



01962
4
253
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

"LA TERAPIA DE CONFRONTACION
DIRECTA EN LA ESQUIZOFRENIA"

TESIS PROFESIONAL

QUE PRESENTA:

LIC. MYRIA FABREGAT OCAMPO

PARA OBTENER EL TITULO DE:

MAESTRO EN PSICOLOGIA CLINICA

Director de Tesis: Dr. Rafael Nuñez

Asesor. Dra. Bertha Blum

Asesor: Dra. Ma. Luisa Rodríguez

Sinodal: Dr. Mario Cicero

Sinodal: Dra. Lilian Klein

México, D. F.

1993

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

UNAM



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

RESUMEN PRELIMINAR.

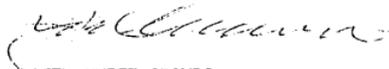
Esta tesis propone la hipótesis de que la Terapia de Controledación Directa es efectiva en el tratamiento de pacientes esquizofrénicos agudos o crónicos que tienen delirios organizados y bien sistematizados (primera y segunda fase de la esquizofrenia para Arieti). La técnica de Rosberg parte de la base de que el papel del terapeuta es el de un "padre adoptivo" que permite al paciente revivir la relación con el padre o la madre. Rosberg piensa que la sintomatología psicótica es parte de la estructura defensiva del paciente, quien sólo puede relacionarse con el mundo externo a través de patrones de comportamientos "locos" o desadaptativos. Por lo tanto, el proceso terapéutico propone: 1) aliarse con la estructura defensiva irracional del paciente, a fin de relajar la defensa. El terapeuta se ubica en un papel dominante y poderoso en relación al paciente. 2) Entrar en contacto con la parte racional antes protegida por la defensa irracional. El terapeuta se introduce al delirio del paciente, tratando de entender éste. 3) El terapeuta confronta al paciente comprometiéndolo a abandonar su patología. Provoca catarsis a través de la comprensión del yo delirio y su revivificación. 4) El terapeuta "reestructura" tratando de evitar la regresión. Rompe la simbiosis entre paciente-terapeuta. Trabaja con el "fractono de carácter" característico de paciente y plantea la reintegración social del paciente.

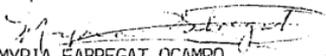
Se utilizó material del trabajo de 12 pacientes tratados por Jack Rosberg en la Clínica Anna Sippi en California, E.U.A. y se realizó un análisis cuantitativo a fin de poder medir numéricamente

el aumento o disminución de la sintomatología antes y después del trabajo psicoterapéutico con esta técnica durante un período de 6 meses, a través de la Escala Psiquiátrica Multidimensional Para Pacientes Hospitalizados. Se encontró mejoría en los pacientes tratados a pesar de las dosis mínimas de medicamentos utilizados. Asimismo, se realizó un análisis cualitativo haciendo un microanálisis de cuatro sesiones de tratamiento con el mismo paciente a lo largo de dos años de trabajo. Se utilizó el Método Neurolingüístico a fin de detectar patrones generales de comunicación, buscando estructuras u oraciones completas (que representan una estructura de pensamiento profunda o de sentido) e incompletas, que a través de mecanismos de generalización, suspensión y asociación nos dan un índice del avance del proceso terapéutico. También se hace una observación del lenguaje corporal y/o corporal a través del Sistema de Expresión de Sentimiento de Beckett que utilizan los actores en teatro

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

para transmitir diferentes afectos. Asimismo, donde hay contracciones u ortociones completas, se hace un análisis de contenido de puntos importantes que pudiera estar tocando el trabajo estoterapéutico. A medida que el paciente se va reestructurando se hace una evidente mayor utilización de frases completas, mayor integración de movimientos corporales y ruptura de la simbiosis con el terapeuta. Se hace notar que los programas residenciales y las comunidades terapéuticas también son de crucial importancia en el proceso de reintegración del paciente a la comunidad.


DR. RAFAEL NUÑEZ OBANDO


MYRIA FABREGAT OCAMPO

I N D I C E .

I)	Introducción	Página 1
II)	Antecedentes.....	8
III)	Metodología.....	24
	a) Planteamiento del Problema	24
	b) Hipótesis	24
	c) Diseño	26
	d) Muestra o Sujetos	26
	e) El Instrumento	28
	f) Procedimiento	30
G)	RESULTADOS.	
	(i) Análisis Cuantitativo	33
	(ii) Análisis Cualitativo	72
IV)	BIBLIOGRAFIA.	132

LA TERAPIA DE CONFRONTACION DIRECTA EN LA ESQUIZOFRENIA

I Introducción.

Desde tiempos inmemorables el hombre se ha preguntado qué es la esquizofrenia y cuál es el tratamiento a seguir. La esquizofrenia es un trastorno que no se comprende totalmente. Aún cuando es importante entender la etiología, consideramos que lo más importante es ayudar al paciente esquizofrénico a obtener un nivel razonable de funcionamiento. ¿Cómo lograr que el paciente esquizofrénico lleve una vida más llena de sentido, más autosuficiente y productiva a fin de que no se vea obligado a recluírse en el mundo de la locura? Para el psicoterapeuta, ésta no es una tarea fácil.

Los intentos de tratar la esquizofrenia a través de la psicoterapia han sido muchos y en muchos casos, fallidos. Autores como Federn, Klein, Fromm-Reichmann, Rosen y Sullivan, para nombrar a algunos, han descrito resultados positivos en el tratamiento psicoterapéutico de esquizofrénicos, pero en general, se considera que el pronóstico del paciente esquizofrénico es malo. Freud no aconsejaba el tratamiento psicoanalítico con esquizofrénicos, ya que se percataba de que el proceso transferencial era diferente al que se daba en las neurosis. Sin embargo, en 1940, John N. Rosen hizo una modificación del enfoque psicoanalítico clásico y lo aplicó a la esquizofrenia con buenos resultados. Rosen llamó a este método "Psicoanálisis Directo." Este enfoque para el tratamiento de esquizofrénicos fue desarrollado aún más por

el psicólogo clínico Jack Rosberg y lo llamó "Psicoterapia de Confrontación Directa."

Este método se caracteriza por ser muy directo, activo y cargado de emociones. Está diseñado para hacer un contacto directo con los pacientes esquizofrénicos más regresivos.

¿Porqué hablar de confrontación? La experiencia y el cuerpo teórico adquirido entre 1950 y 1960 mostraron que el paciente esquizofrénico no es tan frágil como se pensaba con anterioridad. De hecho, la confrontación es un método que Rosen consideró necesario a fin de romper las defensas del esquizofrénico (Rosen, 1962).

Rosberg ha trabajado con esquizofrénicos por más de 36 años. Actualmente es el fundador y director de la Clínica Anne Sippi, clínica psiquiátrica para el tratamiento de pacientes esquizofrénicos crónicos. Desarrolló su técnica inicial en la Universidad de Nueva York, mientras que se entrenaba simultáneamente con John Rosen por espacio de dos años. El enfoque y estilo del tratamiento de Rosberg ha evolucionado a través de los años de una orientación psicoanalítica directa inicial a un encuadre más ecléctico en el que se utilizan técnicas de la terapia gestáltica, de la teoría interpersonal de Sullivan y de la teoría de la comunicación. Hasta la fecha, Rosberg continúa experimentando métodos que le pudieran resultar efectivos.

La efectividad de la confrontación directa ha sido estudiada en años recientes. Se han publicado dos casos de estudio en los que se describen progresos notables en los pacientes (Seigler, Rosberg, & Brodnick, 1978, Snader, 1977=.

No Existe

Página

Moricca (1980) demostró que la Terapia de Confrontación Directa produjo cambios significativos en síndromes, síntomas individuales, y niveles generales de funcionamiento en forma consistente aún en sesiones aisladas de trabajo. Demostró que el tratamiento produjo mejoría en la sintomatología, comparable e incluso superior en casos tratados con psicofármacos durante periodos de tiempo prolongados.

La Terapia de Confrontación Directa ha ido ganando reconocimiento internacional como método benéfico y válido en el tratamiento de esquizofrénico^s, sin embargo, poco terapeutas están entrenados adecuadamente en este enfoque. Por lo tanto, es necesario hacer una descripción precisa y organizada a fin de que otros terapeutas puedan entrenarse y tratar a este difícil segmento de la población.

Una descripción general de la Terapia de Confrontación Directa fue formulada por Brodnick, Director Asistente de la Clínica Anne Sippi. Brodnick ha trabajado con Rosberg en forma continua desde 1974. Este marco de referencia descriptivo, mismo que se discutirá a detalle en este trabajo, fue la conceptualización inicial de la Terapia de Confrontación Directa. Moricca también elaboró una elaboración teórica en 1980.

El propósito de este estudio es hacer una evaluación cuantitativa y cualitativa de la aplicación del método de la Terapia de Confrontación Directa.

En una primera fase, la del análisis cuantitativo, se medirá el efecto de la aplicación de la Terapia de Confrontación Directa después de su aplicación durante un

periodo de 6 meses en 12 pacientes hospitalizados en la Clinica Anne Sippi en Los Angeles, California. Para fines de este estudio, la esquizofrenia será caracterizada como la combinación de 10 síntomas psicóticos medidos a través de la Escala Psiquiátrica Multidimensional:

- 1) Exaltación
- 2) Grandiosidad-Expansividad
- 3) Trastornos Psicomotores
- 4) Hostilidad-Belicoidad
- 5) Desorganización Conceptual
- 6) Proyección Paranoide
- 7) Distorción Perceptual
- 8) Desorientación
- 9) Retardo-Apatía
- 10) Ansiedad-Autocastigo.

Consideramos que esta escala es la más indicada en la medición de síndromes psicóticos. En esta fase, este estudio se propone medir hasta qué punto la Terapia de Confrontación Directa produce una mejoría en la sintomatología de pacientes psicóticos adultos con diagnóstico de esquizofrenia crónica. Esto permitirá hacer una evaluación medida en forma cuantitativa del antes y después.

Estamos conscientes que esta escala no puede penetrar en la complejidad y especificidad del proceso esquizofrénico en cada individuo, por lo que se procederá a hacer en una segunda fase, un análisis cualitativo.

El análisis cualitativo consiste en el microanálisis de lo que ocurre entre paciente y terapeuta durante cuatro sesiones de tratamiento con el mismo paciente, revisando los procesos verbales, de paralenguaje y no verbales que ocurren durante la entrevista, así como un análisis del contenido del material. Los primeros tres procesos se observan y describen de acuerdo con la teoría de la comunicación, utilizando la programación neurolingüística y el sistema de expresión de Delsarte, mismos que describimos más adelante. El análisis de contenido utiliza el marco de la teoría psicoanalítica. El microanálisis fue utilizado a fin de fraccionar las sesiones de terapia en segmentos y analizarlos a profundidad a través de las tres modalidades de comunicación. Lo anterior es posible en la descripción de un caso único, ya que si tuviésemos una muestra mayor la cantidad de información obtenida lo haría difícil de manejar. Aún cuando la generalización de una relación paciente-terapeuta a otro paciente-terapeuta no puede ser realizada, sí podemos rastrear los patrones de comportamiento comunicativo que emergen de un individuo a otro. Estos patrones comunicativos pueden ser estudiados para revelar las estrategias utilizadas por el terapeuta a fin de implementar el cambio en el paciente. Asimismo, cambios en los patrones comunicativos del paciente pueden ser estudiados a medida que evolucionan o resisten en la relación terapéutica. En este caso, consideramos importante observar qué cambio ocurrió entre paciente y terapeuta y cómo se indujo el cambio.

El análisis del contenido del material, responde a una interpretación desde un marco referencial psicoanalítico, especialmente haciendo énfasis en aquellos puntos en que el análisis neurolingüístico muestre que se han logrado patrones de comunicación completos y significativos, esto nos podrá dar una idea de lo que ocurre desde la perspectiva del inconsciente y hacia dónde apuntan las interpretaciones. Esta sería una representación descriptiva de la Terapia de Confrontación Directa.

II. ANTECEDENTES.

Cuando se estudia la esquizofrenia, lo primero que salta a la vista es la pregunta: ¿Se trata de una enfermedad o de un trastorno psico-afectivo? La discrepancia en cuanto a la etiología de la esquizofrenia empezó a darse desde que Kraepelin y Bleuler diferenciaron primeramente la "demencia precoz" como una entidad psicopatológica separada. Para Kraepelin, quien se apegaba al enfoque médico, la demencia precoz era una enfermedad con características degenerativas, mientras que para Bleuler se trataba de la escisión de varias funciones psíquicas, por lo que dio al síndrome el nombre de "esquizofrenia" en 1911 (Arieti, 1974). Meyer trabajó más sobre la esquizofrenia y sugirió que el paciente fuese estudiado en forma longitudinal. Meyer pensaba que el paciente esquizofrénico, como resultado de su confrontación con el fracaso repetido tiende a refugiarse en hábitos aparentemente "triviales y poco dañinos", tales como el soñar despierto, la rumiación, el desinterés, etc. Posteriormente, de acuerdo con Meyer, el esquizofrénico se convierte en un sujeto dañino e incontrolable que tiende a asumir mecanismos definidos tales como alucinaciones, delirios, bloqueos, etc. (Arieti, 1974). Esta formulación permitió pensar que existía una cadena natural de causa-efecto y que se trataba de un trastorno más que de una enfermedad. No podemos dejar de lado la influencia de Freud en la teorización de la esquizofrenia. Aún cuando Freud siempre estuvo más preocupado por la neurosis que por la psicosis, sus contribuciones psicodinámicas fueron

revolucionarias. Jung hizo las primeras aplicaciones de conceptos psicoanalíticos a la esquizofrenia (Jung, 1959), y Freud siguió de cerca su trabajo, manifestando sus diferencias cuando no estaba de acuerdo en su artículo "Introducción al Narcisismo", (Freud, 1915). La mayor contribución de Freud en relación a la esquizofrenia paranoide es el "Caso del Presidente Schreber" (Freud, 1925), donde Freud describe la psicodinamia del paciente a través del análisis de los escritos que Schreber publica "Memorias de un Neurópata", (Schreber, 1903).

Otra aportación valiosa a la comprensión de la esquizofrenia fue realizada por Harry Stack Sullivan. Para Sullivan, la esquizofrenia se produce cuando las relaciones padre-hijo son particularmente pobres; y sobre todo, Sullivan demostró que la esquizofrenia podía ser tratada a través de la psicoterapia (Sullivan, 1953).

El método de tratamiento utilizado con el paciente esquizofrénico depende de que la esquizofrenia sea definida como una enfermedad o como un trastorno psíquico. El modelo médico que clasifica la esquizofrenia como una enfermedad desarrolló un método de tratamiento en el que se aplican psicofármacos a fin de provocar cambios en los procesos bioquímicos del cuerpo sin tomar en cuenta la psicoterapia. El enfoque que plantea que se trata de un trastorno psíquico mantiene que el paciente esquizofrénico puede beneficiarse ampliamente con la psicoterapia.

Definición de la Esquizofrenia

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM III-R, 1980) las características fundamentales de la esquizofrenia son: la presencia de ciertos rasgos psicóticos durante la fase activa de la enfermedad, el deterioro de un previo nivel de funcionamiento; el comienzo antes de los 45 años de edad y una duración de por lo menos un periodo de 6 meses. Generalmente, el paciente es joven (de la pubertad a los treinta años) y empieza a tener una conducta inusual. En algunos casos empieza a presentar confusión, excitación y agitación. En otros casos, el paciente se vuelve hipocondríaco y esto puede evolucionar hacia alucinaciones somáticas. Empieza a tener "ideas de referencia" (por ejemplo, atribuye interpretaciones especiales a los objetos o eventos). Piensa que los eventos ocurren porque están predeterminados y su suspicacia va en aumento. El paciente interpreta eventos u objetos de tal manera que sus observaciones no pueden ser corroboradas por los demás. Estos delirios o creencias erróneas son de carácter negativo. El paciente frecuentemente piensa que existen personas o fuerzas externas que quieren dañarlo, perseguirlo o mantenerlo bajo observación. Arieti sugiere que en fases ya avanzadas, estos delirios negativos pueden llegar a tener un contenido agradable o incluso de grandiosidad. El paciente puede tener ilusiones y llegar a confundir objetos o eventos. Por ejemplo, un viejo que camina por la calle puede aparecer como el abuelo del esquizofrénico, que el paciente nunca conoció. Aunque las alucinaciones incluyen todas las

modalidades sensoriales, como el olfato, gusto y tacto, las alucinaciones auditivas son las más frecuentes.

A medida que la esquizofrenia se desarrolla, ocurren cambios en el humor, el afecto, la apariencia y el discurso. El paciente esquizofrénico puede aparecer como muy enojado, altamente emocional, suspicaz o cínico; mientras que el tono emocional no es necesariamente apropiado a la situación presente. Puede haber un cambio en el afecto que varía de una frialdad general a una completa apatía. Existe una falta de interés por el arreglo personal. Hay trastornos en el lenguaje como: pararespuestas (contesta otra cosa que lo que se le pregunta), ensalada de palabras (secuencia de palabras que no tienen conexión unas con otras y gramaticalmente son incorrectas. Puede existir perseverancia (las palabras son repetidas en forma estereotipada) o neologismos (palabras que son condensadas o inventadas por el paciente). En otros casos el paciente puede presentar mutismo o hablar con mucha resistencia. (Arieti, 1974).

Esta descripción es tan solo una aproximación general de la sintomatología de la esquizofrenia. De acuerdo con el DSM III-R, la cronicidad del proceso está determinado por el periodo de tiempo que el proceso ha durado. El esquizofrénico agudo ha sufrido la enfermedad por lo menos 6 meses pero no por más de dos años. El esquizofrénico crónico ya ha sufrido el proceso por más de dos años. Aún cuando el DSM III-R define que la cronicidad de la esquizofrenia está determinada por el tiempo, Rosberg cuestiona lo anterior y plantea que la diferencia entre un esquizofrénico crónico y agudo.

está determinado en forma más precisa por el nivel y grado de organización del sistema delirante que por el tiempo en sí y este punto de vista de la clasificación tiene más implicaciones para el tratamiento.

Para Arieti, la cronicidad también está basado en conceptos similares, más que en periodos de tiempo y la cristalización es el factor primordial. Ubica las etapas de lo agudo a lo crónico de la siguiente manera: La primera fase, que es la más aguda, se caracteriza por una intensa ansiedad y pánico, seguida de un periodo de confusión, en el que todo parece extraño y sin sentido, seguido de un "insight" psicótico. Cuando este insight se da, el mundo externo es redefinido y reinterpretado de acuerdo con el nuevo sistema de pensamiento del esquizofrénico. Después de esta fase inicial, los síntomas psicóticos clásicos tales como alucinaciones, delirios, ideas de referencia, catatonía, etc., empiezan a manifestarse. El paciente pierde el control consciente de su pensamiento lógico. El proceso de pensamiento secundario es dominado por el proceso primario de pensamiento. Sin embargo, el estado psicótico aún no ha sido cristalizado y todavía hay conflicto entre los procesos de pensamiento primario y secundario.

La segunda fase avanzada de la esquizofrenia ocurre cuando los síntomas se cristalizan. Los procesos de pensamiento secundario han sido dominados por el proceso de pensamiento primario. El paciente ha logrado un cierto equilibrio, y hasta un cierto punto, hay una aceptación de la enfermedad con una consiguiente disminución de la ansiedad.

Esto no quiere decir que el paciente esté contento o satisfecho con la nueva sintomatología y procesos de pensamiento, sino que es una forma más efectiva de manejar el dolor. Sin embargo, mientras más ocurre esto, mayor es la desadaptación y descompensación y la regresión es cada vez más acentuada. Las descargas son cada vez menos frecuentes y en algunos pacientes los delirios o alucinaciones incluso llegan a perder algunas de sus cualidades negativas o terroríficas; y aún cuando puedan existir pensamientos persecutorios, no están acompañados por el afecto apropiado. Las "voces" dejan ya de ser amenazadoras y en algunos casos, pudieran ser hasta reconfortantes. En otros casos, los delirios de persecución se sustituyen por delirios de grandeza. (Arieti, 1974).

La tercera fase o fase preterminal se caracteriza por ser de una existencia vegetativa. Para entonces, estos pacientes frecuentemente han sido hospitalizados por periodos de tiempo considerables y se han adaptado a la institucionalización. En esta fase, las alucinaciones y delirios frecuentemente han desaparecido o no pueden ser evocados, mientras que en algunos casos aparecen sin carga afectiva. Arieti describe esta fase de la siguiente manera:

"En vista de que la sintomatología desaparece, estos pacientes son dados de alta del hospital, cuando se encuentra un medio ambiente apropiado que no sea muy demandante. Manifiestan lo que se llama "mejoría por regresión". Parecería en estos casos como si la enfermedad realmente hubiera logrado su cometido. Sin embargo, ante una observación más cuidadosa, se observaría que estos pacientes están muy enfermos. No solamente están afectadas sus procesos de pensamiento sino que presentan hábitos peculiares característicos de esta etapa. (p.416)."

La conducta que se observa normalmente durante esta etapa es una tendencia a avariciar la comida, la ropa y los objetos y la auto-ornamentación.

La cuarta y última fase terminal se caracteriza porque la sintomatología no parece ser ya predominantemente psicológica sino neurológica. La acción abierta se convierte en reactiva o impulsiva. Más que actuar, el paciente reacciona. Hay una tendencia al aumento en el consumo de la comida y a colocar objetos en la boca, que recuerda la etapa oral freudiana.

Hemos descrito las fases de cronocidad de Arieti en vista de que coinciden con el marco teórico de Rosberg. Rosberg trabaja predominantemente con esquizofrénicos que se encuentran en la segunda fase de Arieti y que tienen delirios organizados y bien sistematizados. También trabaja con esquizofrénicos más agudos, como los de la primera fase; en algunos casos trabaja con los de la tercera, dependiendo del grado de organización y sistematización del sistema delirante. Rosberg cita, "Se sabe lo que se tiene en pro o en contra y se puede entender un poco más qué hacer con ello." (Rosberg, Nota 2).

La esquizofrenia tradicionalmente ha sido clasificada de la siguiente manera: 1) simple; 2) hebefrénica; 3) catatónica; y 4) paranoide. La esquizofrenia simple es la más lenta e insidiosa. Se inicia, generalmente, antes de la pubertad; sin embargo, la familia normalmente se da cuenta de

que el paciente ha sufrido una disminución en sus procesos de desarrollo y personalidad. Hay desinterés en la escuela y su desempeño y su vida se vuelve cada vez más constreñida. Por lo general, no se encuentran las ideas sueltas o pensamientos ilógicos de otras formas de esquizofrenia, sino que más bien existe una pobreza de pensamientos. Existe una ausencia de delirios, alucinaciones, ideas de referencia y otros síntomas. La esquizofrenia catatónica se caracteriza por alteraciones psicomotoras significativas, tales como rigidez, estupor, exaltación o posturas particulares. El mutismo es muy común y hay flexibilidad cérica en los movimientos corporales. La esquizofrenia hebefrénica se caracteriza por la deseintegración y regresividad de los procesos psíquicos. Se inicia en la adolescencia temprana y continúa progresivamente. Hay una mayor incidencia de delirios de grandiosidad. La esquizofrenia paranoide se caracteriza por delirios de persecución o de grandiosidad; frecuentemente con alucinaciones con un contenido de grandiosidad o persecutorio. El paciente puede experimentar ansiedad difusa, rabia, violencia y deseo de discutir. Puede haber confusión y preocupación sobre su identidad de género. Algunos tienen temores homosexuales o de verse acosados por homosexuales. El nivel de afectación psíquica normalmente es mínimo mientras no se toque del material delirante, ya que una desorganización de la conducta gruesa es rara.

Revisión Breve de la Técnicas de
Confrontación Directa en Psicoterapia.

Los psicoanalistas ortodoxos consideraban que el psicoanálisis y la terapia psicoanalíticamente orientada tenía una aplicación limitada al segmento de pacientes neuróticos de la clase alta educada. Esta población de pacientes, efectivamente, constituía una pequeña franja de la cantidad total de pacientes que requieren y desean ser tratados. Freud sugirió un cambio en la técnica analítica estandard para ajustarla al trabajo con pacientes fóbicos y posteriormente pensó en acortar la duración del tratamiento y en intensificar la relación transferencial (Freud, 1946).

Gartner revisa la confrontación en psicoterapia y hace un rastreo histórico desde Freud hasta hoy día, utilizando un formato de videotape, mismo que se utilizan en este trabajo (citado en Berger, 1978).

Jung, Adler, Rank, Reich, Fromm, Sullivan (entre otros) hicieron modificaciones al psicoanálisis. Ferenczi trató de implementar un rol más activo por parte del terapeuta, aunque sin lograr una conceptualización que permitiera al paciente tener un cambio real.

Alexander & French subrayaron la importancia de una experiencia emocional correctiva entre paciente y terapeuta, lo cual requería que el terapeuta tomara un rol más activo en cuanto a la regulación de la transferencia, principalmente.

Las técnicas de reforzamiento conductual han resultado claves para nuevos enfoques, con énfasis en premios y

manipulación del medio externo. Cameron diseñó una técnica en que pide al paciente repetir sus propias claves verbales y repetir claves que han sido verbalizadas por otros, basándose en una psicodinamia conocida. Este enfoque tiene como objetivo la penetración de las defensas y la continua activación de un área particular de la experiencia del paciente, haciendo que un material inaccesible de pronto se haga accesible.

Ellis creó la terapia racional emotiva en la que se hace un ataque reconcentrado de las posiciones irracionales del paciente. El terapeuta se convierte en un contra-protagonista que directamente contradice o niega los pensamientos con que el paciente se auto-sabotea, mismos que fueron aprendidos originalmente y fueron preservados a través de la repetición.

En cuanto a la teoría de la comunicación, ésta establece que una relación se define en términos de ser: complementaria o simétrica. En una relación complementaria, una parte indica al otro lo que tiene que hacer. En una relación simétrica, dos personas intercambian conductas y comunicaciones similares. Haley sugiere que en una relación terapéutica es fundamental que el terapeuta tenga el control de la relación.

Haley (1963) describe una técnica de confrontación desarrollada por Milton Erickson en la cual el terapeuta pedía al paciente que presentara una resistencia ante el

terapeuta mientras que éste pedía la cooperación del paciente. El paciente se encuentra en una posición particular y no puede tomar fácilmente las riendas de la sesión. Si se resiste, está haciendo lo que el terapeuta le pide y si coopera continúa haciendo lo que el terapeuta le pide. Durante la sesión de tratamiento se pide al paciente que hable y también que no de cierto material.

Descripción de la Teoría de Rosen y Técnicas de la Psiquiatría Psicoanalítica.

Rosen desarrolló la psiquiatría psicoanalítica directa como una técnica para el tratamiento de la psicosis. El término "análisis directo" fue acuñado originalmente por Ferdern, ya que pensaba que el enfoque de Rosen en el tratamiento de los psicóticos era una charla directa con el inconsciente (Brody, 1959). Rosen posteriormente utilizó el término "psicoanálisis directo" a fin de subrayar la orientación freudiana de su trabajo. Para Rosen, este enfoque sólo estaba indicado en el tratamiento de la psicosis.

A fin de entender el enfoque de Rosen en el tratamiento de la psicosis, es importante considerar su conceptualización de la psicosis en relación al concepto de normalidad. Rosen definió la "normalidad" como el poder funcionar en forma adaptada en la sociedad y "anormalidad" como la imposibilidad de este funcionamiento. El individuo

"normal" conforma por lo menos con el mínimo de los límites sociales tolerados. El individuo "anormal" según Rosen, trataría de identificarse o de imitar una madre inadecuada, aún sin proponérselo. Rosen llama a una madre inadecuada "madre perversa" y mantiene que esta madre sufre de una "perversión del instinto materno".

Rosen define la psicosis como una regresión a las etapas pregenitales del desarrollo psicosexual. Es como un sueño continuo en el que el individuo está preocupado con sus recuerdos infantiles y de la temprana infancia. Como en el sueño, estos recuerdos se presentan en forma disfrazada y el psicótico no está consciente de su origen temprano o de su contenido latente.

Rosen piensa que el contenido latente de estos recuerdos infantiles es siempre algún aspecto de una relación insatisfactoria y agonizante con la madre.

El psicoanálisis directo sostiene que la relación con la madre es la fuente de éxitos o fracasos antes de llegar y mantener la madurez (Rosen, 1963). Sin embargo, para Rosen, la idea fundamental en relación al Complejo de Edipo es que tanto para el niño como para la niña el problema fundamental es la identificación con el padre. Desde esta perspectiva, el analista no permanece pasivo o como un espejo que refleja, sino que se convierte en un participante activo en el proceso de tratamiento, proveyendo al psicótico con los recursos de su propia personalidad. Para Rosen, el papel del terapeuta

es el de "padre adoptivo" que permite al paciente revivir la relación con el padre o madre. Para el psicoanálisis directo, la neurosis y psicosis se originan de la experiencia del individuo con su "ambiente maternal temprano", que incluye a la madre, otras personas que auxilian en el rol materno y factores varios relacionados con este ambiente, tales como el sueño, el calor y el hambre. Las experiencias negativas en el "ambiente maternal temprano" pueden dar lugar a problemas psicóticos, ya que la madre esquizofrenizante compensa sus propias faltas a costa del niño, haciéndole demandas en términos de sus propias necesidades patológicas.

Para el psicoanálisis francés contemporáneo (Jacques Lacan), en línea con Freud, el problema de la psicosis también tiene que ver con una madre que forma un vínculo simbiótico patológico con el hijo(a), con un padre que no logra, que a través de la identificación, el infante se separe de la madre y no logra hacerlo ingresar al mundo simbólico de las leyes, de la cultura, del lenguaje. En tanto su mundo sigue confundido con el de la madre, la correlación entre mundo interno-mundo externo no quedará bien definida, su forma de percibir e interpretar la realidad también quedará afectada (Lacan, 1955-56).

El Proceso de Terapia.

El proceso terapéutico de la Terapia de Confrontación Directa consiste en aliarse con la estructura defensiva irracional del paciente, a fin de relajar la defensa, para posteriormente entrar en contacto con la parte racional del

paciente que estaba siendo protegido por la defensa irracional.

Brodnick ha identificado cuatro fases transitorias en la Terapia de Confrontación Directa. La primera es la "introdutoria", en la cual el terapeuta toma un papel poderoso y dominante y el paciente demuestra rabia y respeto o miedo hacia el terapeuta. En esta fase se forma la relación paciente-terapeuta. Aquí el paciente se da cuenta de que el terapeuta "no se va desanimar" hasta que se logre algún progreso. El terapeuta solamente puede lograr esto a través de ser persistente y fuerte en su interacción con el paciente, venciendo las resistencias de éste.

En la segunda fase transitoria, el terapeuta se introduce al delirio del paciente. Imita sus conductas bizarras y su lenguaje. Esto puede hacer que el paciente sienta que alguien lo entiende, incluso si es a un nivel inconsciente. El paciente posteriormente reconocer lo absurdo de su conducta cuando la ve reflejada en la conducta del terapeuta.

En la tercera fase, "catarsis", el terapeuta confronta al paciente persistentemente hasta que el paciente se compromete a abandonar su patología. El terapeuta utiliza posturas corporales dominantes y demanda contacto visual directo. El terapeuta puede pedir al paciente que repita determinadas frases que afirmen que abandonará su locura.

La cuarta fase, "reestructuración", refuerza al paciente a través de su comunicación y conducta normal; evitando cualquier intento de regresión hacia la locura por parte del

paciente. El terapeuta obliga al paciente a pasar por la catarsis en forma repetida. Finalmente, de acuerdo con Brodnick, el paciente se rehusa a volver a hacer esta repetición y finalmente rompe la simbiosis entre paciente-terapeuta.

Lo anterior apunta a que el paciente necesita de una experiencia más que de una explicación (Frida Fromm-Reichmann), y la "experiencia" puede ser vivida a niveles conscientes o inconscientes.

Rosberg explica que cuando se ha trabajado con una esquizofrenia, lo que queda en forma subyacente es un trastorno de carácter y ésta es la dinámica más difícil y resistente a vencer. El paciente no quiere hacerse responsable de sus acciones y proyecta la responsabilidad de sus acciones o creencias en alguien más. Se puede lograr que el paciente se de cuenta de su trastorno de carácter a través de confrontación continua, directiva y reeducación.

Características del Terapeuta.

Aún cuando no se han determinado características de personalidad específicas del terapeuta, éste debe conocer bien la dinámica de su personalidad, su fortaleza y debilidades. Debe respetar al paciente como a sí mismo. No debe probarle su valor al paciente ni propiciar la sobredependencia. Debe ser capaz de admitir errores y no sentirse invadido por la angustia si no comprende lo que pasa a su paciente.

Un estudio hecho por Beck, Arnold y Golden demostró que la experiencia de un terapeuta estaba directamente correlacionada con la mejoría en la conducta del paciente esquizofrénico. A mayor experiencia, mayor probabilidad de obtener buenos resultados con el paciente esquizofrénico.

Friedman, Gunderson y Feinsilver (1973) encontraron que para el paciente esquizofrénico, era deseable tener un terapeuta dispuesto a trabajar por largo tiempo; que fuera entusiasta y optimista; con un gran habilidad para tolerar frustraciones extremas. El tipo de personas perfeccionistas y críticas tendían a tener fracasos terapéuticos con este tipo de pacientes.

III. METODOLOGIA.

A) Planteamiento del problema.

"Solamente en los Estados Unidos existe una población que asciende a dos millones de pacientes esquizofrénicos y no existen suficientes terapeutas interesados o entrenados adecuadamente en el tratamiento de esta población." (Bergantino, 1981).

En México, los pacientes esquizofrénicos o psicóticos generalmente únicamente reciben tratamiento farmacológico e internamiento en un hospital psiquiátrico durante los periodos de crisis. Por lo general, no reciben ningún otro tipo de tratamiento y cuando se suspenden los medicamentos, los síntomas persisten y los reinternamientos al hospital psiquiátrico son frecuentes.

Consideramos que aún cuando la Terapia de Confrontación Directa ha ido ganando reconocimiento como método benéfico y válido en el tratamiento de esquizofrénicos, es necesario hacer una medición cuantitativa de los efectos positivos y mejoría en la sintomatología en pacientes que se han beneficiado del tratamiento. Asimismo, desde un punto de vista cualitativo, es necesario hacer una descripción precisa y organizada del proceso, ya que pocos terapeutas están entrenados adecuadamente en este enfoque dirigido al difícil segmento de la población antes descrito.

B) Hipótesis.

Pensamos que ocurrirán cambios significativos en la medición de la conducta de 12 pacientes esquizofrénicos hospitalizados seis meses después de la aplicación del método de la Confrontación Directa.

C) Diseño de la Investigación.

Los sujetos que participantes en este estudio fueron 12 pacientes residentes de la Clínica Anne Sippi en Los Angeles, California. Los participantes residieron en la Clínica durante los seis meses que duró el estudio. La clínica es un sanatorio psiquiátrico privado autorizado por el Estado de California, E.U.A. para el tratamiento de la esquizofrenia. Los cuartos de los pacientes son privados y semiprivados. Existen cuartos de terapia y áreas de comedor y recreación. Las instalaciones permiten actividades deportivas tales como volleyball, basketball, tenis y jardinería. La Clínica mantiene sus puertas abiertas; o sea que los pacientes podrían salir del recinto, si se lo propusieran. El personal de la Clínica consiste de: un Director, quien es un psicólogo clínico titulado; un Asistente del Director, quien es un terapeuta familiar y de niños; cinco terapeutas más, internos de psicología y 12 ayudantes psiquiátricos.

Los pacientes tienen dietas balanceadas, alimentos muy procesados como harinas blancas, azúcares procesadas y grasas hidrogenadas son evitadas en todo lo posible.

Las actividades de los pacientes incluyen: psicoterapia individual y de grupo, ejercicios calesténicos, arte, música y actividades de biblioteca, visitas a tiendas e interacción con los ayudantes. Acuden a conciertos y se hacen excursiones con aquellos pacientes que se así lo desean. Se ofrecen también clases a nivel universitario, rehabilitación vocacional y capacitación para el trabajo, para quien así lo requiera.

Las sesiones de psicoterapia individual pueden durar desde unos cuantos minutos hasta varias horas, a juicio del terapeuta. Se enfatiza la confrontación o el apoyo, de acuerdo con las necesidades del paciente.

Cada paciente asiste a uno de tres grupos de psicoterapia durante una hora diariamente. Las sesiones de grupo se enfocan normalmente sobre un paciente individual, mientras los otros pacientes observan. Los otros pacientes, aunque en actitud de observación, aprenden algo de lo que se dice, en ocasiones aplican a su caso lo que ocurre o se preparan para cuando les llegue la ocasión de tratar con el terapeuta y el grupo. Los pacientes elegidos para participar en este estudio fueron escogidos al azar entre toda la población existente en la clínica.

Cada paciente continúa viendo al médico o psiquiatra de su elección por lo menos una vez al mes.

D) MUESTRA O SUJETOS.

Se tomaron 12 pacientes con edades de 18 a 33 años, provenientes de la clase socioeconómica media y media-alta. Se trató de mantener un número balanceado de hombres y mujeres.

Originalmente se contaba con 21 sujetos para pruebas durante el período anterior a la aplicación de pruebas.

Estos sujetos fueron calificados con la EPM. Sin embargo, debido a deserción, únicamente 12 de los 21 sujetos iniciales estaban disponibles para pruebas. Los pacientes descritos en este estudio son los 12 pacientes mencionados. Los restantes 9 pacientes descartados no fueron descritos, en vista que sus calificaciones anteriores a las pruebas no resultaron útiles para el propósito de describir cambios en su conducta psicótica al ser sometidos a la Psicoterapia de Confrontación Directa.

Estos pacientes fueron ubicados en un tratamiento único para la esquizofrenia en el cual la medicación se administró en dosis mínimas. No se utilizó grupo comparativo en vista de que el resto de los pacientes del hospital habitualmente tienen dosis más altas de medicación de diferentes tipos y por lo tanto, eran inadecuados como verdadero grupo comparativo. Los sujetos fueron seleccionados de acuerdo con los siguientes criterios:

- 1) Los sujetos tienen un diagnóstico de esquizofrenia crónica de acuerdo con los criterios del DSM-R y el tiempo transcurrido desde el inicio de la enfermedad es mayor de dos años.

- 2) Los pacientes están estar internados en un hospital de tipo psiquiátrico en el momento en que se llevó a cabo el estudio.

- 3) El psicoterapeuta es Jack Rosberg.

4) En cuanto al análisis cualitativo, cada sesión en videotape incluye los resultados de por lo menos una o más etapas del tratamiento de la Psicoterapia de Confrontación Directa.

E) El Instrumento.

La Escala Psiquiátrica Multidimensional (IMPS) fue diseñada para medir 10 síndromes psicóticos establecidos a través de repetido análisis factorial. La Escala fue desarrollada por Lorr y Klett (1966) con el propósito de describir síntomas y conducta psicótica. Su uso en la investigación fue muy recomendado después de una revisión hecha por el Instituto Nacional de Salud Mental (Lorr & Klett, Lyerly, 1973). La Escala consiste de ítems que miden: intensidad breve, frecuencia y dicotomización: 31 ítems de 9 puntos que miden intensidad, 21 ítems de 5 puntos que miden intensidad; 21 ítems de 5 puntos que miden frecuencia y 17 ítems que miden dicotomía. Los ítems se agrupan en 10 diferentes síndromes psicóticos: exaltación, hostilidad-beligerancia, proyección paranoide, grandiosidad-expansividad, distorsión perceptual, ansiedad-autocastigo; retardo-apatía y desorganización conceptual. Los pacientes examinados recibirán una calificación para cada uno de los 10 síntomas, que resulta de la suma de cada categoría. Estos 10 síntomas se clasifican en una escala de intervalo que da sentido a las comparaciones de medidas del mismo paciente durante tiempos diferentes y entre pacientes diferentes.

Cada uno de los 10 síntomas de la escala son considerados como una descripción única de la patología de un paciente en un cierto tiempo. La reducción de estas medidas individuales de patología son consideradas como indicaciones de mejoría del paciente. (Lorr & Klett, 1966; Lyerly, 1973).

La Escala está diseñada para ser usada con psicóticos funcionales. La calificación está basada en observaciones de la conducta del paciente y en reportes verbales del paciente en relación a creencias, actitudes y sentimientos obtenidos mediante una entrevista.

Estas medidas se basan en la conducta del paciente y tienen correlaciones bajas entre escalas. Se ha observado que una disminución en estas medidas particulares de patología conlleva a una mejoría del paciente en muchas ocasiones (Lorr & Klett, 1966; Lyerly, 1973) y como tales, proveen un método que permite observar con claridad cambios en la patología del paciente.

Los síntomas individuales observados en un primer momento, y ejemplificados en una gráfica, forman una curva. La forma de esta curva es considerada representativa de la condición psicopatológica general del paciente. (Lorr & Klett, 1966; Lyerly, 1973).

En relación a los controles utilizados para los investigadores que califican a los pacientes a través de la escala, el coeficiente de correlación intraclase fue tomado como índice para medir la confiabilidad del calificador

promedio, con una fluctuación de entre los 80 y 90as. Los 10 síntomas son confiables aún cuando sean juzgados por calificadores independientes y son válidos desde un punto de vista clínico (Lorr & Klett, 1966).

La Escala Psiquiátrica Multidimensional para Pacientes Hospitalizados ha demostrado tener validez factorial (Lorr, Klett & Mc Nair, 1963). Los 10 síndromes hipotéticos surgieron en cada análisis de acuerdo con la predicción anterior a rotaciones convencionales. También existe evidencia de equivalencia de los síndromes a través de mediciones de media. (Lorr & Cave, 1966).

Cuando la alta medicación enmascara los síntomas, la Escala es capaz de detectarlo. Por lo tanto, está indicado para sujetos como los que se participaron en este estudio, que tienen poca o ninguna medicación.

F) Procedimiento.

Los investigadores que realizaron la medición son dos terapeutas que trabajan diariamente con esquizofrénicos dentro del hospital. Ambos han recibido entrenamiento en técnicas de intervención con esquizofrénicos y conocen la sintomatología de la esquizofrenia. Ambos evaluadores fueron evaluados en relación a la confiabilidad entre ellos mismos a través de la comparación de una muestra de sus mediciones en un estudio piloto.

En este estudio piloto se utilizaron cuatro evaluadores. Se escogieron los dos evaluadores que tuvieron el coeficiente de correlación más alto en su mediciones. Un evaluador adicional fue utilizado como control. Nuevamente los dos evaluadores que tuvieron el coeficiente de correlación más alto en sus mediciones fueron elegidos. Cada evaluador calificó a los sujetos en el período anterior_a la aplicación del método y volvió a calificar a los mismos sujetos 6 meses después.

Todos los sujetos descritos en este estudio participaron en el programa de tratamiento durante los 6 meses que duró.

Al principiar el estudio, cada evaluador observó, entrevistó y calificó a través de la Escala a los sujetos participantes y 6 meses después el procedimiento fue repetido con los mismos pacientes que se calificaron originalmente.

La observación y entrevistas de los pacientes tuvo lugar en la Clínica Anne Sippi. Las entrevistas y observaciones se basaron en el juicio clínico de los evaluadores, en lo que consideran relevante en relación al contenido y en cuanto al procedimiento que permite calificar la sintomatología de los pacientes. Las observaciones y entrevistas de los pacientes fueron realizadas en forma independiente por cada evaluador y cada paciente fue evaluado en forma independiente.

Las calificaciones pre y post-evaluatorias de cada síndrome psicótico fueron comparadas para cada paciente en forma individual. Se realizó una descripción del patrón de conducta psicótica de cada paciente. Se plantearon explicaciones sobre las observaciones que se hicieron a cada paciente. Al finalizar los 6 meses de tratamiento, las calificaciones que obtuvo cada paciente fueron graficadas en la EPMH del a fin de comparar síntomas antes y después del tratamiento. Cada medición consta de 10 calificaciones , cada una correspondiente a los 10 síntomas psicóticos.

Las calificaciones pre y post-evaluatorias de cada paciente fueron comparadas en forma individual. Se realizó una descripción del patrón de la conducta psicótica de cada paciente. La interpretación que se dio al patrón de cada paciente se basó en el tratamiento que cada paciente recibió en la Psicoterapia de Confrontación Directa y en el entorno de la Clínica Anne Sippi.

G) Resultados.

Las calificaciones obtenidas por cada sujeto variaron en forma considerable en la mayoría de los 10 síndromes psicóticos de la Escala Psiquiátrica Multidimensional. La magnitud y dirección del cambio del periodo pre-evaluatorio al post-evaluatorio también variaron de un individuo a otro. Estas calificaciones y cambios en la Escala representan un sinnúmero de procesos dinámicos que tienen lugar en el paciente esquizofrénico. La dirección del cambio en un solo síndrome no necesariamente representa el cuadro sintomático general. Incluso el aumento de calificación en un síndrome podría ser considerado como un signo positivo, tomando en cuenta otros cambios dinámicos que ocurren en el individuo.

Las siguientes páginas describen las calificaciones pre y post-evaluatorias de cada sujeto en cada uno de los 10 síndromes comparados con la media del grupo en relación a cada síndrome. Los síndromes son Excitabilidad (E), Beligerancia Hostil (H), Proyección Paranoide (PP), Grandiosidad-Expansividad (G), Distorsión Perceptual (DP), Ansiedad-Autocastigo (A), Retardo-Apatía (R), Desorientación (D), Alteraciones Motoras (M), Distorsión Conceptual (C). Los patrones de calificaciones pre y post-evaluatorias de cada sujeto se representan a continuación en forma gráfica de acuerdo con las calificaciones obtenidas.

CASOS REVISADOS.

Caso 1.

B.H. es un paciente masculino de 31 años con diagnóstico de esquizofrenia parancide. Después de terminar la preparatoria con altos honores académicos, al entrar a la universidad tuvo su primer episodio psicótico. Estos episodios ocurrieron durante 10 años, tiempo durante el cual fue hospitalizado en numerosas ocasiones y en el que recibió tratamiento psicofarmacológico. Fue admitido a la Clínica Arne Sippi el 11 de junio de 1978, y en aquel entonces la mdedicacion que recibía era: Haldol 10 mg. bid, Congenten mg. diarios, Valium 5 mg. bid. Su medicación durante el período pre-evaluatorio era de: Serentil 50 mg. dos diarias, Dalmane 30 mg. h.s., Librium 10 mg. c/ 6 hs. Su medicación en el período post-evaluatorio fue: Serentil 100 mg. h.s., Dalmane 30 mg., h.s., Librium 10 mg. c/6 hs.

Estandar Post	B.H.		Grupo			
	Pre	Post	Media		Desviación	
			Pre	Post	Pre	Post
Excitación	16	10	22.33	16.50	10.56	12.38
Grandiosidad	12	15	11.25	5.17	12.58	7.61
Trast. Motores	29	13	22.50	17.83	14.69	12.19
Hostilidad-Belig.	8	20	28.75	22.92	12.40	12.18
Desorg. Conceptual	13	10	14.30	10.42	7.17	7.53
Proyec. Paranoide	30	29	29.25	24.50	16.03	10.48
Distorsión Percept.	20	29	19.58	16.33	11.90	7.51
Desorientación	0	0	0.0	.17	0.0	.58
Retardo-Apatia	28	39	31.08	33.50	10.33	8.48
Auto-Castigo	37	32	27.50	28.25	11.45	8.55

Caso 2.

G.J. es un paciente de 24 años con diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Su primer episodio psicótico ocurrió hace cuatro años y medio. Ha sido hospitalizado en varias ocasiones y también estuvo 6 meses en un programa de rehabilitación para drogadicción. Fue admitido en la Clínica Anne Sippi en Julio de 1979. Su medicación en aquel tiempo era: Melleril 25 mg., tid. Su

medicación durante el periodo pre-evaluatorio fue: Melleril 25 mg. tid. Su medicación durante el periodo post-evaluatorio fue: Melleril 25 mg., tid.

Estandar	G.D.				GRUPO			
			Media		Desviación			
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Excitación	35	25	22.33	16.50	10.56	12.38		
Grandiosidad	36	25	11.25	5.17	12.58	7.61		
Trast. Motores	24	7	22.50	17.83	14.69	12.19		
Hostilidad	46	24	28.75	22.92	12.40	12.18		
Desorg. Concep.	29	13	14.30	10.42	7.17	7.53		
Proyec. Paranoide	53	37	29.25	24.50	16.03	10.48		
Dist. Percep.	34	15	19.58	16.33	11.90	7.51		
Desorientación	0	0	0.0	.17	0.0	.58		
Retardo-Apatía	28	18	31.08	33.50	10.33	8.48		
Auto-Castigo	18	10	27.50	28.25	11.45	8.55		

Caso 3.

D.A. es una paciente femenina con diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Tuvo su primer brote psicótico hace 14 años cuando cursaba la secundaria. Ha sido hospitalizada en numerosas ocasiones.

Estuvo en terapia vocacional y en terapia ortomolecular. Fue admitida en la Clínica Anne Sippi en diciembre de 1979. En aquel tiempo su medicación era: Haldol 10 mg. tid. Durante el periodo pre-evaluatorio su medicación fue: Haldol 5 mg., 2 tabs. 1-0-1, Kemedrin 5mg. A.M. Durante el periodo post-evaluatorio, su medicación fue: Thorazine 10 mg., 1-0-1, Haldol 5 MG. (PRN).

Estandar	D.A.		GRUPO			
	Pre	Post	Media		Desviación	
			Pre	Post	Pre	Post
Excitación	28	21	22.33	16.50	10.56	12.38
Grandiosidad	1	0	11.75	5.17	12.58	7.61
Trast.Motores	24	22	22.50	17.83	14.69	12.61
Hostilidad	13	10	28.75	22.92	12.40	12.18
Desorg. Concep.	16	17	14.30	10.42	17.17	7.53
Proyec. Paranoide	22	14	29.25	24.50	16.03	10.48
Distor. Percep.	23	21	19.58	16.33	11.90	7.50
Retardo-Apatía	40	34	31.02	33.50	10.33	8.48
Auto-Castigo	40	30	27.50	28.25	11.45	8.55

Caso 4.

J.R. es una paciente femenina de 22 años con diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Tuvo un internamiento breve antes de su hospitalización a la Clínica Anne Sippi en enero de 1980. Al ser admitida su medicación fue: Prolixin 5 mg., Artane 2 mg., Tranxine 7.5 mg. 1-0-1. Su medicación durante el período pre-evaluatorio fue:

Tranxine 7.5 mg., Serentil 50 mg. A.M., Prolixin 5 mg., Artane 2 mg. diariamente. Durante el período post-evaluatorio su medicación fue:

Tranxine 7.5 mg. diariamente, Serentil 50 mg.

GRUPO

Estandard	GRUPO		Media		Desviación	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Excitación	6	3	22.33	16.50	10.56	12.38
Grandiosidad	5	0	11.75	5.17	12.58	7.61
Trast. Mot.	0	0	22.50	17.83	14.69	12.19
Hostilidad	44	11	28.75	22.92	12.40	12.18
Desorg. Concep.	15	0	14.30	10.42	17.17	7.53
Proyec. Paranoide	8	1	29.25	24.50	16.03	10.48
Distorc. Percep.	6	1	19.58	16.33	11.90	7.51
Desorientación	0	0	0.0	.17	0.0	.58
Retardo- Apatía	35	27	31.08	33.50	10.33	8.48
Auto-Castigo	4	39	27.50	28.25	11.45	8.55

Caso 5.

K.P. es un paciente masculino con diagnóstico de esquizofrenia paranoide crónica. Fue hospitalizado en 6 ocasiones en un periodo de 10 años, a partir de su primer brote psicótico hasta que fue admitido en la Clínica Anne Sippi en noviembre de 1978. Al ser admitido su medicación fue: Haldol 10 mg., bid, Cogenten 2 mg. diarios, Thorazine 50 mg. h.s., Chloralhydrato 5 mg. h.s., Thorazine 100 mg. c/4 hs. Durante el periodo pre-evaluatorio, su medicación fue: Dalmane 30 mg., 2 tabs., Ritalin 5 mg., a.m. Durante el periodo ost-evaluatorio su medicación fue: Dalmane 30 mg. (PRN).

Estandar	K.R.		GRUPO			
	Pre	Post	Media		Desviación	
			Pre	Post	Pre	Post
Excitación	34	29	22.33	16.50	10.56	12.38
Grandiosidad	3	1	11.75	5.17	12.58	7.61
Trast. Mot.	42	39	22.50	17.83	14.69	12.19
Hostilidad	34	37	28.75	22.92	12.40	12.18
Desorg. Concep.	22	22	14.30	10.42	17.17	7.53
Proyec. Paranoide	30	38	29.25	24.50	16.03	10.48
Dist. Perceptual	12	17	19.58	16.33	11.90	7.51
Desorientación	0	2	0.0	.17	0.0	.58
Retardo-Apatía	46	39	31.08	33.50	10.33	8.48
Auto-Castigo	25	19	27.50	28.25	11.45	8.55

Caso 6.

L.D. es un paciente masculino con diagnóstico de esquizofrenia paranoide crónica. Tuvo su primer brote psicótico hace 16 años. Fue hospitalizado 10 veces antes de ser admitido a la Clínica Anne Sippi, y en ese tiempo sus medicamentos fueron: Kemedrin 5 mg. bid, Haldol 5 mg.; Melleril 100 mg.c/4 hs.; Noludar 300 mg. h.s. Sus medicamentos durante el período pre-evaluatorio fueron: Haldol 2 mg., a.m.; Melleril 100 mg. Durante el período post-evaluatorio sus medicamentos fueron: Haldol 2 mg.; Melleril 100 mg. c/4 hs.

L.D.

GRUPO

	Media		Desviación Estandard			
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Excitación	31	30	22.33	16.50	10.56	12.38
Grandiosidad	6	3	11.75	5.17	12.58	7.61
Trast. Mot.	42	37	22.50	17.38	14.69	2.19
Hostilidad	21	13	28.75	22.92	12.40	2.18
Desorg. Concep.	14	25	14.30	10.42	17.17	7.53
Proyec. Paranoide	30	31	29.25	24.50	16.0	10.48
Distorsión Percep.	29	23	19.58	16.33	11.90	7.51
Desorientación	0	0	0.0	.17	0.0	.58
Retardo-Apatía	26	31	31.08	33.50	10.33	8.48
Auto-Castigo	32	28	27.50	28.25	11.45	8.55

Caso 7.

L.L. es una paciente femenina de 30 años con un diagnóstico de esquizofrenia crónica indiferenciada. Fue hospitalizada en 8 ocasiones después de su primer brote psicótico hace 17 años. Fue admitida en la Clínica Anne Sippi en agosto de 1978. En ese tiempo los medicamentos administrados fueron: Stellazine 5 mg. bid; Artane 2 mg.; Thorazine 50 mg. h.s., Chloralhydrate 500 mg. h.s.; Melleril 50 mg. (PRN) Melleril 50 mg. Durante el periodo pre-evaluatorio, sus medicamentos fueron: Stellazine 10 mg. bid; Melleril 25 mg., h.s.; Nolutar 300 mg. (PRN); Artane 2 mg., bid; Valium 5 mg., p.m.; Melleril 50 mg. Sus medicamentos en el periodo post-evaluatorio fueron: Thorazine 100 mg.; Chloralhydrato 500 mg. h.s. (PRN); Artane 2 mg. bid (PRN); Thorazine 100 mg. c/4 hs. (PRN); Dalmene 30 mg, h.s. (PRN).

L.L.

GRUPO

	L.L.		GRUPO				
	Pre	Post	Media	Desviación Estandard			
			Pre	Post	Pre	Post	
Excitación	33	40		22.33	16.50	10.56	12.38
Grandiosidad	19	6		11.75	5.17	12.58	7.61
Trast. Mot.	18	19		22.50	17.38	14.69	12.19
Hostilidad	46	50		28.75	22.92	12.40	12.18
Desorg. Concep.	7	6		14.30	10.42	17.17	7.53
Proyec. Paranoide	40	32		29.25	24.50	16.03	10.48
Dist. Percept.	26	24		19.58	16.33	11.90	7.51
Desorientación	0	0		0.0	.17	0.0	.58
Retardo-Apatia	20	28		31.08	33.50	10.33	8.48
Auto-castigo	28	31		27.50	28.25	11.45	8.55

Caso 8.

M.L. es un paciente masculino de 28 años con diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Ha sido hospitalizado en cuatro ocasiones después de su primer brote psicótico hace 9 años. Fue admitido en la Clínica Anne Sippi en agosto de 1978. Al ser admitido, los medicamentos que el administrados fueron: Stellazine 15 mg., bid; Artane 2 mg. bid; Melleril 50 mg. qid. Durante el periodo pre-evaluatorio, se le administró: Melleril 25 mg., bid; Melleril 100 mg. qid (PRD). Los medicamentos administrados en el periodo post-evaluatorio fueron: Melleril 25 mg., bid; Melleril 100 mg. c/hs (PRN).

M.L.

GRUPO

Media Desviación Estandard

Pre Post

Pra

Post

Pre

Post

Excitación	14	5		22.33	16.50	10.56	12.38
Grandiosidad	5	0		11.75	5.17	12.58	17.61
Trast. Mot.	36	29		22.50	17.38	14.69	12.19
Hostilidad	28	34		28.75	22.92	12.40	12.18
Desorg. Concep.	11	9		14.30	10.42	17.17	7.53
Proyección Paranoide	38	23		29.25	24.50	16.03	10.48
Dist. Percep.	29	11		19.58	16.33	11.90	7.51
Desorientación	0	0		0.0	.17	.00	.58
Retardo-Apatía	52	52		31.08	33.50	10.33	8.48
Auto-Castigo	41	26		27.50	28.25	11.45	8.55

Caso 9.

M.S. es un paciente de 23 años con diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Tuvo su primer episodio psicótico hace 6 años y desde entonces, ha pasado por una variedad de terapias (hospitalarias y residenciales). Fue admitido a la Clínica Anne Sippi en mayo de 1980. Su medicación al momento de ser admitido fue: Trilafon, 4 mg. diariamente, Haldol 5 mg., Elevel 25 mg. Su medicación durante el período pre-evaluatorio fue: Haldol 2 mg, a.m. & p.m., Serax 15 mg. Su medicación en el período post-evaluatorio fue: Haldol 1 mg.; Chloralhidrato 500 mg. (PRN).

	M.S.		GRUPO			
			Media		Desviación Estandard	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Excitación	12	3	22.33	16.50	10.56	12.38
Grandiosidad	1	0	11.75	5.17	12.58	17.61
Trast. Motores	9	10	22.50	17.38	14.6	12.19
Hostilidad	27	26	28.75	22.92	12.40	12.18
Desorg. Concept.	4	4	14.30	10.42	17.17	7.53
Proyec. Parnoide	20	21	29.25	24.50	16.03	10.48
Distorsión Percep.	3	11	19.58	16.33	11.90	7.51
Retardo	17	29	31.08	33.50	10.33	8.48
Auto-Castigo	25	30	27.50	28.25	11.45	8.55

Caso 10.

R.R. es un paciente masculino de 23 años con diagnóstico de esquizofrenia crónica indiferenciada. Su primer quiebre psicótico ocurrió hace 9 años; después de éste fue hospitalizado seis veces antes de ingresar a la Clínica Anne Sippi en marzo de 1979. Al ser admitido, sus medicamentos fueron: Prolixin 2.5 mg., tid; Melleril 25 mg. tid; Cogentin 2 mg. tid. Durante el período evaluatorio, sus medicamentos fueron: Prolixin 5 mg., tid; Melleril 100 mg. tid; Cogentin 2 mg., bid; Melleril 100 mg. c/3 hs. (PRN). En el período post-evaluatorio, su medicación fue: Serentil 100 mg., bid; Cogentin 2 mg., a.m.; Cogentin 2 mg. bid (PRN); Haldol 5 mg (máx. 30 mg. (PRN)).

	R.R.		Grupo			
	Media		Desviación Estandar			
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Excitación	25	5	22.33	16.50	10.56	12.38
Grandiosidad	7	7	11.75	5.17	12.58	17.61
Trast. Motores	6	6	22.50	17.38	14.69	12.19
Hostilidad	32	18	28.75	22.92	12.40	12.18
Desorg. Concept.	5	8	14.30	10.42	17.17	7.53
Proyec. Paranoide	0	29	29.25	24.50	16.03	10.48
Distor. Percept.	10	17	19.58	16.33	11.90	7.51
Desorientación	0	0	0.0	.17	0.0	.58
Retardo	27	39	31.08	33.50	10.33	8.48
Auto-Castigo	22	24	27.50	28.25	11.45	8.55

Caso 11.

S.S. es un paciente masculino con diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Fue hospitalizado en tres ocasiones desde que tuvo su primer episodio psicótico hace 8 años. Fue admitido a la Clínica Anne Sippi en enero de 1979; en aquel entonces recibió los siguientes medicamentos: Haldol 5 mg. diarios; Kemadrin 5 mg. bid; Melleril 100 mg. (PRN). Durante el período pre-evaluatorio, su medicación fue: Haldol 5 mg. diarios; Kemadrin 5 mg. bid; Melleril 100 mg. (PRN); Clorhidrato 5 mg. (PRN). Sus medicamentos en el período post-evaluatorio fueron: Haldol 5 mg. bid; Kemadrin 5 mg. diarios; Melleril 100 mg. h.s. (PRN); Clorhidrato 5 mg. h.s. (PRN).

	S.S.		Grupo			
	Pre	Post	Media		Desviación Estandard	
			Pre	Post	Pre	Post
Excitación	8	11	22.33	16.50	10.56	12.38
Grandiosidad	36	2	11.75	5.17	12.58	17.61
Alter. Motoras	6	14	22.50	17.38	14.69	12.19
Hostilidad	26	20	28.75	22.92	12.40	12.18
Desorg. Concept.	19	6	14.30	10.42	17.17	7.53
Proyec. Paranoide	54	18	29.25	24.50	16.03	10.48
Distorsión Percep.	36	10	19.58	16.33	11.90	7.51
Desorientación	0	0	0.0	.17	0.0	.58
Retardo	25	30	31.08	33.50	10.33	8.48
Auto-Castigo	18	43	27.50	28.25	11.45	8.55

Caso 12.

S.A. es una paciente femenina de 29 años con diagnóstico de esquizofrenia simple. Fue diagnosticada como esquizofrenia hace 16 años. Ha recibido diversos tratamientos; desde una escuela-internado para retrasados mentales hasta hospitales psiquiátricos. Fue admitida a la Clínica Anne Sippi en agosto de 1978. Al momento de ser admitida, sus medicamentos fueron: Laxitane 50 mg. tid; Artane 5 mg. Bid; Melleril 100 mg. cada 3 horas (PRN); Laxitane 50 mg., bid (PRN). Durante el período pre-evaluatorio, fue medicada con: Serintil 50 mg. tid; Haldol 5 mg. cada hora (PRN), Serax 15 mg. h.s. (PRN); Cogentin 2 mg.; (PRN); Phenergin 5 mg. cada 4 hs. (PRN). Durante el período post-evaluatorio, fue medicada con: Serentil 50 mg., tid; Haldol 5 mg cada hora (PRN); Serax 15 mg. h.s. (PRN); Cogentin 2 mg., bid (PRN); Phenergin 50 mg. cada 4 hs. (PRN).

Estandar	S.A.		Media		Grupo	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Exaltación	26	16	22.33	16.50	10.56	12.38
Grandiosidad	4	3	11.75	5.17	12.58	17.61
Alt. Motoras	34	18	22.50	17.38	14.69	12.19
Hostilidad	20	12	28.75	22.92	12.40	12.18
Desorg. Concep.	17	5	14.30	10.42	17.17	7.53
Proyec. Paranoide	26	21	29.25	24.50	16.03	10.48
Distor. Perceptual	13	17	19.58	16.33	11.90	7.51
Desorientación		0 0	0.0	.17	0.0	.58
Retardo		27 36	31.08	33.50	10.33	8.48
Auto-Castigo	35	27	27.50	28.25	11.45	8.55

Estos datos muestran la dinámica personal de individuos tratados durante 6 meses a través de la Terapia de Confrontación Directa. La interpretación de estos datos debe ser realizada a la luz de la dinámica personal de cada individuo considerado en forma independiente. A través de un enfoque general de toda la psicodinamia del paciente, podrían llegar a hacerse algunas generalizaciones tentativas sobre el proceso de la terapia.

Los pacientes presentados en este capítulo presentaban diferencias en sus historias individuales, psicodinamia y patrones de comportamiento (así fue percibido por los evaluadores). Algunos mostraron elevaciones consistentes en la mayoría de las evaluaciones de sus síntomas; otros mostraron disminución consistente en sus evaluaciones conductuales y otros fueron erráticos en sus evaluaciones conductuales. Lo anterior puede ser interpretado de diversas formas. Tomando en consideración las variaciones de un individuo a otro, debe tenerse en cuenta que cada individuo tiene una historia única, única en el sentido de su percepción del mundo y de la dinámica fisiológica que opera dentro de él o de ella. Todos estos factores pueden alterar la conducta del individuo. El siguiente capítulo presenta los factores que operan dentro de la dinámica única de la intervención psicoterapéutica de cada individuo y cómo esta dinámica psicoterapéutica puede estar afectando al paciente.

H) Análisis de Datos.

(i) Análisis Cuantitativo.

Los 12 pacientes descritos en este estudio ilustran la dinámica de cambios observables y que a su vez representan cambios a nivel psicodinámico.

La conducta que ha sido medida en estos pacientes es "conducta psicótica". Remarcamos que las conductas observadas en este estudio sólo son únicamente síntomas psicóticos. El proceso esquizofrénico es mucho más complejo de que se representa a través de síntomas psicóticos. Asimismo, el tratamiento psicoterapéutico puede producir cambios sutiles que posiblemente no hayan sido captados por la medición. Sin embargo, las observaciones presentadas dan un cuadro parcial del proceso esquizofrénico y del proceso de la Psicoterapia de Confrontación Directa a lo largo de un periodo de 6 meses.

Debe tomarse en cuenta que se observaron fluctuaciones en los síndromes psicóticos en un periodo de tiempo relativamente breve. El avance psicoterapéutico en la esquizofrenia es un proceso lento. Bajo la Terapia de Confrontación Directa el curso de la psicoterapia nunca es estático. A través del tiempo, pueden observarse fluctuaciones en una curva que declina, que sería similar a una curva sinusoidal. En términos generales, la patología puede estar disminuyendo a medida que los síntomas aumentan o disminuyen, con algunas variaciones, mientras que la

patología se trabaja en el conjunto del proceso. (Moricca). Lo que tuvimos ocasión de observar en este estudio es tan solo un pequeño segmento del puntaje individual de cada paciente a lo largo de su curva de variaciones. Cada observación es el principio, mitad o final de esta curva con las consiguientes variaciones de su conducta psicótica dentro de segmento de su curva de progreso.

La explicación del progreso logrado en estos pacientes puede ser encontrado en el proceso de terapia en el que se comprometieron. Cada caso ilustra alguno de los métodos utilizados en el proceso terapéutico.

Los Pacientes.

Caso de G.J. Es un caso de mejoría dramática en la curva sinusoidal. Después de 6 meses de tratamiento, todos sus síntomas psicóticos disminuyeron. El cambio de conducta más dramático fue en la escala de Hostilidad seguido por Distorsión Perceptual, trastornos Motores, Proyección Paranoide, Desorganización Conceptual, Grandiosidad, Exaltación, Retardo y Autocastigo. No hubo aumentos en su evaluación. Esto podría ser indicativo de un cambio general en sus procesos de pensamiento. Su percepción global del mundo puede haber sido modificada, y con esto, el resto de su conducta. Podríamos inferir que el proceso terapéutico le permitió expresar y trabajar sus conflictos intrapsíquicos, sociales y de desarrollo a través que eran antes actuados a través de conductas psicóticas. El proceso psicoterapéutico

parece estarle ayudando a utilizar mejores medios para enfrentarse con la realidad externa en lugar de las defensas psicóticas utilizadas anteriormente.

Caso de M.S. Este paciente manifestó algunos conflictos psicóticos. Le disminuyó la exaltación a medida que su conducta se hizo más retardada y apática, aumentó su distorsión perceptual y el auto-castigo. M.S. parece haber relajado las defensas que no permitían que la psicosis se manifestara. Aparente logró mantener un estado con pocos cambios durante los primeros meses que permaneció en la clínica. Pudo haberse sentido amenazado por la confrontación de su conducta psicótica en un primer momento. Ya tenía 9 meses de estar internado cuando se le hizo la medición post-evaluatoria y es probable que estuvieran soltándose algunos controles de su comportamiento. La psicosis puede haberse desencadenado a través de la exploración persistente de su estado mental y la puesta a prueba de sus límites. Esto es preferible a tener una psicosis latente que no se detecta por un tiempo y que después hace quiebre en forma inesperada y fuera de control. Es preferible que la psicosis surja en condiciones controladas a fin de poder trabajar en ella.

Caso de L.D. Hubo cambios menos dramáticos en sus manifestaciones psicóticas. Se mostró menos hostil, pero con mayor desorganización conceptual. Este paciente parece estar en un lento proceso de cambio. Tiene la desventaja de una

tardía diskinesia, que remite a cierto daño neurológico irreversible. Un daño neurológico de este tipo tenderá a un proceso de cambio muy lento. En pacientes como éste, con gran dificultad para lograr el cambio, puede haber una tendencia a la actuación de sus conflictos. Sus defensas están muy fortalecidas, especialmente si tienen una historia larga de esquizofrenia crónica y nunca han tenido tratamiento psicoterapéutico de ningún tipo. Estos casos progresan muy lentamente y es necesario ser muy persistente con ellos.

Caso de J.R. Este paciente disminuyó en todas sus escalas salvo en distorsión perceptual y auto-castigo. La distorsión perceptual aumentó un punto solamente pero el autocastigo tuvo un incremento dramático de 35 puntos. Al mismo tiempo, disminuyó en su hostilidad casi en igual medida (33 puntos). El examinador no consideró desorganización conceptual al final de 6 meses, pero había tenido una calificación de 15 al inicio. Parece ser que J.R. concientizó su hostilidad y empezó a controlarla. Aún cuando el auto-castigo aumentó considerablemente, éste no se convirtió en algo obsesivo que le afectara en su formación de conceptos y pudo seguir teniendo la posibilidad de comunicarse claramente. Otra posibilidad es que esta remisión en la hostilidad y aumento en el auto-castigo es que la hostilidad de este paciente se hubiera volcado hacia sí misma en lugar de ser proyectada hacia el exterior. Sin embargo, en vista de que no estaba ni exaltada, ni paranoide, ni manifestando otras conductas patológicas mayores, la introversión de la hostilidad no parece estar afectando su

percepción del mundo. Esto sugiere que no existe ningún transtorno grave del pensamiento en este momento. Es posible que se estuviera moviendo hacia una modalidad más neurótica y menos hacia una psicótica. En este punto de su tratamiento, pudo haber sido confrontada con su hostilidad y se le hizo consciente de que la culpa que proyectaba hacia el exterior no era válida. Esto pudo haber iniciado un proceso introspectivo en ella.

Caso D.A. Este paciente mostró un patrón de actividad muy diferente. Hubo una disminución significativa en las áreas más aumentadas antes del tratamiento, y no se reportaron incrementos en otras conductas. En un principio, se encontraban altas auto-castigo, proyección paranoide, exaltación, retardo y apatía, pero todas disminuyeron después de 6 meses. Todas las conductas sintomáticas disminuyeron menos una: desorganización conceptual que aumentó un punto. Este patrón puede indicar un verdadero cambio en el proceso esquizofrénico en su totalidad. Este es un caso representativo de la curva sinusoidal de mejoría. Esta paciente aún mantiene cierta irregularidad en sus patrones de conducta, pero con gran disminución en la intensidad. Podemos inferir que el proceso psicoterapéutico en este punto está haciendo énfasis en las conductas patológicas más patológicas, que las está confrontando y les está dando a su vez creencias y conductas alternativas.

Caso M.L. Este paciente tenía la tendencia a disminuir un poco de su hostilidad a medida que el resto de sus conductas psicóticas se hacían menos aparentes. Se

disminuyeron considerablemente las escalas de distorsión perceptual, proyección paranoide y autocastigo a lo largo de 6 meses. Las escalas de exaltación, trastornos motores y grandiosidad también disminuyeron considerablemente en las mediciones.

Caso M.L. Este paciente fue confrontado con la realidad de su situación y con su percepción del mundo. Los mecanismos de distorsión perceptual, proyección paranoide y auto-castigo que antes le funcionaban como defensa en contra de una percepción hostil del mundo pueden haber sido invalidados en su tratamiento. A medida que fue percibiendo la realidad externa en forma más precisa, su hostilidad parece haber aumentado. En vista de su progreso, pudiera haber sido conveniente enfatizar una perspectiva más positiva de la realidad a este paciente.

Caso L.L. Esta paciente mostró disminución en su expansividad y en su proyección paranoide, pero hubo aumento en retardo y apatía, mayor exaltación y hostilidad después de 6 meses. Las otras escalas psicóticas sufrieron pocos cambios. Aparentemente, a medida que empezó a pensar en forma más realista sobre la gente que la rodeaba, se empezó a angustiar y a hacerse más hostil a medida que pudo enfrentar mejor el mundo que la rodeaba. Tal vez el énfasis del tratamiento en apuntar hacia la realidad y en hacerla abandonar sus antiguas perspectivas sobre el mundo la hizo hacerse más defensiva y enojada. Se podría aconsejar seguir haciendo énfasis en su enfrentamiento con la realidad, pero

tratando de crear una actitud más positiva hacia esta y de vencer los miedos ligados a lo anterior.

Caso K.P. Este paciente no presenta cambios significativos. Sus manifestaciones psicóticas más evidentes continuaron siendo prominentes: retardo y apatía, alteraciones motoras, hostilidad, exaltación, y proyección paranoide. Es el único sujeto que obtuvo calificación en la escala de desorientación. Se sospecha que cursa con daño cerebral. Este patrón de síntomas es perfectamente compatible con la organicidad.

Caso B.H. Este paciente parece haber tenido cambios observables en su conducta. Así como disminuyó en sus alteraciones motoras, auto-castigo y exaltación, aumentó su hostilidad, distorsión perceptual y retardo. La proyección paranoide se mantuvo alta desde el principio y después de 6 meses de tratamiento. Estos cambios parecen indicar una baja en las defensas en contra de la hostilidad. En un inicio, su hostilidad pudo haber sido reforzada por su conducta exaltada, conducta motora bizarra y una actitud de mimetizarse. Sin embargo, la psicoterapia facilitó una expresión más directa de su hostilidad. Esto no solamente fue percibido por el examinador en sus verbalizaciones sino en su conducta retardada y apática que pudiera ser intrepredada como conducta pasivo-agresiva. El aumento en la distorsión perceptual pudiera ser parte de todo este proceso en que la hostilidad defendida empezó a emerger o bien, un aspecto separado del proceso psicótico en flujo. Hubo poca actividad significativa en otras manifestaciones

conductuales. Sin embargo, aún estos pequeños cambios pudieran representar el principio de un cambio mayor.

Caso R.R. Este paciente mostró menor exaltación y hostilidad a medida que aumentó su proyección paranoide, su retardo y distorsión perceptual. Aparentemente, debió haber experimentado conflictos culpígenos proyectados, que se hacen evidentes a través de la proyección paranoide y la distorsión perceptual. Parece haber internalizado los conflictos, lo cual inferimos por el aumento en la escala de retardo y apatía. Esto se manifestó sin aumento en la exaltación u hostilidad, lo cual nos pudo hacer pensar que sus conflictos no eran precisamente por resentimiento. Parece haber un intento de elaboración de sus conflictos internos. La disminución en la exaltación y hostilidad no parecen estar interrelacionados con el aumento en proyección paranoide retardo y distorsión perceptual. Estos cambios más bien encajan en el cuadro de un esquizofrénico que está tratando de deshacerse de elementos de hostilidad y exaltación pertenecientes a un desorden del pensamiento caracterizado por el miedo y la culpa. Sería aconsejable que el terapeuta confrontara la invalidez de los elementos hostiles y que guiara al paciente por el camino de crear nuevas concepciones. De esta manera, el paciente pudo movilizar su atención de lo externo a los procesos internos reales.

Caso S.S. Este paciente se volvió más auto-castigador en una forma totalmente consistente a medida que sus desórdenes en el pensamiento disminuyeron. La proyección paranoide, grandiosidad y distorsión perceptual se hicieron

menos aparentes después de 6 meses. La desorganización conceptual y la hostilidad también se mostraron en declive. Sin embargo la ansiedad de auto-castigo se magnificó. Hubo también mayor evidencia de alteraciones motoras , retardo y apatía. Este podría ser el cuadro de alguien que hubiera trabajado intensamente con un desorden en el pensamiento y que hubiera desmontado sus mecanismos de proyección de la culpa, detectando los mecanismos internos de culpa y dudas sobre sí mismos subyacentes.

Caso S.A. Esta paciente se mostró más racional en su conducta después de 6 meses. Las alteraciones motoral, desorganización conceptual, exaltación, hostilidad, ansiedad de auto-castigo y proyección paranoide se hicieron menos evidentes después del tratamiento. Si hubo cierto aumento en el retardo y apatía, así como en la distorsión perceptual. El aumento en estas dos escalas puede ser representativo de un paciente más preocupado por sus procesos internos. Pudo aparecer como más distante y lentificada a medida que procesaba algunos conflictos internos. Sin embargo, lo anterior pareció no obstaculizar su habilidad para interactuar racionalmente con su medio ambiente, ya que mostró mejoría en su conducta motora, sus verbalizaciones se hicieron más relevantes y coherentes, hubo menos exaltación, menos hostilidad, menos auto-castigo y menos proyección paranoide. La terapia parece haber apuntado a un mejor manejo de sus emociones y en el control de la expresión de sus conflictos.

Otras Consideraciones en el Cambio Conductual.

El cambio obtenido en estos pacientes pudiera atribuirse también a dos categorías mayores: lo fisiológico y el medio ambiente circundante.

No haremos ningún intento por explicar cambios fisiológicos en estos pacientes. Sin embargo, es un hecho a considerarse que a lo largo de estos 6 meses los pacientes en conjunto disminuyeron su dosis de medicamentos en un 50%. Esto implica diferentes tipos y dosis de medicamentos utilizados. No se utilizaron antidepresivos. A pesar de la disminución en la dosis de medicamentos durante el periodo de 6 meses, los examinadores detectaron mejoría en la mayoría de los casos. Otros factores tales como enfermedad física, cambios neurológicos y cambios bioquímicos pudieron haber influenciado la conducta de los pacientes. Sin embargo, no postularemos estas influencias.

Muchos pacientes experimentaron influencias externas al medio terapéuticos, ya que muchos se fueron a sus casas durante el fin de semana y tuvieron influencia de padres con los cuales pudieran tener relaciones simbióticas o patológicas.

Resumen.

El enfoque de este estudio fue el estudio del proceso terapéutico y la conducta de pacientes esquizofrénicos antes y después de un tratamiento de la Terapia de Confrontación directa por un periodo de 6 meses.

Se definió la esquizofrenia como un desorden mental severo que consiste de síntomas múltiples y combinaciones varias para cada paciente. Estos síntomas se manifiestan en el lenguaje del paciente, sus actitudes, contenido del pensamiento, percepciones auditivas y visuales, emociones, humores, actividad motora y orientación hacia la realidad externa. Estos síntomas tienen como propósito servir como defensas que protegen al individuo del estrés de la vida. Estas defensas se hacen más complicadas y se perpetúan debido a un trastorno de carácter subyacente.

La etiología y el desarrollo de la esquizofrenia se visualiza como el producto de una vida temprana llena de vicisitudes, padres inadecuados, medio ambiente poco nutriente, factores inconsciente que contribuyen el desarrollo del proceso. A medida que el proceso progresa, conflictos y el estrés cotidiano perpetúan el desarrollo de la defensa esquizofrénica.

La Terapia de Confrontación Directa considera que el proceso esquizofrénico es reversible hasta un cierto punto. El enfoque de la confrontación directa es predominantemente directivo, confrontativo, especialmente durante las fases iniciales. En las sesiones individuales, el terapeuta asume un rol dominante y persistente en el que forza al paciente a comprometerse en el proceso de comunicación. Este esfuerzo está dirigida a aliarse con el paciente, a ayudarlo a sentirse apoyado y desarmar la conducta "loca" del paciente. El medio ambiente definitivamente enfatiza una reeducación del esquizofrénico. Asimismo, las características personas

del terapeuta son básicas en el éxito de la terapia de Confrontación Directa.

Los pacientes de este estudio fueron pacientes esquizofrénicos que siguieron su tratamiento a través de la Terapia de Confrontación Directa por un periodo de 6 meses en la Clínica Anne Sippi. En esta parte cuantitativa del estudio, cada paciente fue evaluado a través de la Escala Psiquiátrica Multidimensional para Pacientes Internados. Esta Escala se constituye de 84 preguntas utilizadas por los examinadores a fin de medir a cada paciente en términos de 10 síntomas psicóticos designados por la escala. Estos síndromes fueron designados como: Exaltación, Hostilidad, Proyección Paranoide, Grandiosidad, Distorsión Perceptual, Ansiedad de Auto-castigo, Retardo, Desorientación, Trastornos Motores y Desorganización Conceptual. Cada paciente que participó en esta fase del estudio fue calificado antes y después de 6 meses de tratamiento.

La integración e interpretación de los resultados de este programa fueron realizados por la autora de esta tesis.

Se describió la Terapia de Confrontación Directa como un proceso muy activo e intensivo que involucra dinámicas múltiples. Las sesiones psicoterapéuticas fueron frecuentes. Se dieron dosis bajas de medicamentos y éstas fueron reducidas un 50% en términos generales durante los 6 meses de este estudio. Las observaciones conductuales de cada paciente representaron una curva sinusoidal que habla del proceso terapéutico de la psicoterapia con esquizofrénicos.

Las limitaciones primarias de este estudio fueron el breve lapso de tiempo y la dificultad en manejar una muestra más amplia. Lo anterior limita la precisión y generalizabilidad de los hallazgos de este estudio.

(ii) ANALISIS CUALITATIVO.

A fin de realizar el análisis cualitativo y de explicar lo que ocurre entre paciente y terapeuta en la Terapia de Confrontación Directa, se realizó un microanálisis de cuatro sesiones de tratamiento con el mismo paciente grabadas en videotape. Uno de los objetivos del estudio fue enfocarse al análisis y descripción de las cuatro fases de tratamiento de la Confrontación Directa. En las sesiones de videotape se analizan patrones de comunicación verbales, no-verbales y de paralenguaje, así como las intervenciones del terapeuta desde un marco psicoanalítico.

Se escogieron las sesiones de psicoterapia sin que el paciente ni el terapeuta fueran notificados sobre ninguna cuestión previa a la filmación.

a. Cada segmento de la etapa de tratamiento será determinada con base en el consenso de dos observadores independientes con entrenamiento.

b. El consenso se basará en el análisis del metraje total del videotape calificado por dos observadores. Por ejemplo, el Observador A describirá la Etapa I que ocurre entre los metros 25 a 67 de la película, mientras que el Observador B lo describirá entre los metros 30 a 69. Por lo tanto, el análisis se llevará a cabo entre los metros 25 a 69. Esto se hará para mayor control y para evitar que porciones de una cierta etapa queden afuera.

Se analizará el progreso de un paciente en la psicoterapia durante cuatro sesiones (La Sesión 1, el primer día del tratamiento, la Sesión 2, un mes después, la Sesión 3, 3 meses después y la Sesión 4, 6 meses después). En caso de que no se presenten las cuatro etapas de la Confrontación Directa, se analizarán las sesiones de otros tres pacientes esquizofrénicos. En cada sesión de videotape, las etapas de tratamiento serán segmentadas para el análisis utilizando el mismo procedimiento de dos observadores experimentados, como se describe con anterioridad.

Cada uno de los segmentos (cuatro etapas) de tratamiento se transformarán en las siguientes formas de presentación. El modo verbal se presentará y transcribirá en la forma de transcripción por escrito; la forma de paralenguaje o variaciones de la voz (tono, volumen y velocidad) se presentará en forma auditiva sin el beneficio de los estímulos visuales; y la forma no-verbal se presentará como videotape sin sonido. Cada segmento será codificado a fin de identificar sus correlatos (otras formas correspondientes) a fin de realizar el análisis.

1. Modo verbal.

La transcripción de cada segmento será realizada utilizando el método Neurolingüístico a fin de identificar los mecanismos generales de comunicación tanto para el paciente como para el terapeuta. Esto quiere decir que cada segmento será analizado buscando estructuras u oraciones

completas o incompletas, utilizando mecanismos de generalización (el proceso a través del cual los elementos del modelo de una experiencia individual de un individuo son transferidos a otras situaciones), suspensión (la atención selectiva a determinados estímulos acompañada de la exclusión de otros) y distorsión (hacer cambios en la interpretación de un estímulo percibido). Las estructuras completas serán definidas como aquellas que representan claramente la estructura profunda o de sentido en una estructura de superficie. Aquellas estructuras que contengan generalizaciones, deleciones y/o distorsiones serán definidas como incompletas. Se hará una observación y descripción del contenido verbal de cómo el paciente y el terapeuta interactúan utilizando estos mecanismos generales.

2. Paralenguaje.

El modo auditivo sin la porción visual será analizado durante cada etapa del tratamiento basándose en las unidades de intercambio paciente-terapeuta. Una unidad de intercambio, como se define en este estudio, es el periodo de contenido verbal producido sin interrupción. Durante cada unidad de intercambio se analizarán las vocalizaciones determinando la entonación de acuerdo determinado por el tono; la velocidad determinada por el stress y el fraseo; y el volumen determinado por la intensidad y el uso de la dinámica vocal.

3. Forma No Verbal.

Los videotapes serán analizado utilizando el sistema de expresión de Delsarte, que es un sistema de codificación de la expresión que se utiliza en el teatro. Las observaciones visuales se realizarán y se grabarán de acuerdo con los tres principios que incluyen la unidad en el hombre: la física, la emocional y la mental. Esto se hará a través de la observación y grabación del movimiento de la cabeza, torso y piernas. Los movimientos de las piernas, de la posición del cuerpo (torso), las expresiones faciales y movimientos oculares serán observados y analizados. Las Nueve Leyes del Movimiento que gobiernan el movimiento del cuerpo como un todo también serán aplicadas por observación.

Una vez que los tres modos de análisis sean terminadas para las varias fases, cada investigador realizará una síntesis a fin de describir las formas de comunicación encontradas en el proceso de tratamiento de la Terapia de Confrontación Directa.

4. Análisis de Contenido del Material.

Se tomarán aquellos intercambios en los que se hayan encontrado estructuras completas (sin generalizaciones, deleciones o distorciones) y se hará un análisis del contenido de lo que se interpreta o se está trabajando, de acuerdo con los parámetros de la teoría Psicoanalítica. Se observará a través de qué tipo de interpretaciones se

producen estructuras sintácticas completas y se determinará hacia qué temas apuntan estas interpretaciones y cómo se realizan. Se utilizarán dos observadores experimentados a fin de ver el grado de consenso entre los dos.

RESULTADOS.

PRIMERA SESION.

Se describe una síntesis y descripción de cada sesión aplicando los principios del sistema de expresión de Delsarte, tanto para el contenido no verbal y paralenguaje como para el contenido verbal utilizando los mecanismos generales del Programa Neurolingüístico (PNL). Primero se presenta el estudio del caso longitudinal. Se describen las partes para cada una de las cuatro sesiones de terapia durante un periodo de más de dos años.

La primera sesión del caso longitudinal fue con un paciente de Rosberg llamado Ron. Ron no estaba tomando ningún medicamento cuando se grabó la cinta del video. Se presentaron partes de la sesión tal y como ocurrieron.

Ron es un hombre caucásico de 32 años de edad, con un diagnóstico de esquizofrenia paranoide. En el momento de la primera sesión Ron había estado psicótico por un periodo de cerca de once años. La mayor parte de ese tiempo había estado hospitalizado. La sesión se inicia cuando Jack Rosberg (J) se presenta a Ron (R), hablando a éste de que iba a ser trasladado a la Clínica Anne Sippi. Rosberg comienza tomando control utilizando conducta rara para tratar de llamar la atención del paciente. Esta secuencia particular

es un ejemplo que es incluido en el Apéndice C que fue presentado con los datos del microanálisis.

Tomando Control y Hablando el Lenguaje del Paciente.

R. Sinca ver tonto.

J. Sinca quién?

R. No entiendo tu religión. Mientras más me dices, más te digo. ¿Correcto?

J. Dime. Soy universal.

R. (Se ríe). No creo eso.

J. Bueno. ¿Crees que te mentaría?

R. Sí.

J. ¿Porqué haría eso?

R. 'que eres inteligente, por eso.

J. ¿Cómo lo sabes? No me conoces para nada. Pero creo que eres inteligente. ¿Lo eres?

R. So.

J. Bueno, cómo es eso? ¿Estás loco o algo así?

R. Ajá.

J. ¿Estás bien?

R. No.

J. ¿Qué te pasa?

R. Estoy loco.

J. ¿De veras?

R. Así es.

J. No me hubiera dado cuenta. No lo hubiera adivinado. ¿Qué te volvió tan loco?

R. Estoy muy enfermo.

J. ¿De qué?

R. Tonterías.

J. ¿Tonterías?

R. Eso es. Puras tonterías.

J. Eso es una situación muy interesante.

R. (Se ríe) Hola. Hola. (Saluda a la cámara).

J. Si eres tan brillante, cómo puedes ser tonto?

R. Oh, es muy posiblemente tonto.

J. Acht. Youck....

R. Zuk, ta, schick, cola...

J. Si, herr.

R. (Se ríe). ¿Eso es brillante?

J. Vamos, zie expresion deutch?

R. Sha, sig ca ka lien por zigsh..

J. Zap icht la chor izt gwa..

R. Zie, ja da ... Ja!. Ja! Ja! Ja!

J. Jo! Jo! Jo! Te diré algo. Eso es muy bueno. Lo puedo hacer yo también?

R. Si me das un beso.

J. (Se mueve hacia adelante para besar a Ron).

R. Este tipo es un tonto.

J. Ah! Eso no me preocupa. Escucha.

R. Sí.

J. ¿Quieres saber algo?

R. Eres muy mono (se ríe).

J. Lo mismo eres tú. Eres dulce. Yo ...

R. No le puede sacar nada.

J. No lo creerías. No te darías cuenta de esto. Yo era un ~~homosexual~~ ~~por~~ ~~el~~ ~~FBI~~.

R. (Palabras que no se entienden ni se escuchan). Lo sé.

J. Yo era joto.

R. Lo sé.

J. Era uno de los mejores besadores de traseros de todos los tiempos.

R. Eres muy inteligente. Inténtalo otra vez.

J. Lo haré. Jo. Ni. Ja. Ja.

R. Ven zia ja na ju nu.

R. Eres inteligente. ¿Qué puedes decir?

J. ¿Tú qué piensas? ¿Tú qué piensas?

R. No es muy inteligente.

J. ¿Tú qué piensas?

R. Me etoy meneando.

J. ¿Porqué te meneas?

R. Por mi hernia.

J. Por eso te meneas?

R. ¿Quieres ver mi hernia?

J. Caramba, me encantaría.

R. (Se ríe). Este tipo es gracioso.

J. ¿Qué pasa? ¿Estás nervioso?

R. Para nada.

J. ¿Estás molesto?

R. Sí.

J. ¿Porqué?

R. Tengo miedo de morirme.

J. ¿Porqué no piensas en vivir?

R. Tengo miedo de la vida.

J. ¿Porqué le temes a la vida?

- R. Tengo miedo de morirme.
- J. ¿Porqué tienes miedo de morirte?
- R. Por eso.
- J. Porque le tienes miedo a la vida?
- R. No, porque tengo miedo de vivir.
- J. ¿Tienes miedo de morirte?
- R. No.
- J. Tienes miedo ...
- R. (gritando). Lo puedes decir así. Me preguntaste ...
- J. Lo haré.
- R. (Se ríe). Escucha.
- R. Todavía le voy a ganar.
- J. Eres mono.
- R. Me quieres engañar.
- J. Déjame hacerte una pregunta.
- R. Hazlo, hazlo, jálame el pelo.
- J. Muy bien, fuera, fuera (haciendo como si le jalara el cabello a Ron). Déjame ver. Déjame ver algo.
- R. Hola, allá arriba en el cielo; cómo les va?
- J. Mirame a la cara. No quiero que le hagas caso a nada en el mundo en este momento, sino a ti y a mí; a nuestra relación y a nuestra confianza mutua. Esto nos hará bien a los dos por el resto de nuestras vidas.
- R. Muy bien.
- J. Que Dios nos ayude.
- R. Muy bien. Amén. Amén.

Ron comenzó utilizando neologismo y frases clasificadas en el Programa Neurolinguístico como generalizaciones. Rosberg intenta obtener información pidiéndole que se explique. Entremezclado con este juego

verbal se observa que Rosberg imita las palabras sin sentido de Ron y bromea utilizando rápidos intercambios de frases en el juego verbal. Esto conduce a frases completas a medida que Rosberg se vuelve más asertivo y entonces, Ron vacila entre frases suspensivas y completas. Durante la mayor parte del diálogo los dos hablan con rapidez. Se observa poca variedad en el énfasis de Ron, pero a medida que Rosberg se vuelve más asertivo, utiliza el énfasis para acentuar lo que quería señalar disminuyendo la rapidez del lenguaje. Este cambio de énfasis conduce a Rosberg a expresarse en voz alta en las sesiones más asertivas. En tanto, la voz de Ron en toda esta parte de la grabación es moderadamente elevada. La utilización de su entonación (variación del tono) fue el elemento más importante del paralenguaje; generalmente Ron habla en un tono elevado utilizando con frecuencia acentos que le dan a su voz la cualidad de canturreo. La entonación que utiliza Rosberg para comunicarse es menos rápida y menos elevada; en general, utiliza un tono bajo con pocas variaciones.

Al aplicar el sistema de Delsarte a las formas de comunicación no verbales tanto Ron como Rosberg se sentaron en sus sillas con el cuerpo inclinado hacia adelante, con las piernas cruzadas. Ambos fumaban; Ron lo hacía más rápido con soplos cortos. Inicialmente, ninguno de los dos utilizaron gestos. Cuando Rosberg comenzó a utilizar palabras sin sentido y ensalada de palabras, sus gestos eran periféricos, predominantemente en la zona emocional. Ron responde con un juego verbal similar, excepto que periféricos hacia la zona

espiritual. Rosberg, al volverse asertivo, se inclina hacia Ron con sus brazos rígidos a los lados, buscando la zona del espacio físico. Ron responde señalando con su dedo índice hacia la zona espiritual. Generalmente los gestos de Rosberg salen de la parte central del cuerpo, que sugiere una calidad más genuina, en tanto que los de Ron son predominantemente periféricos, como son los de las muñecas, gestos falsos o sugestivos de una "actuación". A medida que Rosberg continuaba en la comunicación verbal, los hombros de Ron se movían nerviosamente, que es una expresión de incremento de pasión o intensidad de pensamientos y sentimientos. A medida que Rosberg avanzaba en energía (dinámicamente elevado), se movía más hacia Ron con gestos predominantemente de la zona emotiva. Cuando toma control exigiendo verbalmente a Ron que lo mire a la cara, levanta con la mano derecha la mandíbula inferior de Ron y le sostiene la cabeza exigiendo contacto visual. Mientras Rosberg hablaba, señala directamente con el índice de la mano derecha a Ron. Cuando aumenta elevación e intensidad de voz, su mano cambia de señalar con el índice a señalar con el puño. A medida que sube la voz, sus gestos se suavizan.

Interrogantes entremezclados con absurdos verbales y no verbales.

A medida que continúa la sesión, se involucran en un juego verbal en el que Jack intremezcla frases imperativas. Al hacerlo así, continúa obteniendo información, fluctuando entre juego verbal e interrogantes específicas. Por ejemplo:

Desde un punto de vista de contenido, Rosberg al decir "soy universal", deja entrever a Ron que es capaz de entenderlo. Ron después de presentar la ensalada de palabras, logra decir que tiene miedo a morir. Rosberg hace un llamado a la importancia de su relación y a la confianza mutua, empezando a establecer una alianza terapéutica.

Segmento 2.

J. Mirame, sí? Pienso que eres un buen hombre asustado. No obstante (canta) Dios bendiga a Estados Unidos.

R. Sí, muy bien.

J. ¿Qué piensas de eso?

R. Es cierto.

J. ¿Qué es cierto?

R. Es cierto.

J. ¿Te debo bendecir?

R. Sí.

J. Te bendigo.

R. Muy bien. Yo también.

J. ¿Harás lo que te diga?

R. Sí.

J. ¿Qué digo?

R. Tú dices que muera por tí.

J. Yo digo que debes vivir.

R. Te tengo un miedo infinito (palabras sin sentido).

J. ¿Que tienes qué?

R. Te dije que tengo miedo de morir.

Rosberg comienza ordenando contacto visual. Durante este intercambio confronta con dos unidades de intercambio, "Creo que eres un buen hombre asustado" y "Yo digo que debes vivir. Estas frases fueron completas en el sentido de que la estructura superficial comunicó totalmente un significado de estructura profunda. Las frases fueron entremezcladas con juego verbal y suspensivas. Los dos hablaron rápido. No obstante, Ron intenta seguir la misma rapidez de Rosberg. La voz elevada no fue un rasgo significativo en el análisis de este ejemplo. La entonación de Rosberg continúa sin cambio de tono. No obstante, le dio énfasis a la utilización de deslizamientos entre palabras. Ron continuó utilizando un tono de voz alto durante todo el ejemplo. En este segmento hubo poco movimiento cuando Rosberg coloca la palma de su mano en la cabeza de Ron cuando lo bendice. Ron continuó echándose hacia atrás alejando el cuerpo cuando Rosberg se le acercaba. Cuando Rosberg le pide que cante, Ron se pone de pie y comienza a mover el cuerpo como si estuviera bailando. El movimiento es leve y el cuerpo lo mantiene rígido. Los gestos fueron hipoflexibles en el área de las muñecas. Los movimientos son sucesiones falsas que sugieren una carencia de conexión y separación de sí. Cuando Ron habla de hacer tonterías, sus hombros fluctúan de arriba hacia abajo, lo que es una demostración de la intensidad de sus emociones, en tanto que su mano izquierda se abre y tiene lágrimas en los ojos.

Jack empieza la sesión reconociendo el "miedo" de Ron ("eres un buen hombre asustado"). Juega a "bendecir" a Ron,

ubicándose en el lugar de un padre que "otorga" su aprobación al hecho de que Ron debe vivir "quiero que vivas".

En lo que sigue de la sesión, Rosberg aumenta el uso de palabras sin sentido, neologismos y conducta "enloquecida" y Ron se sienta, se ríe y dice, "no comprendo." La intención de Rosberg es aumentar la confusión para obtener mayor información y al imitar a Ron con su conducta, demuestra lo absurdo de la conducta "enloquecida" de Ron.
Otorgando Seguridad.

En el siguiente segmento Rosberg continúa el manejo del control de la sesión, pero lo aumenta al otorgar seguridad a Ron de que nada le va a pasar. Le promete darle seguridad y comodidad. También en este segmento se observan ejemplos de afirmaciones paradójicas y órdenes contradictorias.

Segmento 3.

R. Tengo miedo.

J. ¿De qué? ¿De mí?

R. No, no tengo miedo, silencio.

J. Cállate. No debes hablar más. Escúchame.

R. ¿Puedo hablar?

J. No. Mirame. No debes hablar. ¿Qué ibas a decir?

R. Me voy a morir.

J. ¿Qué? ¿Te vas a morir ?

R. Sí.

J-. No puedes, no puedes morir. Mirame. No puedes morir. Digo que me mires. No te voy a dejar morir. No le voy a permitir a nadie que te quite la vida. No voy a dejar que nadie te haga daño. Te voy a mantener protegido. Te voy a mantener vivo. Te ayudaré a que vivas. Te voy a proteger. Y vas a ser feliz. Y vas a estar cómodo. Y estarás en paz. Te voy a cuidar. ¿Comprendes? ¿Comprendes eso?

R. Sí, sí.

Cuando Rosberg le ordena a Ron que no hable y después le dice qué es lo que quiere, utiliza frases paradójicas. Este es un ejemplo de la técnica Eriksoniana. Cuando Ron habla de su miedo a morir se habla en generalizaciones. Rosberg le contesta con frases completas, asegurándole que lo va a proteger, que no lo va a dejar morir, que lo va a proteger y a mantendrá feliz y en paz. En la Psicoterapia de Confrontación Directa, ésta es una parte esencial del proceso de tratamiento. Es importante que al contestar con frases completas Rosberg no intenta explorar el mundo empobrecido de Ron. Cuando Ron indica que tiene miedo y de la muerte, por primera vez en esta sesión inicial, habla con un tono modal. Su velocidad en el lenguaje sigue siendo rápida con poca variación de tensión. Su voz es suave, tanto dinámica como vocalmente. Lo anterior contrasta directamente con Rosberg, que comienza esta parte con un tono de voz elevado que llega a mayor elevación, especialmente en la parte en que ofrece seguridad. Después, su voz es más suave y mantiene la misma velocidad hasta el fin. Después de que Rosberg le ofrece seguridad, la voz de Ron sube con acento afectado debido al cambio de tensión. La manera en que Ron se comunica es consistente con la forma observada en la primera parte de la sesión. En esta parte, la utilización de velocidad y elevación de voz fueron los parámetros de paralenguaje que utilizó Rosberg para transmitir parte de su comunicación. Cuando Ron dice que está asustado y que tiene miedo de morir, se seca las lágrimas de los ojos, sus hombros están

arqueados y su pecho cóncavo; su cuerpo en posición reflexiva. Los movimientos del cuerpo son índice de emociones y de pensamiento intenso. Los movimientos periféricos no manifiestan esa intensidad profunda. Los gestos de su manos manifiestan desesperación, al hablar de morir. Cuando Rosberg le dice que le ofrece protección, Ron no presenta movimientos corporales. Cuando Rosberg se expresa paradójicamente, sus manos se mueven directamente hacia Ron, con la palma hacia abajo en posición de expansión. Cuando le habla ofreciéndole seguridad, se inclina, colocando el dorso de su mano en la mejilla de Ron. Este acto sugiere conflicto oprobablemente incertidumbre por parte del terapeuta. Cuando Rosberg le pregunta a Ron si entendió y Ron responde "sí", mueve la cabeza, alejándose de Rosberg en dirección oblicua, lo cual sugiere súplica secreta.

Examen del Limite que Pone el Paciente al Terapeuta.

Es frecuente que el paciente establezca una relación terapéutica poniendo al terapeuta a prueba. El siguiente segmento ilustra este procedimiento.

Segmento 4.

R. Pero no me vas a seducir.

J. No voy a hacer eso. Te doy mi palabra de honor.

R. Dices que tienes miedo. ¿Puedes pelear con el diablo?

J. Sí que puedo.

R. Yo no soy el diablo.

J. Eso ya lo sé.

Ron y Rosberg se comunicaron con obliteraciones hasta que Ron se dio cuenta de que Rosberg lo apoyaba, y entonces ambos utilizaron una serie de frases completas. En esta sección Ron utiliza un tono de voz modal. Su velocidad es rápida. Rosberg hace juego con un tiempo rápido y un tono de voz similar al de Ron hasta que Rosberg contesta al reto de apoyo que solicitaba Ron. En ese momento, Rosberg enfatiza su respuesta cambiando de tono modal a bajo y reduciendo la velocidad de su verbalización. Durante todo este intercambio, Rosberg sostuvo la muñeca de Ron. El movimiento de la muñeca es una medida de vitalidad.

Cuando Ron le pregunta que si pelearía con el diablo, la muñeca de Ron se afloja, disminuyendo su vitalidad. Desde un punto de vista de contenido, Ron parece estar preguntando a Rosberg si será capaz de manejar y/o contener sus contenidos internos, el diablo, sus delirios, etc.

A medida que la sesión avanza, Ron se vuelve más ansioso, lo cual es observable en el incremento de la verbalización y el tono vacilante. La estructura de la frase fluctúa entre generalizaciones y obliteraciones cuando habla de su sistema delirante. Rosberg trata de hacer juego con Ron por medio del ritmo y velocidad de su discurso y también utiliza generalizaciones y obliteraciones. Ron habla acerca de ideas de hacer estallar el mundo y apoderarse de todo matando a la gente y Rosberg habla de apoderarse el mundo para protegerlo. Ron comienza a confundirse. Rosberg continua tomando los temas básicos del delirio de Ron y

llevándolo a lo absurdo y esto da como resultado el incremento en la ansiedad de Ron.

"Confusión de la Confusión y Establecimiento de la Alianza Terapéutica.

El segmento siguiente es de especial importancia, ya que se presenta durante el proceso de lo que Rosberg denomina "confusión de la confusión" que Ron inicia antes de comprometerse en al relación terapéutica. En el proceso del tratamiento, la formación de la alianza terapéutica es crítica. Debido a la importancia de la alianza terapéutica, este segmento es presentado en mayor detalle con datos de la comunicacion y explicaciones en la columna de la derecha. El segmento es prolongado y para evitar confusión con datos detallados, solamente se citan comunicaciones específicas. El segmento se inicia cuando Ron habla de la autoridad a la que se ha sometido.

Segmento 5.

R. Pero. Si yo fuera ruso, sería ruso, cierto? Seria el más grande de los rusos. Si yo fuera estadounidense, seria el más grande de los estadounidenses. No soy ni estadounidense ni ruso. No existo bajo ninguna autoridad. Aun su maldita autoridad. Contrario a lo que él está diciendo.

(Velocidad rápida. Tono elevado. El indice izquierdo apunta hacia Rosberg, pero con el antebrazo mantiene una barrera entre los dos.)

J. No, tú estás...

R. Pero él continúa dominándome. Te digo la verdad.

J. Cometiste un error.

R. Puede que tengas razón.

(La palma de la mano izquierda en la boca-- de lo emocional a lo físico--como si estuviera meditando).

J. Lo tengo. Cometiste un error. Estás bajo la autoridad de alguien.

R. Lo sé. Estoy bajo la autoridad de Dios.

J. No. (gritando) Estás bajo mi autoridad.

R. Muy bien. Grandioso.

(El gesto de la mano izquierda sigue siendo una barrera entre él y Rosberg, pero abre la palma de la mano hacia un lado. Indica que está abriendo sus emociones en la periferia).

J. Y acabo de tomar el lugar de Dios.

R. Muy bien.

J.. ...en tu vida.

R. ¿Te digo la verdad?

J. Espero la verdad.

R. ¿Quieres que te diga la verdad?

J. Sí.

R. En cualquier momento, EL te puede trascender.

J. ¿Quién?

R. Dios.

J. No puede (gritando). Rehusó aceptar órdenes de EL. ¿Quieres un cigarrillo?

R. Quiero la verdad, pero tú la puedes falsear.

(Ron suspira con un leve movimiento del cuerpo).

R. Está hablando un poeta.

J. ¿Quién? ¿Tú?

R. Estabas hablando como poeta.

J. ¿Quieres un cigarrillo?

R. Muy bien. Estoy tratando de decirte. Júntalo todo, sí?

J. Naturalmente. ¿Piensas que estoy confundido o algo así?

R. (gritando) Sí.

J. ¿Cómo me puedes decir eso? ¿Qué te pasa? ¿Cómo puedes decir-- quiero decir--me quieres dar un beso? (Le besa la mejilla).

(Vocalmente elevado, tono alto, imitando a Ron. Se acerca para besarle).

R. Sí lindo. También me gustan los rusos.

J. A mí también.

R. No andas por allí matando a la gente.

J. No quiero matar a la gente. Los quiero besar a todos.

(Vocalmente elevado, tono alto, velocidad rápida)...

R. Entiendo eso.

J. Quiero a la gente.

R. Ahora, mira, estoy de tu parte. No veo. No sé nada de Tailandia. Bueno, sé un poco. Sé que existe una realidad divina. Es como quieras, según yo soy

... (A medida que Ron se confunde, sus frases son más contradictorias.)

J. Déjame decirte otra cosa. No tienes que saber nada al respecto. Debes saber algo de ti y de mí.

R. Yo. Yo estuve allí una vez.

J. que es fundamental, mi amigo.

R. Tienes que hacerlo--la premisa fundamental es que no me mates.

(El índice señalando al espacio espiritual. Rosberg se inclina y toma la muñeca de Ron, indicando vitalidad).

J. Te dije que te voy a mantener vivo y protegido.

R. Muy bien.

J. Es decir, esa es la base.

R. Déjame decirte todo.

(El índice señala hacia el espacio espiritual).

J. Todavía no.

R. Déjame decirte todo.

(El índice señala hacia el espacio espiritual).

J. Todavía no.

R. Tú quieres que te diga...Estoy bajo tu autoridad. Esa es la verdad. Si te puedo decir todo.

J. Sí.

R. Muy bien. Es el diablo para ti. ¿Te va a matar? ¿Debo decirte todo? Pensé que el mundo iba a estallar dentro de 30 años. Es lo que había destinado. De manera que decidí actuar con rapidez. Llamé a todos los dioses, a la realidad divina e hice un milagro.

(Se rasca un lado de la nariz, emocional).

J. ¿Qué milagro hiciste?

R. ...tienen la habilidad de destruirte. Con la premisa de que pueden irse a otra realidad. No le tienen miedo a la muerte.

(Abriendo la palma de la mano izquierda hacia Rosberg. Los ojos muy abiertos.)

J. Esa es una premisa falsa.

(Velocidad lenta, tono suave).

R. Muy bien, correcto.

(Fumando mucho).

J. Tengo la razón.

R. Entonces, estoy confundido.

J. Bueno pensí que yo lo estaba.

R. No sé qué está pasando.

J. Ah, así es? Entonces tal vez te puedo decir qué está pasando. Si tú quieres lo hago.

R. Como quieras.

J. Bueno, quiero que lo aceptes.

R. Tengo que aceptar lo que dijiste o tengo que aceptar tu contradicción.

(Velocidad de la voz agitada con el tono entre medio y elevado).

J. Nunca aceptes mi contradicción contradictoria.

(La palma de la mano izquierda abierta en dirección a Rosberg, pero los ojos se apartan de Rosberg).

R. Se supone que te conteste. Eres muy inteligente.

(Encoge los hombros, mueve el cuerpo --índice de aumento de tensión).

J. No te preocupes por eso.

(Las palmas de las manos en dirección de Ron).

R. Muy bien. ahora permito que me mandes. ¿Está bien? Después voy a surgir. Soy muy inteligente, verdad?

J. Respeto tu inteligencia; sé que eres inteligente.

R. Gracias.

J. ¿Porqué estás tan confundido y tan asustado?

(Con voz suave).

R. Porque me preocupo por la gente loca. Nadie en el mundo se preocupa por los locos. ¿Tú te preocupas?

J. Eso no es verdad. Yo me preocupo.

R. No creo que te importen. Estuve en tu país y vi las cosas que por allí se hacen.

J. ¿Quién soy yo? ¿De quién estás hablando?

(Ron se rasca la nariz con la mano izquierda; índice de emotividad).

R. Yo sé quién eres. Lo sé.

J. ¿Quién soy yo?

R. Jesucristo.

J. (Pausa) El es mi hijo.

R. (Se rie). Te dije que te iba a dejar que me confundieras.

(Encoje los hombros; pensamientos o sentimientos intensos).

J. Yo.

R. Escucha, porqué no somos amigos? He estado en el Mar Negro. Y me gusta mucho allá. Allá todos son mis amigos. ¿Qué te parece?

(Ron gesticula con las manos dirigidas hacia Rosberg, y cuando lo mira sonríe).

J. Muy bien.

R. Estoy todo confundido pero me gusta allá. Sé que estoy confundido, pero esa es mi fantasía. Ese es mi viaje.

(Continúa con los gestos con la palma abierta mirando a Rosberg. Habla rápido con tono elevado.

Ron continúa en este segmento utilizando principalmente distorsiones y obliteraciones y lo mismo hace Rosberg. Aún cuando Ron indica que está confuso, Rosberg continúa hablando con frases incompletas que contribuyen a mayor confusión. Este proceso conduce a Ron a utilizar frases completas cuando habla de dominio o de control. Rosberg utiliza frases completas durante las confrontaciones. Ron continúa hablando con rapidez y con tono elevado; no obstante, por primera vez en la sesión se observa carencia en la facilidad de expresión. Esta carencia se caracteriza por falsos inicios, utilización de rellenos y la repetición de las sílabas iniciales de las palabras. Rosberg, en contraste, habla despacio con poca tensión, lo que favorece fluidez y verbalización agradable.

Ron utiliza tonos elevados y modales, en tanto que Rosberg habla con suavidad, excepto cuando imita el paralenguaje de Ron.

Antes de este segmento, los gestos predominantes de Ron fueron señalar con el índice izquierdo el espacio espiritual y un gesto con el puño. Cuando se muestra más confuso, los gestos con la mano gradualmente son con la mano abierta hacia el lado, manteniendo una barrera entre él y Rosberg, hasta que finalmente los gestos de la mano se hicieron con la mano abierta hacia Rosberg y sin barreras con el brazo. En un principio no le dirigía la mirada a Rosberg cuando las palmas de las manos estaban abiertas. No obstante, Rosberg respondió con ambas abiertas en dirección a Ron. Después de que Ron dijo, "tú eres Jesucristo" y Rosberg respondió, "Él es mi hijo", Ron hizo una serie de gestos de manos abiertas en dirección de Rosberg, sonriendo y mirándolo. (Desde el punto de vista del contenido, Rosberg, vuelve a ubicarse en el lugar de Dios, en un intento de proveer una estructura para Ron). Es importante observar que los gestos no verbales precedieron a los verbales.

Cuando Ron dijo, "Escucha, porque no somos amigos?", en ese momento se sincronizan las comunicaciones verbales, no verbales y paralenguaje. Cuando los gestos son periféricos, sugieren expresión limitada de pensamientos y de sentimientos, y se establece el inicio de la integración en que Ron se compromete a la alianza terapéutica. Asimismo, admite que

está confundido, "todo confundido" y que su delirio de ser Jesucristo es su "fantasia".

Recuperación de la "locura".

Posteriormente, continúa el diálogo verbal en el que Rosberg comienza a despersonalizar (recuperar) a Ron de su locura. Lo hace en el siguiente ejemplo.

Segmento 6.

J. Si tomo posesión, cómo me puedes decir qué debo hacer?

R. Vamos a posesionarnos del mundo ahora.

J. Muy bien, vamos a posesionarnos del mundo (Hace un gesto circular con las manos). Nosotros lo tenemos.

R. Es tuyo.

J. Gracias.

R. Pero recuerda lo que dijiste.

J. Pero eres parte del mundo.

R. Muy bien, lo acepto.

J. Me siento muy bien de que lo hagas.

R. Sabes una cosa, eres buena gente.

J. Sabes una cosa, me gustas; pero no me gusta tu locura.

Mientras hablan de apoderarse junto del mundo, utilizan frases completas en las que Rosberg le recuerda a Ron que él estaba en el mundo de Rosberg ahora y Ron lo aceptó. (Este ubicarlo dentro del mundo de Rosberg y que Ron acepta, implica que se inserte en el mundo simbólico constituido por leyes, cultura, lenguaje, a lo cual Ron parece no estar integrado, como lo hace saber con anterioridad, cuando dice que no es ruso, ni nada, ni tampoco existe.) En ese momento Rosberg comienza a despersonalizar a

Ron de su locura, hablando con frases completas mientras que Ron responde con una generalización. Ron y Rosberg igualan porcentajes durante esta sección. El tono de Ron fluctuó entre modal y alto y fue acompañado con una voz vocalmente elevada. El tono de Rosberg se muestra entre modal y bajo con más o menos igual énfasis en las frases. Esta manera de expresarse cambia en el momento en que Rosberg intenta separar a Ron de su locura. Durante este segmento, tanto Rosberg como Ron se sientan en las mismas posiciones corporales con las piernas cruzadas, los rosos ligeramente fuera de equilibrio, fumando cigarrillos. Los dos descansan las manos en las que sostienen cigarrillos sobre sus rodillas. Los dos hacen gestos utilizando sus dedos índices, y cuando Rosberg dice, "me gustas, pero no me gusta tu locura", extiende la palma de la mano hacia Ron, sugiriendo apertura, en tanto Ron inmediatamente responde con su dedo índice hacia la zona espiritual.

La sesión continúa mientras se involucran en el juego verbal. Rosberg sigue con un periodo benigno de intercambio, preguntando, "Alguna vez has bebido Borsch?", que es una generalización. Ron contesta con otra generalización. "Me estás confundiendo". En este momento Rosberg señala, "¿Qué es lo que crees, que soy tu padre?" Ron suspira y con sus manos hace un gesto que cambia de palmas abiertas a un estado convulsivo. Se sugiere que esta es una señal de la confirmación de que lo que Rosberg dijo podía ser significativo.

Retirando la locura.

A medida que continúa la sesión, Rosberg comienza a hablar de su plan para retirar la locura de Ron.

Segmento 7.

R. Tengo miedo.

J. ¿De qué tienes miedo?

R. ¿Porqué me jalas los pelos de la barba?

J. No te jalé los pelos de la barba. Te hice un cariño en la mejilla. Es una realidad que tienes miedo, y necesitamos saber a qué le temes.

R. No entiendo.

J. Te voy a quitar la locura. Y te voy a ayudar a vivir.

R. No es un sueño.

J. La vida es un sueño.

R. Muy bien. La vida es un sueño. Cuando quieres que eso suceda.

J. Está sucediendo ahora mismo.

Ron comienza utilizando una generalización, "tengo miedo". Rosberg intenta esclarecer la generalización, pero cuando Ron no contesta, Rosberg hace una interpretación. Esta formulación es realizada con frases completas y Ron continúa con generalizaciones e interrupciones comunicando el concepto de su mundo empobrecido. En el plano paralinguístico, Ron utilizó un tono de voz alto en sus respuestas hasta la generalización final en la que el énfasis resulta en tono modal. Rosberg utilizó el tono modal con modificaciones para la acentuación y énfasis leve. Mantiene un incremento de voz moderado. La elevación de la voz es semejante en cuanto a lo vocal y a lo dinámico. Cuando Ron

dice, "tengo miedo", se rasca la nariz con la muñeca. La muñeca, que es su fuerza vital, es colocada en la zona emocional de su cara, que es mental. Cuando Rosberg interpreta verbalmente el temor de Ron, toma la muñeca de Ron y la acerca a su propia área emocional. Utilizando el sistema de Delsarte se sugiere que Ron está luchando con su vitalidad, su locura. Cuando Rosberg señala que se la va a quitar; es decir, que lo va a sacar de la "locura", que afecta la vitalidad de Ron.

Catársis.

Con el desarrollo de la sesión, Rosberg descubre el tema básico relacionado con el temor, la dolencia y el sufrimiento de Ron. Rosberg aprende que estos sentimientos están en relación con el padre de Ron. Intenta que Ron exprese sus ideas y sentimientos en relación con el padre y lo estimula a verbalizar. Este es el comienzo de la etapa de catársis.

Segmento 8.

J. ¿Qué me dices de tu padre?

R. Creo que está loco. Eso es todo pero me jode.

J. ¿Lo quieres?

R. No.

J. ¿Te desagrada?

R. Sí.

J. En realidad, ¿qué sientes por él?

R. Me desagrada.

J. ¿Estás enojado con él?

R. Sí.

- J. ¿Me lo puedes decir, repetir?
- R. Sí. Estoy enojado con él. (Mira hacia otro lado, respirando rápido).
- J. ¿Lo puedes decir en voz alta? ¿Tienes miedo de decirlo?
- R. Eso me sucede con frecuencia.
- J. No tienes porqué temer. Dilo en voz alta.
- R. Estoy enojado contigo.
- J. Más alto. Dilo más alto! Yo te protegeré. Está bien que lo digas. No vas a maltratar a nadie. te lo prometo. Te lo garantizo. Dilo.
- R. Padre, estoy enojado contigo.
- J. Más alto.
- R. Haz arruinado todo y no tienes derecho a vivir. Me doy cuenta de eso. Y le doy autorización completa a todo el mundo en el universo para que te destruya. Amén.
- J. Dilo más alto.
- R. Estás enjuiciado, padre.
- J. Estás protegido. Dí que estás enojado con tu padre.
- R. No estoy enojado con mi padre.
- J. Acabas de decir que lo estás.
- R. ¿Y qué con tu padre? ¿Es cierto eso de la película?
- J. No, eso es una tontería. Dí que estás enojado con tu padre, si en realidad lo estás. ¿Estás enojado con él? ¿Lo estás?
- R. Bueno.
- J. Mira.
- R. Escucha, porqué no me escuchas a mí en lugar de escuchar lo que me hace. Ahora voy a defenderme.
- J. Escucha, déjame decirte algo. El no me gusta. ¿Ves? No me gusta el hijo de puta.
- R. Cómo hablas ...

J. Estoy contigo. Estoy contigo.

R. Estás tratando...

J. Estoy contigo, contigo, contigo.

R. Estás metiéndote en todo este asunto de locura.

J. Lo odio. ¿Qué es lo que te pasa? ¿No te das cuenta de que estoy de tu parte? ¿No te das cuenta de que ahora estás en mi mundo?

R. Bueno, si lo puedes terminar, me parece bien.

Rosberg le pregunta a Ron cómo se siente en relación a su padre e intenta producir una catársis. Ron tiene dificultad para expresar sus emociones, por lo que Rosberg se alía con Ron e interpreta los sentimientos de Ron hacia su padre. Las emociones de Ron son intensas, pero tiene miedo de expresarlas. Rosberg le vuelve a preguntar qué siente por su padre y Ron responde con titubeos. Rosberg busca esclarecer pidiéndole a Ron que diga que está enojado con el padre. Después de varios intentos, Ron responde "estoy enojado contigo". Esto es un ejemplo de la formación de una relación transferencial. Rosberg intenta hacer emerger más conducta afectiva. Ron hace una pausa y después de sentirse seguro con Rosberg, dice con una frases completa, "Padre, estoy enojado contigo." Después de decirlo, Ron recurre a la utilización de generalizaciones y titubeos. Entonces Rosberg toma una táctica ligeramente diferente y se alía con Ron diciendo, "estoy contigo", que también es una generalización, y verbalmente expresa enojo hacia el padre de Ron. Cuando Ron comienza a hablar acerca de su padre, cambia de tono modal a bajo y dice, "Padre, estoy enojado contigo". Durante esta ocasión el tono de voz es suave, el tiempo rápido.

Después el tono de Ron vuelve a la posición moderada y así continúa durante este segmento. El tiempo de Rosberg es modulado durante todo este segmento y en ocasiones el tono es elevado. La entonación de Rosberg fue consoladora en toda la parte inicial de la sesión manteniéndola así y en rango modal y bajo. El énfasis en la última parte del segmento fue causa de la intensidad y cuando Rosberg le pregunta acerca de su padre, la respiración del paciente es afectada y los movimientos de los hombros se vuelvan esporádicos. Cuando Ron diga, "Estoy enojado contigo", inmediatamente mueve los ojos alrededor como si buscara algo en el cuarto, rodeando los hombros; el torso se vuelve cóncavo. La inclusión del torso en movimiento es índice de sentimiento emocional más intenso. Cuando Rosberg le señala a Ron que nada le pasaría, alarga su brazo, toma el antebrazo de Ron y le da unas palmaditas, índice emocional. Ron se seca las lágrimas y dice, "Padre, estoy enojado contigo". Empieza a cerrar su mano en posición convulsiva, hace un pausa, sin moverse (de acuerdo con la ley de la velocidad), indicando que las emociones que son intensas y de gran importancia requieren movimiento lento. Cuando le pide a Rosberg que lo escuche a él en lugar de lo que su padre le hizo, el movimiento es más rápido. Rosberg lo señala con su dedo índice y dice, "estoy contigo; estoy contigo". Entonces respira profundamente y abre su mano en posición de desesperación, con aflojamiento de la muñeca, que indica disminución de vitalidad.

Reconocimiento de lo Absurdo de las "Conductas Locas".

La sesión continúa en una etapa en la que Rosberg oscila entre interrogar a Ron para obtener más información y juego verbal. Rosberg imita los comportamientos verbales y no verbales del paciente a fin de resaltar lo absurdo de esta conducta; de que el paciente se percatara de ello y que se comunicara en una forma más apropiada.

Segmento 9.

R. Estás muy loco en mi opinión. En mi nivel. En realidad le ruego a Dios.

J. ¿Me estás diciendo que en realidad crees que estoy loco?

R. Sí.

J. Ah, no comprendo de dónde sacas eso. Eh?

R. ¿Para qué demonios haces eso? Quisiera saberlo.

J. Bueno, tú dímelo.

Cuando Ron señala que Rosberg está loco, utiliza titubeos. Rosberg pide a Ron que aclare lo que dice a fin de lograr que éste se de cuenta de lo absurdo de la comunicación entre ellos. Ron utiliza el tono modal y habla con rapidez en esta sección. Los dos hablan en voz alta. Ron mueve levemente los hombros cuando dice que Rosberg está loco. Rosberg sonríe, hace un gesto rápido y coloca sus brazos en la zona espiritual. Ron le dice, "para qué demonios hace eso?" y Rosberg contesta, "bueno, dímelo tú". Ron aparta la cara y hace una larga cara respirando profundamente.

Resumen de la Primera Sesión.

Durante la primera sesión, se concluye la Etapa 1 de la Psicoterapia de Confrontación Directa. Rosberg toma el control, estableciendo la posición de dominio, permitiendo que el paciente responda a la realidad con realidad; ordenándole al paciente que cambie, estableciendo las reglas del juego y ofreciendo una actitud de fuerza. Al mismo tiempo, en esta sesión se incorporan los elementos de la Etapa 2. Rosberg entra en el sistema delirante del paciente, hablando su lenguaje, tomando los temas básicos y llevándolos al absurdo, que a la vez es parte del proceso de obtener información. Después de mucha lucha, Ron dice que Rosberg está loco. En la Etapa 3, Rosberg intenta realizar una catársis pero Ron resiste. Rosberg despersonaliza la locura y comienza a enfrentar a Ron con los temas básicos.

En cuanto a los mecanismos generales del contenido verbal, se observa que Ron utiliza principalmente generalizaciones y suspensiones. Rosberg intenta esclarecer y el interrogatorio concluye con una comunicación de frases completas. Ron no contesta en forma adecuada a este procedimiento. Evita los problemas y responde con titubeos y generalizaciones. Las confrontaciones utilizadas por Rosberg son principalmente frases completas que terminan con generalizaciones y suspensiones. Se puede pensar que este procedimiento es parte del estilo de Rosberg; es decir, confrontar y eludir al paciente.

En la sesión inicial, Ron utiliza principalmente un tono modal alto. En general habla rápidamente. Rosberg, por una parte, es consistente en toda la sesión, fluctuando entre

un tono modal y bajo, utilizando enlaces para la acentuación, manteniendo una rapidez moderada o tratando de igualar a Ron, utilizando cualidades de la voz alta cuando enfatiza.

Tanto Rosberg como Ron se sientan en posiciones similares. sus torsos tienen poco movimiento, con tendencia a alejarse uno del otro y con las piernas cruzadas. Sus movimientos son principalmente de brazos y manos. Hay poco movimiento de pies. En términos generales, cuando hubo confrontación e interpretación, Rosberg se inclina hacia adelante, colocando los dos pies en el suelo en posición paralela y señalando a Ron con el índice de la mano. Ron mantiene su distancia, con una barrera entre Rosberg y él, colocando el antebrazo en posición perpendicular a Rosberg y señalando con el índice la zona espiritual. A medida que se va involucrando más con Rosberg, se suavizan los gestos periféricos, y abre la mano cuando habla. Cuando Rosberg actúa en forma bizarra, utiliza principalmente el área emocional. Al aumentar Rosberg sus movimientos bizarros, Ron se sienta muy quieto sin hacer gestos. Cada vez que Rosberg lo confronta, Ron retuerce su tronco o sus brazos antes de verbalizar.

A nivel transferencial, Rosberg se ubica en el lugar de Dios y hace sentir a Ron su derecho a la vida. Le demuestra a Ron que es capaz de "contenerlo" y tolerar su locura. Ubica a Ron en un lugar dentro del mundo "vamos a posesionarnos del mundo, pero tú eres parte de ese mundo". Posteriormente, pasan a la relación de Ron con su padre.

Segunda Sesión.

Aceptación de "locura".

La segunda sesión fue grabada un mes después de la sesión inicial. Durante esta sesión, Ron describió su percepción de esquizofrenia.

Segmento 10.

R. Tuve este tipo de relación con Krishnamurti hace 4 o 5 meses, más o menos. Llegué a la conclusión de que él era Krishna y que tenía todos esos grandes poderes. Recuerdo un día tuvieron una experiencia infinita, o así lo creí; no sé qué fue, más esquizofrenia, quién sabe...

J. ¿Crees que pudiera ser una definición correcta?

R. ¿Esquizofrenia? Fue una experiencia. Podría ser considerada una experiencia mística.

J. Pero te estoy pidiendo una definición.

R. Yo, este... este... no podría decir; sé que era esquizofrenia. La cosa es que ya volví. Yo sé que ya volví.

J. Entonces, ya lo sabías.

R. Entonces no. No lo supe hasta esta mañana que ya había vuelto. Todo se volvió más claro para mí después de que analicé este sueño. Tan pronto como analicé ese sueño recordé esa experiencia en la que me sentí regresando a esto. Después cuando regresé, perdí todo contacto. Allí estaba y me perdí.

En este segmento, Ron fue bastante verbal y Rosberg tomó una actitud más pasiva, haciendo preguntas en la forma tradicional. Ron habló con frases completas utilizando algún titubeo; no obstante, los titubeos no parecieron intentos de excluir información, sino que sencillamente parecía asumir que Rosberg comprendía sus titubeos. El paralenguaje de Ron fue diferente al de la primera sesión, su tono era más modal con mejor utilización del énfasis al de la primera sesión. La velocidad fue rápida, pero no como en la sesión anterior; la

elevación de la voz estuvo dentro de los límites normales y debido a la mejor utilización del énfasis y tono, fue más dinámica. En cuanto a la posición corporal, fue similar a la sesión previa, tanto en Rosberg como en Ron. Ambos se sientan con las piernas cruzadas, inclinados en el respaldo de sus asientos. Rosberg está más relajado, descansando sus antebrazos en la silla. Ron presenta más gestos hacia la nariz, (zona emocional) y no utiliza el dedo índice. Los gestos de su mano incluyen más expansión y la muñeca es más flexible. Cuando habla acerca de haber regresado, Ron mueve sus hombros de arriba hacia abajo, lo que es una medida de la intensidad del tema que se discute. Los movimientos de los hombros no son extremos.

Reactuación de las "conductas locas".

Parte de la fase de reestructuración es lograr que el paciente tenga una catarsis o reaccione su "locura".

En este segmento, Rosberg le pide a Ron que repita la conducta que había presentado cuando empezó el tratamiento un mes antes de la fecha de esta entrevista.

Segmento 11.

J. ¿Te puedo pedir un favor? ¿Te acuerdas de la primera vez que veniste aquí?

R. Sí.

J. Veamos si puedes hacer lo mismo que en esa ocasión.

R. Bueno, estoy pensando.

J. Hagamos de nuevo la misma escena. Vamos a revivir la misma cosa. ¿Lo puedes hacer?

R. Bueno, lo intentaré. Bueno, cuando vine acá comencé a hablarte como ...

- J. Bien, hazlo.
- R. Tengo dificultad para hacerlo porque ...
- J. Bueno, intenta hacerlo de nuevo, caramba.
- R. Comozo ... comozar ai az zie...
- J. Ahc elc shuk cle.
- R. Por favor, escúchame.
- J. Vamos, tú lo puedes hacer, quiero ver si lo puedes hacer.
- R. Ach ze.
- J. Coeh, azs, quierz horsch para el desayuno?
- R. Yo no...
- J. Dame el mismo tono, la misma voz. Inténtalo.
- R. Lo haré.
- J. Vamos, hazlo.
- R. Ach (suspira). Es absurdo lo que hice.
- J. Es divertido. ¡Qué demonios! Inténtalo.
- R. Creo que no puedo hacerlo.
- J. Inténtalo.
- R. Lo intentaré.
- J. Hazlo.
- R. No puedo, pues ...
- J. Vamos, eres magnifico. Veamos si te puedes volver tan loco otra vez. Inténtalo con ganas.
- R. Lo intentaré, ah...
- J. Vamos, qué te pasa?
- R. Lo estoy intentando. Estoy tratando de estar loco otra vez.

J. Inténtalo con muchas ganas.

R. Comozod ...

J. Ah, eso no te salió bien para nada. Bueno, qué es lo que te pasa?

R. Todo parece tan absurdo.

J. Vamos, qué tiene eso de absurdo. Haz un esfuerzo, Ron.

R. Bueno, está volviendo (se seca las lágrimas de los ojos). Lo estoy recordando vagamente.

J. Vagamente. Estás fracasando como esquizofrénico. Pensé que en tu caso era una carrera para toda la vida.

R. (Se ríe). Fue divertido, durante un tiempo ...

J. ¿Porqué no te pones de pie y bailas?

R. Que baile?

J. Sí.

R. (se mueve). Tara la, la la.

Quando Rosberg le pide a Ron que reviva la conducta de locura, Ron contesta con suspensiones y unas pocas generalizaciones. Se puede suponer que las frases de Rosberg son incompletas en forma propositiva a fin de que Ron reduzca su material de suspensiones. Rosberg habla en tono modal y ocasionalmente utiliza frases en voz alta cuando intenta que Ron recree su conducta de las primeras sesiones de tratamiento. No obstante, cuando Ron intenta revivir esas experiencias, se vuelve incapaz de expresarse con facilidad (sin fluidez) y aunque varía su tono, no puede variar su entonación, como lo había hecho antes. Rosberg inclina su torso hacia atrás y toma el brazo de la silla, con la mano izquierda hacia la zona espacial, cuando le pide a Ron que

reviva su conducta de las primeras sesiones. Esto parece ser una preparación para el movimiento hacia adelante durante el cual habló en voz alta. Ron, con gestos paralelos, se mueve hacia Rosberg con los pies bien plantados en el suelo. Sus codos se mueven de la zona mental hacia la zona emocional y su torso se vuelve más cóncavo, lo cual es un índice del aumento en la emotividad. Cuando el paciente presenta dificultad para revivir la experiencia que se le solicita, sus hombros comienzan a levantarse y a bajarse, lo cual refleja aumento de la conducta reflectiva. Cuando trata de recrear mentalmente la experiencia, hace gestos con sus manos en movimientos circulares, que puede interpretarse como uso mental de la dirección en el espacio. Esta es la primera vez que este cuadro ocurre; y Rosberg, posteriormente, también gesticula con sus manos en movimiento circular. Con frecuencia, Ron coloca la palma de su mano sobre su sien, moviéndola hacia atrás de la zona mental hacia la emocional en la región de la cabeza. Cuando Ron intenta recrear el movimiento, su torso se inclina hacia la cintura, meciéndose de arriba hacia abajo en un plano vertical, que es la zona física. Su movimiento es más cortés y no es tan limitado como en la sesión previa.

Resumen de la Segunda Sesión.

En resumen, no hubo ningún cambio significativo en los patrones generales que Ron utilizó. Si se observa con más atención el contenido verbal, se puede notar que Ron utilizó aún titubeos y generalizaciones incompletos en sí, pero bajo el entendimiento de que Rosberg comprendía el

sentido profundo de la estructuras; mientras que en la primera sesión la estructura de superficie se presenta como un intento de excluir información. En cuanto al paralenguaje de Ron, su tono de voz fue el cambios más significativo. El ritmo de su discurso era rápido, pero no tan acelerado como en la primera sesión. Rosberg siguió utilizado tonos moderados con inflexiones limitadas. Utilizó elevación vocal abrupta para obtener atención y ganar control. Una vez que obtuvo el control, utilizó elevación dinámica. Los movimientos no verbales de Ron no dejaron entrever cambios. Básicamente, el movimiento fue el mismo; no obstante, hubo un poco más de movimiento. Tenía las muñecas sueltas (indica vitalidad) y cercó el codo hacia sí mismo, descansando su cabeza sobre la mano y el codo.

Esto sugiere incremento en el contacto consigo mismo y apoyo en su propia persona. Ron introdujo movimientos circulares, mismos que remiten a un dimensión mental. Rosberg realizó los mismos movimientos periféricos.

A medida que Rosberg le pide a Ron que repita su anterior conducta esquizofrénica pero en forma propositiva; podriamos presuponer que este tipo de conducta se hace más consciente al paciente y la capacidad de reproducirla indica que existe un avance en el dominio de su capacidad yoica.

Tercera Sesión.

La tercera sesión tuvo lugar un año después de la primera sesión. Ron continuó trabajando con Rosberg durante todo ese tiempo. Como se puede ver en las sesiones previas, Ron presentaba conductas esquizofrénicas y no tenía

dificultad para hablar en forma emotiva sobre éstas. En esta sesión, Rosberg y Ron hablan sobre la posibilidad de que Ron logre dominar su propia mente. Rosberg, en este segmento, continúa aún en la etapa de reestructuración desde la cual procede a "despersonalizar" a Ron de su "locura".

Seguimiento de la "Despersonalización de la Locura".

Segmento 12.

R. Francamente, no me gustan tus técnicas.

J. ¿Qué técnicas? Sólo estoy hablando contigo.

R. También estás sentado allí. ¿Porqué no te sientas y me respetas?

J. Yo te respeto. Pero hay algo que no respeto.

R. Yo soy yo, eh. Hay muchas cosas que tampoco respeto en tí.

J. Está bien; tú no...

R. Está bien que yo no ...

J. No respeto a la gente que se expresa en una forma loca.

R. Yo tampoco, así es que deja de hablar como loco.

J. ¿Lo hago?

R. Sí.

J. No veo nada de loco en lo que te estoy diciendo.

R. Tampoco yo.

J. Entonces, lo que estoy diciendo es cuerdo?

R. Entonces, yo estoy hablando con exactitud y el hecho de que no entiendas lo que digo no quiere decir que estoy loco.

J. ¿Entonces, porqué estoy tan confundido con lo que dijiste?

R. ¿Porqué estoy confundido con lo que estás diciendo?

J. Porque estás loco.

R. Ah. (Se levanta y se dirige a la puerta).

En este segmento, Ron utiliza principalmente generalizaciones entremezcladas con frases completas. Rosberg intenta esclarecer el significado interrogando, aclarando y entremezclando afirmaciones que tienen cualidad interpretativa. Ron continúa hablando en un tono modal, con rapidez. A veces se expresa en voz alta. Hay carencia de fluidez y varía el énfasis. Rosberg continúa con un patrón consistente de tono entre bajo y modal. Se sienta en una posición paralela con los dos pies en el suelo, inclinado hacia adelante, con la mano derecha en el brazo de la silla de Ron. Ron se ve inclinado hacia adelante con las piernas y los brazos cruzados. Esto sugiere conflicto con su integración física. A medida que el diálogo continúa, Ron permanece inclinado hacia adelante en posición de torso agresivo. Rosberg no hace muchos movimientos y ambos permanecen en la misma posición, sin variación en la postura del torso hasta que Rosberg dice que Ron está loco. En este momento, Ron se levanta y se dirige a la puerta.

Discusión del Proceso de Tratamiento.

En el último segmento de esta sesión, se puede observar una combinación de varias etapas. Antes de este parte, Rosberg había imitado la conducta verbal, la no verbal y el paralenguaje de Ron utilizando los temas básicos como parte de la confrontación. Ron fue capaz de darse cuenta del

proceso del tratamiento y de describir lo que percibió estaba ocurriendo dentro de éste.

No obstante, es interesante observar que cuando lo hace, fácilmente discute los temas esquizofrénicos, a tal grado que llega a corregir la imitación hecho por Rosberg, implicando que su representación no era exacta. La sesión inicia cuando Ron describe el proceso de tratamiento.

Segmento 13.

R. Estás jugando un juego muy complejo conmigo.

J. ¿En qué forma?

R. No es tu forma de hacer terapia. Lo que haces es escuchar a una persona y luego como que actúas su .. su...como que te conviertes en, escuchas lo que dice e instalas el mecanismo en tí mismo para que la persona pueda verlo.

J. Caramba, no me había dado cuenta de que hacía eso.

R. ¿No lo sabías?

J. No.

R. Eso es muy brillante.

J. Sabes, también es muy brillante que te hayas podido dar cuenta y lo hayas expresado en esa forma. Estoy empezando a creer que así fue.

R. En realidad, pensé que era lo que estabas haciendo.

J. En realidad, por un momento me perdí y no me di cuenta de lo que estaba haciendo.

R. Lo siento mucho.

J. Bueno, en cierta forma también lo lamento y espero que lo que dije haya sido adecuado y apropiado. No me gustaría que me consideraras loco. Como sabes, no las traigo todas conmigo.

R. No estás loco.

- J. Ah sí, sí lo estoy. Estoy muy loco.
- R. Has tenido problemas, pero estás bien.
- J. Y bien, no estoy tan bien. No me conoces muy bien, sabes?
- R. Sé que ahora estás bien.
- J. ¿Deveras? ¿Cómo lo sabes con seguridad? (Repitiendo el tema básico de Ron? Tú no sabes lo que sucede dentro de mí. Tú no conoces la agonía por la que paso con 800 mg. de thorazina. No tienes idea de lo que sufro todos los días; las dificultades que tengo para dormir. Y cuando me duermo, es como morir... Cuando despierto es como nacer otra vez. ¿Sabes cómo se siente uno? Sabes lo terrible que es todo esto para mí?
- R. Estás...
- J. Tienes idea de lo terrible que uno se siente?
- R. ¿Te sientes confundido?
- J. Sí, terriblemente confundido.
- R. Bueno, continúa...
- J. En realidad, no sé que demonios está pasando aquí.
- R. Muy bien, continúa.
- J. Me siento como si me hubiera convertido al catolicismo.
- R. Yo... tú no eres católico.
- J. Como carambas--puedo serlo si así lo deseo.
- R. Yo no.
- J. ¿No crees que tengo el derecho si no soy nadie?
- R. Eres alguien. Eres judío.
- J. ¿Cómo puedes... probármelo?
- R. No puedo.
- J. Soy una persona modesta, sabes? Vivo una vida de humildad y de nada. Soy una persona sin ser.
- R. Eso no es la nada.

J. Le doy a todo el mundo.

R. Es humildad.

J. ¿Qué?

R. Es humildad, no es la nada. No pienso que sea la nada. Es humildad. Es todo.

Cuando Ron describe el proceso de la psicoterapia, habla con frases completas y Rosberg contesta en la misma forma. Cuando Rosberg sigue imitando a Ron sobre los temas básicos, lo hace utilizando principalmente frases completas. Ron recurre entonces a la utilización de titubeos. Cuando Ron describe el proceso del tratamiento, utiliza el tono modal con buena rapidez y cualidad dinámica. Cuando Rosberg imita a Ron en los temas básicos, utiliza varios tonos y el énfasis principal es acompañado por variaciones en la entonación. Cuando Ron describe el proceso del tratamiento, ocurren movimientos periféricos en las zonas mentales de las mano y los pies. Se presenta un ligero tambor en las extremidades y al cruzar Ron brazos y piernas, indicando conflicto. Cuando Rosberg dice que se está volviendo loco, Ron inclina su cabeza hacia abajo y su pecho se hace cóncavo, lo cual es una expresión de afirmación. Presenta movimientos periféricos en manos y pies. Cuando Rosberg continúa diciendo que está loco, hace gestos expansivos y agitados que incluyen el torso (aumento en la emotividad.) Rosberg imita los temas básicos y Ron mantiene una posición cóncava con disminución de tiempo y ritmo. Esto es índice de vivencias intensas de naturaleza emotiva, que están basadas en la Ley

de la Velocidad, en la que emociones intensas requiere movimientos lentos.

Resumen de la Tercera Sesión.

En esta sesión, Ron continúa con el mismo tono modal así como con su rapidez. Duda entre la utilización de vocalizaciones en voz alta. Se hace evidente la falta de fluidez y hay una tendencia a utilizar énfasis y no tono para enfatizar la comunicación. Ron tiene suspensiones, distorsiones y generalizaciones a medida que el contenido verbal se vuelve más latentemente emocional. Cuando Rosberg conforta a Ron, sus frases son predominantemente completas, y cuando imita a Ron utiliza suspensicones, distorsiones y generalizaciones. Los movimientos de Rosberg son consistentes con los de otras sesiones, con poco movimiento de torso y piernas. Ron parece soltarse más cuando se inclina, tiende a redondear los hombros cuando se siente mal. Sus movimientos son diferentes a los de las sesiones anteriores y los gestos son principalmente externalizados, hacia la periferia. Los movimientos hacia abajo y hacia adentro indican que Ron vivencia más profundamente tanto sus sentimientos como sus ideas.

En esta sesión, Ron logra "reconocerse" a sí mismo en la "conducta esquizofrénica" imitada por Rosberg. El hecho de que Ron pueda integrar lo anterior, implica que puede diferenciarse psíquicamente de Rosberg, como un yo aparte. Asimismo, logra ponerse en el lugar de Rosberg, a través de integrar una vivencia por la que el mismo Ron ha pasado; y pregunta a Rosberg, "¿Te sientes confundido?". Esta sesión

indica un enorme adelanto en términos del desarrollo psíquico de Ron.

Cuarta Sesión.

La cuarta sesión tiene lugar dos años después de la primera. Como puede observarse, el contenido de la psicoterapia es diferente. Los temas son en función del deseo de Ron de vivir independiente y de lo molesto que le es vivir con "gente estúpida, loca y aburrida". La técnica utilizada es más tradicional, en el sentido de que Rosberg no utiliza ya la confrontación, sino que escucha atentamente y ayuda al paciente a reformular sus pensamientos.

Segmento 14.

R. Voy a ser franco contigo. No comprendo mi vida y si tuviera que hacerlo, no te la podría explicar. Estoy tratando de salir de este maldito lugar.

J. Muy bien, pienso que...

R. No me gusta; es muy molesto tener que vivir con esa gente.

J. ¿Qué clase de gente?

R. La clase de gente que hospitalizan en lugares como éste.

J. Es decir, gente que está enferma o loca, esquizofrénica; es lo que quieres decir?

R. Como tú quieras.

J. Tú lo dijiste.

R. No tengo nada que decir.

J. Bueno, no te gusta vivir con personas que están muy locas. No te culpo. No son divertidas.

En esta sesión Rosberg y Ron utilizan variaciones de frases completas y mecanismos generales. Rosberg es consistente en utilizar un tono entre modal y bajo. Ron utiliza un tono equilibrado. Es rápido, pero dentro de límites normales. Apoya la cabeza entre sus manos, que indica conexión consigo mismo. Ron aumenta su utilización de movimiento de piernas, que indica mejor utilización de su cuerpo. Rosberg se sienta en posición tranquila con los brazos cruzados y las palmas de las manos abiertas hacia arriba.

A medida que Ron mejora psíquicamente, parece haber más integración entre su pensamiento, sus emociones y sus movimientos corporales.

Manejo de los Temas de Resocialización.

El tema predominante de este segmento es el de la resocialización. Ron está cansado y molesto de vivir en el hospital con otros esquizofrénicos. Quiere irse, pero parece ambivalente, pues tiene dudas de poder hacerlo por su cuenta. Rosberg inicia este segmento hablando acerca de las posibilidades de que Ron asista a un colegio.

Segmento 15.

J. Haz estado diciendo que quieres asistir a la universidad o a trabajar y haz hablado sobre cómo deberías entrenarte, ¿De acuerdo? No estás seguro; también me has dicho que te gustaría la escultura, que tienes interés en hacer algo de eso.

R. Está bien. Lo diré, en caso de que esto alguna vez sea traído a la corte. No estoy haciendo lo que tú piensas. No estoy en ese nivel. Alguna vez dije que soy un santo. Quiero eso en la corte, Quiero ser capaz de probarlo.

J. Oh, que la canción...

R. Y claro que sí, porque usted, señor, no logra comprender la naturaleza del ser.

J. ¿Porqué estás tan angustiado, Ron?

R. Usted, usted me molesta.

J. Siempre me ha golpeado que cuando la gente empieza a realmente hacerla, se asusta y tiene que regresar a alguno de sus viejos síntomas.

R. De ninguna manera.

J. Sí.

R. Jódete.

J. Deveras, Ron. Estamos hablando de trabajo y de lo que quieres hacer de tu vida.

R. Me has estado engañando durante mucho tiempo.

J. Creo que no estás escuchando lo que estoy diciendo.

R. Repítelo.

J. Estoy diciendo sencillamente que en este momento tienes el conflicto de decidir lo que quieres hacer con tu vida y eso es difícil.

R. Quiero ser libre. Eso es todo. ¿Está bien?

J. Muy bien. ¿Qué es la libertad para tí?

R. Ah, no sé; qué palabra busco? Vivir mi propia vida y tener determinación libre.

J. Me parece sensacional.

No hubo ningún mecanismo especial en el contenido verbal. Los dos utilizan frases completas e incompletas. Hay buena entonación. Cuando Rosberg discute la posibilidad

de que Ron vaya a la universidad, éste se vuelve ansioso. El contenido de la discusión conduce a Ron a encerrarse en si mismo.

Segmentos Suplementarios con otros Pacientes.

Rosberg utiliza otras técnicas en el trabajo con el paciente esquizofrénico. Consideramos algunas de ellas:

1) Catársis. La catársis es una etapa importante en el proceso del tratamiento. Es la repetición con contenido cargado emocionalmente con aumento de intensidad ue movliza y facilita la liberación intelectual junto con la afectiva.

2) Confrontación de tipo hipnótico. Esta es una aplicación de las técnicas de Milton Erickson. Es ubicarse en una posición todopoderosa y desde ahí ordenar al paciente que se cure.

3) Respuesta aversiva a las conductas "locas". Rosberg responde en forma aversiva ante la conducta "loca". Se muestra en franco desacuerdo con el paciente hasta que éste responde en formas más apropiadas.

4) Catársis Ritualista. Es una técnica que utiliza Rosberg para producir catársis es interactuar en forma ritualista. Entra dentro del delirio y produce una especie de exorcismo pidiendo al demonio que abandone la mente y el cuerpo del paciente.

C O N C L U S I O N E S .

El propósito de este estudio es organizar y describir los métodos y estrategias utilizados en la Terapia de Confrontación Directa, a través de los cambios observados longitudinalmente en un microanálisis a profundidad durante un periodo de tratamiento con un paciente esquizofrénico crónico. A continuación se sintetizan los cambios ocurridos en Ron, paciente esquizofrénico con el que se trabajó. Los patrones conductuales de Rosberg se observan junto con los de Ron.

Cambios en Ron después de cuatro sesiones de psicoterapia:

En la primera sesión que Ron tuvo con Rosberg, el contenido verbal consistió predominantemente de frases incompletas en las que utilizó generalización y suspensiones. Utilizó oraciones completas únicamente cuando habló de asuntos personales significativos. En cuanto al paralenguaje, utilizó de voz alta, ritmo de discurso acelerado sin indicaciones particulares de tensión. Los movimientos corporales (no verbales) fueron periféricos, hacia afuera del cuerpo. En general, Ron transmitió angustia, sus movimientos físicos periféricos se mostraron en concordancia con una desconexión consigo mismo. Hablaba de las cosas y no de sí mismo. En general, evadía las preguntas de Rosberg dando pararespuestas. El tema predominante dentro del sistema delirante de Ron fue que se creía Jesucristo. Ron mantuvo una actitud corporal cerrada en relación con

Rosberg. Sin embargo, al final de la primera sesión mostró movimientos periféricos de mano abierta que indican que empezó a abrirse al terapeuta. Cuando Rosberg imitó a Ron en sus conductas verbales, no verbales y paralenguaje hasta el punto de rayar en lo absurdo, la reacción de Ron fue de gran angustia, con aumento en sus verbalizaciones. Asimismo, Ron trató de aliviar su angustia a través de relacionarse con Rosberg en una forma más significativa. Esto se evidenció cuando abrió los puños cerrados y preguntó a Rosberg si debía contarle todo. Finalmente dijo: ¿No podríamos ser amigos? Reconoció que "se había sacado de onda" e infirió que sus pensamientos sobre ser Jesucristo eran "fantasía" y "viaje".

En esta primera sesión, desde el punto de vista del contenido, Rosberg deja ver a Ron que es capaz de entenderlo. Ron después de utilizar una "defensa psicótica" constituida por una ensalada de palabras, logra decir que tiene miedo a morir. Rosberg lo integra y posteriormente hace un llamado a la importancia de la relación y a la comprensión mutua, iniciando el establecimiento de la alianza terapéutica.

A nivel transferencia, Rosberg se "ubica" en el lugar del Padre Todopoderoso. Bendice a Ron, le reitera su derecho a la vida y promete protegerle y brindarle seguridad. Cuando Ron da indicios de que aún no puede "someterse" ante ninguna autoridad, Rosberg vuelve a "ubicarse" en el lugar de Dios y trata de estructurarlo, diciéndole que van a posesionarse del mundo pero que Ron necesariamente es parte del mundo de Rosberg. Ron empieza a "despersonalizar" su locura. Rosberg hace un intento de catarsis en Ron, pasando de la relación

con Dios directamente a la relación con el padre, con quien Ron está muy enojado. Refiriéndose a Rosberg, dice, "estoy enojado contigo", lo cual nos da un índice de la relación transferencial, aunque todavía en un plano psicótico.

La segunda sesión fue filmada un mes después. Aunque no hubo cambios significativos en el uso de mecanismos generales, Ron no trató de tomar distancia de Rosberg a través de la utilización de frases incompletas. Pareció sentirse comprendido por Rosberg. El cambio más notable entre las dos sesiones fue el uso que hizo Ron del paralenguaje. Hablaba con ritmo menos acelerado y moderado. Aunque sus gesticulaciones continuaban siendo periféricas y descoordinadas, el gesto de detenerse la cabeza sobre los codos sugiere el inicio de una forma de reconexión consigo mismo.

Rosberg pide a Ron repita su antigua conducta esquizofrénica en forma propositiva. La posibilidad de Ron de reproducirla indica un mayor indicio de control yoico.

La tercera sesión se filmó un año después. Las frases de Ron en ocasiones fueron completas, en otras, incompletas, con mayor incidencia de generalizaciones y suspensiones a medida que el contenido emocional se hizo más evidente. Se aceleró su discurso; los tonos de voz eran vacilantes y había perdido la fluidez que ya había logrado en otras sesiones. Dejaba caer los hombros, como si se sintiera humillado o emocionalmente estuviera muy deprimido. Aún cuando preservaba los movimientos periféricos, éstos se daban hacia

abajo y hacia adentro, como indicando que Ron experimentaba sus sentimientos y pensamientos en forma más intensa.-

Ron logra reconocerse en la "conducta esquizofrénica" imitada por Rosberg. Lo anterior, presupone que puede hacer una diferenciación yoica de Rosberg y que incluso logra "ponerse en el lugar de éste", al reconocer por lo que Rosberg supuestamente está pasando.

La cuarta sesión fue grabada dos años después de la primera. Aún cuando su discurso en ocasiones era acelerado, se acercaba a los límites de la normalidad. Su uso de frases completas e incompletas era similar al de Rosberg. Se aumentó su movimiento corporal en la zona del torso, indicando mayor conexión a nivel afectivo. En esta sesión, en la medida que discutía temas que le afectaban, los movimientos de sus extremidades inferiores se aunaron a los movimientos de su torso, lo que sugiere una mayor integración corporal.

Se tocan temas básico correspondientes a la "resocialización" de Ron y a la ansiedad e inseguridad que la posibilidad de reintegración al mundo externo le producen a pesar de que lo desea. Recurre a sus antiguas defensas psicóticas, pero Rosberg no le permite "escapar". Lo anterior, hace referencia al desorden de carácter que persiste a pesar del avance logrado y que nos habla de aquello a lo que habrá de enfrentarse en la fase terminal del tratamiento; y más aún, como algo residual difícil de cambiar.

Los Patrones Conductuales de Rosberg.

Los patrones conductuales de Rosberg a lo largo de las cuatro sesiones fueron consistentes. También se presentaron en forma consistente cuando éste hacía psicoterapia con otros pacientes.

Así como los patrones conductuales de Ron cambiaron a lo largo de dos años, los de Rosberg se mantuvieron constantes y fueron apareciendo en función del intercambio que se fue dando en la comunicación. En el caso de Rosberg, el uso de una voz fuerte y autoritaria pareció constituir el rasgo más significativo. En cuanto a la Programación Neurolinguística, Rosberg utilizó frases completas cuando confrontaba. Cuando se trataba de "utilizar el lenguaje del paciente", sus frases fueron incompletas. Si recababa información o hacía preguntas, dependía del tipo de información que estaba buscando. Por ejemplo, cuando buscaba información específica, sus frases eran completas y específicas. Si la información buscada era más general, había una tendencia a frases incompletas, a suspensiones y distorsiones. Utilizaba también frases incompletas cuando trataba de confundir al paciente. Las frases completas son las típicamente utilizadas cuando se trata de darle apoyo al paciente.

Cuando el paciente utiliza frases incompletas, Rosberg aconseja no aceptar, ni cuestionar o interpretar el significado de éstas. Continúa la sesión como si éstas no tuvieran ningún significado particular. Rosberg se basa en la premisa de que el esquizofrénico está tratando de confundir al terapeuta. En la medida que este tipo de frase

es ignorada, deja de tener significado en el contexto de la relación interpersonal.

El uso de la voz es una herramienta muy eficaz para Rosberg. Sube o baja el tono de acuerdo con la situación. Cuando Ron se angustiaba, Rosberg hacía lo mismo, o sea, elevaba el tono de voz. Si el tono de Ron era bajo, Rosberg lo disminuía. Rosberg, por lo general, hablaba en un tono moderado y pausado, especialmente cuando confrontaba y acentuaba el significado, como cuando dice, "no quiero que tú sigas estando loco".

La aceleración del lenguaje por parte de Rosberg servía en ocasiones para confundir y tomar control. Así Ron, muchas veces dejaba de decir cosas que en realidad no quería decir y esto ayudaba a Rosberg a ganar control. Cuando Ron se tornaba ansioso y confundido, Rosberg lentificaba su discurso y lograba relajarlo. No solamente la velocidad y ritmo dieron a Rosberg control de la situación, sino también el tono, acento y cualidades dinámicas de la voz.

El uso de la voz y paralenguaje es lo que Delsarte describe como un medio para transmitir la vitalidad y la fuerza. La palabra hablada es el pensamiento puesto en escena y transmite efectos a través de las inflexiones de voz o paralenguaje (movimiento corporal).

Los movimientos corporales de Rosberg, aunque periféricos, sugieren control y concordancia con lo interno, en ocasiones, con inhibición en la expresión de los sentimientos.

Al confrontar, Rosberg transmite fuerza y seguridad a través de mantener el torso erguido, con los pies sobre el piso. Los movimientos fueron lentos sugiriendo profundidad e intensidad.

Cuando actuaba "como loco", sus movimientos eran rápido con gestos periféricos.

Rosberg demostró una sorprendente habilidad para cambiar de un rol a otro. El efecto sobre Ron de estos cambios de humor de lo serio, a lo "loco" y lo chistoso fue causar confusión. Se aproximaba a Ron de diferentes formas a fin de que Ron no supera a donde quería llegar Rosberg.

La Terapia de Confrontación Directa es un proceso terapéutico que compromete al paciente esquizofrénico en una "comunicación terapéutica directa", a fin de llegar a una meta común. La meta es ayudar al paciente esquizofrénico a obtener un nivel de funcionamiento más razonable y que no se sienta forzado a seguir viviendo en su mundo de locura.

La sintomatología psicótica (ej. alucinaciones, delirios, etc.) son vistos como mecanismos de sobrevivencia que el esquizofrénico usa para enfrentarse con la experiencia dolorosa de la realidad. Por lo tanto, los pacientes esquizofrénicos no están dispuestos a deshacerse de estos mecanismos que tienen un función de sobrevivencia. Por lo tanto, el terapeuta trata de establecer una relación terapéutica interpersonal. De ser necesario, inicialmente se fuerza al paciente a entrar en la relación. Esto se logra a través de una serie de técnicas diseñadas para capturar la atención del paciente, poner límites a la relación terapéutica

y definir las metas del tratamiento. Esto se logra en el contexto de un medio terapéutico seguro en el que el terapeuta reasegura y ofrece al paciente protección, seguridad y afecto. El terapeuta tiene el control, asegurando al paciente que nadie lo va a dañar y que tampoco se permitirá a este hacerse daño a sí mismo. Dentro de este contexto, el terapeuta y el paciente se encuentran en libertad para interactuar en una forma significativa en la que la comunicación abierta y honesta se premia y en la que se desalienta cualquier comunicación "loca" o sin sentido. El terapeuta utiliza aseveraciones directas apoyadas en comunicaciones sinceras intensas, no verbales y corporales a fin de romper las resistencias y defensas psicóticas del paciente esquizofrénico. Las etapas de la terapia descrita con técnicas utilizadas para lograr una relación interpersonal y terapéutica significativa. La confrontación directa se utiliza particularmente en las primeras etapas del tratamiento a fin de romper defensas en el paciente que inhiben la comunicación significativa e inducen al cambio.

Una vez que se forma la relación terapéutica, y que el paciente se compromete a trabajar hacia una meta común de mejorar, será posible explorar, si es necesario, aquellos aspectos de experiencias tempranas que afectan la relación presente.

Esto presupone hablar con el paciente aquellos aspectos de su personalidad (ej. desórdenes caracterológicos que afectan la relación presente, ya que es la repetición de los patrones conductuales de los desórdenes de carácter que

causan una "repetición del rechazo" en la relación presente. El psicoterapeuta trabaja no solamente hacia la comprensión intelectual, sino hacia la liberación de emociones de relaciones previas que habían sido inhibidas. La catarsis de estas experiencias permiten una resolución., La meta inicial de la terapia no es discutir con el paciente sobre aquellas experiencias que pudieron haberlo llevado a la psicosis, sino que hace vivenciar al paciente una experiencia. Esta relación

de comunicación personal significativa: a) permite al paciente experimentar aquellos aspectos de una relación que nunca había sido parte de su vida; b) le da al paciente la oportunidad de comparar este tipo de relación con relaciones previas o no-relaciones; c) le permite expandir sus relaciones y aumentar sus habilidades de socialización interpersonal en una forma apropiada. Es este proceso de resocialización y reestructuración lo que permite que esto llegue a darse.

Durante estas etapas, no es solamente importante la relación terapéutica, sino también los programas residenciales y las comunidades terapéuticas son de crucial importancia en el proceso de lograr reintegrar al paciente nuevamente a la comunidad. No es suficiente hacer un contacto rápido y establecer una relación con el esquizofrénico. La resocialización que ocurre sobre un largo período de tiempo es necesaria a fin de lograr un tratamiento bien logrado.

Debido a la rapidez con que Rosberg interviene en la terapia, en ocasiones no es fácil darse cuenta de lo que está realmente sucediendo en la sesión de tratamiento. Cuando se le pregunta, Rosberg no puede dar cuenta totalmente de lo que ocurre.

La responsabilidad del psicoterapeuta es grande. Rosberg es uno de los pocos psicoterapeutas que están dispuestos a comprometerse a ayudar al paciente esquizofrénico crónico a cambiar.

B I B L I O G R A F I A .

- 1) Alexander, F. and French T.M., *Terapia Psicoanalítica: Sus Principios y Aplicación*. Nueva York: Ronald Press, 1946.
- 2) Arieti, S., *Interpretación de la Esquizofrenia* (2ª. Edición), Nueva York, Basic Books, 1974.
- 3) Auerbach, A., *Esquizofrenia: Un Enfoque Integrado*. Nueva York: Ronald Press, 1959.
- 4) Bandler, R. & Grinder, J. *La Estructura de la Magia I: Un libro sobre el Lenguaje y Psicoterapia*. Palo Alto, California: Science & Behavior Books, 1975.
- 5) Bateson, G. *Pasos Hacia una Ecología de la Mente*. New York: Ballantine Books, 1972.
- 6) Bateson, G., Jackson, D., Haley, J., & Weakland, J. "Toward a Theory of Schizophrenia. *Behavioral Science*. 1956, I, 251-264.
- 7) Bergantino, L. *Psychotherapy, insight, and style: The Existential Moment*. Boston, Mass.: Allyn & Bacon, 1981.
- 8) Berger, M. *Videotape Techniques in Psychiatric Training and Treatment*. New York: Brunner/Mazel, 1978.
- 9) Birdwhistell, R.L. *Kinesics and context: Essays on Body Motion Communication*. Philadelphia, Penn.: University of Pennsylvania Press, 1970.
- 10) Brody, M. *Observations on "Direct Analysis": the Therapeutic Technique of Dr. John N. Rosen*. New York: Vantage Press, 1959.
- 11) Cameron, D.E. *Psychic Driving*. *American Journal of Psychiatry*, 1956, 112, 502-509.
- 12) Chapman, A.H., & Chapman, M.C. *Harry Stack Sullivan's Concepts of Personality Development and Psychiatric Illness*. New York: Brunner/Mazel, 1980.
- 13) Dilts, R. Grinder, J., Bandler, R., Cameron-Bandler, L., & De Lozier, J. *Neuro-Linguistic Programming: Volume I, the Study of the Structure of Subjective Experience*. Cupertino, Calif.: Meta Publications, 1980.

- 14) Ellis, A. How to Live with a Neurotic. New York: Crown, 1957.
- 15) Federn, P. Ego Psychology, and the Psychoses. New York: Basic Books, 1952.
- 16) Freud, S. Further Recommendations in Technique of Psychoanalysis: Recollection, Repetition, and Working Through. Collected Papers. London: Hogarth Press, 1946.
- 17) Fromm-Reichmann, F. Remarks on the Philosophy of Mental Disorders. Psychoanalysis and Psychotherapy. Chicago: University of Chicago Press, 1959.
- 18) Haley, J. Strategies of Psychotherapy. New York: Grune & Stratton, 1963.
- 19) Hill, L.B. Psychotherapeutic Intervention in Schizophrenia. Chicago. University of Chicago Press, 1955.
- 20) Horwitz, W.A., Polatin, P., Kolb, L.C. & Hoch, P.H. A Study of Cases of Schizophrenia Treated by "Direct Analysis." The American Journal of Psychiatry, 1958, 114 (9), 780-783.
- 21) Jung, C.G., Collected Works. New York: Pantheon, 1959.
- 22) Karon, B.P., & Rosberg, J. Study of the Mother-Child Relationship in a Case of Paranoid Schizophrenia. American Journal of Psychotherapy, 1958, 12, 522-533.
- 23) Klein, M. Contributions to Psychoanalysis. London: Hogarth Press, 1948.
- 24) Lacan, J. "Cuestiones Preliminares al Tratamiento de la Psicosis" Escritos, 1975, Edit. Paidós.
- 25) Lorr, M., Klett, C.J., Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale. Palo Alto, California.: Consulting Psychologists Press, 1966.
- 26) Moricca, L.S. Therapeutic Alliance in Direct Confrontation Psychotherapy with Schizophrenics: an Evaluation and Theory. Unpublished Doctoral Dissertation, California School of Professional Psychology, Fresno, 1980.
- 27) Rosen, J.N. Direct Analysis: Selected Papers. New York: Grune & Stratton, 1953.
- 28) Rosen, J.N. Direct Psychoanalytic Psychiatry. New York: Grune & Stratton, 1962.
- 29) Rosen, J.N. The Concept of Early Maternal Environment in Direct Psychoanalysis. Doylestown, Pa.: Doyleston Foundation, 1963.
- 30) Sechehay, M.A. Symbolic Realization. New York: International Universities, 1951.

- 31) Segal, H. Introduction to the Work of Melanie Klein. New York: Basic Books, 1964.
- 32) Shawn, T. Every Little Movement: A Book About Francois Delsarte. New York: Dance Horizons, 1954.
- 33) Skinner, B.F. Science and Human Behavior. New York: Macmillan, 1953.
- 34) Stebbins, G. Desarte System of Expression. New York: E.S. Warner, 1901.
- 35) Sullivan, H.S. Schizophrenia as a Human Process. New York: Norton, 1962.
- 36) The Comitte on Nomenclature and Statistics of the American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd. ed.). Washington, D.C. American Psychiatric Association, 1980.
- 37) Watzlawick, P. Beavin, J., & Jackson, D. Pragmatics of Human Communication. Palo Alto, Calif.: W.W. Norton, 1967.

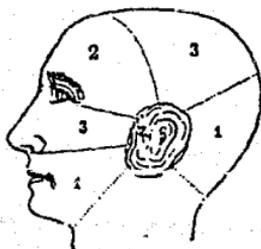
APENDICE.

EL SISTEMA DE DELSARTE DE EXPRESION DE MOVIMIENTO.

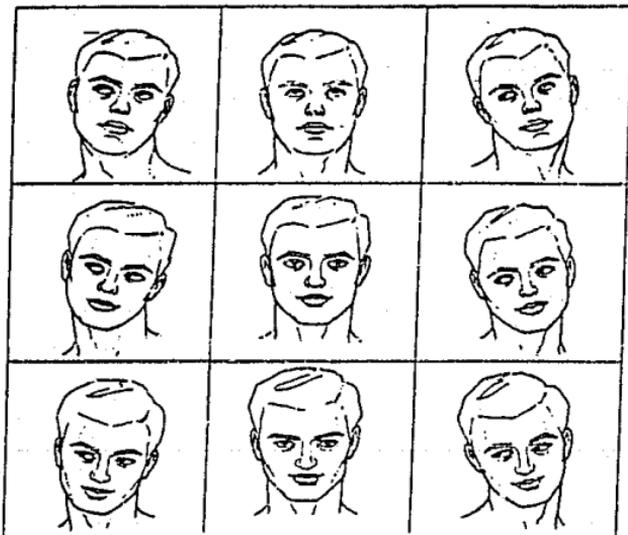
EXCENTRICO Excéntrico	NORMAL Excéntrico	CONCENTRICO Excéntrico
EXCENTRICO Normal	NORMAL Normal	CONCENTRICO Normal
EXCENTRICO Concéntrico	NORMAL Concéntrico	CONCENTRICO Concéntrico

ZONAS DE LA CABEZA:

- 1) -Vital
- 2) Mental
- 3) Moral



ACTITUD DE LA CABEZA.



Actitud EX/EX.

Cabeza levantada y volteada del obj. o persona.

Orgullo o

Rechazo

Actitud EX/NOR

Cabeza volteada del obj. o pers. crítica adversa o Examen sensual

Actitud EX/CON

Cabeza baja volteada del obj. o pers. Suspiciacia

Act. NOR/EX

Cabeza levantada sin inclinación Exaltación Extasis

Actitud NOR/NOR

Enfrentando al obj. o pers. Actitud normal

Actitud NOR/CON

Cabeza hacia abajo de frente Reflexión o Meditación

Actitud CON/EX

Cabeza levantada dirigida hacia el objeto o pers. Abandono o familiaridad vulgar

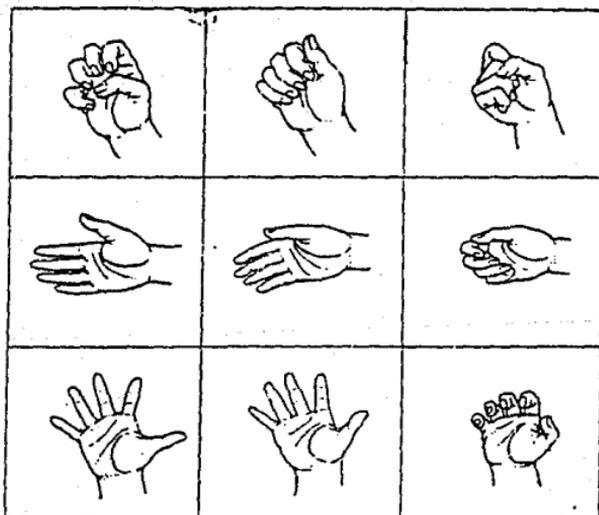
Actitud CON/NOR

Cabeza dirigida hacia el obj. o persona Crítica favorable o ternura

Actitud CON/CON

Cabeza hacia abajo dirigida hacia el obj. o pers. Veneración o ternura maternal

Actitud de la Mano



Act. EX/CON
Estado
Convulsivo

Act. NOR/CON
Autoridad

Act. CON/CON
Conflicto o
Lucha

Act. EX/NOR
Expansividad

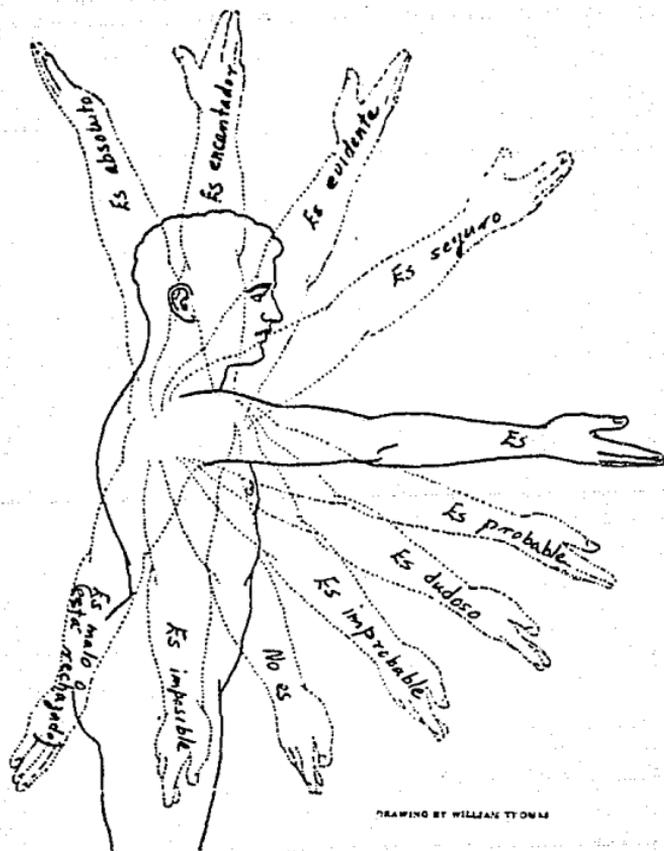
Act. NOR/NOR
Normal
Relajado

Act. CON/NOR
Sumisión

Act. EX/EX
Exasperación

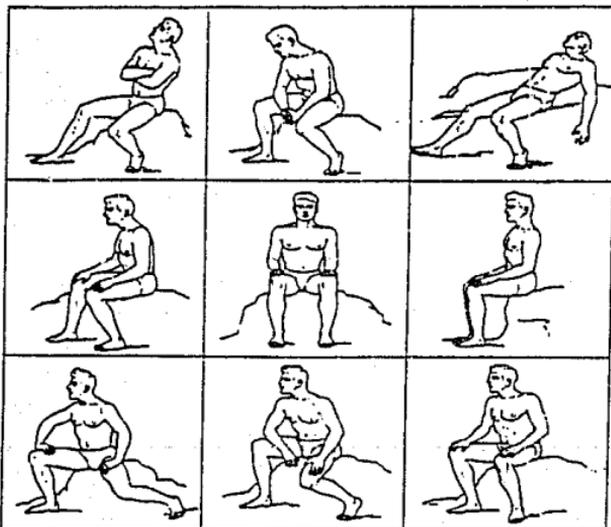
Act. NOR/EX
Exaltación

Act. CON/EX
Desesperación



THE DEGREES OF AFFIRMATION.

ACTITUD DE LOS DOS BRAZOS EN-RELACION A LAS PIERNAS.



Act. CON/CON
Desafío

Act. NOR/CON
Reflexión

Act. EX/CON
Estar postrado

Act. CON/NOR
Indecisión

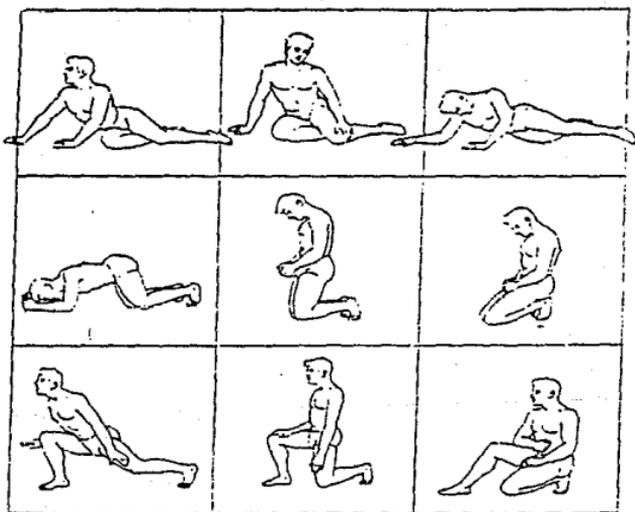
Act. NOR/NOR
Indecisión

Act. EX/NOR
Humildad

Act. CON/EX
Vehemencia
Atento pero
en desacuerdo

Act. NOR/ES
Expansividad
Interés

Act. EX/EX
Sin Expresión



Actitudes de las Piernas / de rodillas y de tado

Act. CON/EX
Desterrado con
Esperanza de
Regreso

ACT CON/NOR
Debilidad

ACT. CON/CON
Desterrado sin esperanza
de regreso

Act. NOR/EX
Sumisión u
Obediencia

Act. NOR/NOR
Humildad

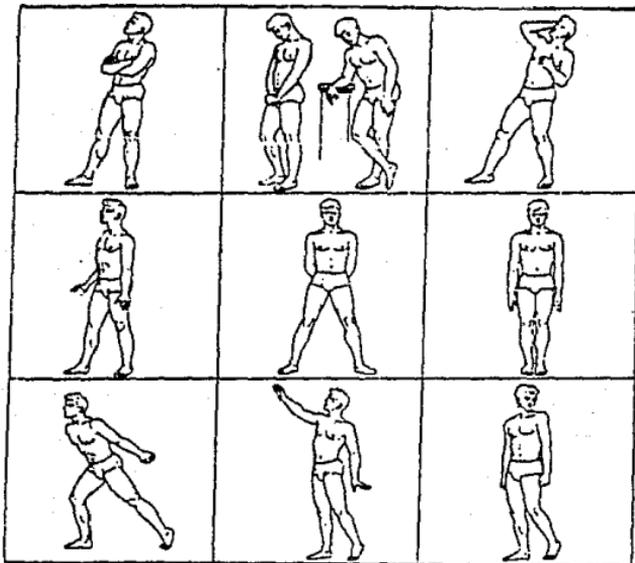
Act. NOR/CON
Desesperanza

Act. EX/EX
Ofensa o
Ataque

Act. EX/NOR
Pasividad
Inexpresividad

Act. EX/CON
Defensividad

Actitud del Cuerpo



Act. EX/CON
Desafío

Act. NOR/CON
Reflexión

Act. CON/CON
Postración

Act. EX/NOR
Indecisión

Act. NOR/NOR
Bienestar
Ebriedad
"Descanso" militar

Act. CON/CON
Atención militar
Niño ante el padre o superior

Act. EX/EX
Vehemencia
Ataque

Act. NOR/EX
Exaltación
Expansividad

Act. CON/EX
Inexpresividad