

EL MUNDO DE LOS MIEDOS

Uso de prescripciones en los trastornos fóbicos y de pánico

Los ataques de pánico y las fobias se han convertido en patologías de moda. Ocupan los lugares que han dejado vacantes, por ejemplo, las depresiones que, en otras épocas, ejercían su dominio en el territorio popular. Cualquier persona sabe o conoce acerca de estos miedos, se autodiagnostica y lo más grave se automedica. No se sabe si han proliferado en el mundo actual o se conoce la entidad nosológica, por tanto es factible observarla. El autor, desarrolla un modelo de tratamiento cuyas bases se relacionan con la terapia breve del MRI. Una parte de este diseño de trabajo utiliza las prescripciones de comportamiento.

Ataque de pánico o pánico al ataque

Fobias, panic atac, agorafobia, fobia social, entre otros, son algunos de los trastornos que se categorizan académicamente como *Trastornos de ansiedad* y que, vulgarmente, forman parte del universo de los miedos. En todos ellos, a partir del miedo inicial -focalizado o no en un objeto específico- se detona una arrolladora y devastadora concatenación de síntomas físicos y orgánicos que terminan con la discapacidad y la desvalorización de la persona hasta sumergirla en el más total ostracismo. Aunque, en realidad, en la primera instancia de la cadena sintomática, no es el miedo propiamente dicho el que se presenta, sino el *miedo a sentir el ataque de miedo*, razón por la que la profecía autocumplidora llama a la puerta: es el miedo a sentir el miedo el que construye el miedo y abre el efecto dominó. Estos síntomas, enlazados y potenciados, provocan diversas respuestas ineficaces como: la huida de la situación temida, la dependencia de acompañantes afectivos que proporcionen seguridad, el corte total de las actividades habituales terminando en aislamiento y reclusión como formas de protegerse de cara a tal situación angustiante, entre otras.

Los síntomas físicos pueden ir desde el típico bolo faríngeo y dolor de estómago (zonas donde frecuentemente se deposita la angustia) hasta taquicardias, puntadas en el pecho o estómago, sudoración de manos y cuerpo, temblores, dolores de cabeza, náuseas, sensación de vómito, calores, baja de presión, flojedad de los miembros inferiores, visión borrosa, etc., síntomas detrás de los que se encuentran fantasías de

descontrol, locura y, fundamentalmente, muerte. Bastará que algunos de estos síntomas se presente frente a alguna situación, para que en dicho efecto dominó se detonen los restantes.

El terapeuta debe conocer al dedillo todo este proceso, cuestión de posicionarse en *up* como experto, acentuando la depositación de fe en el tratamiento por parte del paciente y realizar una correcta exploración del foco en el intento de consolidar el vínculo y obtener la mayor cantidad de información. En general, el miedo comienza como una dificultad a sortear cierto tipo de situaciones, pero, en forma paulatina, va adquiriendo la jerarquía de problema en la medida que no es posible solucionarlo. El síntoma, es algo así como un *monstruo* que se introduce en el cuerpo del paciente. Un violador que no pide permiso para invadir el espacio íntimo de la persona, tal cual el Dios *Pan* de la mitología griega, un macho cabrío con dos cuernos y pezuñas hendidas en lugar de pies, quien lleva a los hombres a la irracionalidad y el miedo extremo eliminando toda forma de raciocinio. Una maniobra de externalización del síntoma y corporeizarlo en la figura del monstruo, logra estratégicamente concretizar al fantasma de los síntomas y comenzar una batalla con un enemigo terrenal.

Una vez claramente focalizado hacia qué se detona todo el síndrome del miedo (en el caso de lograr especificarse el objeto) o identificarse su inespecificidad, es necesario explorar cuáles fueron los intentos por resolverlo, entendiendo que son tales tentativas las que sostienen y refuerzan la construcción del problema.

En el caso de los trastornos fóbicos, por lo general, la proximidad del objeto construye el desenvolvimiento del cuadro. Al comienzo, la persona intenta enfrentarlo, diciéndose a sí misma que ella puede superarlo, que nada le va a suceder, que ella es capaz y nada le puede pasar. Pero cuanto más se lo repite, más se produce el efecto contrario. Le resulta difícil comprender qué le sucede y se llena de preguntas que acentúan su incertidumbre. Estas numerosas tentativas tienen como corolario el incremento de la sintomatología, potenciando la angustia inicial y desarrollando un aumento de la incapacidad, la impotencia, la desvalorización y la inseguridad que detonan aún más angustia. De esta manera, se abre nuevamente el círculo vicioso.

Pero, los intentos de solución no se remiten únicamente a las iniciativas personales. La persona, a esta altura del proceso, se ha vuelto más dependiente de su entorno y ha comenzado insistentemente a recurrir a éste en la búsqueda de respuestas que lo acerquen a la mejoría. Por lo tanto, su círculo afectivo cercano inicia un amplio repertorio de soluciones que son condenadas al fracaso: es frecuente que los parientes y

amigos no comprendan cómo es que se encuentra en ese estado. Lo ven *bien* (esto implica físicamente sano), razón por la que no entienden, por ejemplo, que no logre subir a un autobús o a un ascensor, que sufra ahogos cuando se topa con un embotellamiento de tránsito, o que se desespere frente a la proximidad de una paloma, pollo o cualquier cosa que tenga plumas.

En las interacciones con el medio, los comentarios que se desarrollan son del género de: *Vos podés!!!, Fuerza!! / Siempre fuiste una persona fuerte, adelante!! / Tenés que salir / ¡Mirá el lindo día que hace y vos encerrado!!*. Evidentemente, todas estas expresiones bien intencionadas tienen por objetivo revertir la conducta de la persona, pero, lamentablemente, encuentran el resultado opuesto. El protagonista se siente incomprendido y cree que nadie se coloca en su lugar (y esto resulta cierto). Se encuentra a merced del despotismo del síntoma en una total asimetría por debajo, con lo cual, pese a sus esfuerzos, no puede revertir la situación. Entonces, a la angustia original se le anexa la ansiedad que genera el hecho de sentirse impotente frente a la sintomatología y tonto o inepto por no poder cumplir lo que su círculo afectivo le propone.

Otro de los intentos fracasados de resolver el problema, es la figura del *acompañante antipánico o contrafóbico*. Siempre en estos casos, existe un miembro más cercano (madre, cónyuge, hermano, amigo, etc.) que se hace cargo de la situación y se halla sobreinvolucrado en ella. Acompaña a la persona afectada a todos lados en donde pueda surgir la situación temida, tal cual un frasco de suero para un moribundo, adicionando la seguridad que la persona no posee. Generalmente, este acompañante esta totalmente compenetrado con el problema, mostrándose más preocupado y temeroso que el paciente mismo, *adhiriéndose* en todas las acciones del protagonista, estimulando así la dependencia y favoreciendo la inseguridad, sensaciones contrarias a las que se desean.

Llegado este punto del proceso, la persona ha adquirido el status de *enfermo*.

Por otra parte, el paciente pudo haber intentado las sugerencias de vecinos, médicos clínicos que recetaron vitaminas para *fortalecer* el sistema nervioso o psiquiatras que recomendaron algún psicofármaco que solamente amenguó poco significativamente el síntoma, recetas que lo instaron a una nueva dependencia. Cuando no, algún pariente lo ha llevado a un parapsicólogo, vidente, brujo, tarotista o personajes del género, que le aseguraron que le fue realizado algún trabajo para dañarlo y debe encender una cierta cantidad de velas de diferentes colores y limpiar su casa con vinagre de alcohol, explicación dormitiva que aumenta las expectativas con los resultados del fracaso. Si el

terapeuta no analiza exhaustivamente las soluciones intentadas, puede incurrir en una tentativa frustrada más dentro de todos los intentos y constituirse en otro de los personajes en la historia del pánico que ha logrado incentivar la producción sintomática.

Prescripciones paradójales

Una de las llaves efectivas que se utiliza como recurso terapéutico, son las prescripciones de corte paradójal, prescripciones que giran 180° las acciones sugeridas hasta el momento. Esta posibilidad está avalada, en principio, por una ruptura del *más de lo mismo*. O sea, dejar de hacer lo que se ha hecho hasta el momento dada su ineffectividad. Pero, además de trazar la acción contraria, de manera paralela deberá enseñarse al paciente a colocar los límites apropiados a las *sugerencias imperativas* del entorno que presiona tratando de provocar el cambio y termina incrementando el síntoma. El tipo de mensajes que se prescribirá serán del tipo de: *Gracias por tu consejo, pero he comenzado una terapia... / Te agradezco la sugerencia, pero estoy realizando un tratamiento específico para esto / Entiendo tus ganas de verme bien, pero ahora estoy en manos de un profesional que es especialista en estos casos*. O Tal vez, en otras situaciones de una manera más enérgica: *Entiendo lo que me dices, pero dejemos esto para los que son especialistas del tema, te pido que no opines ni me aconsejes porque me confundo / Ahora estoy haciendo un tratamiento nuevo, lo que me pasa es tema de Psicología y tenemos que dejarlo en manos de los expertos, así que por favor te pido que no de más opiniones porque me confunden / Hagamos un trato, por un tiempo no me aconsejes ni opines y déjame probar con este profesional en el que tengo confianza, ¿está claro?*.

Se debe tener en cuenta que las resistencias al cambio se deben, principalmente, a la persistencia del síntoma en el sistema, razón por la que se ha creado una ecología particular en torno a éste. Por ende, la modificación de este status no solo se resiste por parte del protagonista, sino por todos los integrantes que, en mayor o menor medida, usufructúan tanto de los sacrificios y beneficios que la sintomatología acarrea. Por tal motivo, es necesario intervenir -como en este caso- con la prescripción para el paciente y con intervenciones directas dirigidas al entorno afectivo cercano.

Con respecto a la indicación de una prescripción, no se trata únicamente del contenido que se intenta transmitir sino cómo se presenta. Con el uso de técnicas hipnóticas ericksonianas, el terapeuta *venderá* una prescripción muy difícil de comprar: hacer justamente lo contrario a lo que la lógica racional indica, es decir, proponer hacer el

síntoma que se intenta suprimir. Si el paciente trató de afirmarse: *No me va a pasar nada* (y se logró incrementar el síntoma), ahora se intentará provocar uno o dos de los primeros pasos del ataque frente a la situación temida, por ejemplo, la angustia en la garganta y el estómago y la taquicardia.

Frente a la cara atónita del paciente y con firmeza, el terapeuta como experto en este tipo de trabajo (reiteramos: siempre se presentará de esta manera, cuestión que afirma la confianza y lleva a que se efectivice la tarea), sugiere la prescripción minuciosamente, recreando las imágenes de manera anticipada y entrando por los canales más desarrollados en ese paciente (visual, auditivo, táctil, olfativo). Buscará la aprobación en el gesto, hablando su mismo lenguaje y tal vez implementando analogías, cuentos o metáforas, por ejemplo: *Ud. calcule 300 ó... 310 mts. antes de llegar al edificio donde se encuentra el ascensor al que teme, comenzará a caminar en esa dirección con la fuerza de voluntad que lo caracteriza y que, por otra parte, lo ha traído aquí en busca de una solución. Ahora bien, en la medida que avance debe imponerse sentir la angustia en su garganta, se repetirá varias veces la orden..., después pasará al dolor de estómago, paulatinamente irá sintiendo que el corazón le palpita cada vez más aceleradamente, como si se le escapara del pecho... Llegará a la puerta del edificio, dará alrededor de 5 o 7 pasos en dirección al ascensor, siempre sintiendo el dolor en la garganta y el pecho y la taquicardia..., descansará 2 minutos en el palier. Allí tratará de reflexionar acerca de lo que siente en ese preciso momento...*

Por lo general, en la introducción de las prescripciones pueden producirse varias opciones en los resultados. Por ejemplo, cuando el paciente no hizo la prescripción, es un efecto fallido que muestra las resistencias al cambio (salvo que el terapeuta haya prescrito de manera inadecuada). En general, se argumentan numerosos pretextos entre los que figura como el más frecuente: *que quiso hacer la tarea pero no pudo, que no tuvo tiempo...* Más crudamente aparece, cuando afirma que se olvidó de realizarla y recién la recuerda cuando el profesional se la menciona en la sesión siguiente. En otras oportunidades, recordó que tenía tarea y solamente quedó registrada a nivel ideacional y no la llevó a la acción efectiva. Otro efecto frustrado, resulta cuando el paciente afirma que hizo la prescripción, pero cuando el terapeuta pide detalles del proceso, argumenta que no necesitó voluntariamente traer al síntoma, ya que éste apareció de manera espontánea. Pequeña treta que elude la posibilidad de dominarlo y hace que el síntoma ocupe como siempre su reinado.

Tres son los resultados que pueden considerarse favorables:

- a) El paciente trató de estimular la aparición del síntoma y no logró que surja.
- b) El síntoma hizo su aparición en forma total cuanti y cualitativamente.
- c) El síntoma apareció de manera parcial, variando en el porcentaje de su intensidad.

En la primera premisa, el paciente ha logrado realizar la tarea pero para su sorpresa, intentó y reintentó y no pudo efectuar la reproducción de sus síntomas. Es la primera vez, después de meses o años, que enfrentó al monstruo sintomático que lo domina y no cedió frente a sus amenazas de aparición. Esto lo obliga a correrse de una posición asimétrica que lo ubica por debajo, mirando al síntoma tal como si fuese un gigante. Ha comenzado a sentirse más seguro. Luego de tanto tiempo le resulta extraño no sentir la sensación que tanto lo acompañó. El terapeuta connotará positivamente sus acciones pero, mostrándose escéptico y casi reflexionando en voz alta, lo instará a que vuelva a realizar la tarea:

Uhmmm..., que extraño que no hayas logrado colocar los síntomas..., raro!, como siempre han aparecido de manera espontánea, ahora que los tienes que hacer a propósito no surgen... A ver, reintentemos..., volvamos a realizar el ejercicio nuevamente, pero esta vez te acercará más al ascensor. Prueba a 2 mts..., pero podrías agregar la sudoración, además de los dolores de estómago y de garganta....

Si, de desarrollarse la nueva prescripción, el resultado es el mismo (o sea, que no logró desenvolver los síntomas), posiblemente el paciente comienza a sentir que el síntoma es dominado por él, con lo cual, se encuentra en una posición *up* en la interacción con este, cuando siempre ha sucedido lo inverso. Es factible, entonces, que en este proceso se incremente su seguridad y su valorización personal -características perdidas al estar a merced del síntoma-, sintiéndose paulatinamente más independiente. Es decir, el efecto dominó no está en dirección al caos sino a la evolución y al crecimiento.

La externalización del síntoma (Michel White.1992), a la que aludíamos anteriormente, implica que con la figura del *monstruo* que domina al paciente se desenvuelva una *lucha a brazo partido*. Esta llave, permite concretizar un oponente que hasta el momento se dibujaba como abstracto. De esta manera, es factible establecer una esgrima con el síntoma donde las prescripciones consisten en las diferentes maniobras y artilugios que hacen factible un *touché* desbaratando la función sintomática.

La segunda posibilidad es que haya podido desarrollar el ataque en toda su magnitud. El síntoma, entonces, que escapaba a su dominio presentándose espontáneamente, ha cedido terreno: ahora puede realizarlo por propia voluntad. El

terapeuta no dejará de connotar positivamente la efectividad de la tarea: *¡Fantástico!, has logrado realizarla. Tanto que el síntoma aparecía cuando él deseaba, ahora has logrado que te obedezca y surja cuando tu se lo pides. A ver cuéntame obsesivamente cómo fue la experiencia...*

Para acrecentar la seguridad de aparición del síntoma bajo el dominio del paciente, es probable que se reincida en la tarea con miras a repetir la experiencia e introducir la consigna inductora de que *tenemos al síntoma a raya*, es decir, aparece cuando nosotros deseamos. En pasos posteriores, mediante prescripciones directas, el terapeuta indicará la eliminación del síntoma de manera paulatina. Pero, solo es posible, una vez que el paciente sienta que ha logrado dominar al síntoma, o sea, que se ha reforzado su seguridad para estar convencido que lo podrá erradicar.

La tercera consigna, es una vía intermedia entre la primera y la segunda: el síntoma no ha desaparecido, pero tampoco se ha presentado en igual intensidad. Es un resultado que se observa con notable frecuencia, donde es necesario que el terapeuta obtenga la suficiente claridad acerca de cuánto es el porcentaje de aparición de los síntomas. Por tanto, el paciente deberá medir mediante un puntaje de 0 a 100 dicha intensidad. De acuerdo a los valores, se podrá optar por perseverar en las tareas paradójicas o intentar por las directas. La repetición parcial de un síntoma, también posibilita connotar positivamente los resultados: *A ver si he entendido bien,... quiere decir que sobre un porcentaje del 100 por 100 de aparición del síntoma frente a lo que más te atemoriza (puede mencionarse la situación específica), solamente surgió en un 24%. ¿Estás realmente seguro que has hecho bien la tarea?, porque de ser así hemos avanzado en un 76% tan solo en dos sesiones..., ¿no será demasiado?. Que tal si la repetimos y haces el mismo chequeo y me cuentas...*

Las prescripciones directas, por otra parte, se aplicarán de acuerdo al grado de seguridad y de dominio sobre el síntoma que haya adquirido el paciente, además de evaluar otras coordenadas como el contexto donde se desarrolló la tarea, los integrantes involucrados, los síntomas que se prescribieron en la secuencia, etc. Las prescripciones de síntoma, podrán instrumentarse variando cualquiera de estos elementos. Puede incrementarse la cadena sintomática o cambiar el contexto donde se desenvuelva el ataque de miedo. Se chequearán los puntajes y se compararán entre ambas tareas. Las directas, de manera similar, irán restringiendo de forma paulatina los porcentajes obtenidos de comienzo hasta alcanzar la reducción total.

Raimundo vino del campo

El padre de Raimundo era mayordomo de estancia. La madre cocinera. Un día, casi sorprendentemente, cuando Raimundo tenía 7 años, viajaron a la gran urbe de Bs. As. decididos a afincarse definitivamente.

La vida de campo, convivir con los hijos de los peones, pescar con un hilo en la laguna y jugar en el monte, no eran los antecedentes más favorables para que un niño de 8 años se adaptase rápidamente a la locura de una metrópoli. En los primeros tiempos con su gomera de cazar pájaros, rompió los vidrios de las ventanas de los edificios linderos desde el 8 piso donde se mudaron, en el intento de mantener vivas sus costumbres y resistir a su nueva suerte.

Pero pasaron muchos años, desde aquel niño que jugaba en la gran ciudad tratando de adaptarse. Raimundo tiene ahora 39 años y llega a consulta para resolver sus ataques de pánico. En la exploración de la secuencia, el terapeuta descubre que previo a detonar los pánicos, el paciente tiene raptos de violencia graves. Gravedad que se caracteriza, por ejemplo, por no amedrentarse en una pelea callejera con tres personas en la cual deja desmayados a dos, en discutir infundadamente, por perder con suma facilidad la paciencia o tender a provocar a las personas mientras conduce el automóvil, u otras situaciones del mismo calibre.

En sus raptos de violencia, utiliza no solo sus puños. Su *arsenal* se compone por un revólver, una navaja de acero y hasta un bate de béisbol. La primera pregunta que le surge al terapeuta es: ¿para qué le sirven a Raimundo los síntomas del miedo?, ya que - explorando la secuencia del ataque- estos síntomas justamente aparecen por primera vez bloqueando la agresión. Es decir, en medio de uno de los ataques de violencia, el paciente desencadenó un trastorno de pánico. Comenzó con mareos y náuseas y casi llegó al desmayo. Este estado lo llevó a que debiera sentarse, cerrar sus ojos e intentar relajarse, porque de lo contrario sentía que perdía el conocimiento.

Entre sus soluciones intentadas, figuraban consejos ineficaces de amigos y parientes cercanos, indicaciones de su madre, charlas interminables con su pareja, médicos clínicos y neurólogos, consabidas vitaminas, sesiones con psiquiatras con indicación de psicofármacos, homeopatía y medicaciones de todo tipo. En la planificación del tratamiento, el terapeuta se hallaba en una encrucijada: había sido consultado para erradicar los ataques de pánico, pero si los eliminaba se corría el riesgo de dar libre curso a la violencia, peligrando, entonces, la vida de Raimundo y la de los que se les ocurra litigar con él.

El primer movimiento que realizó el profesional, fue poner en equidistancia semántica a los ataques de pánico y los de violencia, ya que estos últimos eran minimizados por el paciente. A partir de este punto y desde la primera sesión, directivamente lo invitó al paciente a que le entregue la navaja que llevaba en la cintura y lo instó para que en la próxima le llevara el arma calibre 38 y el bate, elementos que dejó guardado en un lugar seguro del consultorio.

El terapeuta le planteó el callejón sin salida a que se encontraba sometido: si solucionaba el problema de los pánicos eran factibles los arranques de violencia, si trabajaba con la violencia estaba descuidando los miedos que eran lo que más detenía la vida del paciente que -por otra parte- ya comenzaba a tener problemas en el trabajo por las constantes faltas a raíz del trastorno. ¿Qué era preferible?. Seguramente ni uno ni otro, *Sino una tercera posibilidad: ¿qué tal si elegimos la salud?*, le señaló. En esta línea, optó trabajar con el tema de la violencia durante las sesiones e indicar para fuera de estas, prescripciones de síntoma en pos de erradicar el pánico.

En la primera prescripción le mandó a realizar los dos primeros tramos de la cadena sintomática: mareos y náuseas. Generalmente, estos sobrevenían alrededor de las 19 hs. cuando el sol desaparecía. Raimundo (a regañadientes) se sentó en un banco de plaza después del trabajo con su teléfono portátil en mano, e intentó denodadamente producirse aquello de lo que intentaba hacía meses librarse. ¡Qué extraño se sentía!!, ahora se encontraba tratando de imponerse los síntomas cuando siempre luchaba por sacárselos. Además, ¡qué bronca!, no lograba colocarlos, ¿estaría haciendo bien el ejercicio que le mandó su psicólogo?.

Visto el fracaso de la intentona, llamó al terapeuta desde el mismo banco de plaza tal como lo había pactado, no sin antes tratar de imponerse los síntomas nuevamente - como iniciativa personal- y fracasar. Le contó acerca de las dificultades de realizar los síntomas, pero se mostraba desconfiado y no daba crédito a lo que sucedía. Aunque también, notó que el profesional se mostró muy escéptico, no le creyó del todo y le mandó a repetir la prescripción pero agregándole otro tramo de los síntomas: las puntadas de estómago. Inmediatamente después debía llamarlo. Otra vez le comunicó a su terapeuta que no lo logró. Quedaron en verse en la consulta siguiente.

Algo que luego se sistematizaría, fue que los primeros 15 minutos de la sesión eran dedicados a chequear las prescripciones. Pero el resto, tal como lo habían pactado, trabajaban sobre la violencia. El chip que accionaba la agresión en Raimundo era la desvalorización y la impotencia. Siempre tendía a colocarse en una posición *down* en las

relaciones con su entorno, *siempre se sentía como un peoncito de estancia*, cuando su supuesto era confirmado (es factible confirmar en la pragmática lo que uno supone cognitivamente), sobrevenía un arranque de ira que no podía dominar. Si bien, el pánico le ayudaba a bloquear la violencia, por otro lado le reforzaba la baja autoestima, cuestión de que más susceptibilidad a la violencia le producía y con ello mayor cantidad de ataques de pánico para frenarla.

Este efecto dominó hacia el catastrofismo, llevó a que el terapeuta trabajase en ambas direcciones y en paralelo. Habiendo regulado la medicación con un nuevo psiquiatra y trabajando en interconsulta, los síntomas del pánico fueron disminuyendo en la medida que se continuaron con las prescripciones de los síntomas.

Se agregó que, si espontáneamente *el monstruo interior* (los síntomas) emergía, Raimundo, ya ducho en estas lides, debía no escaparse sino enfrentarlo. Para ser más precisos, llamarlo, provocarlo y amplificarlo: en síntesis, jugar una pulseada pero como ganador en un *up* relacional. Por lo general, terminaba dominando la situación.

Cabría cuestionar, si la aplicación de prescripciones de síntomas no hubiese sido efectiva con la violencia: desde nuestro punto de vista, podría haber sido un error trasladar la estrategia efectiva en el pánico a los ataques de agresión. Prescribir violencia a un violento, genera el riesgo de construir realidades acordes que lindan con la muerte. La aplicación de las prescripciones paradójales merecen mirar con respeto ciertas sintomatologías. A pesar de la efectividad de los resultados, lejos se hallan de la magia.

Se acentuó el trabajo sobre la autoestima de Raimundo, dejando poco sentido a la violencia al romper el *down* relacional. Se realizaron prescripciones directas de represión de la agresión, anulando el reflejo de impotencia que la detonaba. Fue de gran ayuda su pareja, quien participó en numerosas sesiones quebrando intentos de solución fallidos, conteniéndolo y creando una nueva dinámica de la relación.

Desviaciones de síntoma

Uso de la libreta

El *uso de la libreta*, es una de las prescripciones más efectivas en las desviaciones de síntomas. Principalmente, puede ser aplicada en los trastornos fóbicos, de pánico y en los rituales obsesivos-compulsivos.

Como hemos señalado anteriormente en los trastornos del miedo (Fobias y pánicos), la aplicación del *más de lo mismo* de soluciones intentadas fracasadas genera un efecto dominó que lleva a que la persona viva dependiente de la aparición de sus

síntomas. Por otra parte, el síndrome obsesivo-compulsivo se caracteriza por las obsesiones. Las obsesiones son ideas, imágenes recurrentes e impulsos que al comienzo se viven como carentes de sentido. En la medida que persisten, la persona puede llegar a darse cuenta que estas ideas son producto de su propia mente e intenta suprimirlas negándolas, ignorándolas o neutralizándolas con otro pensamiento que las interfiera.

Otra de las particularidades de este síndrome son los actos compulsivos. Se trata de conductas repetitivas que se hallan relacionadas con las ideas obsesivas y tienden a ser estereotipadas y rígidas. Las compulsiones tienen por objetivo evitar la angustia que originan las rumias obsesivas, si bien la persona puede razonar y admitir que sus comportamientos son exagerados e irracionales. En estos actos, el paciente se encuentra atrapado en un juego que no logra dominar. El trastorno se caracteriza por un florido repertorio de rituales. Este ritualismo, forma parte de los actos compulsivos que se sistematizan en pos de anular las ideas obsesivas que torturan al protagonista. Mientras tanto, la duda y las inseguridades avanzan lapidando la identidad de la persona y coartando cualquier posibilidad de salida.

El uso de la libreta consiste, nada más y nada menos, que en la compra de una libreta del tamaño del bolsillo trasero del pantalón. Preferiblemente con espiral, lugar donde se colocará un bolígrafo enganchado. A partir de la prescripción, la libreta se convierte en una especie de apéndice de la persona. Donde vaya irá con su libreta.

La finalidad remite en transcribir, ideas, sensaciones, emociones, reflexiones, etc., en determinadas oportunidades consignadas por el terapeuta. Probablemente, en el prelude de un ataque de pánico o frente a la proximidad del objeto fóbico, o de cara a la compulsión de un determinado ritual, el terapeuta indicará que la persona en ese *momento* deberá redactar una serie de elementos pautados por él. Fecha y hora, descripción del contexto, por ejemplo, el lugar donde se encuentra (casa, trabajo, estudio, etc.), lugar del lugar (una habitación, patio, baño, etc.), cómo estaba vestido, quiénes eran las personas que lo acompañaban, etc. Además, colocará qué es lo que sintió (en términos de las emociones), hasta donde de la cadena sintomática llegó (por ejemplo, que discrimine cuáles fueron los síntomas que se enlazaron), reflexiones acerca del momento, etc.

Este ejercicio provoca que la persona -pendiente en activar, por ejemplo, el miedo al miedo que escata la llave hacia un dominó sintomático- registre por escrito ese momento crucial. En la mayoría de las oportunidades, este corrimiento de foco anula tal llave de acceso a la sintomatología. Razón, por la que el paciente disminuirá

indefectiblemente sus conductas anómalas; de esta manera y para su sorpresa, tiene poco que escribir de sus síntomas.

La libreta y lo que se deberá redactar en ella, genera esa *distracción* momentánea tan buscada por el terapeuta con relación a desestructurar la cadena sintomatológica. El hecho de que la persona -cuando detecta el prolegómeno de sus comportamientos- deba buscar en su bolsillo la libreta, en principio, la conecta con un primer estímulo ideacional y una acción inesperados para la secuencia de síntomas. En un segundo momento, después de semejante alteración, deberá observar su reloj y escribir hora y día, mirar el lugar donde se encuentra, cómo está la postura de su cuerpo, la gente de su entorno, etc. En síntesis, una serie de estímulos en donde fijará su atención y generarán la desviación suficiente para alterar la recursión de las conductas. De allí, la posibilidad de socavar la dependencia creada y sistematizada de sus síntomas, dependencia que lo anulan como persona disminuyendo -cada vez en mayor proporción- su autoestima, abriendo y reforzando nuevos accesos sintomáticos.

Por otra parte, más allá del trabajo de inducción ericksoniana que hace falta para instruir acerca de los pasos de la prescripción, no resulta (como en las prescripciones de síntomas) una confrontación a la lógica racional, por ende, en principio no se hallan resistencias en aceptar las acciones a realizar. Después, se corroborará si en las acciones concretas se compra la libreta y se desarrolla la tarea.

La prescripción aparenta remitirse al simple registro de las sensaciones y reflexiones sobre los síntomas, bajo el pretexto que el terapeuta *necesita de un registro más exhaustivo*. Sobre esta premisa, no se altera el sentido común como en el resto de prescripciones paradójales, pero sí se ocultan los verdaderos fines que refieren a la desviación del foco habitual.

Las manos ajadas de Javier

Javier no quiere, pero es más fuerte que él. Todos los días se levanta a las 7 hs. para ir a su trabajo y desde ese momento cada 20 o 30 min. acude al baño solamente a lavarse las manos. Pero no solamente en la vigilia, también de noche de acuerdo al cansancio se levanta un mínimo de 5 veces a repetir su ritual.

Sus manos se hallan cuarteadas y lastimadas, ajadas y reseca, *tiene manos de viejo* a pesar de sus 25 años, ya que lleva 13 meses en estas compulsiones. En este tiempo, ha mejorado sus métodos de limpieza y *esterilización*: utilizó diversos tipos de jabones, detergentes, lavandinas, detergentes industriales, alcohol, etc.

*He intentado de todo para no lavarme de esta manera, dice. Entre las posibilidades de solución, Javier ha consultado a médicos clínicos, psiquiatras, neurólogos, curanderos. Ha apelado a consejos de amigos y familiares y él mismo mediante las conocidas frases de *No voy a hacerlo / Voy a poder / No lo tengo que hacer* y otras de igual calibre. Cuanto más de estas estratagemas, más del efecto contrario al que se pretende, o sea, más de lo mismo.*

Después de realizar una minuciosa exploración de los síntomas, el terapeuta le indica:

T: *Javier, veo que usas jeans...*

P: *Sí, (con cara de desconcierto)*

T: *Vas a comprar una pequeña libreta del tamaño del bolsillo trasero de tu pantalón... que es más o menos del tamaño de tu billetera. Principalmente trata de comprarla con espiral, así puede prender allí tu bolígrafo. ¿Comprendido?, una libreta con las tapas del color que deseas, con las hojas a rayas, cuadrículada, sin nada, con páginas blancas o de colores, en síntesis la que tu deseas..., ¿está claro?...*

P: *¡Ajá!*

T: *Escucha bien, cada vez que sientas ganas de lavarte las manos, cada vez, cogerás la libreta y tomando el boli con la mano derecha, ¿eres diestro no?*

P: *Sí...*

T: *En ella va a escribir día, hora, con qué camisa o jersey te encuentras vestido, y en qué lugar te Hallas..., pero específicamente, si es tu casa en qué lugar, living, dormitorio, baño y en qué sector de cada lugar estás... Cada vez, entonces que te sobrevengan lo síntomas que discriminamos, cada vez, tomarás la libreta y redactarás en orden cada cosa que te he pedido.*

El terapeuta, precisará con detallismos e implementando el lenguaje inductivo hipnótico cada uno de los pasos del proceso, dibujando y anclando las imágenes anticipatorias. También puede aplicarse el término *ritual de la libreta*. Hablar de ritual es, en este caso, utilizar el mismo lenguaje del paciente, es permutar el ritual obsesivo por el ritual de ruptura del ritual.

Es frecuente que el paciente (sorprendido) obtenga como resultado que, de cara al intento de registro de sus accesos a lavarse, no pudo continuar con la tarea puesto que disminuyeron en forma progresiva sus compulsiones.

La libreta y el acto de registro, entonces, implica desviar el foco de atención (sus compulsiones) en el cual se centra la persona. Puede llegarse a la anulación del síntoma,

ya sea porque han disminuido los accesos por desviación sintomática o porque se logró desarrollar el acto compulsivo y pudo registrarse lo indicado por el terapeuta. En pasos posteriores, se intentará controlar las conductas mediante el reducir su frecuencia.

La misma libreta, puede utilizarse para registrar porcentajes de aparición del síntoma en cada experiencia. Por ejemplo, luego de cada prueba se otorgará un porcentaje o puntaje de 0 a 100% acerca de cuánto aparecieron las sensaciones que componen la cadena sintomática. De esta manera, se logra llevar un control de los adelantos y retrocesos de la persona en el proceso de tratamiento. Pero este registro tiene una doble función: le sirve al profesional para ver cuán efectivas son las estrategias aplicadas y para el paciente (si mejora), el puntaje es una connotación positiva en sí misma que lo alienta a continuar progresando.

Todas las combinaciones de prescripciones e intervenciones, se establecerán con la mayor de las libertades. Dependen de la tipología del paciente y de terapeuta, modelo de trabajo, contexto, historia, interacción, etc. Además, cualquiera de las asociaciones de técnicas y estrategias muestran la creatividad del terapeuta, en contra las rigideces. Todos los ejemplos que mostramos, pueden traducirse a la acción terapéutica pero con el suficiente criterio del profesional. Reiteramos, son solamente un camino, una orientación o guía, pero de ninguna manera constituyen fórmulas matemáticas.

El pánico de Mariela

Mariela es una adolescente de 18 años, oriunda de una hermosa ciudad del interior. Hace pocos años vive en Bs. As. con su hermano mayor, ambos estudiantes. Es bonita y sensible, pero no escultural y ella lo sabe. Pero lo sabe de más, es decir: si alguien no se quiere y no se valora, es Mariela.

Ella comenzó a desarrollar unos síntomas pánicos que se fueron rigidizando a lo largo de los meses. Mareos, náuseas, dolores de estómago, sudoración, etc., la acuciaban cada vez que ella iba a salir a hacer su vida normal, como por ejemplo, tomar clases en la universidad, hacer las compras, salir con su grupo de amigas a bailar, salir con chicos, ir a su gimnasio, etc.

Mariela ha reducido todas las actividades. Vive encerrada.

Ni bien baja los siete pisos de su casa y deposita su pie derecho en la acera, comienza a descomponerse: se mareo, ve *todo blanco* y siente que está a punto de desmayarse. La madre ha viajado a Bs. As. preocupada y solicita una asistencia psicológica. Mariela acude a una primera consulta con su madre y el terapeuta realiza una

exploración detallada de la cadena sintomática.

Entre las primeras intervenciones, aprovechando la presencia de la madre de la paciente, bloquea los intentos de solución fracasados que la familia desarrolla mediante consejos y recomendaciones. A Mariela le prescribe una estrategia que la aleje del foco de inicio de su sintomatología. La *prescripción de la libreta* le resulta efectiva en este tipo de trastornos, no solo por los efectos de desviación del síntoma sino también por el material que se registra y su posterior utilización.

Se indica la compra de la libreta y con precisión se discriminan las anotaciones que se realizarán. La tarea deberá transmitirse apelando a todos los recursos ericksonianos, trabajando todos los canales de entrada (principalmente visual): desde el acto de la compra de la libreta hasta su uso.

T: *¿Tienes una librería cerca de tu casa?*

P: *Más o menos, a dos calles...*

T: *Allí comprarás una libreta..., pero, ¿quien te va a acompañar porque no se te ocurrirá ir sola?*

P: *Seguramente o mi hermano o mi mamá...*

T: *Bien,... elegirás una libreta pequeña, del tamaño del bolsillo trasero del pantalón, ¿qué color te gusta??..*

P: *(sonrisas) Me gusta el rojo...*

T: *Rojo, rojo... ¡qué apasionada!. Es preferible que sea con espiral, porque allí podrás colocar el bolígrafo. De esta manera, la llevarás a todas partes y transcribirás lo que te voy a pedir. ¿Está claro?*

P: *¡Ok!*

T: *Bajarás los siete pisos por el ascensor y una vez en el palier contarás la cantidad de pasos que hay entre el ascensor y el umbral de tu casa. ¿El umbral tiene escalones?*

P: *Sí, tiene...*

T: *¿Cuántos?*

P: *Sí, tiene escalones... pero que sé yo...*

T: *Debes contar los pasos hasta el límite del umbral a la acera. Una vez que te halles en el último escalón, pisarás con tu pie derecho la acera y luego colocarás el izquierdo darás de tres a cinco pasos, te frenas y sacas tu libreta. Anotarás día, hora y minutos y transcribes las sensaciones y emociones que sientes en ese preciso momento. Luego retornarás a la zona donde te sientes protegida -el umbral-. Subes a tu departamento y me llamas para contarme la experiencia.*

Por lo general, la comunicación con el terapeuta señala que *notablemente no tuve las mismas sensaciones, no sentí las náuseas que siempre me aparecían*. La persona al encontrarse tan pendiente de tener que registrar lo que le indicó el terapeuta, pierde la atención sobre el foco sintomático en que siempre estuvo centrada. Su atención, ahora esta focalizada en los pasos que marcó el profesional y no en la aparición del síntoma como es habitual.

Esta actitud desestructura la cibernética reverberante que impera en este tipo de casos. La persona se pone contenta pero a la vez extrañada, ¿cómo puede ser que no se le produjeron los síntomas?. El terapeuta, frente a la respuesta del paciente, con cierto escepticismo lo instará a que repita la operación, tal vez, anexando dos pasos más a la experiencia. Puede ser que, con esta segunda oportunidad, sea bastante para una primera vez.

Para el otro día, prescribirá caminar dos o tres pasos más pero, además, deberá anexar en su registro cómo estaba vestida o quién caminaba por la acera en el momento en que ella realizaba la experiencia. Todos estos elementos de desviaciones de síntoma, permiten que la persona -en el proceso- se fortalezca e incremente su autoestima.

Frecuentemente, de ser la estrategia efectiva, la paciente que viene abatida en la primera sesión, llega en la segunda, maquillada y con un cambio en su postura corporal, si se quiere más erguida y con una mirada más vívida. Lejos estamos de los milagros, simplemente es quebrar una recursión empobrecedora de los recursos de la persona y modificar las soluciones fracasadas. ¡Hace falta tan poco para devolver un poco de bienestar!: pero el terapeuta no se dejará vanagloriar por estos primeros logros, sino que deberá afincarlos y mantenerlos en el tiempo: Sin duda que esta es la tarea más difícil.

Las desviaciones pueden combinarse con las prescripciones de síntomas. Por ejemplo, en este caso se le puede pedir a la paciente que además de caminar 200 mts. debe conectarse con la puntada en el estómago y tratarla de reproducir cuando le surge de manera espontánea. Luego, cuando regresa, debe escribir en su diario de la experiencia las sensaciones que sintió. También puede combinarse con desplazamientos y otras desviaciones. Por ejemplo, Mariela combinó dos y tres desviaciones: contar los pasos, colocar primero el pie derecho y luego el izquierdo, registrar día, hora, minutos, observar la gente que camina a su alrededor, y así sucesivamente.

Planilla de chequeo de síntomas

Otra de las prescripciones de desviación sintomática sumamente efectiva tanto en

pánicos, fobias y rituales obsesivos, es el uso de la *planilla de chequeo* de sintomatología (B. Spaini.1996). Como ya hemos descrito, en estos tipos de trastornos se asocian en cadena una serie de síntomas: uno activa al siguiente, este al próximo y así recursivamente se instaura un círculo vicioso que resulta difícil desestructurar. El terapeuta, entonces, realizará un obsesivo recuento de los síntomas que perturban a su paciente. Una vez que tiene en claro cuáles son los signos que componen tal repertorio de conductas, puede mandarle a confeccionar una grilla en donde se registrarán una por una, las apariciones de los síntomas cotidianamente.

Esta planilla está compuesta por diferentes columnas. Cada una de ellas, está encabezada por cada uno de los síntomas que conforman la cadena, por ejemplo: náuseas, mareos, miedo, fantasías catastróficas, pensamientos de muerte, dolor de estómago, espasmos, sudoración de manos, sudoración de pies, hormigueos, taquicardia, dolor de cabeza, calores, hipotensión, vómitos, angustia en la garganta, opresión en el pecho, sensación de vacío en el pecho, rumia mental, desmayos, ansiedad, etc.

A la izquierda y de manera vertical, se registrará los períodos en que desea chequear la aparición de los síntomas. Por ejemplo, si desea hacerlo por cada media hora, hora, dos horas, tres, tres veces en el día, etc. Se colocará una cruz en el casillero correspondiente al síntoma.

A la derecha y también verticalmente, se registrarán los totales en cada período de registro. Suponiendo que el registro sea por hora, se anotará la cantidad de síntomas que se contabilizaron en esa hora, por ejemplo, mareos, náuseas, rumia mental, miedos, etc.

HORAS	MAREOS	NAÚSEAS	DOLOR DE CABEZA	RUMIA MENTAL	DOLOR DE ESTÓMAGO	MIEDOS	Observa.	TOTAL
2	X	X		X		X		4
4	X	X	X	X		X		5
6				X				1
8								
10				X				1
12	X	X				X		3
14								

Por lo general, la persona que padece este tipo de trastornos siente tal agobio e intensidad por sus síntomas, que está convencida que estos la invaden a toda hora y todos los días. De esta manera, no logra discriminar si el malestar la aqueja tal como lo siente, de lo que realmente le sucede. Se encuentra tan sobreinvolucrada en su

perturbación que no diferencia los síntomas del miedo, de aquellos estados que pueden producirse a causa del contexto. Por ejemplo, cuando se siente acalorada y aparece sudoración como parte de la cadena de miedo, ignora la temperatura de 38 grados que hay en el ambiente. O si tiene taquicardia, se debe a que corrió el autobús intempestivamente, o si le duele el estómago o tiene espasmos es porque comió o bebió demasiado. En síntesis, cualquier conducta bien puede ser atribuida al síndrome del miedo, aislándola de su etiología y utilizándola como argumento que incrementa el malestar.

La planilla permite conectarse con tal realidad, principalmente cuando en la sesión siguiente el terapeuta chequea cuánto y en qué porcentaje apareció la sintomatología y la compara con cuánto imagina la persona. El terapeuta realizará un recuento obsesivo de todos los datos recogidos en la grilla. Calculadora en mano, contará la cantidad de síntomas discriminados en la cabeza de cada columna y los multiplicará por la cantidad de horas en que fueron chequeados desde la sesión precedente hasta ese momento. Es decir, tal como se ve en la planilla del ejemplo, si son 6 los síntomas se multiplicarán por la cantidad de horas evaluadas, obteniendo un total que marca el rango de máxima de aparición de los síntomas (100%). El resultado obtenido, representa la creencia de la persona sobre lo que ella siente que le acaece, puesto que se halla tan inmersa en el efecto dominó sintomatológico que confunde sus sensaciones con lo que le sucede en realidad.

Luego de realizar ese cálculo, se deberá contar la aparición real de los síntomas. Los totales parciales se sumarán y se efectuará el porcentaje. Ambas cifras se compararán. El terapeuta señalará:

A ver, a ti te parecía, como lo has planteado la sesión anterior, que realizabas todos los síntomas a toda hora, si de hecho eso hubiese pasado, hubieses tenido alrededor de un total de 156 síntomas, es decir el 100%. ¿Está claro?. Ahora bien, contando la cantidad de síntomas que aparecieron en realidad, suman... un total de 37 que son algo así como el 25% de lo esperado. La verdad es que me has desconcertado, cuando me comentaste en la primera sesión sobre todos tus síntomas creí que se daban durante todo el tiempo o por lo menos en la mayoría. Hemos comprobado que no es así...

Esta primera comprobación resulta ser una connotación positiva en sí misma, que -como intervención- alienta a continuar progresando hacia la mejoría en el proceso.

La eficacia de los resultados se debe a múltiples factores. En principio, más allá de que los síntomas no se producen todo el tiempo, en general, sufren una notable

disminución. Tal disminución radica, entre otras cosas, a que la persona lleva un control exhaustivo que no da lugar a que los síntomas la tomen por asalto, razón por la que se ha anulado la espontaneidad de la aparición sintomatológica. Se halla pendiente de registrar su organismo, prestar atención a sus sentidos, chequear exhaustivamente cada conducta, etc. Pero a la vez, el hecho de escribir los puntajes de la aparición sintomatológica, desvía (mientras anota) su atención hacia el papel.

La planilla deberá utilizarse a lo largo de las sesiones, implementándose casi como prescripción de elección, a pesar que es factible que se anexen otras tareas. En cada sesión, se chequeará la aparición de los síntomas traduciéndolos en porcentajes y comparándolos con los resultados de la semana anterior. Si, por ejemplo, se notase un incremento de alguno de los síntomas o del porcentaje en general, es importante que la persona registre en la grilla la situación o los prolegómenos de la situación donde se desencadenaron los síntomas en un apartado de *observaciones*. De esta manera, se precisa con claridad cuales son los factores que los han provocado.

Esto quiere decir, que en la grilla pueden transcribirse datos que permitan un control aún mayor. Por ejemplo, como señalamos, anotar alguna situación peculiar por la cual se asocia la producción de alguno o algunos de los síntomas de la cadena. Estas son anotaciones comunes a la manera de títulos, como: *Fui a lo de mamá / Mi marido le pegó a mi hijo / Me impactó el noticiero, etc.* En esta misma línea, si se indican prescripciones de síntomas o ejercicios específicos de tareas directas, también se registrarán de la misma manera, cuestión de observar con precisión si pudo lograrse la producción sintomática o no.

En la medida que se continúa con la planilla y con la mejora (la reducción sintomática) del paciente, pueden espaciarse las horas de registro o ir anulando síntomas porque ya no aparecen más. El terapeuta deberá chequear cada vez, realizando los porcentajes de disminución. Estos progresos se deben no solo a que la planilla genera la desviación del síntoma desmontándolo de manera paulatina, sino también, por el incremento de la valoración personal y la seguridad, elementos tan vapuleados en la persona a causa del aumento de los miedos.

Bibliografía

- Watzlawick, P., Weakland, J., Fisch, R. "Cambio". Herder, Barcelona, 1976.
- Spaini, Berta. "Uso de la grilla en los trastornos de ansiedad". 1995
- Nardone Giorgio. "Paura, Panico, Fobie. La Therapie in tempi brevi". Ponte alle Grazie,

Firenze,1993.

- Nardone G., Watzlawick, P. “L'arte del Cambiamento, manuale di terapia strategica. Ipnoterapie senza trance”. Ponte alle Grazie, Firenze, 1990.
- Haley, Jay “Terapia no convencional : Las técnicas psiquiátricas de Milton Erickson”. Amorrortu, Bs. As., 1980.