
EL TRATAMIENTO MULTIDIMENSIONAL EN PSIQUIATRÍA

José Luis González de Rivera y Revuelta

I. El estado actual de los tratamientos psiquiátricos

Este siglo ha conocido una serie de descubrimientos revolucionarios en el tratamiento de las enfermedades mentales, hasta el punto de que la psiquiatría, de ser una mera empresa custodial, ha pasado a convertirse en la más apasionante, activa y emprendedora de las especialidades médicas. La primera de estas revoluciones fue el desarrollo y puesta a punto por Sigmund Freud de su técnica psicoterapéutica psicoanalítica; históricamente, el primer método coherente y eficaz para el tratamiento de las neurosis. Muy en breve, comienza la segunda revolución, representada por la metodología para el estudio objetivo de la conducta por Watson y la formulación de las leyes que regulan el aprendizaje por Pavlov. A partir de los años cincuenta, con el descubrimiento de los primeros psicofármacos eficaces, empieza la revolución farmacológica en psiquiatría. El surgimiento de la Psiquiatría Comunitaria a finales de los años sesenta, con la instauración del principio de desinstitucionalización del paciente psiquiátrico y la aplicación de procesos y estructuras sociales al tratamiento y rehabilitación de los enfermos graves, se considera por algunos como una cuarta revolución, aunque en mi opinión se trata más bien de un «reajuste posrevolucionario». En efecto: ninguno de los actuales programas de la Psiquiatría Comunitaria sería posible sin la comprensión psicodinámica y, sobre todo, sin la existencia de psicofármacos eficaces.

Hace ya diez años afirmaba que todos los tratamientos actuales derivan de alguna de estos tres -independientes o combinados-; que la formación de terapeutas suele ser gravemente deficitaria en al menos una de las tres tendencias -y generalmente en dos (ocasionalmente en las tres)-; y que la elec-

ción de método terapéutico no depende tanto del paciente y de su patología, como de los gustos y formación del terapeuta (González de Rivera, 1980). Hoy aún me atrevería a seguir manteniendo esta idea, pero sólo hasta cierto punto. Desde los tiempos de mi estudio sobre las motivaciones emocionales inconscientes que determinan la adhesión de los terapeutas a una escuela determinada, se han producido por lo menos dos cambios importantes:

1) El retorno, cada vez con más fuerza y coherencia, de la terapia más antigua conocida por la humanidad: la Inducción de Estados Alterados de Conciencia (ASCI), de la que forman parte la sugestión y la hipnosis, pero también muchos nuevos enfoques, como la Psicoterapia Autógena, la Meditación y otras técnicas demasiado esotéricas para discutir-las en una lección introductoria.

2) La sustitución de fidelidades y compromisos a ultranza con escuelas e ideologías por un nuevo interés en la investigación objetiva de los mecanismos terapéuticos, con el correspondiente desarrollo de métodos eclécticos y técnicas pragmáticas.

La irrupción de los tratamientos ASCI y su paso desde el esoterismo marginal a la respetabilidad científica han sido sorprendentemente rápidos. Curiosamente, el propio avance de la psiquiatría biológica ha sido uno de los motores de este fenómeno, ya que el descubrimiento de los fármacos psicodislépticos desencadenó en la década de los años sesenta una explosión de interés por los estados alterados de conciencia y su potencial terapéutico. Después de un corto período de activa y más bien descontrolada experimentación, las imprevisibles respuestas al ácido lisérgico y sus afines, junto con el tremendo peso de sus efectos secundarios, llevaron al abandono casi total de su uso clínico, con excepción de muy específicos proyectos de in-

vestigación rígidamente controlados. Quedó sin embargo la impresión de que los campos de la mente son mucho más extensos de lo aceptado hasta entonces, incluso teniendo en cuenta los conceptos sobre el inconsciente de Freud y hasta los de la supraconciencia de Jung. Es en este momento cuando, mediante el contacto con las filosofías orientales, las viejísimas técnicas yóguicas y budistas encuentran en Occidente un terreno abonado para su introducción. Bien es verdad que, de todas formas, la terapia sugestiva directa o indirecta había ya constituido uno de los instrumentos esenciales de los médicos primitivos, y aún hoy lo es de muchos sanadores con indudable éxito. De hecho, hay quien todavía considera la sugestión como un componente esencial para la eficacia de cualquier enfoque terapéutico (Frank, 1978). Pero la terapia ASCI va mucho más allá de los usos de la convicción y la influencia, y permite, entre otras cosas, la recuperación y neutralización relativamente rápida de memorias traumáticas encapsuladas, la alineación o entrada en coherencia de aspectos dispersos de la personalidad y la eliminación de los bloqueos internos al desarrollo individual. Algunas modalidades de terapia ASCI han seguido un desarrollo propio independiente, como la Psicoterapia Autógena, pero la tendencia general es la de combinarlas con otras modalidades terapéuticas, como la terapia de la conducta o las psicoterapias de orientación psicoanalítica (Kutz, 1985). En mi propio método psicoterapéutico se recurre al uso no sugestivo de ASCI como coadyuvante de otras medidas generales, de educación, de catexis, de interpretación y de reconstrucción. Quizá el reconocimiento progresivo de la participación inespecífica de estados alterados de conciencia espontáneos en la génesis de algunos cuadros psicopatológicos (sobre todo fobias) y en procesos terapéuticos en principio no ASCI ha facilitado el desarrollo de las actuales tendencias hacia las amplitudes conceptual y técnica propias de los modernos psicoterapeutas.

De todas formas, es preciso reconocer que las primeras experiencias con combinaciones de métodos terapéuticos arrancan con la utilización conjunta de tratamientos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos, generalmente de orientación dinámica (Greenhill, 1983; Elkin, 1988). En una primera fase, que Karasu (1982) denomina recíproca, esta

combinación despertaba considerable desconfianza y muchos terapeutas opinaban que estos tratamientos eran incompatibles y hasta contrarios. Mientras que en los tiempos de mayor influencia y difusión de las psicoterapias psicoanalíticas el tratamiento farmacológico se consideraba menos eficaz menos duradero en sus efectos y más limitado en sus posibilidades terapéuticas, en los tiempos de posterior auge psicofarmacológico el sentido de la «reciprocidad» se invierte considerándose la psicoterapia más limitada, imperfecta y cuestionable aparte de indudablemente más cara y más complicada. Ofrece mejores resultados sola que combinada con psicoterapia, al menos en el tratamiento de la depresión endogenofórmica (Rousanville, 1981). En una fase posterior, que Karasu denomina aditiva, se reconoce que los efectos de ambas terapias no sólo no se oponen, sino que se potencian. Esta idea parece ser particularmente cierta en el tratamiento de la esquizofrenia, y su influencia en el desarrollo de las medidas de desinstitucionalización y de rehabilitación ha sido enorme. Mi impresión personal sobre las realidades que sustentan las interpretaciones recíprocas y aditivas es que ambas pueden ser ciertas, dependiendo del estado de tres variables inconspicuas pero esenciales: la actitud general del terapeuta, su competencia clínica y el grado de perfeccionamiento y desarrollo de los procedimientos que aplica. O, dicho de otra forma: si uno no cree en una técnica, que además está en un estadio rudimentario, y encima la maneja mal, los resultados pueden ser peores que si no hace absolutamente nada. Con la creciente adscripción de los terapeutas a más de una escuela y su aceptación de otros métodos terapéuticos, las asociaciones dejan de ser incompatibles y comienzan a demostrar la potencialidad de sus efectos sinérgicos. El desarrollo lógico inmediato del enfoque aditivo consiste en la combinación sistemática de técnicas de procedencias diversas, sin excesiva preocupación por bases teóricas que justifiquen dicha combinación, pero sí por la potenciación o indicación de cada técnica en un momento o fase terapéutica precisa. Esta postura, que se denomina eclecticismo, puede ser de tipo simultáneo -cuando se trata a un paciente con antidepresivos, relajación, apoyo, psicoterapia de grupo y sesiones semanales de interpretación psicodinámica -, semisimultáneo o progresivo

- cuando las técnicas varían en su aplicación y grado de participación en un programa terapéutico global: un enfermo recibe neurolépticos a grandes dosis, seguido por grupos terapéuticos y reducción de neurolépticos y finalmente psicoterapia ambulatoria de tipo expresivo con mínimas dosis de neurolépticos- o secuencial -cuando una técnica es aplicada durante una fase de la enfermedad y otra, en la fase siguiente: el paciente que recibe un curso de antidepresivos y ansiolíticos, seguido de tratamiento de relajación o entrenamiento autógeno básico y finalmente psicoterapia interpretativa intensiva-. El eclecticismo secuencial está en estrecha relación con otra versión del enfoque ecléctico, que es la Terapéutica Diferencial. Tremendamente sencilla en sus planteamientos básicos, la Terapéutica Diferencial trata de establecer las indicaciones y contraindicaciones de cada técnica o sistema terapéutico según las características del paciente y el tipo de psicopatología, de manera análoga a como se prescriben indicaciones terapéuticas en la Medicina Clínica. Con todos sus inconvenientes, contradicciones y ventajas, el enfoque ecléctico ha sido considerado, y yo creo que en ambos casos justamente, tanto la postura más racional y científica como la más insensata mezcolanza de teorías incompatibles (González de Rivera, 1980). Como el ser humano raramente se siente feliz utilizando algo que no entiende, en el seno del movimiento ecléctico surgen pronto intentos de demostrar, no sólo que el uso conjunto de enfoques dispares es clínicamente eficaz, sino que además también posee coherencia conceptual. Esta fase, que denominaremos de Integración, se caracteriza por la investigación y comparación de los principios teóricos y mecanismos terapéuticos de las diferentes modalidades terapéuticas, con objeto de descubrir sus áreas de continuidad y solapamiento. Al llegar a este punto, nos encontramos ya con un verdadero salto paradigmático, sobre todo para las psicoterapias. En efecto, si resumimos el proceso desde el principio, vemos cómo, de una primera fase en la que el modelo limitativo defendido por cada escuela se consideraba único e incompatible con los demás, se pasa a una segunda fase de reconocimiento progresivo de las limitaciones de la propia metodología y del alcance de las demás, hasta llegar a la fase de Integración, en la que se produce un brusco cambio de ni-

vel, con la repentina toma de conciencia de que las diferentes escuelas terapéuticas no son, después de todo, más que expresiones parciales y complementarias de un Modelo Global.

II. La clasificación formal de las psicoterapias

Prescindiendo, por el momento, de ampliar los conceptos, usos e indicaciones actuales de la psicofarmacología, que merecen un estudio aparte, vamos a concentrarnos en aquellos principios básicos de psicoterapia que son necesarios para desarrollar el concepto de tratamiento multidimensional. Deberíamos empezar por definir la psicoterapia, pero nos resultará más conveniente organizar, en primer lugar, toda la discusión precedente para, a manera de resumen, llegar a una clasificación formal de las psicoterapias (ver tabla I).

Denominaremos psicoterapias sistemáticas a todas aquellas que siguen un procedimiento o sistema apropiadamente descrito y que adoptan una postura teórica definida sobre la naturaleza del ser humano y sobre

TABLA I

<i>Clasificación formal de las psicoterapias</i>
Sistemática Ecléctica Integrada Multidimensional

los determinantes de su conducta y de la psicopatología individual. Las psicoterapias eclécticas son las que tienen como principal objetivo la aplicación clínica de técnicas de comprobada eficacia, sin mayor interés por justificaciones teóricas, limitándose, a lo sumo, a un relativismo teórico que acepta como buenas las explicaciones de un modelo sistemático en determinada situación o con determinados pacientes, mientras que en otras considera como modelo apropiado otro completamente distinto. Los tratamientos integradores son los que desarrollan un modelo teórico sobre la naturaleza de las funciones mentales y de los procesos psicopatológicos que se superpone y engloba formulaciones propias de distintas psicoterapias sistemáticas.

cas, cuyas técnicas adoptan como propias. El tratamiento multidimensional considera el funcionamiento del ser humano en varios planos, niveles o dimensiones superpuestos e interrelacionados cada uno de ellos con sus propias leyes, sus propios procesos psicopatológicos y sus propias respuestas peculiares ante las diferentes Intervenciones terapéuticas.

Definición de Psicoterapia

Es difícil encontrar en la literatura una buena definición de psicoterapia, especialmente una que sea lo bastante generalizada como para aplicarla a todos los sistemas y formas existentes, sin perder por ello la precisión del concepto. Y sin embargo, precisamente por tratarse de un tema difuso y en ocasiones conflictivo, es necesaria una definición que perfile el campo desde sus mismas raíces, y permita un punto de arranque común aplicable a las más de 200 escuelas psicoterapéuticas contabilizables hoy en día. Si en algo están de acuerdo todas estas tendencias es en que la psicoterapia se basa en una relación interpersonal, que sus objetivos son la mejora del paciente o cliente y que para ello se aplican algunas técnicas o principios. Partiendo de esta base de acuerdo mínimo, propongo definir la psicoterapia como «una relación establecida a propósito y de manera voluntaria, en la que intervienen por lo menos dos personas, una que sabe lo que está haciendo y otra que quiere ayuda para mejorar su vida». Mi formulación deja expresamente fuera del ámbito de las psicoterapias toda suerte de conversaciones bienintencionadas y amistosas, así como los efectos inespecíficos que la presencia, la personalidad o los sentimientos afectuosos de algunas personas tienen sobre otras. Veamos en detalle algunos de los elementos de esta definición. En primer lugar, la psicoterapia es, ante todo, una relación, es decir, requiere el establecimiento de una comunicación coherente, persistente, y con capacidad de permanencia en períodos de separación física. Es además una relación con propósito; esto es, no es ni casual ni incondicional, sino que posee desde su origen una finalidad que la justifica y le da razón de ser. Lo del establecimiento voluntario está menos claro, especialmente con métodos y terapeutas que no formulan, desde el primer momento de contacto y de manera clara y específica qué

es lo que se pretende y cómo se piensa conseguir. Sin embargo, lo considero un elemento esencial de la definición, porque implica la necesidad de un consentimiento, una decisión y, al menos a cierto nivel, un compromiso con la relación psicoterapéutica y sus fines. La necesidad de dos personas es obvia, aunque no excluye que puedan ser más, como ocurre en las psicoterapias de grupo. El terapeuta es «la persona que sabe lo que está haciendo», lo cual, desglosando el concepto en toda su extensión, significa:

- 1) Que es consciente de estar llevando a cabo una intervención clínica que exige, como tal, profesionalidad, corrección y responsabilidad.
- 2) Que posee capacidad personal para situarse en el lado generoso de la relación, dispuesto a dar de sí mismo sin permitir la gratificación de sus necesidades afectivas a costa del paciente.
- 3) Que posee una formulación cognitiva operativa sobre las estructuras y funciones mentales, los procesos de desarrollo, adaptación y defensa, las causas y mecanismos de psicopatología y los instrumentos de intervención terapéutica.
- 4) Que posee las habilidades necesarias para establecer y mantener la relación, obtener e interpretar los datos pertinentes para comprender al paciente y su patología, seleccionar y monitorizar las estrategias apropiadas y asegurar el progreso del paciente por medio del programa terapéutico. Finalmente, «la persona que quiere ayuda para mejorar su vida», a la que algunos terapeutas llaman paciente y otros, cliente, ha de aportar al menos dos ingredientes a la situación psicoterapéutica. En primer lugar, un mínimo grado de motivación para mejorar su vida, lo cual no es tan obvio ni tan común como puede parecer a primera vista. Asegurarse de que percibe las insuficiencias de su organización actual, que desea lo mejor para sí mismo y que está dispuesto a trabajar en su progreso y desarrollo es la primera tarea que confronta al terapeuta, y de su éxito depende el inicio mismo de la psicoterapia. Que quiera ayuda es bastante más fácil y más común, aunque con frecuencia no es precisamente ayuda terapéutica lo que persigue, sino la satisfacción de necesidades afectivas, de dependencia y, en ocasiones, de castigo masoquista. Convertir esos deseos en una alianza de trabajo para un fin común es otra de las tareas iniciales del terapeuta, sin lo cual, en lugar de psicoterapia, sólo se logra la repetición de relacio-

nes, en el mejor de los casos, estériles. En realidad, conseguir que el paciente sea un buen candidato para la psicoterapia y llevarlo hasta el punto en que esté listo para comenzar es la tarea más ardua, compleja y frustrante de todo el procedimiento. Una vez que esto se consigue, el resto es relativamente fácil.

III. Niveles de organización de la conducta

Uno de los principios básicos del tratamiento multidimensional es que la comprensión de la complejidad del funcionamiento humano puede facilitarse si aceptamos la existencia de al menos tres niveles de organización, que regulan tanto el comportamiento normal como las manifestaciones patológicas. Estos niveles son: el estructural, el neurofisiológico o neuroquímico y el informacional (tabla II).

TABLA II

<i>Niveles de organización de la conducta</i>
Estructural Neuroquímico Informacional

El nivel estructural depende de las peculiares características morfológicas del sistema nervioso, singularmente de la masa de neuronas y de sus interconexiones. La organización funcional del cerebro puede a su vez considerarse en tres grandes divisiones, el neocórtex, el sistema límbico y el diencefalo, responsables respectivamente de las actividades cognitivas, afectivas y vegetativas del individuo. Lesiones groseras o microscópicas de estructuras cerebrales producen alteraciones en la sensibilidad, el movimiento, el habla, la memoria, la expresión de los afectos, el control de los impulsos y la regulación neurovegetativa, por citar sólo las más llamativas. Siendo la integridad física necesaria, no es suficiente para asegurar la normalidad. La función neuronal puede alterarse, esto es, aparecer disfunciones de segundo nivel, neurofisiológicas o bioquímicas. El nivel neuroquímico corresponde a los procesos funcionales de comunicación neuronal, singularmente la neurotransmisión, y puede alterarse sin modificaciones iniciales del nivel estruc-

tural. Algunos de los cuadros psicopatológicos más severos y comunes, como la esquizofrenia y la depresión mayor, tienen su origen en disfunciones a nivel bioquímico. Finalmente, el nivel informacional se refiere a la coherencia de las pautas de aprendizaje y al equilibrio entre los impulsos y motivaciones del individuo, sus experiencias pasadas y expectativas futuras, y sus interpretaciones de la realidad. Las disfunciones en el nivel informacional se producen por incoherencia, incompatibilidad o contradicción en la información almacenada, y también por ausencias o errores en datos esenciales para la organización de una vida social satisfactoria. El exceso de información puede constituir también un factor patológico, si llega a sobrepasar el dintel máximo de las capacidades de procesamiento e integración del sistema nervioso. Los elementos del nivel informacional tienen representación en los otros dos niveles, se apoyan en ellos y hasta cierto punto los cualifican. Con objeto de facilitar la comprensión analógica intuitiva de mi modelo del triple nivel de organización, podemos compararlo con un cuadro, en el que el lienzo representa el primer nivel, la pintura el segundo y la belleza o el arte de lo representado el tercero. Esta comparación es grosera y no se corresponde en su totalidad. Para empezar, un aspecto importante de la triple organización es que los niveles no son estancos ni independientes, sino que hay intensa relación, influencia y modulación entre ellos. Así, por ejemplo, las lesiones estructurales se acompañan de alteraciones de neurotransmisión y de manejo de información, como ocurre por ejemplo en la degeneración tisular cerebral característica de la enfermedad de Alzheimer, a la que se asocia un déficit de neurotransmisión colinérgica y una incapacidad de registrar y recuperar información. Y, muchísimo más interesante, los avatares del nivel informacional, como por ejemplo los que se derivan de la permanencia en un medio rico o pobre en información y estímulos, regulan la actividad funcional y estructural del cerebro, influyendo en su actividad neurotransmisora y en el desarrollo de terminaciones axónicas y dendríticas neuronales. Así, en el síndrome de desconexión interhemisférica funcional de Luthe se produce una inhibición relativa de la conductividad interhemisférica cortical (nivel neurofisiológico), como consecuencia de persistente adquisición de información verbal in-

compatible con la gestáltica concomitante. El doble vínculo de Bateson induce probablemente un efecto similar sobre la neurotransmisión dopaminérgica a niveles frontolímbicos. La destrucción tisular característica de algunas esquizofrenias crónicas es probablemente secundaria a un mecanismo de neurotransmisión patológica similar al descrito por Stein y Wise.

Los ejemplos de intercomunicación e influencia de los distintos niveles entre sí son muchos, pero los enumerados son ya suficientes para establecer los dos principios generales del Tratamiento Multimodal que se derivan del concepto de Niveles de Organización Psicopatológica: 1) La modalidad terapéutica principal a aplicar es aquella que contrarresta más eficazmente las alteraciones etiopatogénicas en el nivel en que se desarrollan. Así, una depresión por déficit de catecolaminas debe ser tratada en primera aproximación con fármacos que eleven la neurotransmisión catecolaminérgica, mientras que la incapacidad crónica en establecer relaciones interpersonales gratificantes puede ser prioritariamente tributaria a una psicoterapia introspectiva o, quizá, a técnicas conductuales asertivas. 2) Debido al efecto modulador que cada nivel ejerce sobre la actividad de los otros dos, el tratamiento debe corregir disfunciones a cualquier nivel susceptibles de originar, mantener o potenciar las anomalías identificadas como principales. En el caso de la depresión mayor corregible por psicofármacos, un estado de frustración crónica en las relaciones interpersonales puede estar generando una disregulación de los mecanismos de neurotransmisión, que acaban con depleción de catecolaminas y nueva alteración bioquímica. El tratamiento psicofarmacológico en este caso debe complementarse con una psicoterapia que permita mejorar las relaciones interpersonales.

Un corolario de estos dos principios es que, a veces, la intervención más obvia puede resultar no ser la más adecuada, y que, inversamente, un tratamiento correcto puede acabar modificando manifestaciones psicopatológicas en niveles distantes de aquél en el que principalmente actúa.

IV. Las fases del tratamiento

El desarrollo de todo tratamiento psiquiátrico, y singularmente el desarrollo de una psicoterapia, está dividido en cuatro etapas o

fases, cada una de ellas con sus propias sub-fases y elementos característicos (ver tabla III). El conector orden y desarrollo de cada fase es esencial para el progreso terapéutico, y puede ser necesario modificar la estrategia general según la fase en que se encuentre la relación. El tratamiento multidimensional hace uso exhaustivo del principio de desarrollo fásico, y analiza en cada momento la táctica necesaria para cada fase, sin perder de vista su adecuación a la estrategia global. Describiremos aquí brevemente cada una de las fases, ofreciendo las definiciones y delimitaciones conceptuales más importantes, y reservando para una publicación monográfica próxima una exposición más amplia y detallada y el estudio de las intervenciones más apropiadas a cada caso.

1. El *compromiso* es el estadio inicial, en el que paciente y terapeuta deciden dedicar buena parte de su capacidad, tiempo, energías y de vínculo al logro de los objetivos terapéuticos. En ocasiones el terapeuta encuentra en sí mismo fuertes reticencias a entrar en esta fase, y cuando así ocurre debe renunciar a tratar al paciente, o por lo menos posponer el tratamiento hasta que haya identificado y resuelto las raíces de su resistencia. El paciente puede comprometerse de manera inmediata, inconsciente y automática, o requerir un cierto período exploratorio previo. Los elementos que juegan en esta decisión por parte del paciente son: 1) *La percepción del terapeuta*, o grado en que lo considera competente, empático y dispuesto a su favor, y poseedor de un poder que él no tiene y desea adquirir. 2) *Su motivación*, tanto en intensidad como en cualidad. El «terapeuta perfecto espantará prontamente a un paciente que acude sólo para satisfacer sus necesidades sadomasoquistas, a menos que logre convencerle para cambiar su motivación o seducirle con la perspectiva de los arduos esfuerzos necesarios para lograr el cambio. 3) *El encaje técnico* o grado en el que la educación, la personalidad y las experiencias pasadas del paciente se adecuan a la metodología terapéutica propuesta. Algunos pacientes pueden ofrecer grandes resistencias a determinadas técnicas y aceptar fácilmente otras, lo cual debe ser tenido en cuenta al realizar el planteamiento terapéutico inicial. En ocasiones puede ser necesario aplicar una técnica de conveniencia durante la fase de compromiso, posponiendo la meto-

dología más eficaz e idónea para etapas posteriores.

TABLA III

<i>Fases de la relación psicoterapéutica</i>
<p>1. <i>Compromiso</i> Percepción del terapeuta Motivación Encaje técnico</p> <p>2. <i>Proceso</i> Búsqueda de pautas Nueva información Fortalecimiento</p> <p>3. <i>Cambio</i> Renunciar Iniciar Mantener</p> <p>4. <i>Terminación</i> Cesión Permiso Autonomía</p>

2. El *proceso* es la etapa más compleja, y constituye el cuerpo central del tratamiento. Se puede dividir en tres aspectos, temporalmente concomitantes, la *búsqueda de pautas*, el acopio de *nueva información* y el *fortalecimiento*. La importancia relativa de cada aspecto es variable según el tipo de problema y de paciente, pero, en todo caso, en los estadios iniciales de esta etapa la sensación de movimiento psíquico es más importante que el contenido de ese movimiento. El proceso debe aportar la experiencia de darse cuenta de algo, lo cual es más importante que exactamente de qué se da uno cuenta.

Búsqueda de pautas. Los fenómenos psíquicos y sus manifestaciones conductuales no ocurren de cualquier manera, sino siguiendo unas reglas y caminos más o menos idiosincráticos y que denominamos pautas. Las pautas patológicas se caracterizan por ser excesivamente rígidas, inadecuadas a su contexto actual, inapropiadamente repetitivas y perjudiciales para el paciente (ver tabla IV).

La identificación, señalamiento y erradicación de estas pautas, con o sin conciencia de las mismas por parte del paciente, es un elemento esencial del proceso, y quizá el que

TABLA IV

<i>Búsqueda de pautas</i>
Repeticiones Gatillos Círculo vicioso Interacción

más pone a prueba la habilidad técnica del terapeuta. Las repeticiones son las pautas más sencillas, y se identifican fácilmente por su presentación inapropiada, sin desencadenante externo aparente y sin relación asociativa obvia con el contexto general de la situación. Cuando una unidad conductual de estas características se presenta de manera regular, la identificación de los elementos comunes en las situaciones en que aparece da la primera clave hacia su significado. En ocasiones, las pautas repetitivas son desencadenadas de manera brusca, a veces dramática, por ciertos estímulos por sí mismos irrelevantes, que actúan como gatillo de un arma cargada, presta a dispararse tan pronto como es accionado. Los círculos viciosos son pautas repetitivas secuenciales que ejercen un efecto de retroalimentación positiva entre sí, de tal manera que pueden automantenerse de manera indefinida. Su importancia en psicopatología es enorme, puesto que de ellos depende la persistencia de estados patológicos mucho tiempo después de que hayan desaparecido los factores etiológicos que los iniciaron en su momento. El descubrimiento de los círculos viciosos operativos en cada caso debe ser seguido por la identificación de su anillo más débil, o elemento del círculo en que la intervención apropiada resulta más eficaz. Dos círculos viciosos típicos y de presentación clínica muy generalizada, descritos en trabajos anteriores (Glez. de Rivera, 1981; 1984) se presentan a continuación (figs. 1 y 2).

Las aplicaciones terapéuticas prácticas del análisis de los círculos viciosos son evidentes. En el caso de los síndromes de ansiedad, y exponiéndolo de manera muy simplificada, en algunos pacientes puede ser lo más eficaz romper el círculo contrarrestando directamente la experiencia de la angustia, bien mediante relajación o mediante psicofármacos. En otros, el análisis del conflicto in-

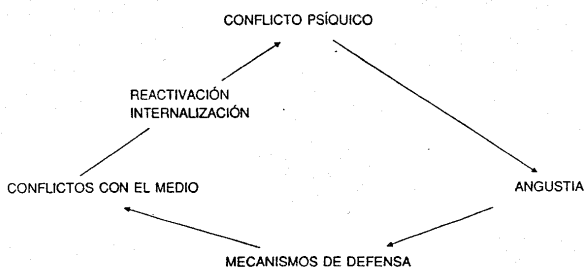


FIGURA 1. El círculo vicioso de la angustia (Glez. de Rivera, 1981) generalmente se inicia con una situación conflictiva con personas importantes del entorno, que es internalizada y convertida en conflicto psíquico interno. El recuerdo o la aproximación a la conciencia del conflicto interno genera ansiedad, que a su vez pone en marcha mecanismos automáticos de defensa y adaptación para evitar la experiencia desagradable. Como estos mecanismos son con frecuencia maladaptativos o inadecuados a las exigencias reales del medio, se producen nuevos conflictos externos, que son nuevamente internalizados o que reactivan conflictos internos ya presentes.

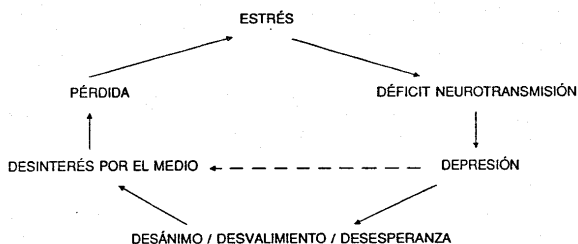


FIGURA 2. El círculo vicioso de la depresión (Glez. de Rivera 1981) se puede originar por una pérdida, a la que sigue una reacción de duelo, que si no se resuelve pronta y eficazmente, o si coincide con otras circunstancias que ya sobrecargan las capacidades de adaptación del sujeto, se convierte en situación estresante cuyo mantenimiento activa los mecanismos de neurotransmisión. La hiperactividad de estos mecanismos puede llegar a agotarlos, produciéndose un déficit de catecolaminas y/o serotonina, que conduce clínicamente a un estado depresivo. El desinterés por el medio y la inhibición generalizada de actividad e iniciativas deja al depresivo en situación de inferioridad competitiva, pudiendo sufrir con relativa facilidad nuevas pérdidas

terno puede ser lo más adecuado, o por el contrario la modificación de las conductas que crean conflictos externos, o el apoyo de los mecanismos de defensa más adaptativos

y la inhibición de los más inadecuados. Lo que sí resulta bastante claro es que ningún tratamiento puede ser globalmente efectivo si no interrumpe la retroalimentación positiva del circuito, aunque sea sintomáticamente eficaz en alguna de sus manifestaciones aisladas. Lo mismo podemos decir en el círculo vicioso de la depresión, en el que, independientemente del punto de entrada, la situación se mantiene por sí misma, y puede volver a reproducirse después de un tratamiento aparentemente eficaz, pero que no resuelve totalmente las tendencias circulares repetitivas.

Las repeticiones en la relación se corresponden con lo que en psicoanálisis se denomina transferencia cuando se refieren al terapeuta, y su manejo más correcto puede, en general, resumirse diciendo que deben interpretarse y corregirse pronto y totalmente cuando son de tipo negativo, y permitirse e incluso potenciarse durante toda la fase de proceso y parte de la de cambio cuando son de tipo positivo. Las repeticiones en relaciones fuera de la situación terapéutica son muy comunes, y su manejo es el mismo que con cualquier otro tipo de repetición. En general, aun en los casos en que parecen tener efectos beneficiosos, las pautas repetitivas son fenómenos automáticos, rígidos y forzados. Un tratamiento global completo debe restaurar totalmente la libertad de acción del paciente, aunque la corrección de pautas relacionales no malignas puede, en general, esperar hasta la fase de terminación.

La adquisición de nueva información (tabla V) es la parte del proceso que desarrolla en el paciente las necesarias estructuras cognitivas y emocionales para corregir sus errores, compensar sus defectos y resolver sus conflictos.

Precepto son las directivas concretas, enseñanzas o amonestaciones directas, en todo similares a las que se aplican en la educación tradicional. El ejemplo actúa de manera inespecífica cuando el terapeuta representa para el paciente la encarnación de lo que éste desea llegar a realizar en sí mismo, y de manera específica cuando el terapeuta modela acciones y actitudes concretas para el paciente y supervisa el aprendizaje de las mismas. El descubrimiento o insight se puede definir como el proceso a través del cual el significado, la importancia, la pauta o el propósito de una experiencia se clarifica.

TABLA V

<i>Procedimientos de adquisición de nueva información en el proceso psicoterapéutico</i>
Precepto Ejemplo Descubrimiento Condicionamiento Sugestión

Es muy parecido a un proceso creativo y consta de sus mismas fases de preparación, incubación, inspiración y elaboración. En términos muy generales, puede considerarse como un descubrimiento que el paciente realiza sobre sí mismo y que da nuevo significado a experiencias conocidas pero valoradas distintamente. El condicionamiento consiste en la aplicación clínica práctica de los principios tradicionales de aprendizaje y modificación de la conducta, y la sugestión es, en realidad, un precepto que rodea y evita las funciones conscientes de evaluación crítica del sujeto, bien por las características de su presentación, bien por el estado de conciencia en que en ese momento se encuentra el paciente.

3. La fase de *cambio* culmina el proceso y representa la conclusión y éxito del mismo. Hay en ella tres aspectos importantes, que necesitan afianzarse para asegurar la permanencia de los resultados terapéuticos. El primero es la *renuncia* a la enfermedad y a todo lo relacionado con ella, lo cual incluye elementos tan gratos como la relación positiva con el terapeuta y tan útiles como las múltiples exenciones de responsabilidad que estar enfermo conlleva. El proceso de renuncia es afín al duelo, y el paciente ha de revisar todas sus razones para *seguir* enfermo, y asegurarse de que, a pesar de ellas, prefiere su nuevo estado sano de funcionamiento. Además de los bien conocidos beneficios secundarios que toda patología comporta, existe un Beneficio Primario, que puede formularse como la evitación de un mal mayor que el representado por los síntomas. El éxito de la fase de renuncia requiere que la aceptación y el trabajo sobre este «Mal Mayor», propio del proceso psicoterapéutico haya sido realizado de manera total y concienzuda.

Los otros dos aspectos del cambio son el inicio de pautas de acción libres, apropiadas y voluntarias, que sustituyen las antiguas conductas patológicas, y el *mantenimiento* de estas pautas mediante creación de estructuras mentales capaces de detectar, interrumpir y neutralizar cualquier mecanismo repetitivo patológico o en círculo vicioso que pudiera producirse. Con frecuencia, ello significa la adopción persistente de hábitos de higiene mental y la aplicación permanente de alguna técnica psicológica personal a título preventivo.

4. La fase de *terminación* constituye la «graduación» del paciente como experto en el funcionamiento de su propia mente, y conlleva la aceptación mutua de terapeuta y paciente como individuos maduros, autónomos e independientes. Es la fase en que deben acabar de resolverse las relaciones transferenceles positivas, las dependencias de tipo regresivo y las idealizaciones infantiles. En esta fase el paciente toma consciencia de su propia fuerza y se reconoce como responsable único de su propia vida. Las tres intervenciones del terapeuta en esta fase son: la *cesión* de sus enseñanzas y métodos, que ahora pertenecen al paciente como propios, el *permiso* para que desarrolle su vida y actúe bajo su propia responsabilidad y el reconocimiento definitivo de la *autonomía* del paciente, y de la suya propia con respecto a él. Aunque en ocasiones es sumamente rápida, esta fase con frecuencia se prolonga en el tiempo mucho más que todo el resto del tratamiento, en forma de recuerdos y fantasías sobre el terapeuta en los momentos de estrés y consultas aisladas esporádicas.

V. Conclusión

Las distintas escuelas, tendencias terapéuticas y orientaciones psiquiátricas representan interpretaciones parciales de la Naturaleza Humana en general, y de la psicopatología y los procesos psicoterapéuticos en particular. Una visión más completa puede lograrse si se acepta que tanto el origen de la psicopatología como el proceso terapéutico tienen un carácter multidimensional, y que algunos enfoques son más apropiados para una dimensión que para otras. El tratamiento multidimensional pretende establecer las dimensiones precisas en las que la intervención terapéutica puede ser más eficaz, adop-

tando técnicas de otros métodos terapéuticos o desarrollando intervenciones propias según los objetivos que se decide alcanzar. La meta, resultado o formulación de cómo serán las cosas cuando el tratamiento haya terminado satisfactoriamente es un apartado importante del planteamiento terapéutico inicial. A diferencia de otros métodos terapéuticos, que caminan desde una exploración difusa del pasado hacia un futuro impreciso y desconocido, en mi método el paciente determina el resultado final al que quiere llegar, y el terapeuta le ayuda a aprender consciente e inconscientemente los pasos intermedios. La división del proceso terapéutico global en sus etapas o fases componentes facilita la labor conjunta, y permite establecer con razonable aproximación la duración del tratamiento, el camino recorrido y los objetivos aún pendientes de alcanzar.

VI. Bibliografía

- BEITMAN, B.D., GOLDFRIED, M.R. y NORCROSS, J.C.: «The movement toward integrating the psychotherapies: An overview», *Am. J. Psychiatr.*, 146 (1989), 138-147.
- ELKIN, I., PILKONIS, P.A., DOCHERTY, J.P. y SOTSKY, S.M.: «Conceptual and methodological issues in comparative studies of Psychotherapy and Pharmacotherapy, I: Active ingredients and Mechanisms of change», *Am. J. Psychiatr.*, 145 (1988), 909-917.
- , PILKONIS, P.A., DOCHERTY, J.P. y SOTSKY, S.M.: «Conceptual and methodological issues in comparative studies of Psychotherapy and Pharmacotherapy. II: Nature and timing of treatment effects», *Am. J. Psychiatr.*, 145 (1988), 1.070-1.076.
- FRANK, J.D.: *Persuasion and Healing*, Baltimore, The John Hopkins University Press, 1973.
- : HOEHN-SARIC, R., IMBER, S.D., LIBERMAN, B.L. y STONE, A.R.: *Effective ingredients of Successful Psychotherapy*, Nueva York, Brunner/ Mazel, 1978.
- GREENIILL, M.H. y GRALNICK, A.: *Psychopharmacology and Psychotherapy*, Nueva York, The Free Press, 1983.
- GONZÁLEZ DE RIVERA, J.L.: «Identity and Psychiatric Training», *Psychiatr.*, J., Univ. Ottawa, 5 (1980), 24-27.
- : «La terapia de relajación en la consulta psiquiátrica interdepartamental», *Psiquis*, 2 (1981), 33-36.
- : «Psicoterapia y Psicoterapeutas», *Psiquis*, 3 (1982), 112-115.
- : «El fenómeno "círculo vicioso" en la depresión», *Psiquis*, 5 (1984), 104-107.
- KARASU, T.B.: «Psychotherapy and Pharmacotherapy: Toward an Integrative Model», *Am. J. Psychiatr.*, 139 (1982), 1.102-1.113.
- : y BELLAK, L.: *Specialized Techniques in Individual Psychotherapy*, Nueva York, Brunner/Mazel, 1980.
- KOVACS, M., RUSH, J., BECK, A.T. y HOLLON S.D.: «Depressed outpatients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy», *Anch. Gen. Psychiatr.*, 38 (1981), 33-39.
- KUTZ, L, BORYSENKO, J.Z. y BENSON H.: «Meditation and Psychotherapy: A rationale for the integration of dynamic psychotherapy, the relaxation response and mindfulness meditation», *Am. J. Psychiatr.*, 142 (1985), 1-8.
- NORCROSS, J.C. (Ed.): *Handbook of Eclectic Psychotherapy*, Nueva York, Brunner/Mazel, 1986.
- ROUNSAVILLE B.J., KLERMAN, G.L. y WEISSMAN, M.M.: «Do psychotherapy and pharmacotherapy for depression conflict», *Arch. Gen. Psychiatr.*, 38 (1981), 24-29.
- SARWER-FONER, G.J.: «Psychodynamic action of pharmacologic drugs and the Target Symptom versus the Anti-Psychotic Approach to Psychopharmacologic Therapy: Thirty years later», *Psychiatr. J. Univ. Ottawa*, 14 (1989), 268-278.
- SHAPIRO, D.A. y SHAPIRO D.: «Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement», *Psychological Bulletin*, 92 (1982), 581-604.
- WINNICOTT, D.W.: *Therapeutic Consultations in child Psychiatry*, Londres, The Hogard Press, 1971.