

INTEGRACIÓN Y CAMBIO EN PSICOTERAPIA

Jorge Castelló Blasco
Psicólogo-psicoterapeuta
Valencia (España)
e-mail: jorge.castello@cultura.m400.gva.es

RESUMEN

El objetivo del presente artículo es estudiar las distintas modalidades de cambio que se producen en psicoterapia, y sugerir el enfoque que consideramos más adecuado para su consecución. En primer lugar se estudiará el cambio terapéutico desde dos vertientes, su magnitud y sus dimensiones, abordando así una doble perspectiva cuantitativa y cualitativa respectivamente. La primera de estas vertientes tratará el continuo “estructural (profundo) vs. sintomático (superficial)”; mientras que la segunda atenderá a las distintas dimensiones del sujeto que se ven afectadas positivamente por el cambio, entre otras la psicodinámica, la interpersonal, la afectiva, la cognitiva, la conductual y la biológica. A continuación se reflexionará sobre la unidad del sujeto en tanto organismo biopsicosocial, y se abogará por un enfoque psicoterapéutico integrador a efectos de conseguir cambios en todas sus dimensiones, con atención especial a las más afectadas. Finalmente, se resaltarán que las tendencias futuras de la psicoterapia se dirigen hacia la integración, considerada como una totalidad teórico-técnica que pretende aprehender la complejidad del sujeto e intervenir sobre ella, y no como una simple mezcla inconexa de técnicas fruto de diversas escuelas.

PALABRAS CLAVE: *Psicoterapia, cambio terapéutico, integración.*

ABSTRACT

The aim of this paper is to analyze the different types of change produced with psychotherapy and thus to suggest the most suitable approach to conduct it. First, the therapeutic change is studied both from its magnitude and from its dimension, thus from a quantitative and a qualitative perspective. The quantitative perspective deals with the "structural (deep) vs. symptomatic (superficial)" continuum, while the qualitative perspective considers the different dimensions of the subject which are positively affected by the change, in particular the psychodynamic, the interpersonal, the affective, the cognitive, the behavioral and the biological ones. Then, we discuss the unity of the subject as a biopsychosocial organism, and we propose an integrating psychotherapeutic method yielding changes in every dimension of the patient, especially in those most affected dimensions. Finally, we claim that future trends in psychotherapy point towards integration, considered as a theoretical-technical whole which aims at apprehending the complexity of the subject and work with it, and not just as a simple amalgam of unrelated techniques from different schools.

KEY WORDS: *Psychotherapy, therapeutic change, integration*

1.- INTRODUCCIÓN.

El objetivo del presente artículo es estudiar la naturaleza del cambio que se produce en psicoterapia, y proponer el enfoque que creemos más adecuado para conseguirlo de la mejor manera posible. Se estudiará el cambio desde sus vertientes cuantitativa y cualitativa, abordando en la primera perspectiva el continuo “cambio sintomático/cambio estructural”; y en la segunda las distintas dimensiones del sujeto que se ven afectadas positivamente por el tratamiento psicológico. Finalmente, se propondrá un modelo de psicoterapia integrador como el más adecuado para aprehender tanto la globalidad y unidad del organismo como la singularidad de sus dimensiones, entre otras la psicodinámica, la interpersonal, la afectiva, la cognitiva, la conductual y la biológica. Asimismo, se significará que las tendencias actuales y futuras en psicoterapia, y por extensión en el abordaje psiquiátrico de los trastornos mentales y del comportamiento, se dirigen hacia la integración.

El proceso y los mecanismos que producen el cambio no son el objeto de este artículo, es decir, no se tratará el “cómo” sino el “qué” respecto a los diferentes tipos de resultados positivos que se pueden dar en psicoterapia.

2.- MAGNITUD DEL CAMBIO TERAPÉUTICO.

El estudio del cambio desde un punto de vista cuantitativo debe decirnos el grado en que éste se ha producido; es una perspectiva que luego puede coordinarse con la cualitativa para determinar, por ejemplo, qué magnitud o nivel de cambio se ha alcanzado en la dimensión cognitiva del paciente.

Mucho se ha escrito sobre el continuo “cambio sintomático-cambio estructural”, en el sentido de que el primero era superficial mientras que el segundo era el profundo y deseable. Tradicionalmente, el gran valedor del cambio estructural ha sido el psicoanálisis con todas sus corrientes, en oposición a psicoterapias más centradas en los síntomas y problemas actuales, como la conductual o la cognitiva. De manera opuesta han reaccionado las mencionadas psicoterapias, criticando al psicoanálisis de dirigirse inútilmente a la modificación de la personalidad y de desatender la sintomatología y el

malestar concretos de los pacientes. Ciertamente, entre estas dos posturas dicotómicas hay puntos de encuentro, no teniendo por qué ser excluyentes para muchos profesionales las intervenciones clínicas y el cambio estructural (1).

El enfoque de este artículo será tratar los dos polos de la magnitud del cambio como referencia para determinar los objetivos de un tratamiento concreto. Es decir, simplificando enormemente, para un paciente será necesario conseguir cambios estructurales mientras que para otro no será necesario intervenir de manera tan ambiciosa, pudiendo centrarnos en la atenuación o erradicación de su sintomatología y problemas actuales. Más adelante matizaremos que se deberán planificar los objetivos no sólo en lo referido a la magnitud del cambio, sino considerando también sus dimensiones, pudiendo entonces proponer una intervención sintomática a nivel conductual y otra profunda a nivel interpersonal. Los dos ejes del cambio deberán ser tenidos en cuenta para la planificación del trabajo terapéutico.

Partiendo de estas bases, podemos detenernos en estos dos extremos del cambio. Sobre el cambio superficial o sintomático podríamos definirlo como aquél que sólo se centra en las manifestaciones disfuncionales o que en última instancia producen malestar, sin atender a las posibles causas que las han originado, y sin pretender una modificación ambiciosa que fortalezca las áreas afectadas del sujeto previniendo problemas posteriores. El cambio profundo sería el que, tras buscar las causas del malestar en estructuras subyacentes del individuo, intenta modificarlas y/o fortalecerlas, a efectos de prevenir recaídas y en definitiva de conseguir una mayor calidad de vida.

Estas dos manifestaciones de la diferente magnitud del cambio que se puede lograr en psicoterapia no son excluyentes como hemos dicho, pero en ocasiones pueden ser independientes según el tratamiento que se efectúe. Lo lógico sería pensar que si el cambio profundo es de una magnitud mayor que el sintomático éste debe estar incluido en él, es decir, el cambio estructural tendría que presuponer un alivio o remisión de los síntomas, pero esto no ocurre siempre así. El exponente más claro lo encontramos en la terapia psicoanalítica, que persiguiendo la modificación de las estructuras psíquicas del sujeto (cese de las represiones y otros mecanismos de defensa, resolución de las fantasías dirigidas hacia los objetos manifestadas en la transferencia, etc.) se olvida de los síntomas y quejas motivo de consulta, que pueden seguir atenazando al paciente.

¿Por qué ocurre esto? Desde nuestro punto de vista, la explicación radica en que se trata casi exclusivamente la dimensión psicodinámica del sujeto y se desatienden otras que pueden ser la base de los síntomas. Por ejemplo, en un caso de agorafobia el psicoanálisis se centraría en las causas de los síntomas, que podrían oscilar desde ansiedad de separación hasta impulsos reprimidos de naturaleza sexual o agresiva según las escuelas, pero no atendería la dimensión conductual del sujeto que presenta graves déficit. Se intervendría en gran medida en una dimensión olvidando la que es motivo de consulta, al margen de lo que podría denominarse como “autonomía del síntoma”, y que produce la no desaparición de éste a pesar de que ya no se mantengan las causas que lo originaron. En resumen, para muchos trastornos mentales es necesario intervenir a nivel sintomático sin perjuicio de efectuar un posterior o incluso simultáneo cambio estructural.

Por último, una variable que se debe considerar cuando se estudia el cambio desde un punto de vista cuantitativo es la motivación del paciente. Con un paciente poco motivado es muy difícil alcanzar un grado satisfactorio de resultados positivos, y esto es más cierto a medida que el listón se sitúa más alto. Por tanto, a medida que la magnitud del cambio es más grande -como sucede cuando nos acercamos a su extremo estructural-, es aún más importante que el paciente esté adecuadamente motivado, sea cual sea la dimensión sobre la que estemos interviniendo. Se ha aplicado un modelo de fases de cambio (2) en diferentes ámbitos de la salud mental y física, en el que se produce una progresión en el proceso de implicación del paciente hacia su tratamiento. Estas fases son la precontemplación (sin intención de cambio), contemplación (existe intención pero no se toman decisiones ni actitudes activas), preparación (se comienza a actuar positivamente pero de manera no sistemática), acción (se produce el cambio de forma sistemática al menos durante 6 meses) y mantenimiento (el cambio se prolonga más de 6 meses).

3.- DIMENSIONES DEL CAMBIO.

Desde un punto de vista cualitativo, podemos identificar diferentes dimensiones del sujeto que se ven afectadas positivamente por el cambio en psicoterapia. En ocasiones sólo una o dos dimensiones están afectadas, pero generalmente cuando hablamos de

trastornos mentales y del comportamiento la práctica totalidad del sujeto precisa de intervención, sin perjuicio de que exista una parcela más deteriorada que otra. A continuación señalaremos brevemente cuáles son estas dimensiones:

3.1. Dimensión psicodinámica.

El ámbito psicodinámico, también denominado intrapsíquico, englobaría todos los mecanismos de defensa y otros procesos mentales de naturaleza inconsciente. Dichos mecanismos y procesos se producen desde nuestro punto de vista para armonizar otras dimensiones, es decir, para lograr una coherencia entre ellas, y también para asegurar la estabilidad del sujeto (función defensiva ya descubierta por Freud). La tendencia a efectuar distorsiones cognitivas es un claro ejemplo de este proceso de coherencia entre dimensiones, de tal forma que una persona que ha sufrido numerosas decepciones y agresiones interpretará de forma negativa las acciones de los demás, muchas veces injustificadamente. Esta tendencia paranoide se producirá para hacer coherentes las dimensiones cognitiva e interpersonal del sujeto, es decir, para que sus pensamientos e interpretaciones desconfiadas sean consecuentes con la manera de relacionarse con los demás. De la misma forma, la tendencia a la interpretación negativa del entorno o de uno mismo sería fruto de la coherencia entre las dimensiones afectiva y cognitiva, existiendo correspondencia entre un autoconcepto negativo (pensamiento) y una baja autoestima (sentimiento), por poner un ejemplo. Por supuesto, estas tendencias son de naturaleza inconsciente, lo que hacen necesario un trabajo psicoterapéutico en el ámbito psicodinámico para reconocerlas y erradicarlas.

Es evidente que el psicoanálisis con todas sus escuelas tiene el gran mérito de profundizar en esta dimensión del sujeto. En este caso, un cambio superficial sería, por ejemplo, eliminar una formación reactiva concreta, y uno más profundo conocer su génesis o la de otros procesos inconscientes como la tendencia ya mencionada a las distorsiones de todo tipo (paranoides, depresivas, catastrofistas), etc., para posteriormente reemplazar estos mecanismos por otros más adaptativos.

Podría objetarse, especialmente desde la escuela de las relaciones objetales, que las interacciones reales y fantaseadas hacia los objetos manifestadas en la transferencia no

formen parte de este ámbito psicodinámico. Sin embargo, en nuestro enfoque se incluirán dentro de la dimensión que trataremos a continuación.

3.2. Dimensión interpersonal.

El ámbito interpersonal recoge la esfera relacional del sujeto, que mantiene en forma de pautas de interacción. Como se ha dicho en otro trabajo (3), estas pautas de interacción se adquieren y operan de la misma manera que los esquemas cognitivos ya descritos por Piaget. Las relaciones interpersonales más antiguas son, de esta forma, la base sobre la que se sustentan las posteriores. Al mismo tiempo, estas pautas no son estáticas, sino que son susceptibles de modificación, enriquecimiento e incluso eliminación precisamente por su continua adaptación a las interacciones actuales del individuo.

Dentro del psicoanálisis, la teoría de las relaciones objetales especialmente en su vertiente más ambientalista (la escuela británica de Fairbairn, Winnicott, Guntrip, Balint, etc.) es la que más ha estudiado este ámbito, aunque a partir de Freud ya se han producido grandes avances como es el propio concepto de transferencia. Desde hace dos décadas aproximadamente ha surgido una nueva corriente psicológica y psicoterapéutica muy interesante, la interpersonal (4), que como su propio nombre indica, estudia esta faceta del sujeto y la trabaja especialmente en el tratamiento. De la misma forma, corrientes como la sistémica o la rogeriana inciden en gran medida en los aspectos relacionales del paciente.

Dentro de esta dimensión, un cambio de magnitud superficial sería por ejemplo la adquisición de habilidades sociales, mientras que uno de nivel más profundo consistiría en la detección de pautas de interacción disfuncionales y su posterior reestructuración.

3.3. Dimensión afectiva.

La dimensión afectiva se centraría en los sentimientos hacia uno mismo y los estados de ánimo que el sujeto tiene, tanto placenteros como displacenteros. La autoestima, la satisfacción o insatisfacción con uno mismo y sus actos, el ánimo depresivo, la ansiedad, la ira, la euforia maníaca, todos estos son aspectos a tratar dentro del mundo emocional. Aquí, el cambio superficial consistiría en reducir el nivel de depresión con

antidepresivos o psicoterapia, y el profundo averiguar qué es lo que causa ese ánimo depresivo y prevenir su aparición.

Esta dimensión es objeto de las corrientes psicoterapéuticas que se dirigen más hacia los síntomas (interpersonal, cognitiva, conductual), porque muchas veces el motivo de consulta es precisamente el estado anímico. De la misma forma, fármacos como los antidepresivos, los ansiolíticos y los estabilizadores del ánimo tienen como finalidad mejorar la esfera afectiva del sujeto.

3.4. Dimensión cognitiva.

En la dimensión cognitiva los pensamientos son el foco de intervención, y podemos plantear desde una modificación de cogniciones desadaptativas (“soy un desastre porque mi hijo ha sacado malas notas”) hasta una reestructuración de creencias nucleares depresógenas (“nunca haré nada en la vida”, “no tengo solución”, “no valgo nada”). En el primer ejemplo intentaríamos obtener un cambio sintomático, suponiendo que esa persona estuviera sufriendo por este hecho concreto, y en el segundo el objetivo sería una modificación más profunda y estructural de los pensamientos del paciente.

La corriente que más se ha ocupado de esta dimensión es sin duda alguna la psicología cognitiva, que trabaja con la erradicación de los pensamientos desadaptativos y la sustitución por otros más funcionales y ajustados a la realidad.

3.5. Dimensión conductual.

La dimensión conductual recogería el comportamiento manifiesto y observable. Como es bien sabido, es el conductismo el que más se ha centrado en este aspecto del sujeto. La exposición en vivo que se efectúa en el tratamiento de una agorafobia o de un trastorno obsesivo-compulsivo es, sencillamente, intervenir sobre la dimensión conductual del paciente. Está claro que este tipo de intervenciones entrarían dentro del cambio sintomático, pero se pueden efectuar cambios de niveles más profundos dentro del ámbito conductual, y un ejemplo muy interesante es el de la prevención de recaídas, modificando hábitos conductuales dañinos y reinstaurando otros más beneficiosos.

3.6. Dimensión biológica.

Este ámbito incluye principalmente todos los sistemas de neurotransmisión relevantes en los estados anímicos, con especial mención a las aminas biógenas, aunque por extensión deberíamos extrapolar el contenido de la citada dimensión a todo el sistema nervioso central por ser el administrador u "ordenador" del sujeto. Un tratamiento agudo serotoninérgico pretendería un cambio superficial siempre y cuando se sospeche que existe un factor etiológico que producirá otra disfunción en el futuro, es decir, cuando se prescriba un fármaco simplemente para atenuar el sufrimiento emocional del paciente sabiendo que la verdadera fuente de sus problemas sigue latente. Ahora bien, si el mencionado tratamiento se le administra a un paciente en el que la causa de sus problemas es fundamentalmente un déficit en la transmisión serotoninérgica, estaríamos consiguiendo un cambio estructural, que sería aún mayor si se efectuara un mantenimiento para prevenir recaídas.

La dimensión biológica está principalmente tratada por la psicofarmacología y la psiquiatría, aunque no debemos olvidar que las intervenciones psicoterapéuticas también producen modificaciones beneficiosas de tipo neurobiológico (5).

4.- VENTAJAS DE LA INTEGRACIÓN EN PSICOTERAPIA.

La división de un sujeto -o de los cambios que operen en él- en dimensiones como las que acabamos de revisar no deja de ser un artificio, aunque francamente útil. No obstante, precisamente por tratarse de un artificio trae consigo un gran riesgo, y es el de olvidarnos de la totalidad del sujeto, de la unidad del organismo por encima de sus posibles divisiones.

Bien es cierto que sistemáticamente se ha producido otro gran error, y es el de focalizar nuestros esfuerzos en una única dimensión, error que se ha producido con la adscripción entusiasta de los profesionales de la salud mental a escuelas que se han centrado en un solo aspecto del ser humano, olvidando los otros tanto en la teoría como en el

tratamiento. Todas las dimensiones que hemos citado tienen, por decir así, “su” escuela: psicoanálisis, psicología interpersonal, teoría sistémica, cognitivismo, conductismo, psicofarmacoterapia... Pero intencionadamente he proporcionado ejemplos de cómo intervenciones fundamentadas en una de estas escuelas puede producir cambios, directos o indirectos, en otra dimensión distinta de la que tratan. Así, una intervención psicodinámica producirá también cambios en las relaciones interpersonales, una conductual en las cogniciones, una farmacológica en la autoestima, etc. Esto es consecuencia de la unidad del sujeto, que se refleja en la coherencia que guardan sus dimensiones a pesar de su indudable especificidad. Quizá esto explicaría en parte la eficacia similar encontrada en las diferentes psicoterapias, más allá de los factores comunes que tienen todas ellas y que ya han sido muy estudiados.

Cualquier intervención típica de una determinada escuela se dirige principalmente a una dimensión del sujeto, pero sus efectos positivos se extienden a otras por la mencionada unidad del organismo. No obstante, la especificidad de cada una de las dimensiones produce que dichos efectos positivos lleguen hasta cierto punto, resultando que en algunos casos no son todo lo satisfactorios que se desearía. Entre todas las escuelas que sucintamente hemos revisado encontramos infinidad de ejemplos; por poner uno cualquiera imaginemos a un paciente depresivo por una pauta de interacción patógena consistente en la excesiva abnegación ante los demás, que es tratado exclusivamente con antidepresivos y mejora, por tanto, en su dimensión biológica, obteniendo entonces una mejoría afectiva, una desesperanza menor, una disminución en sus cogniciones de autocrítica, etc., pero que continúa relacionándose interpersonalmente de acuerdo con la mencionada pauta disfuncional. Sólo una intervención estructural centrada en la dimensión interpersonal podría terminar de erradicar los problemas de este paciente.

¿Cuál sería, entonces, el enfoque más apropiado para tratar con los pacientes? Como consecuencia de todo lo expuesto, desde aquí abogamos por un enfoque integrador, que comprenda todas las escuelas mencionadas pero que no se adscriba a ninguna en concreto, que incluya las técnicas que se han probado más efectivas en trastornos específicos (por ejemplo, la exposición en vivo en la agorafobia), que siempre efectúe un análisis de las dimensiones afectadas de los pacientes sin olvidar su unidad, que las trate de la manera más adecuada al caso, que no tenga prejuicios ni cortapisas que limiten su práctica terapéutica, etc.

No debemos confundir integrar con juntar o mezclar un conjunto inconexo de técnicas. La integración debe ser algo más que disponer de un completísimo arsenal terapéutico con recursos para la práctica totalidad de las psicopatologías, también debe constituirse en una teoría psicológica de largo alcance, que aprehenda la totalidad del individuo a pesar de estar parcelada en las dimensiones que hemos estudiado en este artículo. Demasiadas veces se ha caído en el error de afirmar, explícita o implícitamente: “todo son conductas”, “todo son cogniciones”, “todo son pulsiones”, “todo son neurotransmisores”, etc. La adscripción entusiasta y dogmática a una escuela en exclusiva conduce a explicar todo tipo de fenómenos psicopatológicos desde una única perspectiva del sujeto, llegando en ocasiones a efectuar hipótesis y afirmaciones que por lo menos se podrían calificar de extravagantes.

Resulta esperanzador que muy lentamente se tienda a diseñar las intervenciones clínicas desde un punto de vista integrador, que no rehuya las diferentes dimensiones del sujeto. Por ejemplo, se han consolidado las técnicas cognitivo-conductuales, fruto de la conjunción de dos escuelas con sus procedimientos de intervención; en las directrices para tratar determinados trastornos hay referencias a la mayoría de las variables del sujeto, como sucede en las ofrecidas por la American Psychiatric Association (6); aparece una cantidad cada vez mayor de libros y artículos que conjugan enfoques diferentes: psicodinámicos, interpersonales, cognitivos, gestálticos, sistémicos, etc. Además, es bien sabido que los profesionales en su práctica suelen ser eclécticos, y las tendencias futuras en psicoterapia –y podríamos añadir en psicopatología y en psicología general- se dirigen en gran parte hacia la integración, o cuando menos hacia una mayor flexibilidad en detrimento de la rigidez de una corriente en particular(7),(8).

Por todo esto, reiteramos nuestro compromiso con la psicoterapia integradora, y en definitiva por una consideración del ser humano como organismo biopsicosocial, que precisa de una teoría y de unas técnicas apropiadas teniendo en cuenta su naturaleza.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Coderch, J. La interpretación en psicoanálisis. Barcelona: Herder; 1995.
- (2) Malotte CK, Jarvis B, Fishbein M, Kamb M, Iatesta M, Hoxworth T, et al. Stage of change versus an integrated psychosocial theory as a basis for developing effective behaviour change interventions. The Project RESPECT Study Group. *AIDS Care* 2000. Jun;12(3):357-64.
- (3) Castelló Blasco, J. Análisis del concepto "dependencia emocional". I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000 [citado: 7 de febrero de 2000]; Conferencia 6-CI-A: [52 pantallas]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa6/conferencias/6_ci_a.htm
- (4) Schramm, E. Psicoterapia interpersonal. Barcelona: Masson; 1998
- (5) Garbari, A. Hacia la Integración de la Psicoterapia y las Neurociencias. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000 [citado: 3 de febrero de 2000]; Conferencia 37-CI-E: [24 pantallas]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa37/conferencias/37_ci_e.htm
- (6) American Psychiatric Association. Directrices para la práctica clínica. Barcelona: Edika Med; 1997.
- (7) Poch J, Ávila A. Investigación en psicoterapia. Barcelona: Paidós; 1998.
- (8) Ávila Espada, A. La Psicoterapia ante el siglo XXI: Perspectivas de evolución para la próxima década. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000 [citado: 8 de marzo de 2000]; Conferencia 11-CI-I: [20 pantallas]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa11/conferencias/11_ci_i.htm