

Esto puede incluir implicancias para la planificación del cuidado profesional, tales como predecir qué puede influenciar el riesgo de recaída, sugerir intervenciones que puedan apoyar el funcionamiento no psicótico del paciente, e identificar patrones de interacción a los que los profesionales pueden verse arrastrados y cómo puede ser útil reaccionar ante ellos. Si una formulación es elaborada sin el paciente, entonces necesitará considerarse acerca de qué ideas podrían ser útiles para ofrecer a la reflexión del paciente. Por supuesto, la propia formulación del paciente acerca de sus experiencias es de gran importancia en determinar cómo se siente ante éstas y qué acciones encara. Se debe pensar cuidadosamente en cómo la formulación del paciente interactuará con la del equipo. En algunas situaciones, es muy poco útil compartir una formulación que difiere de la del paciente. La misma formulación puede dar claves. Por ejemplo, en la viñeta 2 el equipo arribó a la hipótesis que a Jane le resultaba imposible tolerar la rabia hacia su madre. De este modo, pensaron que insistirle a Jane que éste era un aspecto importante de sus problemas podría resultarle muy perturbador. En algunas situaciones, las respuestas del paciente a una discusión gradual de la formulación ofrecerá una guía de la utilidad de proseguir la discusión. Por ejemplo, será altamente improbable que sea constructivo el proceder con una línea de discusión que genera un rapport reducido, ansiedad marcada o intensificación de los pensamientos o experiencias psicóticas.

### Un encuadre para estructurar la formulación

Puede resultarle útil a un equipo tener un marco de referencia compartido para la formulación. Los enfoques psicodinámicos para la formulación están descritos en detalle en otra parte (Mace 2005, 2006). Aquí consideraremos tres encuadres genéricos, y luego uno que es más específicamente psicodinámico. Todos ellos pueden ser utilizados en cualquier contexto, con o sin la presencia de psicosis.

#### Estructurando la formulación – el encuadre PPP

Puede ser útil un marco de referencia genérico, especialmente si los profesionales provienen de diferentes formaciones teóricas. Un enfoque genérico común es estructurar hipótesis en torno al modelo de estrés-vulnerabilidad (Zubin 1977), considerando los factores predisponentes, precipitantes y perpetuadores (PPP). Desde una perspectiva psicodinámica, se prestará atención a

cómo estos factores se interconectan, por ejemplo porqué los factores precipitantes y perpetuadores tienen el efecto que tienen – por ej. su dinámica específica y el sentido para este individuo en particular (ej. en términos de su historia personal). Los factores de perpetuación a considerar pueden incluir los patrones de interacción a los que el equipo puede ser arrastrado (por ej. la irritación de la enfermera tratada abusivamente por Rachel en la viñeta 1).

Los factores predisponentes en el caso de Rachel incluían su abuso sexual y una relación tirante con su madre, a quien ella describía como fría y estricta. Un factor precipitante mayor fue la discusión en el trabajo, lo que la hizo sentirse acosada. Un factor de perpetuación fue que habiendo perdido su trabajo, estaba pasando mucho más tiempo con su madre, lo que encontraba difícil.

### *Estructurando la formulación – vulnerabilidades y defensas*

Un segundo enfoque genérico es considerar las vulnerabilidades y defensas (estrategias de afrontamiento), prestando atención a cómo el paciente siente las cosas, qué no ha podido soportar, y a las defensas, tanto psicóticas como no psicóticas.

Una hipótesis importante sobre lo que ha sido insoportable para Rachel es su experiencia de ser abusada, que incluye el ser explotada y tener sus necesidades propias dejadas de lado. Una de sus estrategias de afrontamiento no psicóticas pareció haber sido la ‘identificación con el agresor’, esto es adoptando inconscientemente algunas de las características de su agresor, de modo de encontrarse ahora a menudo en la posición acosadora y negligente en vez de sentirse acosada (los sentimientos de fastidio del coordinador se relacionaban con estar en el lado receptivo de esto). En su psicosis, los aspectos acosadores de su yo estaban negados y proyectados a su voz alucinada y sus perseguidores imaginarios.

### *Estructurando la formulación – aumentando o disminuyendo la seguridad interior*

Un tercer enfoque genérico comprende estructurar el relato alrededor de los factores que aumentan o disminuyen la seguridad psicológica interior (Thorgaard 2009).

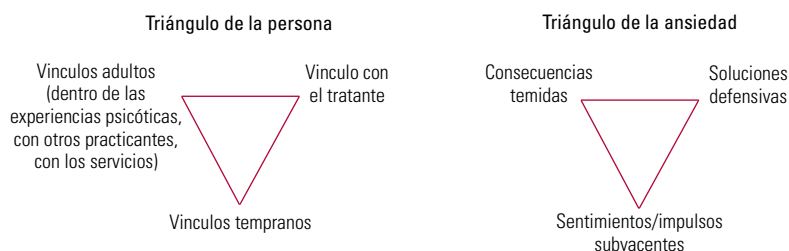
Algunas cosas aumentan probablemente la seguridad psíquica para todos – por ejemplo, sentirse físicamente bien y seguro, tener un hogar, un rol en la vida, y relaciones protectoras. De igual modo, hay cosas que probablemente nos hagan sentir menos seguro y más necesitados de soluciones defensivas – por ejemplo, ser rechazado, criticado, o perder el trabajo. Para Rachel, hay

algunos factores más específicos de ella. Por ejemplo, probablemente se sienta más segura mientras es capaz de usar su defensa no psicótica de ser la acosadora más que la acosada (mientras esto no le cause nuevos problemas). Al contrario, es posible que su seguridad sea amenazada por cosas que le disparan sentimientos de ser nuevamente una víctima.

### *Estructurando la formulación – usando los triángulos de Malan*

Un encuadre más específicamente psicodinámico es buscar patrones repetitivos en las relaciones de las personas. Malan (1979) ofreció un modelo para esto en su ‘triángulo de la persona’ (Fig. 1). Desde una perspectiva psicodinámica se entiende que los patrones repetitivos ocurren porque reflejan algo que la persona brinda a sus relaciones, basado en sus expectativas internas, necesidades y relaciones objetales tempranas. De esta manera es posible encontrar paralelos entre los patrones triangulares de las relaciones tempranas, de las adultas y de la relación que se observa con el profesional. Es útil buscar además un patrón triangular que la persona parece buscar en sus vínculos, las respuestas que recibe y cómo reacciona él mismo ante esas respuestas. Las personas pueden tener patrones diferentes dependiendo de si están tratando con hombres o mujeres, figuras autoritarias o personas ofreciéndoles ayuda. Los patrones vinculares ofrecen claves sobre las estrategias de la persona para manejar su vida y relaciones, y el ‘triángulo de la ansiedad’ de Malan brinda un modelo para resumirlas. Dirige la atención a cómo los patrones vinculares pueden reflejar defensas/protección contra las consecuencias temidas de los sentimientos e impulsos subyacentes.

Para Rachel, en el triángulo de la persona, hay paralelos entre sus relaciones tempranas (víctima-abusador), sus vínculos adultos con su voz alucinada (víctima-abusador) y la relación que percibía con los compañeros de trabajo (víctima-abusador) y su vínculo con el coordinador de su tratamiento (abusador-víctima). En el triángulo de la ansiedad,



**FIG 1** Triángulos de Malan. Adaptado de Malan & Coughlin Della Selva (2006).

en forma subyacente a cada una de estas relaciones, los aspectos defensivos parecen incluir la defensa no psicótica de la identificación con el agresor y la defensa psicótica de proyección de la agresión a una figura alucinatoria. Formulamos la hipótesis que lo que impulsaba a la necesidad de estas defensas era un deseo de vínculos con los demás pero miedo de que esto pueda conducir al sentimiento de ser insoportablemente abusada y descuidada.

Finalmente, también puede utilizarse una perspectiva psicodinámica para enriquecer una narrativa sobre el significado de los síntomas, que ya ha sido estructurado por un modelo teórico diferente, como el cognitivo-conductual, el cognitivo-analítico o el sistémico.

### **Un proceso para respaldar una buena formulación terapéutica**

El proceso de la creación de una formulación psicodinámica es importante. Es necesario respaldar a los miembros del equipo para que sean lo más abiertos posible a las experiencias del paciente y pensar en forma flexible y creativa. Aquellos que están confeccionando un plan serán naturalmente guiados a las ideas más fácilmente accesibles para ellos, particularmente si están ansiosos o tienen poco tiempo. Las ideas más accesibles serán determinadas en parte por el contexto cultural y social y en parte por las presiones de la transferencia y la contratransferencia.

En un enfoque psicodinámico, tres rasgos claves ayudan a disminuir tales sesgos: una actitud provisional, un espacio para la reflexión y perspectivas diferentes, aspectos compartidos por otros enfoques para la formulación terapéutica.

#### *Una actitud provisional*

Tratar las formulaciones terapéuticas no como conocimiento sino como hipótesis implica estar predisuestos a revisarlas a medida que emerge información nueva. Es crucial para esto la 'capacidad negativa' (Bion 1992) – ser capaz de tolerar el no conocer. Los profesionales necesitan ser reflexivos acerca de sus propios sesgos al desarrollar una formulación particular, considerando la influencia de su contexto sociocultural, intereses personales, contratransferencia y relaciones de poder. En una discusión grupal, las diferentes personas pueden tener un parecer distinto sobre cuál hipótesis puede ser más útil, y se necesita espacio para esto, especialmente cuando se trabaja en forma conjunta con pacientes y familias. Por ejemplo, en la viñeta 2, la idea que Jane encontró más útil fue la noción simple que cómo se estaba sintiendo podría tener alguna conexión con su propia experiencia de ser tratada por su madre, y en conjunto con esto

comenzó a sentir una curiosidad mucho mayor por los pensamientos y sentimientos de su hija.

#### *Un espacio de reflexión*

Esto es acerca de tener el tiempo y la suficiente libertad de las demandas prácticas y emocionales inmediatas. En un ambiente de supervisión grupal, los límites y parámetros profesionales son un aspecto importante en virtud de que la predictibilidad en el tiempo, lugar, roles y personas involucradas ayuda a crear un sentido de seguridad que apoya la exploración por fuera de las zonas de confort. A veces será más fácil pensar más libremente sin el paciente que con él. En la viñeta 1, cuando la coordinadora del tratamiento de Raquel estaba con ella, se sentía preocupada con el esfuerzo de ocultar su propia irritación y encontraba difícil pensarla como vulnerable, pero esto cambió cuando comenzó a desarrollar un entendimiento diferente de la conducta de Rachel en la discusión con el equipo.

#### *Perspectivas diferentes*

Las respuestas contratransferenciales no reconocidas pueden distorsionar el plan terapéutico (por ej., cuando la coordinadora del tratamiento de Rachel había pensado que el principal problema era la agresión y el egoísmo). La discusión con otros que no están involucrados directamente en la relación puede ser útil para clarificar estos patrones. Una de las cuestiones que ayudaron al médico de sala de Rachel a comenzar a pensar de otra manera fue escuchar a la coordinadora y a la enfermera sentirse muy diferente sobre la misma. A través de una discusión grupal, aunque es posible que cada uno se vea envuelto en una posición contratransferencial similar sin tener conciencia de ello, hay sin embargo una mayor probabilidad de un rango de perspectivas, de modo que es importante que se consideren las contribuciones de cada uno, sin tener en cuenta su entrenamiento o experiencia. Una buena supervisión resulta importante para los profesionales con entrenamiento psicodinámico limitado. Este puede ayudar ya que una parte central del mismo es incrementar la concientización del propio mundo interior y desarrollar la habilidad de acceder a una 'tercera posición' o 'supervisor interno'.

#### **¿Qué recursos se necesitan?**

Es crucial el soporte gerencial y de organización. Es necesario incluir el reconocimiento que el tiempo para la reflexión es una parte legítima e importante del trabajo en salud mental, de manera que el tiempo asignado para el planeamiento no esté constantemente erosionado por otras prioridades. No necesariamente esto resulta caro, ya que bien puede evitar tiempo profesional desperdiciado

a través de la identificación por parte del equipo de las intervenciones inútiles o innecesarias (ver viñeta 2).

Incorporar una perspectiva psicodinámica requiere compartir conocimiento teórico. Es probable que todos los equipos lo tengan en cierto grado. Aun cuando no haya ningún profesional entrenado psicodinámicamente, muchos psiquiatras y psicólogos clínicos habrán adquirido un entendimiento básico de los principios psicodinámicos a través de su entrenamiento profesional.

Para las discusiones grupales de la formulación terapéutica, será útil acordar en el uso de perspectivas psicodinámicas, ser claros acerca del propósito y estructura de la discusión y apreciar el valor de considerar las respuestas contratransferenciales, o compartir asociaciones que no parecen ser inmediatamente relevantes, y escuchar a las contribuciones de todos los participantes no importa su experticia. Puede ser útil que los participantes tengan algún conocimiento teórico de la psicodinámica, pero no es esencial. Los participantes sin experiencia psicodinámica pueden encontrar útil comenzar a aprender sobre esto al desarrollar planes conjuntamente con los profesionales más experimentados. En aquellos grupos en los que los participantes no están acostumbrados a un enfoque psicodinámico es útil el liderazgo de un profesional entrenado.

Cuando los miembros del equipo ya poseen algún entrenamiento en trabajo psicodinámico, el enfoque puede ser incorporado fácilmente, aun automáticamente, en la práctica cotidiana y sin un costo extra.

Los recursos que se necesitan están dentro del alcance de los equipos multidisciplinarios corrientes del National Health Service (NHS) y no necesitan ser mayores que para otros enfoques de planificación. La literatura contiene algunos reportes de que esto está ocurriendo (Davenport 2002), y el cuadro 3 enumera maneras en las que el pensamiento psicodinámico ha sido incorporado en la práctica cotidiana de equipos atareados.

### ¿Vale la pena incorporar el entendimiento psicodinámico?

Los criterios que se sugieren para evaluar la pertinencia de las formulaciones terapéuticas incluyen que sean consistentes con la evidencia, que no dejen cuestiones importantes sin explicación y que tengan consistencia teórica, además de que puedan ser utilizadas para efectuar predicciones o planear intervenciones y lo que sucede cuando éstas son aplicadas.

Hay fuertes argumentos teóricos y empíricos para incluir elementos psicosociales en la formulación

terapéutica en las psicosis. La manera en que los profesionales entienden la experiencia de la psicosis por parte de la persona determina su conducta, las intervenciones que considera relevantes y su capacidad de sentir empatía, esperanza, confianza y un sentido de alianza con el paciente. (Johnstone 200; Summers 2006; Tarrier 2006). Para los pacientes, las formulaciones que ven sus experiencias psicóticas como significativas y relacionadas con su historia vital están más a menudo en línea con sus propias perspectivas – más aceptables, y asociadas con actitudes menos estigmatizantes y con mayor motivación a la recuperación (Angermeyer 1988; Walker 2002; Geekie 2009; Stainsby 2010). El tener un psiquiatra que trata el contenido de su experiencia subjetiva como relevante parece asociarse con una mayor satisfacción, alianza terapéutica, adherencia a la medicación y mejores resultados (McCabe 2002; Priebe 2008). De esta manera, aunque es común entre los psiquiatras concebir a la psicosis como primariamente biológica, subestimar los componentes psicosociales puede tener efectos adversos inesperados.

Hay fuertes argumentos teóricos del porqué una perspectiva psicodinámica probablemente enriquezca a otras perspectivas psicosociales. Ofrece un punto de vista adicional y complementario, lo que es importante ya que las necesidades que no son fácilmente reconocidas por una perspectiva pueden ser mejor resaltadas por la otra. La

### CUADRO 3 Ejemplos en donde el plan terapéutico psicodinámicamente informado contribuye al cuidado general en los equipos multidisciplinarios atareados<sup>a</sup>

#### Usos informales (donde los conceptos profesionales sobre la formulación psicodinámica no están necesariamente escritos o articulados explícitamente)

- En discusiones con los pacientes, por ej. acerca de cómo ellos interpretan sus síntomas o sobre la prevención de las recaídas en el curso de las entrevistas psiquiátricas rutinarias
- En las discusiones familiares, por ej. en tópicos similares en el curso de las entrevistas psiquiátricas rutinarias
- En recomendar planes de tratamiento individualizados

#### Formulación explícita (aunque no necesariamente incluya el uso de terminología psicodinámica)

- En la comunicación con otros profesionales, cuando los ‘comentarios diagnósticos’ se suplementan con comentarios sobre lo que pudo haber contribuido al desarrollo y mantenimiento de los problemas de la persona
- En ‘discusiones sobre el planeamiento terapéutico’ – discusiones multidisciplinarias donde los profesionales se reúnen para desarrollar una formulación y considerar las implicancias de la acción. Típicamente de una hora de duración, en la que usualmente hay preocupaciones sobre el progreso de un paciente o de la relación terapéutica
- En la supervisión clínica, particularmente cuando se considera la relación terapéutica o los desvíos de la práctica usual de un miembro del equipo.

a. Estos ejemplos están tomados de servicios en los que hemos trabajado.

perspectiva psicodinámica probablemente sea de un valor particular para entender las relaciones interpersonales que probablemente sean centrales a la recuperación de los pacientes, a las relaciones familiares y al uso de los servicios, y en desarrollar relaciones terapéuticas que son más capaces de apoyar todos los aspectos del cuidado. La formulación psicodinámica, particularmente a causa de su énfasis en los vínculos, puede beneficiar tanto a los pacientes como a los profesionales. Puede beneficiar a los clientes al influenciar los planes de cuidado, las relaciones terapéuticas y la exteriorización de la contratransferencia (viñeta 4), y a los profesionales al ayudarlos a sentirse más capaces de tolerar respuestas contratransferenciales difíciles (viñetas 1 y 4) y a pensar creativamente (viñetas 1–3).

Aunque no hay estudios aleatorizados controlados sobre la aplicación de un enfoque psicodinámico a la formulación terapéutica en el cuidado clínico cotidiano, hay evidencia empírica del valor de dicha práctica. Esta proviene de reportes de las percepciones de los profesionales en el uso de

tales enfoques (Davenport 2002; Summers 2006; Martindale 2011) y por estudios de resultados en servicios de salud mental en donde los principios psicodinámicos son utilizados rutinariamente para tratar de entender las dificultades de los pacientes (Aaltonen 2011; Seikkula 2011). También hay una evidencia creciente sobre el valor de la formulación psicodinámica proveniente de terapias que la usan (Summers 2013). Aunque la evidencia de estas terapias en la psicosis es todavía mucho menos extensa que las de las terapias cognitivo-conductuales, no hay evidencia de que, en el contexto del cuidado clínico general, las formulaciones cognitivo-conductuales sean más confiables o válidas que aquellas basadas en modelos psicodinámicos, o de que cualquier enfoque sobre formulación psicológica es superior a los otros (Johnstone 2006).

Finalmente, los argumentos utilizados contra el uso de un enfoque psicodinámico están frecuentemente basados todavía en información poco sólida (cuadro 4).

#### CUADRO 4 Enfoques psicodinámicos: cinco mitos puestos a prueba

##### **MITO: Utilizar principios psicodinámicos es incompatible con el entendimiento moderno de la biología de la psicosis**

HECHO: Una perspectiva psicodinámica de la psicosis se acomoda a la evidencia biológica sin dificultad. Toma a los factores biológicos de predisposición como un componente posible de la vulnerabilidad, aunque sin verlos como siempre primarios, dominantes o necesarios. Reconoce al cerebro como el sustrato de toda experiencia, aunque no necesariamente su primera causa. Aun cuando la biología fuera siempre la causa primaria y necesaria de la experiencia psicótica, aun habría un rol para las orientaciones que ligan al entendimiento de la psicosis con la experiencia vivida de los pacientes de maneras que son aceptables, significativas y útiles para ellos.

##### **MITO: El uso de los principios psicodinámicos es incompatible con el enfoque cognitivo-conductual**

HECHO: Las orientaciones psicodinámica y cognitivo-conductual para la formulación terapéutica tienen en común el objetivo de tratar de entender las dificultades de la persona a través de la consideración de pensamientos, sentimientos, conducta y contextos vitales. Ambas consideran las experiencias y circunstancias presentes y pasadas, el contenido de los síntomas, y desarrollan formulaciones que pueden ser puestas a prueba. Las formulaciones de ambos enfoques pueden ser presentadas en encuadres

similares y aunque no siempre es compartida, la terminología psicodinámica no es esencial para desarrollar una formulación. Hay diferencias en otros aspectos, por ejemplo en el énfasis del enfoque psicodinámico en el inconsciente, sobre las interacciones entre el paciente y el equipo, sobre las asociaciones y contratransferencia de los profesionales, y en las discusiones grupales sobre la atención a los límites y parámetros profesionales y al tiempo de reflexión. Aunque tales diferencias en el énfasis pueden requerir consideración y compromiso, hay evidencia que esas orientaciones teóricas diferentes pueden ser exitosamente combinadas en la práctica y también usadas en conjunto con principios sistémicos (Davenport 2002; Summers 2006).

##### **MITO: Utilizar diferentes modelos paralelamente es demasiado confuso**

HECHO: Hay ejemplos en que los equipos se han servido de modelos diferentes (Davenport 2002; Summers 2006) sin que esto haya sido percibido como un problema. Los profesionales con capacitación en enfoques diferentes pueden servirse regularmente de un rango de perspectivas teóricas.

##### **MITO: Una orientación psicodinámica se focaliza solamente en la niñez y no es relevante para tratar las dificultades actuales**

HECHO: Una perspectiva psicodinámica considera (como muchas otras) que las experiencias tempranas de la vida tienen un efecto significativo en la configuración del mundo interno y de esta

manera las dificultades y experiencias ulteriores. El tener hipótesis sobre las raíces de las dificultades de una persona puede ayudar al individuo a aceptarse más y a aquellos que trabajan con él a ser más capaces de ser empáticos cuando el funcionamiento es dificultoso. Sin embargo, el propósito y el foco del enfoque psicodinámico –sea en la formulación o en la terapia– es mejorar el entendimiento de cómo las cosas funcionan en la mente de la persona en el presente.

##### **MITO: La formulación terapéutica no debe hacerse sin la colaboración del paciente**

HECHO: En cierto sentido esto pasa todo el tiempo, ya que cada profesional, aun con la clara intención de trabajar en forma colaborativa, formará sus propias ideas acerca de los pacientes y –apropiadamente– no considerará conveniente discutir todas ellas con sus pacientes. Hay algunas ventajas en trabajar en el planeamiento terapéutico sin la presencia del paciente, por ejemplo ser capaz de reflexionar más libremente (ver viñeta 2) y acceder a otras perspectivas. Esto no quiere decir, sin embargo, que esto debe ser realizado en lugar de efectuar nuestros mejores esfuerzos para desarrollar un entendimiento compartido con los pacientes y, cuando resulta apropiado, con sus familias. Hay evidencia de que esto puede funcionar bien (Aaltonen 2011; Seikkula 2011). Es crucial una orientación tentativa cuando se trabaja directamente con pacientes y familias (Johnstone 2006), pudiéndose necesitar un nivel de capacitación más alto.



## Conclusiones

En resumen, como lo establece la guía NICE (2009), los principios psicodinámicos pueden ser utilizados para generar hipótesis que pueden ser de utilidad en entender mejor a las personas con psicosis y en guiar su cuidado clínico general. Pueden ser utilizados en combinación con ideas basadas en otros modelos teóricos. Hemos argumentado que hay beneficios clínicos significativos en usar principios psicodinámicos en la formulación terapéutica cotidiana, que los costos no son necesariamente prohibitivos, y que los cambios que se requieren están dentro del alcance de la mayoría de los equipos del NHS.

## Agradecimientos

Estamos agradecidos con Bent Rosenbaum, Judith Smith y con el Dr. Nanda Palanichamy por sus reflexivos comentarios sobre los primeros borradores de este artículo.

## Referencias

- Aaltonen JS, Seikkula J, Lehtinen K (2011) The comprehensive open-dialogue approach in Western Lapland: I The incidence of non-affective psychosis and prodromal states. *Psychosis* 3: 179–91.
- Angermeyer MC, Klusmann D (1988) The causes of functional psychoses as seen by patients and their relatives. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 238: 47–54.
- Bion WR (1992) *Cogitations*. Karnac Books.
- Davenport S (2002) Acute wards: problems and solutions: a rehabilitation approach to in-patient care. *Psychiatric Bulletin* 26: 385–8.
- Geekie J, Read J (2009) *Making Sense of Madness: Contesting the Meaning of Schizophrenia*. Routledge.
- Johnstone L (2006) Controversies and debates about formulation. In *Formulation in Psychology and Psychotherapy* (eds L Johnstone, R Dallas): 208–28. Routledge.
- Mace C, Binyon S (2005) Teaching psychodynamic formulation to psychiatric trainees. Part 1: Basics of formulation. *Advances in Psychiatric Treatment* 11: 416–23.
- Mace C, Binyon S (2006) Teaching psychodynamic formulation to psychiatric trainees. Part 2: Teaching methods. *Advances in Psychiatric Treatment* 12: 92–9.
- Malan D (1979) *Individual Psychotherapy and the Science of Psychodynamics*. Butterworth.
- Malan D, Coughlin Della Selva P (2006) *Lives Transformed: A Revolutionary Method of Dynamic Psychotherapy (revised edn)*. Karnac Books.
- Martindale B, Smith J (2011) Psychosis: psychodynamic work with families. *Psychoanalytic Psychotherapy* 25: 75–91.
- Martindale B, Summers A (2013) The psychodynamics of psychosis. *Advances in Psychiatric Treatment* 19: 124–31.
- McCabe R, Heathe C, Burns T, et al (2002) Engagement of patients with psychosis in the consultation: conversation analytic study. *BMJ* 325:1148–51.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2009) *Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Adults in Primary and Secondary Care (updated edn)*. British Psychological Society/Royal College of Psychiatrists.
- Priebe S, McCabe R (2008) Therapeutic relationships in psychiatry: the basis of therapy or therapy in itself. *International Review of Psychiatry* 20: 521–6.
- Seikkula JAB, Alakare B, Aaltonen J (2011) The comprehensive open-dialogue approach in Western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis* 3: 192–204.
- Stainsby M, Sapochnik M, Bledinc K, et al (2010) Are attitudes and beliefs about symptoms more important than symptom severity in recovery from psychosis? *Psychosis* 2: 41–9.
- Summers A (2006) Psychological formulations in psychiatric care: staff views on their impact. *Psychiatric Bulletin* 30: 341–3.
- Summers A, Rosenbaum B (2013) Psychodynamic psychotherapy for psychosis: empirical evidence. In *Models of Madness: Psychological, Social and Biological Approaches to Psychosis (2nd edn)* (eds J Read, J Dillon). Routledge. In press.
- Tarrier N (2006) *Case Formulation in Cognitive Behaviour Therapy: The Treatment of Challenging and Complex Cases*. Routledge.
- Thorgaard L (2009) Understanding psychosis – and – what is a meaningful renaming of the so-called schizophrenias? Presented at Joint One Day ISPS UK/NWIDP Conference 'Understanding the experience of people with psychosis: applying NICE guidelines on using psychodynamic principles': 29 September 2009, Warrington, UK (<http://www.isps-dk.dk/Documents/forside/Understanding%20psychosis.pdf>).
- Walker I, Read J (2002) The differential effectiveness of psychosocial and biogenetic causal explanations in reducing negative attitudes toward 'mental illness'. *Psychiatry* 65: 313–25.
- Zubin J, Spring B (1977) Vulnerability: a new view on schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology* 86: 103–26.

**Preguntas de elección múltiple**

Seleccione la mejor opción, única para cada pregunta

**1 Las formulaciones psicodinámicas:**

- a deben ser verbalizadas y escritas
- b deben ser desarrolladas conjuntamente por un equipo
- c deben ser siempre discutidas en su totalidad con el paciente al que conciernen
- d pueden aplicarse a organizaciones, equipos o individuos
- e no se utilizan en las psicosis, cuyo origen predominante está en el neurodesarrollo.

**2 Una perspectiva psicodinámica:**

- a está en conflicto con los hallazgos recientes sobre los aspectos biológicos de las psicosis
- b es incompatible con la orientación cognitivo-conductual

- c es incompatible con el enfoque cognitivo analítico
- d sugiere que debe evitarse la medicación
- e considera los procesos inconscientes.

**3 Cuando se utilizan principios psicodinámicos en las discusiones del equipo sobre el planeamiento terapéutico o formulación**

- a no deben considerarse las ideas derivadas de la terapia cognitivo-conductual
- b los participantes deben ser alentados a circunscribir sus comentarios al tema que se ha acordado
- c todos los participantes deben tener entrenamiento psicodinámico
- d el apoyo de la administración no tiene ningún efecto
- e pueden cambiar los planes de tratamiento como resultado.

**4 Los procesos inconscientes de la mente de un paciente pueden ser elucidados prestando atención a:**

- a los patrones vinculares del paciente con su familia y amigos
- b los sentimientos contratransferenciales del profesional
- c las asociaciones del profesional con la historia del paciente
- d el contenido de los síntomas psicóticos
- e todos los anteriores.

**5 Una formulación psicodinámica puede ser fácilmente utilizada para asistir:**

- a al pago por el grupo de resultados
- b al diagnóstico por DSM-IV
- c al diagnóstico por CIE-10
- d a la prevención de recaídas
- e al seguimiento de la experiencia de los usuarios del servicio.

**Respuestas**

1 d 2 e 3 e 4 e 5 d