
La psicoterapia multidimensional

J. L. González de Rivera*

Psiquis, 1990; 11: 246-254

Resumen

La combinación de tratamientos psiquiátricos debe tener en cuenta la existencia de los niveles estructural, bioquímico e informacional en que puede organizarse la psicopatología. El tratamiento multidimensional atiende a este principio, y persigue entre sus objetivos la interrupción de círculos viciosos o mecanismos de retroalimentación positiva que mantienen los procesos patológicos independientemente de las razones de su inicio. Se define la psicoterapia en general, atendiendo a sus aspectos interactivos y a las funciones de sus participantes. El éxito del tratamiento se considera dependiente del desarrollo progresivo de la relación psicoterapéutica en cuatro fases: compromiso, proceso, cambio y terminación. Estas cuatro fases son descritas, junto con sus subfases específicas.

Abstract

Multidimensional Psychotherapy proposes that the combination of psychiatric therapies has to be guided by the organization of psychopathology in three different levels or dimensions: Structural, Biochemical and Informational. One of the aims of therapy is the interruption of vicious cycles or positive feedback loops, which maintain psychopathology independently of its origin. Psychotherapy in general is defined according to its interactive aspects. The success of psychotherapy depends on the progressive development of the relationship's 4 stages: Commitment, Process, Change and Termination. Each of these phases and its specific sub-phases is described.

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 ha sido el desarrollo y puesta a punto por Sigmund Freud de la psicote-

* Catedrático de psiquiatría

rapia psicoanalítica, históricamente el primer método coherente y eficaz para el tratamiento de las neurosis. Casi al mismo tiempo, se produce la segunda revolución, representada por la formulación de las leyes que regulan el aprendizaje por Pavlov y la metodología para el estudio objetivo de la conducta por Watson. Finalmente, con el descubrimiento de los primeros psicofármacos eficaces en los años 50, empieza la revolución farmacológica, todavía en plena expansión. El surgimiento de la Psiquiatría Comunitaria a finales de los años 60, 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 postrevolucionario». En efecto, ninguno de los actuales programas de la Psiquiatría Comunitaria serían posibles 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 alguno de estos tres, independientes o en combinación, y que, desgraciadamente, la formación de terapeutas suelen ser gravemente deficitaria en al menos una de las tres tendencias, con frecuencia en dos (y ocasionalmente en las tres!). En este contexto de parcialidad, ocurría con frecuencia que la elección de método terapéutico no dependía tanto del paciente y de su patología, sino, sobre todo, 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 explican la adhesión del terapeuta a una escuela determinada, las fidelidades y compromisos a ultranza han sido sustituidas por el interés en la investigación objetiva de los mecanismos terapéuticos, lo cual ha favorecido el desarrollo de métodos eclécticos y de técnicas pragmáticas.

Por otra parte, en los últimos años está teniendo lugar, cada vez con más fuerza y coherencia; un pujante desarrollo de métodos que hacen uso de la Inducción de Estados Alterados de Conciencia (ASCI), de los que forman parte la sugestión y la hipnosis, pero también muchos nuevos enfoques como la Psicoterapia Autógena, la Meditación, y otras técnicas cuya eficacia clínica aún no ha sido satisfactoriamente comprobada.

La irrupción de los tratamientos ASCI, y su paso desde el esoterismo marginal a la respetabilidad científica ha sido sorprendentemente rápido. Curio-

samente, 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, los alarmantes efectos secundarios llevaron al abandono casi total de su uso clínico, con excepción de aplicaciones experimentales rígidamente controladas. 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, a través del contacto con las filosofías orientales, las viejísimas técnicas yogas 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).

La combinación de tratamientos

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). Esta combinación de tratamientos ha seguido un desarrollo que representa fases sucesivas de cooperación y apertura mental, bien estudiadas por Karasu (1982). Inicialmente, en la fase denominada «recíproca», esta combinación despertaba considerable desconfianza, y muchos terapeutas las consideraban incompatibles y hasta contrarias. 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. Curiosamente, 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. De hecho, algunos estudios muestran que la farmacoterapia ofrece mejores resultados sola que combinada con psicoterapia, al menos en el tratamiento de la depresión endogenomórfica (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. Dicho de otra forma, si el terapeuta no cree en una técnica, que además está todavía en un estadio rudimentario, y encima la maneja mal, los resultados pueden ser peores que si no hace absolutamente nada. Con la exposición creciente 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 si 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, como cuando se trata a un paciente con antidepresivos, apoyo y psicoterapia de grupo; semisimultáneo o progresivo, cuando el grado de aplicación de las técnicas varía según la evolución del paciente, como cuando un enfermo recibe neurolépticos a grandes dosis en una fase psicótica aguda, seguido por grupos terapéuticos y reducción de neurolépticos, y finalmente psicoterapia ambulatoria de orientación dinámica con mínimas dosis de neurolépticos; o secuencial, cuando una técnica es aplicada durante una fase de la enfermedad, y otra en la fase siguiente, como el paciente que recibe un curso de

antidepresivos y ansiolíticos, seguido por tratamiento de relajación o entrenamiento autógeno básico y finalmente psicoterapia interpretativa intensiva. La modalidad secuencial del eclecticismo 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 (Frances, 1984).

Como el ser humano raramente se siente feliz utilizando algo que no entiende, y seguramente también como reacción ante críticas que lo acusaban de no ser más que un «batiburrillo de teorías» (Eysenck, 1970) surgieron pronto intentos para demostrar, no sólo que el uso conjunto de enfoques dispares puede ser clínicamente eficaz, sino que también posee, además, coherencia conceptual. Este movimiento, que denominaremos de Integración, se caracteriza por la investigación y comparación de principios teóricos y mecanismos terapéuticos de las diferentes psicoterapias, con objeto de descubrir sus complementariedades y coincidencias. Al llegar a este punto, nos encontramos ya con un verdadero salto paradigmático, que resultará más aparente si resumimos el proceso desde el principio: 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 la segunda fase de reconocimiento progresivo de las limitaciones de la propia metodología y del alcance de las demás, para finalmente llegar a la fase de Integración, donde se produce un brusco cambio de nivel, con la repentina toma de conciencia de que las diferentes escuelas terapéuticas pueden ser, después de todo, expresiones parciales y complementarias de un Modelo Global.

El tratamiento multidimensional

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. Estas dimensiones o niveles son: el estructural, el neurofisiológico o neuroquímico y el informacional.

El nivel estructural depende de las peculiares características morfológicas del sistema nervioso, singularmente de la masa de neuronas y de sus in-

terconexiones. 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 estructural. 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 un 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 adquieren representación física en los otros dos niveles, se apoyan en ellos y hasta cierto punto los cualifican. E inversamente, los niveles estructural y bioquímico condicionan las posibilidades y prioridades del nivel informacional. Con objeto de facilitar la comprensión analógica intuitiva de este modelo, podemos compararlo con una obra de arte, en la que el lienzo representa el primer nivel, la pintura el segundo y la belleza o el valor artístico de lo representado, el tercero. Esta comparación, aunque ofrece una primera aproximación, es bastante 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 (Glez. de Rivera, 1987). 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 incompatible con la gestáltica concomitante (Glez. de Rivera, 1978). El doble vínculo de Bateson induce probablemente un efecto similar sobre la neurotransmisión dopaminérgica a niveles frontolímbicos, mientras que la destrucción tisular característica de algunas esquizofrenias crónicas puede ser secundaria a un mecanismo de neurotransmisión patológica, según describen por Stein y Wise.

Aunque las tres dimensiones consideradas tienen naturaleza diferente y obedecen a leyes distintas, la intercomunicación e influencia de los distintos niveles entre si es continua. Del concepto de Niveles de Organización Psicopatológica se derivan dos principios generales del Tratamiento Multidimensional:

1) La modalidad terapéutica principal a aplicar es aquélla 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, alteraciones inconspicuas en una dimensión pueden tener efectos dramáticos en otra. El tratamiento debe orientarse en consecuencia a corregir disfunciones a cualquier nivel que sean susceptibles de originar, mantener o potenciar las anomalías identificadas como principales. Por ejemplo, en un caso de depresión mayor corregible por psicofármacos, un estado de frustración crónica en las relaciones interpersonales puede estar generando una disregula-

ción de los mecanismos de neurotransmisión, que acaban con depleción de catecolaminas y nueva alteración bioquímica. El tratamiento psicofarmacológico en este caso obtendrá siempre resultados temporales, y debe complementarse con una psicoterapia que permita mejorar las relaciones interpersonales. Por otra parte, esta psicoterapia sólo podrá comenzarse con perspectivas de éxito cuando el tratamiento farmacológico haya logrado remisión de los síntomas depresivos más agudos.

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

Definición general de la psicoterapia

Es difícil encontrar en la literatura una buena definición de psicoterapia, especialmente una que sea lo bastante generalizada como para aplicarse 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 todas estas tendencias están de acuerdo, 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 bien intencionadas 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 a través de 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 la 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, que es lo que se pretende y como 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, lo cual 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 la 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 a través del programa terapéutico. Finalmente, «La persona que quiere ayuda para mejorar su vida», 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, 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 relaciones, 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.

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 subfases y elementos característicos (ver tabla I). El correcto 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.

TABLA I

Fases de la relación psicoterapéutica

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

1. El compromiso es el estadio inicial, en el que paciente y terapeuta deciden dedicar buena parte de su tiempo, energías y capacidad 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 per-

cepción 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, personalidad y 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 metodología más eficaz e idónea para etapas posteriores.

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 de 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 que 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.

Búsqueda de pautas

- Repeticiones
- Gatillos
- Círculo vicioso
- Interacción

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 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).

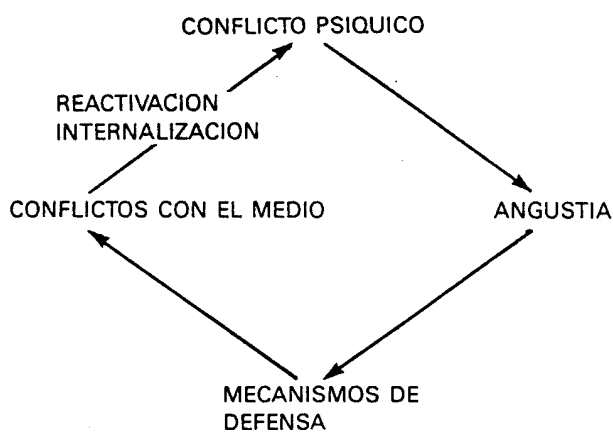


Fig. 1. El círculo vicioso de la angustia (Glez. de Rivera, 1981) generalmente se inicia con una situación conflictiva con personas importantes del entorno, que es internalizada y convertida en conflicto psíquico interno. El recuerdo o la aproximación a la conciencia del conflicto interno genera ansiedad, 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.

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 contrarestando directamente la experiencia de la angustia, bien mediante relajación o mediante psicofármacos. En otros, el análisis del conflicto interno 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 total-

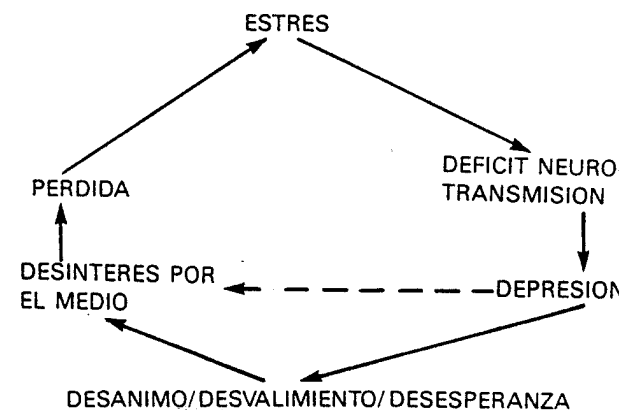


Fig. 2. El círculo vicioso de la depresión (Glez. de Rivera, 1984) se puede originar por una pérdida, a la que sigue una reacción de duelo, que si no se resuelve pronta y eficazmente, o si coincide con otras circunstancias que ya sobrecargan las capacidades de adaptación del sujeto, se convierte en situación 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.

mente 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 formación, 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.

Procedimientos de adquisición de nueva información en el proceso psicoterapéutico

Precepto
Ejemplo
Descubrimiento
Condicionamiento
Sugestión

Precepto son las directivas concretas, enseñanza 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, importancia, pauta o propósito de una experiencia se clarifica. 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 de acabar de resolverse las relaciones transferenciales 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: 1) la cesión de sus enseñanzas y métodos, que ahora pertenecen al paciente como propios, 2) el permiso para que desarrolle su vida y actúe bajo su propia responsabilidad y 3) el reconocimiento definitivo de la autonomía del paciente, y por supuesto de la suya propia. Aunque en ocasiones es sumamente rápida, esta fase puede prolongarse mucho más que todo el resto del tratamiento, aun después de haber sido el paciente oficialmente dado de alta. Es frecuente que muchos pacientes mantengan una relación imaginaria con recuerdos y fantasías sobre el terapeuta, especialmente en tiempos de estrés, que ocasionalmente se concretizan por la petición de consultas aisladas

esporádicas.

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, adoptando técnicas de otros métodos terapéuticos o desarrollando intervenciones propias según los objetivos que se deciden 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 este 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 aun pendientes de alcanzar.

Correspondencia:

Dr. J. L. González de Rivera
Avda. de Filipinas, 52.
28003 Madrid

Bibliografía

- BEITMAN, B. D.; GOLFRIED, M. R.; NORCROSS, J. C.: *The movement toward integrating the psychotherapies: An Overview*. *Am. J. Psychiatr.*, 1989, 146:138-147.
- ELKIN, I.; PILKONIS, P. A.; DOCHERTY, J. P.; SOTSKY, S. M.: *Conceptual and methodological issues in comparative studies of Psychotherapy and Pharmacotherapy, I: Active ingredients and Mechanisms of change*. *Am. J. Psychiatr.*, 1988, 145: 909-917.
- ELKIN, I.; PILKINIS, P. A.; DOCHERTY, J. P.; SOTSKY, S. M.: *Conceptual and methodological issues in comparative studies of Psychotherapy and Pharmacotherapy, II: Nature and timing of treatment effects*. *Am. J. Psychiatr.* 1988; 145: 1070-1076.
- EYSENCK, H. S.: *A mish-mash of theories*. *Int. J. Psychiatr.*, 1970; 9:140-146.
- FRANCES, A.; CLARKIN, J.; PERRY, S.: *Differential Therapeutics in Psychiatry. The art and science of treatment selection*. Brunner/Mazel, New York, 1984.
- FRANK, J. D.: *Persuasion and Healing. The John Hopkins University Press*. Baltimore, 1973.
- FRANK, J. D.; HEOHN-SARIC, R.; IMBER, S. D.; LIBERMAN, B. L.; STONE, A. R.: *Effective Ingredients of Successful Psychotherapy* Brunner and Mazel, New York, 1978.
- GONZALEZ DE RIVERA, J. L.: *Creatividad y Estados de Conciencia*. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 1978; 33:415-426.
- GONZÁLEZ DE RIVERA, J. L.: *Identity and Psychiatric Training*. *Psychiatric Journal of U. Ottawa*, 1980; 5:24-27.
- GONZÁLEZ DE RIVERA, J. L.: *La terapia de relajación en la consulta psiquiátrica interdepartamental*. *Psiquis*, 1981, 2:33-36.
- GONZÁLEZ DE RIVERA, J. L.: *Psicoterapias y Psicoterapeutas*. *Psiquis*, 1982; 3:112-115.
- GONZÁLEZ DE RIVERA, J. L.: *El fenómeno «circulo vicioso» en la depresión*. *Psiquis*, 1984; 5:104-107.
- GONZÁLEZ DE RIVERA, J. L.: *Estructura y función de la mente humana*. *Psiquis*, 1987; 8:346-351.
- GONZÁLEZ DE RIVERA, J. L.; GARCIA-ESTRADA, A.: *Psychopathology of Behaviour*. En: A. Seva (Ed.) *European Textbook of Psychiatry, Anthopos, Barcelona*, 1990.
- GREENHILL, M. H.; GRALNICK, A.: *Psypharmacology and Psychotherapy*. *The Free Press, New York*, 1983.
- KARASU, T B.: *Psychotherapy and Pharmacotherapy: Towards and Integrative Model*. *Am. J. Psychiatr.*, 1982; 139:1102-1113.
- KARASU, T B.; BELLAK, L.: *Specialized Techniques in Individual Psychotherapy*. Brunner and Mazel, New York, 1980.
- KOVACS, M.; RUSH, J.; BECK, A. T; HOLLON, S. D.: *Depressed outpatients treated with Cognitive Therapy of Pharmacotherapy*. *Arch. Gen. Psychiatr.* 1981; 38:33-39.
- KUTZ, I.; BORYSENKO, J. Z.; BENSON, H.: *Meditation and Psychotherapy: A rationale for the Integration of Dynamic Psychotherapy, the Relaxation Response and Mindfulness Meditation*. *Am. J. Psychiatr.*, 1985; 142:1-8.
- NORCROSS, J. C. (Ed.): *Handbook of Eclectic Psychotherapy*. Brunner and Mazel, New York, 1986.
- ROUSANVILLE, B. J.; KLERMAN, G. L.; WEISSMAN, M. M.: *Do psychotherapy and pharmacology for depression conflict?* *Arch. Gen. Psychiatr.*, 1981; 38: 24-29.

SARWER-FONER, G. J.: *Psychodynamic action of pharmacologic drugs and the Targher Sympton versus the Antipsychotic Approach to Psychopharmacologic therapy: Thirty years later. Psychiat. J. Univ. Ottawa, 1989; 14:268-278.*

SHAPIRO, D. A.; SHAPIRO, D.: *Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. Psychological Bulletin, 1982; 92:581-604.*

STEIN, L.; WISE, C. D.: *Possible etiology of Schizophrenia: Progressive damage to the noradrenergic reward system by 6-hydroxydopamine. Science, 1971; 171:1032-1041.*

STONE, E. A.: *Problems with current catecholamine hypothesis of antidepressants agents. Speculations leading to a new hypothesis. Behavioural and Brain Sciences, 1983; 6:535-577.*