

HACIA UNA INTEGRACION DE LAS PSICOTERAPIAS

Por EFRAIN A. GOMEZ *

R E S U M E N

En este artículo revisamos la importancia del proceso psicoterapéutico, la personalidad del psicoterapeuta y las características del paciente, con el objeto de demostrar la importancia del "working through". El "working through" puede servir de punto de partida, en un intento de integración de las psicoterapias científicas más representativas.

S U M M A R Y

In this paper we review the importance of the psychotherapeutic process, the personality of the psychotherapist, and the characteristics of the patients in order to demonstrate the importance of the psychotherapeutic phase, called working through, in an attempt to integrate the three most representative scientific psychotherapies.

PALABRAS-CLAVE: Psicoterapia, proceso psicoterapéutico, personalidad del psicoterapeuta, "working through".

KEY WORDS : Psychotherapy, psychotherapeutic process, personality of the psychotherapist, working through.

* Department of Psychiatry, Baylor College of Medicine, Texas Medical Center, Houston, Texas.

El crecimiento explosivo de la psicología y profesiones afines ha propiciado la proliferación de muchas formas de psicoterapia. El número de psicoterapias alcanzó, especialmente en las últimas décadas, proporciones alarmantes, creándose una situación caótica que no podía continuar. Este estado de cosas obligó a investigadores y clínicos responsables, a una reevaluación sistemática de las psicoterapias con el objeto de encontrar una solución. Esta solución se está manifestando en un intento de síntesis y de integración de las psicoterapias científicas más representativas: psicodinámica, conductual y existencial.

La última década está siendo testigo de un cambio que augura el final de la guerra fría que caracterizó la práctica de la psicoterapia en las décadas anteriores. Esta fue una guerra ideológica, con muchas raíces, y que perjudicó el avance de la psicoterapia científica. Afortunadamente el ambiente está cambiando, abriéndose posibilidades para la experimentación e investigación desapasionada, condición *sine qua non*, para la formación de un ambiente más favorable para la investigación. La investigación sistemática está empezando a demostrar que ningún tipo de psicoterapia es superior a otro en cuanto a resultados se refiere (1, 2).

Si las psicoterapias no se diferencian significativamente por la eficacia de sus resultados, ¿cuáles son entonces los factores que hay que tener en consideración? Creemos que debemos empezar por lo que las psicoterapias tienen en común. La búsqueda de factores comunes no es reciente, FRANK (3, 4) en la década del 70, señaló que todas las psicoterapias son elaboraciones y variaciones del proceso tradicional mágico-religioso que caracterizó la cura psicológica por milenios. Después FRANK identificó, como factores comunes, el papel de una relación emocional y de confianza, la importancia de un ambiente saludable, el uso de un esquema conceptual y el establecimiento de un ritual terapéutico. La década del 80 está redescubriendo algunos de estos factores. KARASU (5), por ejemplo, identifica tres agentes de cambio no específicos: la experiencia afectiva, el control cognoscitivo y la regulación conductual. Es más, la investigación en este campo está demostrando que el éxito de la psicoterapia se deriva no de la técnica, sino de las características del paciente y de las cualidades personales del terapeuta. Estudios meta-analíticos (5, 6, 7) señalan que la técnica psicoterapéutica cuenta sólo con un 10% - 12% de los resultados. Es más, otros estudios (8, 9, 10), estiman que una tercera parte de los resultados se debe a la personalidad del psicoterapeuta y dos terceras partes a las características del paciente. En resumen, la mayor parte de los estudios demuestran que la variante más importante reside en el paciente y en la personalidad del terapeuta. La técnica empleada ocupa un distante tercer lugar.

En este artículo revisamos la importancia del proceso psicoterapéutico, la personalidad del psicoterapeuta y las características del paciente con el objeto de demostrar la importancia del "working through", como modelo para la integración psicoterapéutica.

Proceso Psicoterapéutico

Para discutir el proceso psicoterapéutico, usamos el modelo psicoanalítico. En la infancia del psicoanálisis se pensó que la abreacción y la catarsis constituían el centro del proceso psicoanalítico. Ahora sabemos que la catarsis causa alivio temporal y puede aumentar la relación psicoterapéutica, pero no produce cambios fundamentales en la conducta del paciente. Después se investigó el "insight" y se pensó que más importante que la catarsis era el "insight". El tiempo, innovaciones en la técnica y fracasos en los resultados de la psicoterapia analítica demostraron que el "insight" era necesario pero no suficiente para producir cambio en la motivación, actitud y en la conducta del paciente. Esto obligó a la re-evaluación de la importancia del "insight". La atención, finalmente, se centró en un proceso más arduo, más prolongado, menos espectacular: el "working through".

Creemos que el "working through", como centro del proceso psicoterapéutico, es más importante que la catarsis y el "insight". Esta aseveración es resultado de la experimentación con diferentes tipos de psicoterapia. El "working through" lleva dentro de sí la posibilidad de generar cambio en la conducta del paciente. Además, se puede decir que el "working through" es una especie de encrucijada en la que las técnicas de la psicología dinámica, conductual y existencial se encuentran, se reconcilian y se complementan. Es más, en algunos casos la psicofarmacología puede encontrar su aplicación más apropiada. El "working through" va más allá del "insight" porque el conocimiento y el "insight" se traducen en práctica y en acción, no solamente en la oficina, sino también en el medio ambiente del paciente. El saber y el entendimiento que da el "insight" se vuelve comportamiento y hábito a través del "working through". Los pensamientos se convierten en palabras, las palabras en entendimiento, el entendimiento en acción, la acción en hábitos, los hábitos en carácter, y el carácter en el destino del paciente. No basta reconocer y sentir que existen problemas psicológicos, lo importante es cambiarlos a través de la práctica y la identificación con un modelo que se acepta y se respeta.

Este cambio requiere el uso de principios educativos, conductuales y existenciales. Este reaprendizaje no puede estar limitado a la relación diádica con el psicoterapeuta si esta relación no tiene aplicación a lo que está sucediendo en el medio ambiente del paciente.

Factores personales del terapeuta

Si la relación paciente-terapeuta se define como una relación interpersonal, es lógico considerar y estudiar en forma sistemática las características personales del terapeuta y del paciente. La investigación al respecto demuestra que ciertas características del terapeuta como la empatía, el calor humano, la

autenticidad, juegan un papel importante en los resultados de la psicoterapia (11, 12, 13, 14). Es más, terapeutas que poseen estas cualidades en forma consistente, tienden a obtener mejores resultados que aquellos que no las poseen.

Sin embargo, investigaciones más recientes demuestran que hay que considerar otros factores. Para empezar, McCONNAUGHY (15) nos recuerda que en nuestro trabajo clínico no podemos pretender ser lo que no somos. No podemos ser ni nuestros supervisores, ni los autores que leemos, ni los maestros que admiramos. Solo podemos ser lo que somos. La posición psicoanalítica siempre ha enfatizado la obligación del psicoterapeuta de auto-conocerse, auto-aceptarse y dedicarse al cultivo y desarrollo de la propia personalidad. La investigación en este campo tiende a confirmar que terapeutas, con pocos recursos y habilidades personales, tienen más dificultades que los terapeutas que no tienen estas limitaciones. ERICKSON señala que la hipnosis *per se* no hace daño, lo que hace daño es la personalidad del terapeuta. En este sentido, ERICKSON comparte con FREUD la creencia que la personalidad del terapeuta es un factor fundamental.

Tradicionalmente, los teóricos de la psicología conductual han tratado de disminuir el papel de la personalidad del terapeuta. Pero en la práctica estos mismos autores siempre demuestran lo opuesto. LAZARUS, por ejemplo, emplea en su práctica la empatía, el "raport" y la identificación con el terapeuta en forma consistente. COREY (16) nos recuerda la importancia de que el terapeuta no se considere producto terminado. El deseo de seguir evolucionando no debe detenerse. Aquellos terapeutas que se creen perfectos o que sólo escuchan las voces de otros sin escuchar la propia, o que observan a otros sin observarse a sí mismos, tienden a tener más dificultades que los terapeutas que siguen evolucionando. El super-terapeuta es aquel que no se considera perfecto, pero que demuestra franqueza y no se amilana ante las actitudes y emociones más amenazantes de sus pacientes; esta característica personal le da libertad para actuar ante las manifestaciones más extremas del amor y del odio (17, 18). En contraste, el terapeuta aséptico que se refugia en la intelectualización y la distancia, tiende a errar más que a acertar.

Investigaciones más recientes demuestran, en forma consistente, que además de los factores mencionados, hay otros dos que considerar. Estos factores, productos de la investigación contemporánea son: el sentido de bienestar personal y la manera como el terapeuta influye al paciente (19).

En cuanto a la salud mental del terapeuta la investigación está produciendo resultados consistentes. Por ejemplo, usando el MMPI, se ha demostrado que terapeutas que tienen menos disturbios emocionales son más efectivos que los terapeutas que muestran más psicopatología (20).

En lo que se refiere al poder de influencia interpersonal los resultados son igualmente consistentes. El paciente que no se deja influir por el terapeuta no cambia. El terapeuta que no tiene capacidad de persuasión y no influye

en sus pacientes no es efectivo. En relación a ésto, cuando el terapeuta no experimenta sentido de bienestar y ecuanimidad, su trabajo como terapeuta sufre. Si el material que presenta el paciente despierta en el terapeuta conflictos emocionales que lo absorben completamente y lo distraen de la tarea de entender y ayudar al paciente, el resultado de la psicoterapia sufre. Por lo tanto, es importante que el terapeuta esté relativamente libre de conflictos personales para que sea capaz de implementar, o cambiar tácticas y estrategias, especialmente en momentos críticos o de "impasse".

En resumen, la salud mental del terapeuta y su influencia interpersonal están entre los factores más consistentemente estudiados y señalados. La empatía, la autenticidad y el calor humano fueron los primeros factores identificados por la investigación. La flexibilidad del terapeuta, su integridad, honestidad y habilidad para calmar la ansiedad básica, su sentido de buen humor, son características importantes, pero que necesitan más investigación.

Características del paciente

En general, los pacientes que buscan psicoterapia tienen características más o menos comunes. Por ejemplo, es muy raro que personas pertenecientes a los estratos socio-económicos más bajos, o personas con retardo mental o desorden orgánico cerebral, busquen ayuda psicoterapéutica en forma voluntaria. Estos pacientes son referidos, en la mayor parte de los casos, en forma involuntaria por agencias sociales, legales o de salud.

Otro denominador común es el grado de educación y la capacidad intelectual que los caracteriza. Los pacientes que buscan psicoterapia en forma espontánea se caracterizan porque presentan síntomas ego-distónicos, tienen capacidad para la comunicación verbal, para establecer una relación interpersonal íntima y se singularizan por una orientación psicológica, comunicación verbal adecuada y capacidad de auto-observación.

El tercer factor común tiene que ver con la formación caracterológica del paciente. Así, una orientación predominantemente ego-sintónica, narcisista y anti-social disminuye la necesidad de la psicoterapia. Solamente cuando los rasgos caracterológicos del paciente fallan en su función defensiva o cuando el paciente se encuentra en crisis, este tipo de paciente busca ayuda psicoterapéutica. Pacientes con personalidades antisociales, con desórdenes caracterológicos sexuales serios, con inhibiciones severas, con grandes problemas de identidad o pacientes con alcoholismo o drogadicción crónica y desórdenes impulsivos, tienen muy poca motivación para cambiar. Si este tipo de paciente busca psicoterapia es por que quiere defender intereses personales o asegurar ganancias secundarias.

En resumen, los pacientes que se caracterizan por poseer un cierto grado de educación, responsabilidad personal y social, capacidad para establecer relaciones interpersonales íntimas, orientación psicológica y motivación para cambiar, son los que alcanzan mejores resultados.

Considerando los beneficios y los riesgos potenciales que se presentan en todo intento de integración psicoterapéutica, MESSER y WINOKUR (21) indican que la variable más importante es el paciente. Por ejemplo, un paciente con dificultades en la comunicación verbal y con poca capacidad para la introspección, se beneficiaría menos si se emplea psicoterapia psicodinámica, pero respondería mejor a una intervención psicoterapéutica más activa y más directa, como la conductual. Es más, tanto la experiencia y la acción como la introspección y el "insight", pueden utilizarse alternativamente según el caso.

Consistente con esto, FENSTERHEIM (22) sugiere que el estilo psicoanalítico puede usarse para encontrar un foco, o para desarrollar una hipótesis psicológica que explique cómo el paciente organiza sus percepciones; esto ayudaría a identificar y seleccionar patrones de conducta que requieren cambio. Habiendo determinado el factor de adaptación defectuosa, la aplicación de una técnica conductual aceleraría el cambio.

En fin, se ha sugerido otras maneras cómo la psicoterapia psicodinámica y conductual pueden implementarse y complementarse mutuamente (23, 24, 25). Por ejemplo, se ha sugerido que muchas veces un acercamiento conductual es necesario para poder tratar un síntoma debilitante al principio del tratamiento. Una vez ganada la confianza y la cooperación del paciente, éste se encontraría en condiciones más favorables para responder a un acercamiento psicodinámico que le ayudaría a explorar conflictos intrapsíquicos. Finalmente, después de haber ganado "insight" en cuanto a estas causas, el terapeuta estaría en condiciones de retomar una orientación conductual para ayudar al paciente a desarrollar un patrón de mejor adaptación. Agregamos la psicoterapia existencial, en el modelo del "working through", para favorecer el cambio de relación entre el paciente y su medio ambiente.

Conclusión

Por más de 50 años la psicoterapia estuvo exclusivamente centrada en la relación terapeuta-paciente. Tal tenacidad puede entenderse si se tiene en cuenta la importancia que la terapia psicodinámica le dió a la transferencia como agente de cambio. Cuando FRANZ ALEXANDER añadió el concepto de la experiencia emocional correctiva, se avanzó pero su contribución en nada disminuyó el foco exclusivo en el individuo a expensas de su medio ambiente. Desde 1895 á 1960 el crecimiento de la psicoterapia fue impedido por la estrechez de este foco, porque se creyó que los problemas del paciente eran exclusivamente intrapsíquicos. Después vino la proliferación de las psicoterapias y ya no hubo uno sino muchos focos, pero ninguna psicoterapia desarrolló sistemáticamente la relación paciente-terapeuta con estricta relevancia al medio ambiente del paciente; porque el paciente es él y su medio ambiente. Esto no quiere decir que las necesidades biológicas, reminiscencias, experiencias

pasadas, no sean importantes. Son importantes pero la tarea siempre es la misma: la supervivencia y la adaptación al medio ambiente. Esta supervivencia y esta adaptación requieren un sentido de auto-consistencia ("self consistency") y una imagen de lo que se quiere ser. Creemos que el principio de supervivencia y de adaptación son fuerzas gemelas y la razón de ser de la conducta. No participamos en el menosprecio de la psicología profunda a expensas de la psicología de superficie. Todo lo contrario, creemos que ambas son igualmente importantes porque se complementan.

Aunque la integración de las psicoterapias, a nivel teórico, continúa sin solución, a nivel práctico la integración empezó hace mucho tiempo; es más, las tres formas de psicoterapia más representativas, tienen validez a diferentes niveles, en diferentes dimensiones y en diferentes direcciones. Creemos que nos incumbe la tarea de combinarlas, empezando por la técnica y terminando por la teoría. En este artículo se sugiere una manera de hacerlo.

ZUSSAMMENFASSUNG

Im vorliegenden Beitrag wird die Bedeutung des psychotherapeutischen Verfahrens, der Persönlichkeit des Psychotherapeuten und der Charakterzüge des Patienten erörtert, um damit die Wichtigkeit des "working through" darzustellen. Der "working through" kann als Basis für einen Integrationsversuch der wichtigsten Psychotherapieformen dienen.

BIBLIOGRAFIA

1. FRANK, J.D. (1979): "The present status of outcome studies", *J. Consult. Clin. Psychol.*, 47: 310-316.—
2. LAMBERT, M.J., SHAPIRO D.A. & BERGIN A.E. (1986): "The effectiveness of psychotherapy", in *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An Empirical Analysis*, S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), John Wiley & Sons, New York.—
3. FRANK, J. (1971): "Therapeutic factors in psychotherapy", *Am. J. Psychother.* 25: 350-361.—
4. FRANK, J.D. (1973): *Persuasion and Healing*, Johns Hopkins University Press, Baltimore.—
5. KARASU, T.B. (1986): "The specificity versus the nonspecificity dilemma: towards identifying therapeutic change agents", *Am. J. Psychiatry* 143: 687-695.—
6. SMITH, M.L., GLASS, G.V. & MILLER, T.I. (1980): *The Benefits of Psychotherapy*, Johns Hopkins University Press, Baltimore.—
7. LANDMAN, J.T. & DAWES, R.M. (1982): "Smith and Glass's conclusions stand up under scrutiny", *Am. Psychol.* 37: 501-516.—
8. LAMBERT, M.J. *Psychotherapy and Patient Relationships*, Dorsey Press, Homewood, Illinois.—
9. PROCHASKA, J.O. & NORCROSS, J.C. (1982): "The future of psychotherapy: a Delphi poll. Professional Psychology", *Research and Practice*, 13: 620-627.—
10. BERGIN, A.E. & LAMBERT, M.J. (1978): "The evaluation of therapeutic outcomes". In *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (2nd. Ed.), S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), John Wiley & Sons, New York.—
11. ROGERS, C.R. (1957): "The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change", *Journal of Consulting Psychology*, 11: 95-103.—
12. BETZ, B.J. (1962): "Experiences in Research in Psychotherapy with Schizophrenic Patients", In *Research in Psychotherapy*, American Psychological Association, Washington D.C.—
13. TRUAX, C.B.

- & CARKHUFF, R.R. (1962): *Toward Effective Counseling and Psychotherapy: Training and Practice*, Aldine Publishing Co., Chicago.— 14. CARKHUFF, R.R. & TRUAX, C.B. (1965): "Training in counseling and psychotherapy: an evaluation of an integrated didactic and experimental approach", *Journal of Consulting Psychology*, 29: 333-336.— 15. MACCONNAUGHY, E.A. (1987): "The person of the therapist in psychotherapeutic practice", *Psychotherapy*, 24: 303-314.— 16. COREY, G. (1977): *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*, Brooks/Cole, Monterrey, California.— 17. RICKS, D.R. (1974): "Supershrink: Methods of a therapist judged successful on the basis of adult outcomes of adolescent patients". In *Life History Research in Psychopathology*. D.F. Ricks, M. Roff & A. Thomas (Eds.), University of Minnesota Press, Minneapolis.— 18. GOMEZ, E.A. (1987): "Psicoterapia analítica de la esquizofrenia", *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 50: 47-54.— 19. BEUTLER, L.E., GRAGO, M. & ARIZMENDI, T.G. (1986): "Therapist variables in psychotherapy process and outcome". In *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, A.E. Bergin, & A.M., Garfield. (Eds.), John Wiley, New York.— 20. BERGIN, A.E. (1963): "The effects of psychotherapy: Negative results revisited", *Journal of Counseling Psychology*, 10: 244-250.— 21. MESSER, S.B. & WINOKUR, M. (1980): "Some limits to the integration of psychoanalytic and behavior therapy", *Am. Psychol.* 35: 818-827.— 22. FENSTERHEIM, H. (1984): "Introduction to behavioral psychotherapy". In *Behavioral Psychotherapy: Basis, Principles and Case Studies in Integrative Clinical Model*, H. Fensterheim & H.I. Glazer. (Eds.), Plenum, New York.— 23. MESSER, S.B. (1984): "The integration of psychoanalytic therapy and behavior therapy: summing up". In *Psychoanalytic therapy and behavior Therapy. Is Integration Possible?* H. Arkowitz & S.B. Messer, (Eds.), Plenum, New York.— 24. RHOADS, J.M. (1984): "Relationships between psychodynamic and behavior therapies", *Ibid.*— 25. SALZMAN, L. (1984): "Psychoanalysis and behavior therapy", *Ibid.*