

10

Indicaciones y contraindicaciones para modalidades de tratamiento basadas psicoanalíticamente

Habiendo descrito las características distintivas de los diversos tipos de psicoterapias basadas psicoanalíticamente, pudiera ser apropiado explicar las indicaciones y contraindicaciones generales para cada uno, así como para el psicoanálisis propio.

Estos criterios no pueden basarse exclusivamente en el diagnóstico de la organización de la personalidad (neurótica vs. límite) o en dicho diagnóstico junto con la constelación predominante de rasgos patológicos del carácter. Es de lamentar la práctica de permitir que factores externos o circunstanciales —por ejemplo, la situación económica del paciente, factores sociales o geográficos, preferencias y habilidades personales del psicoterapeuta, o las presiones externas sobre él— determinen la elección del tratamiento. Debiera tener precedencia el tratamiento que fuera óptimo para cada caso. Sin embargo, a veces estos factores externos pueden requerir un cambio de lo óptimo a lo factible. Con frecuencia, compartir con un paciente lo que pensamos que sería el tratamiento ideal para él, así como nuestro interés por la ausencia de condiciones realistas para dicho tratamiento, puede movilizar la participación activa del paciente. A menudo es sorprendente la capacidad del paciente para movilizar sus propios recursos psicológicos y psicosociales.

PSICOANALISIS

Aunque la mayoría de los pacientes límite como se ha señalado, logran mejor resultado con la psicoterapia psicoanalítica modificada, hay algunos que pueden analizarse sin modificaciones de la técnica, y en forma reciente me he vuelto más optimista a este respecto. Además del potencial para un "acting

out" grave inicial y del grado al que hay un yo observador, quizá los criterios más importantes para saber si un paciente límite puede ser analizado son primero, el nivel al que existe cierta integración del superyó, de modo que el paciente presente sólo tendencias antisociales muy limitadas; y, segundo, el grado al que las relaciones objetales han evolucionado de modo que cuando menos algunas transferencias neuróticas, avanzadas (en contraste con las más primitivas) estén disponibles. Cuando las tendencias antisociales son notorias, en general hay peligro de que la distorsión y la mentira conscientes invadan el tratamiento, lo que hace muy difícil, en verdad, el psicoanálisis propio, y quizá hasta imposible. Cuando el paciente tiene alguna capacidad para relaciones profundas, diferenciadas, con otras personas, hay menos riesgo de que las transferencias primitivas tengan efectos desorganizadores en la situación analítica. De aquí que, cuando los rasgos edípicos diferenciados están fuertemente presentes desde el principio del tratamiento y están disponibles clases de transferencias integradas y realistas además de las caóticas, extrañas, y fragmentadas de los trastornos límite, puede estar indicado el psicoanálisis. Este es particularmente el caso con personalidades infantiles con rasgos histéricos funcionando a un nivel límite.

El psicoanálisis es el tratamiento a elegir para los pacientes que sufren de personalidad histérica, obsesivo-compulsiva y depresivo-masoquista. El psicoanálisis puede estar también indicado para pacientes con histeria infantil, o histeroide, o Zetzel-tipo-dos y tipo-tres —o sea, pacientes con una mezcla de rasgos infantiles e histéricos. (La histeria Zetzel-tipo-uno corresponde a la personalidad histérica propia, y la Zetzel-tipo-cuatro a los casos más graves de personalidad infantil). Aquí, por consideraciones individuales se puede determinar que aún si está presente una organización límite de la personalidad, el tratamiento debería ser el psicoanálisis. Una consideración similar prevalece con las personalidades narcisistas que, a pesar de una organización límite de la personalidad, subyacente, no presentan rasgos límite abiertos (ausencia general de control de impulsos, tolerancia a la ansiedad y canalización sublimatoria) u otros indicadores pronóticamente negativos (infiltración del sí mismo grandioso patológico con agresión, cualidades antisociales, deterioro extremo o pobreza de las relaciones objetales).

En resumen, el psicoanálisis es el tratamiento a escoger para los pacientes con organización neurótica de la personalidad, para personalidades narcisistas que no están funcionando en un nivel límite abierto, y para pacientes que manifiestan algunas estructurales histéricas e infantiles mezcladas.

Sin embargo, existen ciertos requisitos para el psicoanálisis. Dado que el psicoanálisis requiere cuatro o cinco sesiones semanales, debe disponerse de tiempo y dinero, excepto en grandes ciudades donde los institutos psicoanalíticos ofrecen tratamiento a bajo costo como parte de sus funciones educativas.

Es útil considerar para el psicoanálisis a pacientes cuya personalidad y potencial social y cultural son prometedores. La cuestión aquí es un esfuerzo por maximizar el beneficio de un tratamiento tan largo y caro. El psicoanálisis por lo general presupone cuando menos una inteligencia normal, una patología de las relaciones objetales relativamente moderada, rasgos antisociales sólo leves, motivación adecuada para el tratamiento y la capacidad para

la introspección o el "insight". Las manifestaciones no específicas de debilidad del yo debieran estar ausentes.

PSICOTERAPIA DE EXPRESION

La psicoterapia de expresión es el tratamiento a elección para la mayoría de los pacientes con organización límite de la personalidad, específicamente para aquellos con personalidad infantil, narcisista con rasgos límite abiertos, narcisista con condensación del sí mismo grandioso patológico con agresión, y para quienes presentan una mezcla de rasgos de personalidad narcisistas y paranoides fuertes. La personalidad esquizoide, paranoide y sadomasoquista con una predominancia de autodestructividad y sin rasgos sádicos que amenazan la vida, son otros tipos apropiados para la psicoterapia de expresión. Los pacientes con seria autodestructividad crónica (como tendencias automutilantes, suicidas como una "forma de vida" y anorexia nerviosa) son apropiados para este tipo de psicoterapia, si se puede brindar suficiente estructura externa para prevenir o controlar el "acting out" que puede, de otro modo, amenazar la continuación del tratamiento o la vida del paciente. El establecimiento de esta estructura social no debiera impedir al terapeuta conservar una postura esencialmente neutral.

Las personalidades hipomaniacas y las "como si" con seudología fantástica, tienen un pronóstico menos prometedor para la psicoterapia de expresión, particularmente en los casos de seudología fantástica, a causa de la tendencia a mentir.

La psicoterapia de expresión también tiene ciertos requisitos generales que se cruzan con las categorías diagnósticas mencionadas. En todos los casos, es importante que sea posible realizar el tratamiento con la mínima estructuración de las horas de sesión. Si se da estructura externa, el tratamiento deberá realizarse por un equipo, de modo que la neutralidad técnica del terapeuta pueda mantenerse. En otras palabras, el terapeuta no debería intervenir directamente en la vida del paciente, y cualquier intervención que se haga necesaria deberá ser responsabilidad del otro miembro (o miembros) del equipo (una asistente social, quizá, consejero o enfermera). Los pacientes deben ser capaces de preservar una honestidad básica en sus comunicaciones verbales, y los rasgos antisociales graves aun en un paciente sin personalidad antisocial propia, pueden contraindicar la psicoterapia de expresión. Algunas formas graves de reacciones terapéuticas negativas en las que el paciente se identifica con un objeto primitivo extremadamente sádico, pueden contraindicar la psicoterapia de expresión, pero es difícil juzgar esto antes de que el tratamiento inicie (excepto donde las observaciones correspondientes han sido bien documentadas en previos intentos de psicoterapia). En tanto que haya la esperanza de que los aspectos del "acting out" de graves reacciones terapéuticas negativas puedan ser contenidos por la estructura total del tratamiento, el terapeuta puede probar la psicoterapia de expresión.

El compromiso de un paciente con la psicoterapia de expresión incluye la voluntad y la capacidad para cumplir un contrato de asistencia regular—cuando menos dos o tres veces a la semana. En mi punto de vista, la psi-

coterapia de expresión realizada en un arreglo de una vez a la semana o menos, por lo general es completamente inadecuada. Con sesiones tan poco frecuentes, es imposible hacer justicia al análisis de la transferencia requerido en este tipo de psicoterapia, y hay un serio riesgo de centrarse en la transferencia, rechazando así los desarrollos en la vida del paciente entre sesiones y separando artificialmente la exploración de la transferencia del análisis de la situación vital del paciente. O de otro modo, en un esfuerzo por ponerse al día, el terapeuta puede verse forzado a centrarse tanto en la situación vital del paciente fuera de sesiones, que las manifestaciones de los conflictos del mismo en la transferencia caen al fondo y el tratamiento se paraliza.

Los pacientes candidatos a psicoterapia de expresión deben estar dispuestos a abstenerse de drogas y alcohol, y de otras conductas físicamente autodestructivas. Si sienten que estas inclinaciones están fuera de control, deberán estar dispuestos a reconocerlas abiertamente y a aceptar hospitalizaciones breves. Los pacientes alcohólicos, drogadictos o suicidas crónicos no deberían someterse a esta psicoterapia si esos síntomas no pueden controlarse. Por último, esperamos cuando menos una inteligencia normal como prerrequisito para participar en la comunicación verbal altamente simbólica y abstracta que es parte de la psicoterapia de expresión.

PSICOTERAPIA DE APOYO

Dentro del amplio espectro de neurosis sintomáticas, patología del carácter, y trastornos límite —es decir, toda la psicopatología no psicótica, no orgánica— la modalidad de tratamiento a elegir rara vez es, si es que llega a serlo, la psicoterapia de apoyo. De hecho, creo que como regla general la indicación de psicoterapia de apoyo para estos pacientes deriva de la contraindicación para psicoterapia de expresión.

Hasta donde los pacientes con buena fortaleza del yo —es decir, neurosis sintomáticas y patología límite del carácter— respondan a todas las modalidades de tratamiento derivadas psicoanalíticamente pero en particular a la psicoterapia de expresión o al psicoanálisis (Kernberg y cols., 1972), se indicaría la psicoterapia de apoyo sólo si el paciente carece de motivación o atención psicológica o carece de la capacidad o voluntad para participar en las dos o tres sesiones por semana que se requieren como mínimo para la psicoterapia de expresión.

Es preferible cuando se está considerando la psicoterapia, evaluar primero las indicaciones y contraindicaciones para la psicoterapia de expresión; de hecho, en sentido estricto, es preferible en primer lugar determinar si el psicoanálisis es indicado y el paciente analizable. Si no, la siguiente cuestión es si la psicoterapia de expresión es la indicada. Sólo si todas las modalidades de expresión son contraindicadas deberá considerarse la psicoterapia de apoyo y adoptar una técnica de apoyo estrictamente definida. Quiero subrayar que la aparente falta de tiempo, motivación, introspección y atención psicológica de un paciente —cualquiera de las que si fuera excesiva, contraindicaría la psicoterapia de expresión— deberá evaluarse en forma indagatoria antes de decidirse por la psicoterapia de apoyo. Es ventajoso en todos los ca-

sos realizar la evaluación inicial del paciente con un enfoque de expresión y dar tiempo antes de tomar la decisión de realizar la psicoterapia de apoyo. Un enfoque psicoanalítico del estudio para diagnóstico facilita la evaluación de las indicaciones y contraindicaciones para el espectro total de modalidades psicoanalíticas del tratamiento, y deja la puerta abierta para la psicoterapia de expresión o el psicoanálisis con el mismo diagnosticador.

La historia pasada de compromisos terapéuticos del paciente puede ser de fundamental importancia al evaluar su capacidad para participar en cualquier forma de psicoterapia. Otros problemas pueden inclinar la balanza hacia una forma de apoyo más que de expresión. Si la enfermedad del paciente esta proporcionando un grado substancial de beneficio secundario, el pronóstico para psicoterapia de expresión no es bueno. Otros problemas que militan contra la terapia de expresión incluyen la desorganización de circunstancias de la vida externa bastante graves para requerir intervenciones ambientales; un sentimiento general de urgencia para esta intervención en el ambiente a causa de desarrollos potencialmente dañinos en la vida actual de paciente; una ausencia crónica de relaciones objetales verdaderas (pacientes con agudo aislamiento social); y la presencia de manifestaciones graves no específicas de debilidad del yo.

Sin embargo, la gravedad de algunos de estos rasgos puede contraindicar la psicoterapia de apoyo por igual. Por ejemplo la mentira crónica (aun sin una estructura de personalidad antisocial), una historia de reacciones terapéuticas negativas con conducta agresiva violenta y actos destructivos o autodestructivos, y un inexorable "acting out" masoquista, todo esto puede plantear dudas de si pudiera iniciarse algún tipo de psicoterapia como paciente externo. Un periodo de hospitalización breve o largo puede aclarar estos problemas y ampliar en forma notable el potencial para todas las intervenciones psicoterapéuticas.

La psicoterapia de apoyo es una modalidad ideal para la intervención en crisis. Una técnica de apoyo dentro de las sesiones combinada con intervenciones directas en el ambiente del paciente brinda un tratamiento efectivo de tiempo limitado. Este enfoque debería diferenciarse de la psicoterapia de expresión a corto plazo, un tipo de terapia que en la actualidad se somete a una renovada exploración (Davanloo, 1980). Una pregunta interesante y probablemente aún abierta, es a qué grado una mezcla de técnicas de apoyo y de expresión es menos dañina o más efectiva en la psicoterapia breve o en una intervención en crisis que un tratamiento a largo plazo.

Cuando las circunstancias pesan contra cualquier arreglo realista para el tratamiento o indican un pronóstico extremadamente pesimista, debe plantearse la pregunta de si algún tipo de psicoterapia está indicado. El terapeuta debe aceptar el hecho de que algunos pacientes no pueden ser ayudados por ninguna intervención psicoterapéutica. El darse cuenta de este modo, automáticamente eleva nuestro estado de alerta para establecer requisitos mínimos para el tratamiento, la necesidad de un contrato con el paciente que implique que él asuma algunas responsabilidades durante el tratamiento, y una consonancia realista entre objetivos del tratamiento y proceso del mismo. También reduce las posibles tendencias hacia un celo terapéutico excesivo o un espíritu mesiánico, que pueden ser muy autoderrotistas.

Dentro del amplio espectro de la organización límite de la personalidad, la psicoterapia de apoyo está indicada para la personalidad inadecuada (según la define el DSM-II) y para pacientes con grave patología del carácter y organización límite que presentan rasgos antisociales crónicamente graves aunque no una personalidad antisocial propia (ver capítulo 5 para la discusión diagnóstica correspondiente). La personalidad antisocial tiene un pronóstico sumamente malo para todas las modalidades de tratamiento basadas psicoanalíticamente y probablemente no debería tratarse con tipos ordinarios de psicoterapia.

La psicoterapia de apoyo está indicada también para todos los pacientes con organización límite que no cumplen con los requisitos para la psicoterapia de expresión o psicoanalítica para tal modalidad, aunque serían apropiados con base en su constelación predominante de patología del carácter.

La psicoterapia de apoyo también tiene sus prerequisites. El paciente debería presentar un nivel de inteligencia equivalente a la forma verbal compleja del tratamiento —es decir, un cociente de inteligencia de cuando menos 75 a 100. La conducta autodestructiva grave debiera ser controlable al brindar apoyo en las sesiones y estructurar la vida del paciente fuera de éstas. Si una técnica psicoterapéutica de apoyo no es capaz de contener la autodestructividad del paciente, esa puede ser quizá una contraindicación para cualquier tratamiento como paciente externo en este punto; y el paciente puede requerir hospitalización de corto o largo plazo. De manera similar, el desarrollo de reacciones terapéuticas negativas del tipo mencionado antes como potencial contraindicación de la psicoterapia de expresión, debe ser controlado por medios directos en las sesiones, así como por la estructuración de la vida del paciente fuera de éstas.

Paradójicamente, reforzar las consideraciones de la realidad como parte de la técnica de psicoterapia de apoyo tiende a reducir los efectos de reacciones terapéuticas negativas graves, que pueden empeorar con un enfoque de expresión que proporciona una estructuración insuficiente de la vida del paciente. La psicoterapia de apoyo también requiere de una situación vital que no sea tan caótica o destructiva de modo que sea todavía una primera tarea razonable una modificación de la conducta del paciente, más que de un entorno imposible.

CONTRAINDICACIONES GENERALES PARA MODALIDADES DE TRATAMIENTO BASADAS PSICOANALITICAMENTE

Antes que nada, como se mencionó, el diagnóstico de una estructura antisocial de la personalidad prácticamente contraindica cualquier modalidad de psicoterapia basada psicoanalíticamente. Además, cuando la ganancia secundaria de la enfermedad excede al sufrimiento del paciente, el pronóstico para psicoterapia es sumamente desfavorable. Por ejemplo, los pacientes con síntomas neuróticos crónicos, rasgos hipocondriacos, y dificultades interpersonales graves que han sido declarados incapaces de cualquier trabajo y se les ha asegurado una pensión estable para el resto de sus vidas, pueden

tener razones realistas (además de las inconscientes) para aferrarse a sus síntomas.

La falta de disposición o la incapacidad para asistir a las sesiones en forma regular, perturbaciones graves en la comunicación verbal, y un CI muy bajo son contraindicaciones obvias. Hay algunos pacientes cuyo despiadado "acting out" de tendencias autodestructivas no es controlable, bien a causa de una necesidad incansable por destruirse a sí mismos o a causa de una combinación de esta necesidad con un entorno psicosocial conspirador en el que los parientes clave, inconsciente o conscientemente, desean la muerte del paciente. Los pacientes con una inclinación crónica a la mentira, aun sin una estructura antisocial de personalidad propia, tienen un pronóstico malo.

REVISIÓN DE LAS MODALIDADES DEL TRATAMIENTO

A veces, son inevitables los errores al sugerir el psicoanálisis o la psicoterapia de expresión para los pacientes límite y es necesario, después de un tiempo, revisar la modalidad del tratamiento. Es relativamente fácil o seguro cambiar la modalidad de psicoanálisis a psicoterapia. Esto puede hacerse gracias a que el analista se da cuenta de que el "acting out" grave y persistente del paciente no puede ser controlado con la sola interpretación y amenaza a la continuidad del tratamiento, o hasta la supervivencia física o psicológica del paciente. A veces, las condiciones de la realidad (a menudo ocasionadas en parte o totalmente por la enfermedad del paciente) deterioran e interfieren con el trabajo analítico. Otras veces, la prevalencia de transferencias primitivas y de operaciones defensivas primitivas evolucionan a una psicosis de transferencia hecha y derecha, con una pérdida de la prueba de realidad en las horas de tratamiento y la imposibilidad para reconstituir un yo observador. Bajo estas circunstancias, el analista puede reevaluar la situación con el paciente, aclarar la naturaleza de los problemas que inesperadamente cambiaron la situación terapéutica total, y transformar el análisis en psicoterapia. En la práctica, esto por lo general significa también realizar entrevistas cara a cara: No veo ventajas alguna sino únicamente desventajas en realizar la psicoterapia psicoanalítica en el "couch" en vez de cara a cara (1975).

Cuando las circunstancias son a la inversa —es decir, cuando lo que comenzó como psicoterapia de expresión debería, en la opinión del terapeuta transformarse en psicoanálisis— la situación es más difícil. Usualmente, en estas circunstancias, el analista ha desarrollado algunas posturas no neutrales y ha establecido parámetros o incluso modificaciones de la técnica que pueden distorsionar la relación de transferencia a tal grado que el análisis se hace difícil o imposible. Por lo tanto, mientras más técnicamente neutral sea la postura del terapeuta en una psicoterapia de expresión con pacientes límite, más fácil será el cambio a psicoanálisis si esto es lo indicado. Ahora el analista tiene que preguntarse, indagando en sí mismo, a qué grado ha utilizado técnicas de apoyo (bajo la forma de comentarios manipuladores o de sugerencia) o ha usado la transferencia como apoyo en vez de analizarla. Si el analista puede contestar en forma satisfactoria estas preguntas en el sentido de que las principales distorsiones de la transferencia o desvíos de la

neutralidad pueden resolverse analíticamente, el caso puede todavía cambiarse a psicoanálisis.

En otras ocasiones, en especial si parece indicado un cambio de psicoterapia a psicoanálisis después de meses o años de tratamiento —es decir, cuando el paciente ha mejorado lo suficiente con la psicoterapia para que el psicoanálisis sea posible— puede ser preferible evaluar la situación completamente con el paciente, fijar ciertos objetivos que deberían cumplirse en la psicoterapia misma antes de terminarla, y luego considerar la posibilidad de terminarla y comenzar el psicoanálisis —si todavía se necesita— más adelante. Bajo estas condiciones, el paciente, idealmente, debería permanecer sin tratamiento cuando menos de 6 a 12 meses de modo que el efecto total de la psicoterapia pueda ser reevaluado después de haber funcionado de manera independiente por un tiempo, y que haya habido oportunidad de resolver el proceso de duelo relacionado con la terminación de la psicoterapia. El paciente debería comenzar el psicoanálisis con un analista diferente.

INDICACIONES PARA HOSPITALIZACION

Ciertos aspectos de la estructura límite de personalidad del paciente, síntomas, situación vital, y/o actitud hacia su enfermedad pueden hacer prácticamente imposible cualquiera forma de psicoterapia psicoanalítica como paciente externo. Cuando se requiere hospitalización, el tratamiento puede ser breve (de varios días a tres meses) o a largo plazo (de tres meses a un año, o más). La hospitalización a corto plazo está por lo general indicada cuando la estructura de personalidad del paciente, síntomas y circunstancias vitales hacen impracticable el tratamiento externo. La hospitalización a largo plazo se indica en gran parte con base en la actitud del paciente hacia su enfermedad.

Los objetivos del tratamiento hospitalario a corto plazo incluyen una evaluación diagnóstica amplia, intervenciones terapéuticas para controlar síntomas, un diagnóstico de la situación familiar del paciente y/o de los sistemas sociales de apoyo y circunstancias traumáticas o disparadoras de conflicto, y una evaluación del tratamiento externo óptimo indicado después de dar de alta, incluyendo la capacidad del paciente para mantener este tratamiento externo.

El objetivo principal del tratamiento de hospital a largo plazo para la organización límite de la personalidad es la modificación de rasgos de personalidad de estos pacientes que pesan contra su capacidad de comprometerse a, y de mantener una psicoterapia externa. Los rasgos clave de la personalidad a ser modificados en el tratamiento de hospital a largo plazo incluyen las actitudes del paciente hacia su enfermedad y hacia el tratamiento, es decir, falta de introspección o "insight", motivación escasa para el tratamiento, y ganancias secundarias importantes de la enfermedad. Los rasgos más negativos pronósticamente para la psicoterapia externa, a saber tendencias antisociales graves y deterioro o ausencia de buenas relaciones objetales residuales internalizadas, pueden ser indicaciones adicionales para tratamiento de hospital a largo plazo.

Por lo tanto, los objetivos del tratamiento de hospital a largo plazo implican los aspectos más profundos del funcionamiento de la personalidad y requieren una exploración total de la personalidad del paciente dentro del hospital (capítulos 20-22).

Los rasgos de personalidad que justifican la hospitalización a corto plazo incluyen la gravedad extrema de los aspectos no específicos de la debilidad del yo que conlleva el riesgo de "acting out" destructivo o autodestructivo, un sentimiento paralizante de caos con crisis en todo el funcionamiento social, y conductas que, sin ser agudamente peligrosas para el paciente o para los demás, ponen en peligro el futuro del paciente e implican que está "quemando los puentes" detrás de él. Los rasgos de la personalidad (o más bien su interacción con el terapeuta) también incluyen una abrumadora predisposición al desarrollo de reacciones terapéuticas negativas. Los síntomas que requieren hospitalización breve incluyen aquéllos que encierran un peligro inmediato para el paciente o para otros, como las tendencias suicidas agudas, ataques incontrolables de rabia con tendencia a la violencia física, abuso de drogas y/o alcoholismo que el paciente no puede controlar, y conducta antisocial que, sin ser intencionalmente autodestructiva, lo es potencialmente a causa de sus efectos. Los rasgos sintomáticos también incluyen regresión aguda en la transferencia en el caso de pacientes que están en psicoterapia externa, y van desde desarrollos psicóticos en la transferencia únicamente (psicosis de transferencia) hasta reacciones psicóticas agudas, generalizadas. Los episodios psicóticos agudos en los pacientes límite pueden reflejar regresión en la transferencia, formas muy graves de reacción terapéutica negativa, los efectos del abuso de drogas, alcoholismo o un trastorno emocional extremo. Obviamente, los rasgos de personalidad y los síntomas como causas para la hospitalización breve, no pueden siempre ser diferenciados en forma precisa, y se refuerzan entre sí.

Las situaciones vitales que pueden pedir la hospitalización breve de los pacientes límite incluyen un colapso temporal de los sistemas sociales de apoyo del paciente; un círculo vicioso derivado de los efectos desorganizadores del paciente sobre su familia; y las reacciones patológicas, inadaptativas o inapropiadas de la familia hacia la enfermedad del paciente. Una crisis producida por la partida hacia la universidad o por regresar a casa después de una ausencia puede generar este círculo, y una hospitalización breve puede proteger al paciente y estabilizarlo así como a su sistema social de apoyo.

En resumen, todos los rasgos de personalidad, sintomáticos, y ambientales mencionados hasta aquí, por lo general representan indicaciones para una hospitalización a corto plazo, particularmente en el caso de un primer episodio psicótico, crisis social o desarrollo de un empeoramiento sintomático. Los episodios de este tipo, repetidos, pueden revelar intervenciones terapéuticas potenciales que establezcan el funcionamiento del paciente sin hospitalización, o de otro modo sugerir la necesidad de hospitalización a largo plazo. La falta de una estructura apropiada de tratamiento, capaz de mantener al paciente en un contexto de tratamiento externo puede justificar una hospitalización breve aun con pacientes cuya crisis pudiera de otro modo manejarse sin tratamiento de hospital. Si es un primer episodio de

crisis en un paciente que ha estado cumpliendo con una psicoterapia intensiva a largo plazo, necesita reevaluarse si este enfoque de tratamiento es el adecuado, junto con la posibilidad de que lo que pasó fuera el desarrollo de una reacción terapéutica negativa o una regresión aguda en la transferencia. Estas evaluaciones diagnósticas y pronósticas pueden facilitarse con una hospitalización breve.

Se derivan indicaciones adicionales para la hospitalización a corto plazo de las incertidumbres en el diagnóstico, por ejemplo, nuevos desarrollos sintomáticos que plantean cuestiones diagnósticas complejas. También, una interrupción de una psicoterapia externa adecuada puede ser consecuencia de circunstancias externas que interfieren con las horas programadas. La intensificación de la ansiedad o depresión graves dentro de la situación de tratamiento continuo como paciente externo puede constituir otra razón para la hospitalización a corto plazo.

Las indicaciones para la hospitalización a largo plazo en la práctica coinciden con problemas relativos a la actitud del paciente hacia su enfermedad. Los rasgos que se refieren a la actitud del paciente hacia su enfermedad incluyen una capacidad para la introspección, la motivación para el tratamiento, y la ganancia secundaria de la enfermedad. Respecto a la capacidad para la introspección, me refiero no sólo al mantenimiento de la prueba de realidad en un sentido estricto, sino a una combinación de un darse cuenta cognoscitivo y emocional de su enfermedad y preocupación por ella, de modo que el paciente experimenta deseos de ser ayudado. Puede haber evidencia de crisis de la personalidad grave, intensificación de síntomas potencialmente destructivos o autodestructivos y confusión y crisis social en el funcionamiento del paciente sin que presente esta introspección y preocupación, y que en sí misma puede volverse una razón importante para una hospitalización breve.

En contraste, una ausencia de introspección por un largo tiempo frente al malfuncionamiento social crónico, que lleva al rechazo de cualquier tratamiento psicoterapéutico aun en ausencia de pérdida de prueba de realidad, puede ser una indicación para una hospitalización a largo plazo.

La motivación para el tratamiento por lo general va mano a mano con la introspección, pero hay pacientes cuya motivación para el tratamiento es de un tipo primitivo, un deseo de ser cuidado mientras que rehusan tomar cualquier responsabilidad de sí mismos, y que puede pesar contra la iniciación o mantenimiento de una relación psicoterapéutica como paciente externo. El rechazo del paciente a aceptar la responsabilidad de sí mismo puede implicar los riesgos de conducta destructiva o autodestructiva. Por ejemplo, algunos pacientes a quienes nos referimos en otra parte (capítulo 16) como aquéllos que presentan el "suicidio como una forma de vida" pueden darse perfecta cuenta de la naturaleza de sus síntomas, pueden desear ser ayudados, y sin embargo rehusan aceptar la responsabilidad de alentar a su psiquiatra sobre sus impulsos suicidas incontrolables aun en ausencia de cualquier otra ganancia secundaria importante de la enfermedad. Aquí, lo que pudiera llamarse la ganancia primaria de la conducta autodestructiva como un triunfo inconsciente sobre, o una revancha contra una imagen paternal odiada puede pesar contra el tratamiento como paciente externo, justifican-

do la hospitalización a corto plazo (para prevenir un intento agudo de suicidio) y, en otros casos, hospitalización a largo plazo para lograr cambios más fundamentales en la actitud del paciente hacia su enfermedad como una condición para más tratamiento externo.

En los pacientes con organización límite de la personalidad, la ganancia secundaria de la enfermedad es, en general, difícil de separar de la ganancia primaria. Las ganancias obvias derivadas de una relación parasitaria con la familia, la explotación económica a los demás, el control omnipotente sobre el entorno, expresado simbólicamente por los síntomas autodestructivos que mantienen a todos a la expectativa, todos, pueden representar una indicación para hospitalización a largo plazo, encaminada a modificar las actitudes del paciente en esta área así como a ayudar a la familia a vencer el control de la patología del paciente sobre ellos.

La hospitalización a largo plazo puede también estar indicada para los pacientes en tratamiento psicoterapéutico externo intensivo aparentemente apropiado, si ellos presentan una forma grave de reacción terapéutica negativa, si el tratamiento está fallando en refrenar los efectos destructivos del "acting out" crónico o de los patrones de vida autoderrotistas, despiadados, o si la carga en las responsabilidades ordinarias de la vida está siendo reemplazada por una carga exclusiva en la terapia misma ("psicoterapia como reemplazo de vida"). En todos estos casos, los objetivos del tratamiento interno a largo plazo incluyen, antes que nada, el logro de un cambio significativo en la personalidad, relacionado con el permitir la reanudación del tratamiento externo.

Las indicaciones adicionales para hospitalización a largo plazo incluyen la falta de cambio en la impulsividad y "acting out" crónicamente graves, conducta antisocial crónica que no puede reducirse por medio de tratamiento externo, y abuso de alcohol o drogas que, similarmente, a pesar de la estructuración social adecuada del entorno del paciente y aun de las horas de tratamiento dentro de una psicoterapia de apoyo, no puede ser controlado.

Hay algunos casos donde puede ser indicada la hospitalización ya sea a corto o largo plazo pero substituida en forma efectiva por una hospitalización de medio tiempo a corto o largo plazo en hospitales diurnos, por la ubicación en una residencia-hogar o una casa a la mitad del camino o proporcionando un sistema social adicional de apoyo, como una trabajadora social psiquiatra, consejero o enfermera.