

Psicoterapia

Sonia Jara T, Juan M Pérez-Franco

Introducción

La psicoterapia es un tratamiento de naturaleza psicológica, informado y planificado de manera sistemática a través de técnicas derivadas de principios psicológicos claramente establecidos, con el fin de aliviar o eliminar el sufrimiento psicológico y los trastornos conductuales de una persona, a través de una relación personal entre el psicoterapeuta y el (o los) paciente(s). Estas técnicas generalmente utilizan la interacción verbal, pero también la interacción no verbal, o experimentos conductuales de diversa naturaleza y pueden ser empleadas en el tratamiento de los trastornos mentales, trastornos de la personalidad y cualquiera otra condición que sea considerada maladaptativa para el individuo. Este tratamiento debe ser realizado por personas que comprenden esos principios (por lo general llamadas psicoterapeutas o simplemente terapeutas) y que poseen el entrenamiento y la experiencia para la aplicación de tales técnicas.

La definición enunciada subraya el hecho que la psicoterapia es un *tratamiento*, lo que supone que el sujeto presenta un trastorno o condición maladaptativa definida. En este sentido, la psicoterapia tiene como marco de referencia el contexto de los trastornos psiquiátricos. Aun cuando la psicoterapia ciertamente contribuye a un crecimiento personal, o a una ampliación de la conciencia de los conflictos, su finalidad es el *alivio o la curación de trastornos mentales*. Este solo aspecto de la definición de psicoterapia acota enormemente su campo de acción.

La Asociación Psiquiátrica Americana define a la psicoterapia en términos genéricos como “cualquier tipo de tratamiento basado principalmente en la comunicación verbal y no verbal con el paciente, que difiere específicamente de los tratamientos electrofísicos, farmacológicos o quirúrgicos”.

Jerome Frank sostiene que “la psicoterapia es la interacción cargada de emociones y confianzas entre un sanador socialmente reconocido y una persona que sufre, y durante esta interacción este sanador socialmente reconocido intenta aliviar el malestar del individuo mediante la comunicación de símbolos, principalmente la palabra y en ciertas ocasiones a través de expresiones corporales”.

La psicoterapia se diferencia de la ayuda informal que una persona puede prestar a otra en al menos dos aspectos: lo primero, que la controla un psicoterapeuta, formado y acreditado para ello y lo segundo es que se apoya en teorías

científicas que han estudiado el origen de los trastornos mentales y la forma de aliviar sus consecuencias.

La psicoterapia es un *tratamiento* que

- a) Se efectúa sobre un sujeto afectado por un conflicto psíquico.
- b) Es llevado a cabo por un experto entrenado.
- c) Tiene la intención de anular, hacer desaparecer o contrarrestar los efectos nocivos de dicho conflicto.
- d) Se realiza de acuerdo con una técnica previamente determinada según el conflicto, el método y los objetivos a alcanzar.
- e) Es realizado con conocimiento explícito por ambas partes.
- f) Sigue pauta de sistematización, frecuencia, duración y encuadre, previamente determinadas.
- g) Utiliza como único agente terapéutico la relación entre el terapeuta y el paciente.

En las páginas siguientes presentaremos en qué consiste el proceso de la psicoterapia, proporcionando conceptos generales, describiendo las orientaciones teóricas vigentes, técnicas y aplicaciones.

Esta información constituye una invitación a profundizar esta actividad que lleva por lo menos un par de siglos de ejercicio en función de los intereses y necesidades de cada cual.

Tipos de psicoterapia

De acuerdo al número de participantes.

Terapias individuales

Participan un terapeuta y un paciente. Dentro de esta categoría puede considerarse cualquier técnica de cualquier enfoque, pues sólo necesita cumplir este requisito numérico. Su desventaja es precisamente que requiere un terapeuta individual para cada paciente, lo que la hace más costosa. La terapia individual está indicada para la gran mayoría de los trastornos psiquiátricos.

Terapias grupales

a) Psicoterapia grupal

Es un tratamiento en el que los pacientes, seleccionados a partir de ciertos criterios (por ejemplo, pacientes psicóticos en etapa de reintegración social, adolescentes, mujeres, abusadores de alcohol) forman un grupo coordinado por un terapeuta experto, para ayudarse unos a otros a efectuar

cambios y superar sus problemas. Se utilizan distintos enfoques en la terapia de grupo (de orientación conductual, psicoanalítica, cognitiva, gestáltica) dependiendo de las necesidades de las personas.

Las ventajas de la terapia de grupo para cada paciente son que le permiten comprobar que su problema no es único (no es tan “raro”), que hay otras personas que han practicado diferentes estrategias de solución al problema (típicamente en las terapias para sujetos con problemas de abuso de sustancias), experimentando aquí y ahora una serie de respuestas ante situaciones sociales y poniendo en práctica soluciones (simulación). Al terapeuta, por otra parte, le permite observar las respuestas psicológicas, emocionales y conductuales del sujeto frente a determinados temas o situaciones, gracias a la interacción con las demás personas del grupo. Además, el grupo provoca un compromiso especial del paciente consigo mismo y con los demás, lo que ayuda a la modificación de la conducta desadaptada.

Hay que considerar que es una modalidad económica, y suele necesitarse de un tiempo menor para experimentar modificaciones en el paciente y en las personas que lo rodean. Por todo esto tiene una amplia aplicación.

Tiene múltiples indicaciones, entre ellas: fobias (por ejemplo, para la fobia social), problemas para enfrentar situaciones estresantes, situaciones de cambio, conflictos con adolescentes, conflictos de pareja. Es muy utilizada en pacientes con abuso de sustancias psicoactivas.

b) Psicoterapia familiar

La psicoterapia familiar se fundamenta en el principio de que la familia funciona como un *sistema*. Los sistemas son *unidades complejas*, es decir, están formadas por *partes* y estas partes se *relacionan* entre sí a través de ciertas *reglas* con las que *emerge* una unidad mayor (en este caso, la familia).

El objetivo de este abordaje es el de reconocer el patrón subyacente de interacciones verbales y no verbales entre los miembros de la familia, que permiten definir el *sistema familiar*. Dentro del sistema familiar, un lugar destacado lo ocupa el paciente (que suele denominarse *paciente designado*, destacando el hecho de que *parece* ser designado en ese rol por todo el grupo familiar). La psicoterapia familiar busca encontrar las reglas implícitas que fomentan la permanencia del síntoma o trastorno de una persona, y procura modificar dichas reglas siempre con el objetivo de aliviar el sufrimiento del paciente (o de la familia entera). También trata que la familia pueda satisfacer las necesidades emocionales de uno de sus miembros, reforzar su capacidad como unidad para hacer frente a los conflictos, y por último influir en la identidad y valores de la familia para que los miembros se orienten hacia la salud y el crecimiento.

Por sus fundamentos en la Teoría de Sistemas, suele llamársela también terapia sistémica. Bajo esta denominación se realizan también terapias individuales, pero con una

perspectiva *sistémica*, es decir, que toma en cuenta las relaciones del paciente con las personas significativas. También este enfoque ha servido para mejorar las interacciones en diversos tipos de grupos, como en el trabajo, y en la asesoría a diversos tipos de organizaciones.

Terapias múltiples

Participan dos terapeutas y uno o más pacientes. La idea que se persigue con esto es que el co-terapeuta haga aportes que el terapeuta no había tomado en cuenta, o que retome contenidos que sea necesario profundizar.

Tiempo de duración

Según el tiempo de duración las terapias pueden ser breves, medianas y extensas. Las terapias breves generalmente duran entre uno y tres meses. No hay un solo tipo de psicoterapia breve. Varias orientaciones ofrecen terapias de corta duración (por ejemplo, la psicoanalítica o la cognitivo conductual), pero por lo general tienen como hechos comunes que el número de sesiones se reduce a no más de diez o doce, que el objetivo y las metas de la terapia se indican en forma clara al comienzo, y que el terapeuta es más activo al dirigir el curso del tratamiento.

Las terapias de mediana longitud duran desde tres hasta dieciocho meses, y las terapias extensas duran más de dieciocho meses.

De acuerdo a los objetivos de la terapia

Apoyo emocional

Acompañamiento del paciente durante su enfermedad. No hay un proceso de terapia establecido. La psicoterapia de apoyo no busca el cambio psicológico sino que la mantención de la estabilidad emocional. Sus procedimientos no son diferentes de los principios básicos y de la conducta esperada del profesional en el tratamiento psicológico en general: el elemento central es la mantención de la relación terapéutica.

Como parte de la técnica es importante colocar claros límites desde el comienzo: el tiempo máximo de la consulta o la no disponibilidad del terapeuta salvo durante las sesiones acordadas. De cualquier manera se generará un mayor o menor grado de dependencia por parte del paciente que no es en sí mismo inaceptable, pero sí debe ser controlado.

Alivio sintomático

Tiene por objetivo disminuir la sintomatología que presenta el paciente ante un cuadro clínico. Se usa generalmente en terapias de corta duración.

Modificación de rasgos de personalidad

Terapia de mediana a larga duración, en la cual se necesita un alto compromiso del paciente durante el tratamiento.

Resolución de problemas

Se asesora al paciente frente a uno o varios problemas y se le enseña a generar alternativas de solución para estos. En términos generales requiere los mismos principios y conductas del tratamiento psicológico, pero procura ayudar al paciente a que haga su propia decisión. Es una técnica no-directiva, de modo que el terapeuta no ofrece consejos ni da respuestas. Está descrita con detalle en el capítulo de Trastornos del Ánimo, dado que es muy utilizada en la depresión.

Apoyo en trastornos adaptativos

Se apoya al paciente durante aquellos cambios que necesitan un tiempo para procesarlos.

Corrientes terapéuticas vigentes

Psicoanálisis

El psicoanálisis es una disciplina desarrollada para tratar enfermedades mentales, pero también es un conjunto de teorías acerca del ser humano, que han ido abarcando áreas cada vez más diversas del comportamiento. Su creador fue Sigmund Freud, y varios otros autores crearon corrientes psicoanalíticas derivadas, como Alfred Adler (psicología individual), Karl Jung (psicología analítica o de los complejos) o Jacques Lacan (estructuralista o simplemente psicoanálisis lacaniano).

Freud consideraba que la psicología estudiada en su momento era una psicología del consciente, pero él afirmaba que lo no consciente no dejaba de ser importante y requería mucha más atención, desarrollando el *psicoanálisis* como herramienta para estudiar lo inconsciente.

El psicoanálisis utiliza la *libre asociación* como elemento fundamental de su terapia, y consiste en hacer que el sujeto se relaje y deje vagar su mente, pidiéndole que diga todo lo que le venga a la conciencia sin ninguna limitación. La libre asociación lleva a entregar información acerca del *inconsciente*, donde existen elementos reprimidos de la vida psíquica del paciente de los que normalmente no se da cuenta. Con la información obtenida, el psicoanalista realiza una *interpretación* que luego entrega o devuelve al paciente. Si la interpretación es correcta, provoca un cambio en el paciente debido a la consciencia que toma acerca del origen inconsciente o reprimido de sus problemas. La interpretación también puede hacerse con los sueños del paciente, o incluso con la relación que se establece entre el paciente y el terapeuta.

A partir de este proceso, Freud consideró que la personalidad está formada por: A) el consciente, que se refiere a toda esa información o contenidos psíquicos que el sujeto sabe que existen, y B) el inconsciente que se refiere a todo el resto del psiquismo. Más adelante Freud dividió al inconsciente en preconscious e inconsciente propiamente dicho, donde el primero está constituido por los elementos que el sujeto puede volver conscientes con cierta facilidad. El inconsciente como tal se refiere a experiencias muy

tempranas del individuo, las que se encuentran en su mayoría reprimidas y difícilmente se hacen conscientes.

Freud también dividió la personalidad en tres funciones del llamado aparato psíquico: el ello (lo instintivo, depósito de energía del psiquismo), el superyó (las normas sociales, el “deber ser”), y el yo (el mediador entre lo instintivo, lo normativo y la realidad). Estas tres funciones no siempre son claras y bien delimitadas.

La teoría de Freud sobre el desarrollo de la personalidad está muy relacionada con la sexualidad del individuo. Establece varias etapas que nombra según una zona del cuerpo que constituirían centros principales de excitación sexual o energía libidinal: etapa oral (primeros 6 meses), anal (hasta los 3 años, con el control de esfínteres), fálica (hasta los 5 años), latencia (hasta la adolescencia) y genital (el resto de la vida).

La teoría psicoanalítica tuvo gran influencia en diversas teorías de la personalidad, la psicología de la motivación, psicopatología y la psicoterapia, igualmente en las corrientes más ortodoxas como en las heterodoxas.

El objetivo del psicoanálisis es descubrir el origen del conflicto intra psíquico a través de relatos espontáneos del paciente, o a través de la interpretación de los sueños y de la relación con el terapeuta. Dado que este origen se remontaría a etapas muy primitivas de la vida del paciente, los tratamientos suelen ser prolongados. Promueve un cambio en la personalidad a través de la comprensión de los conflictos del pasado. Se le enseña al paciente a hacer consciente los pensamientos y a reconocer las resistencias naturales a la voluntad de la mente.

Además de la asociación libre, el psicoanálisis utiliza otras técnicas como el análisis de la transferencia (el paciente transfiere al terapeuta emociones que en realidad estarían dirigidas originalmente a sus padres) y la interpretación de sueños (serían expresión de pensamientos reprimidos).

El psicoanálisis ha ido perdiendo vigencia en muchas partes del mundo. Sus críticos enfatizan que no ha logrado una validación empírica. Por ejemplo, no ha podido demostrarse la existencia de las “fases” de desarrollo de la personalidad, ni la presencia de las funciones psíquicas del yo, ello y superyó, ni ha demostrado una efectividad en los tratamientos que esté por sobre la efectividad del placebo. Se ha sugerido que se trata de una teoría no falsable, es decir, sus enunciados no pueden ser refutados (no existen procedimientos que demuestren que sus enunciados son falsos). Por ejemplo: no puede demostrarse que *no* existe el inconsciente.

Psicoterapia gestáltica

Considerada dentro de la corriente de terapias humanistas, la terapia gestáltica fue creada por Fritz Perls en la década de 1940. Suele confundirse con la Psicología de la Gestalt, con la que tiene pocos o ningún elemento en común. La psicología de la Gestalt (*forma*, en alemán) explica la manera en la que construimos percepciones (formas) a

partir de hechos separados, o cómo destacamos una forma en contraste con un fondo.

La terapia gestáltica, en cambio, es un proceso terapéutico que se basa en experimentar el presente (“aquí y ahora”) y dejar de mortificarse por el pasado (que ya no está) y el futuro (que aún no ha ocurrido). Requiere “darse cuenta” (awareness) de lo que a uno le está ocurriendo, por lo que la experiencia corporal (lo emotivo) es fundamental. A través de esta terapia el sujeto se hace consciente y responsable de lo que le ocurre, y así puede cambiar sus conductas y pensamientos. Este “hacerse consciente” a partir de experiencias emocionales que al principio están mal definidas, la terapia gestáltica lo llama extraer una forma desde un fondo. Esto es lo único que tiene de similar con la Psicología de la Gestalt. Tampoco ha sido validada por procedimientos experimentales científicos.

Terapias conductuales y cognitivas

Hay una serie de terapias basadas en teorías del aprendizaje. Se fundamentan en la idea de que muchos trastornos mentales tendrían su origen en formas disfuncionales de aprender. Son teorías que han surgido básicamente en el contexto del laboratorio, y suelen entregarle una menor importancia a los fenómenos que ocurrirían en el inconsciente, que algunos llaman (un poco despectivamente) “la caja negra”. Las terapias conductuales buscan cambiar conductas disfuncionales o desadaptativas sin cuestionar su origen inconsciente. Entre estas se encuentra el condicionamiento clásico y el condicionamiento operante.

- **Terapias de condicionamiento operante (Skinner)**

El condicionamiento operante consiste en establecer un premio o recompensa, o bien un castigo, al emitir una conducta.

Modificación de conducta: un tipo de terapia que está basada en el condicionamiento operante incluyendo premios por conductas deseables y castigos por conductas no deseables. Por ejemplo, se utiliza frecuentemente con los niños enuréticos a los que se les premia con “soles” o “estrellas” en el calendario cuando “amanecen secos”, y con un premio más importante (chocolate o algo deseado) cuando juntan varios “soles”. Al revés, el condicionamiento aversivo fue muy utilizado con pacientes abusadores de alcohol y tabaco. Consiste en asociar un estímulo aversivo (displacer), por ejemplo, una descarga eléctrica o la provocación de náuseas y vómitos, con la conducta que se quiere eliminar (levantar el vaso y beber o tomar un cigarrillo). Sin embargo, aunque efectiva en el corto plazo, los pacientes vuelven normalmente a su conducta pasado un cierto tiempo, por lo que actualmente es muy poco utilizada. El premio por una conducta deseada es mejor que el castigo por la conducta no deseada.

Economía de fichas: técnica de condicionamiento operante en la que se da a los sujetos fichas por un buen cumplimiento o conducta, estas fichas las pueden cambiar

por regalos u otros refuerzos primarios. Ha sido utilizada en recintos hospitalarios psiquiátricos con cierta efectividad.

Desensibilización sistemática: tipo de terapia de conducta basada en la presunción de que es imposible estar relajado y ansioso al mismo tiempo. A los clientes se les enseña relajación muscular profunda; y después emparejan esta con los sucesos u objetos que producen miedo o estrés. La idea es que la respuesta de relajación puede superar a la reacción de miedo. Se utiliza a menudo para tratar fobias y suele ser parte de otras terapias más complejas, como la cognitivo-conductual. Podría incluirse dentro de las terapias operantes.

- **Terapias de modelado (condicionamiento social)**

Utilizado como técnica terapéutica para enseñar conductas nuevas o fortalecer las que ya existen. Consiste en someter al paciente a la observación de otra persona (que puede ser el mismo terapeuta) que realiza la conducta deseada (como acercarse a un objeto o situación fóbica y comprobar que “no pasa nada”).

- **Terapia Racional Emotiva**

Tipo de terapia desarrollada por Albert Ellis que se focaliza en el presente y en las creencias irracionales del cliente. El terapeuta juega un rol mucho más directivo e incluso desafiante que en la mayoría de las otras terapias. Se asocia con la terapia cognitivo-conductual.

- **Terapia cognitivo-conductual (TCC)**

Es un tratamiento de corto-mediano plazo que utiliza la colaboración activa del paciente. Los pensamientos o creencias del paciente se consideran hipótesis a verificar. En colaboración con el terapeuta se elaboran alternativas a premisas irracionales elaboradas por el paciente y se las pone a prueba en situaciones reales. Entre las aplicaciones clínicas en las que demuestra tener éxito se señalan: depresión, distimia, trastornos de ansiedad, fobias, anorexia y bulimia nerviosa, trastorno obsesivo-compulsivo, hipocondría. También ha sido utilizada con éxito en pacientes psicóticos (esquizofrénicos). La TCC es una de las pocas terapias que ha sido sometida en forma sistemática a verificación experimental, y ha demostrado su alta efectividad en la mayoría de las patologías psiquiátricas. Gracias a esta efectividad demostrada ha ido siendo aceptada como técnica terapéutica por un número cada vez mayor de profesionales.

Tratamiento integrado: fármaco y psicoterapia

Existiendo suficiente evidencia con relación a la eficacia de la farmacoterapia y de la psicoterapia en depresión, se plantea la pregunta respecto a cuándo utilizar estos tratamientos en forma individual o combinada. En otras palabras, uno de los mayores problemas radica en la

formulación de objetivos específicos para cada uno de estos tratamientos, así como en la capacidad de diseñar estrategias terapéuticas globales e integradas y no simplemente tratamientos simultáneos.

En el caso de la depresión, algunos estudios sugieren que podrían existir ventajas con un tratamiento combinado. Así, por ejemplo, Klerman y cols. encontraron que en el tratamiento de mantención de la depresión, cada uno de los agentes terapéuticos podía tener efecto en una dimensión distinta. En este caso, la amitriptilina previno la recaída de los síntomas neurovegetativos, mientras que la psicoterapia interpersonal disminuyó la morbilidad derivada del malfuncionamiento social. Sin embargo, los resultados no son concluyentes.

Otros argumentos en favor de una terapia combinada serían la

- Potenciación del efecto terapéutico.
- Disminución de la dosis de fármacos o psicoterapia.
- Facilitación con relación a la adhesión a cada uno de estos tratamientos.

Es evidente que la demostración de la eficacia de diversos agentes terapéuticos abre numerosas interrogantes con relación a los posibles mecanismos de acción tanto de la farmacoterapia como de la psicoterapia. En efecto, ¿es distinto el efecto terapéutico y el proceso de cambio que ocurre a través de la farmacoterapia o la psicoterapia sola o combinada? ¿Cuál es la biología del tratamiento psicoterapéutico? ¿Es similar o distinta al efecto del tratamiento farmacológico?

Un criterio práctico para abordar este problema en la depresión, se encuentra en el capítulo de Trastornos del Ánimo.

Mecanismo de acción de la psicoterapia

La pregunta acerca del mecanismo de acción de la psicoterapia está motivada por el hallazgo frecuente en la literatura de que diversos tipos de tratamiento psicoterapéutico parecen tener la misma eficacia, lo que apuntaría a mecanismos de acción inespecíficos, comunes a las distintas modalidades de psicoterapia. En el caso de la depresión, sabemos que los distintos agentes psicoterapéuticos son eficaces, sin embargo no sabemos por qué, ni tampoco cuáles son sus ingredientes "activos". Frente a estos hechos se han considerado dos hipótesis principales:

- Existirían factores comunes e inespecíficos responsables del efecto terapéutico.
- Existirían limitaciones metodológicas que impiden reconocer efectos diferenciales.

En relación a los factores inespecíficos, Frank identificó al menos seis factores inespecíficos que determinan la eficacia de cualquier forma de psicoterapia:

1. Una relación emocional de confianza.

2. Una aceptación por parte del paciente de la racionalidad del tratamiento.
3. La entrega de nueva información.
4. El refuerzo de las expectativas del paciente con relación a recibir ayuda.
5. Brindarle experiencias exitosas.
6. Facilitar la percepción de su mundo emocional.

En diversos estudios bien diseñados se ha demostrado que, de todos estos factores, la calidad de la alianza terapéutica parece ser de fundamental importancia en la producción de cambio a través de la psicoterapia. Se estima que aproximadamente un 40% de la variabilidad con relación a la eficacia de todas las formas de psicoterapia podría deberse a la intensidad y calidad de la alianza terapéutica. Este factor tiene mayor peso que la escuela de psicoterapia o la técnica utilizada. De este modo, el desarrollo de una poderosa alianza terapéutica debe ser considerado como el trabajo esencial de la psicoterapia. Desde este punto de vista un médico o cualquier otro trabajador de la salud que tenga un mínimo de entrenamiento en psicoterapia, es decir, que esté al tanto de estos principios y maneje algunos elementos técnicos básicos, es capaz de ofrecer una real ayuda al paciente.

La alianza terapéutica depende tanto de la disposición del paciente como de la del terapeuta, así como de la calidad de la relación que se establezca entre ambos. Las variables propias del paciente, como la motivación al tratamiento, la disposición a resolver sus problemas y la capacidad de expresar sus sentimientos parecen ser de vital importancia.

Sin embargo se ha demostrado que una variable igualmente fundamental es la percepción del terapeuta acerca de la calidad de la relación. Es decir, es más importante para el éxito terapéutico que el terapeuta perciba (o esté dispuesto a percibir) que tiene una buena relación con el paciente. El grado de competencia técnica se relaciona con la calidad de esta alianza terapéutica. La calidad de la relación entre paciente y terapeuta es un importante factor predictivo con relación a la adhesión y eficacia de la psicoterapia. Por último, se ha encontrado que si no se establece una relación positiva en las primeras 6 sesiones, es muy improbable que se desarrolle posteriormente.

Consideraciones finales

En la actualidad se acepta que la psicoterapia tiene una clara eficacia en una amplia gama de trastornos psiquiátricos y condiciones desadaptativas.

La calidad de la alianza terapéutica parece ser un elemento fundamental en la eficacia de la psicoterapia.

Dado el impacto que tiene la persona del terapeuta, tanto desde el punto de vista emocional como de la calidad

profesional, es fundamental que éste evalúe su trabajo en forma permanente.

Junto a lo anterior, sería importante determinar con más precisión criterios que permitan decidir cuándo elegir psicoterapia, farmacoterapia o ambos.

Sonia Jara Tirapegui

Psicóloga

Colaboración de Luis Lamas, ayudante-alumno de

Medicina

Edición final de Juan M. Pérez F.

Médico psiquiatra

Departamento de Psiquiatría Sur

Universidad de Chile

Apuntes para uso exclusivo de docencia

2008