

Psicoterapia: Revisión Crítica Global y Consideraciones Teórico-Prácticas.

Carolina Raheb Vidal, Josep Tomàs Vilaltella

¿Cómo aparece y qué entendemos por psicoterapia?

El poder de una persona para confortar, enseñar, o influir en los otros es parte de la experiencia humana, es la validez incontrovertible. La psicoterapia es un esfuerzo por capturar este poder dentro de un contexto curativo, es transmisible y se puede sistematizar y regular con la relación profesional de ayuda y protección del paciente y del terapeuta. El tratamiento se puede dirigir con varios tipos de psicoterapia, infantil o adolescente, pero siempre es importante enfocar la teoría, la práctica, y las indicaciones clínicas de un método particular.

El campo de la psicoterapia se examina en conjunto y usa las asunciones y los sistemas de valores aceptados por la medicina y otras profesiones. Se establece eficacia y seguridad si la teoría forma parte del método científico, nunca la base es una hipótesis nula, y las dudas son dogmáticas.

Históricamente...

La base científica médica es bastante reciente y el enorme crecimiento fue gracias a las ciencias físicas y biológicas en los siglos XIX-XX. Aunque la medicina existe desde las primeras civilizaciones cuando cuidaban y curaban al enfermo. El miedo de morir del paciente hace la necesidad de creer en un salvador y el resultado de la habilidad de la profesión médica enmascara su impotencia y poca efectividad. Durante muchos años el médico se percibió como el portador de remedios, que estaba allí cuando se le necesitaba, y mostraba cuidado y preocupación. Así, la medicina es una profesión humanística y científica, que se ha emparejado con el espectacular avance en el conocimiento tecnológico. Tiene su propio sistema de valores, pero además se influencia por el ecosistema político, económico, y cultural que le forma y orienta su ejecución.

La psicoterapia tiene rasgos diferentes de otros tratamientos médicos:

- Su práctica no está limitada por el estatus del médico autorizado. Algunos profesionales son médicos que practican la psicoterapia, pero otros no son psiquiatras sino psicólogos.
- La medicina dependía del carisma y la validez del tratamiento, esto ha disminuido a favor de los datos de los ensayos clínicos bien diseñados.

Definición de psicoterapia

Desde la última década ha aumentado el interés por el problema de la investigación en psicoterapia con niños. Un aspecto de interés es la definición de psicoterapia que intenta incluir problemas de la colaboración del paciente, con el terapeuta y el contexto

de la terapia. Por ejemplo cuando se define la psicoterapia como una modalidad de tratamiento en que el terapeuta y el paciente trabajan juntos para mejorar la condición psicopatológica y el deterioro funcional que conlleva, a través del enfoque de la relación terapéutica, actitudes, pensamientos, afecto y conducta del paciente, el contexto social y el desarrollo mental. Esta definición permanece independiente de la técnica y la teoría, pero como se entiende la terapia psicodinámica, conductual, individual, grupal, familiar, breve o a largo plazo, y así sucesivamente con las distintas características específicas.

Las definiciones de naturaleza más amplia abarcan modalidades particulares de psicoterapias, pero a su vez pueden parecer simplistas, no engloba las distintas razones, excepciones, la investigación, el poder estadístico, los datos de la definición siguen siendo insuficientes.

La revisión de la psicoterapia aplicada a infantes y adolescentes no es exhaustiva. El análisis detallado de casos individuales es poco frecuente, más bien, son estudios a preguntas concretas, y las respuestas se lanzan por sus implicaciones al entrenamiento de la investigación

Las preguntas fundamentales sobre la psicoterapia

Desde 1996 se propuso una lista de 11 preguntas de apreciación global. Están enfocadas para mejorar los extensos problemas que permanecen de relevancia y lamentablemente todavía quedan dudas sin contestar.

1. ¿La psicoterapia se puede investigar válidamente?
2. ¿Funciona la psicoterapia?
3. ¿Si funciona la psicoterapia, hasta qué punto es buena?
4. ¿La psicoterapia es mejor que el placebo?
5. ¿Hay un estilo de psicoterapia que sea mejor que los otros?
6. ¿Se puede enseñar la psicoterapia?
7. ¿Hacer más psicoterapia es mejor que hacer poca? ó ¿Cuál es la mejor dosis para que sea efectiva la psicoterapia?
8. ¿La psicoterapia es más adecuada para unos niños que para otros? ¿Cómo influye el contexto del niño en la efectividad de la psicoterapia?
9. ¿La psicoterapia es más segura que la terapia biológica?
10. ¿Aceptan los consumidores la psicoterapia?
11. ¿Es difícil que la psicoterapia sea efectiva?

1. ¿La psicoterapia se puede investigar válidamente?

Uno de los problemas más persistentes es la evaluación de la psicoterapia por falta de investigación que sea buena y suficiente como para responder a múltiples preguntas.

Hay quien cree que la psicoterapia no es mensurable, porque no sólo involucra la naturaleza elemental de los seres humanos dentro del individuo, sino también actúa con otros como los padres o terapeutas y el entorno y circunstancias. Este argumento fue usado para refutar los resultados de la evaluación de la psicoterapia del Instituto Americano de Estudios del Psicoanálisis de los años sesenta. Mucha de la investigación de la psicoterapia individual con niños empezó con la agitación de optimismo entre 1963 y 1973.

La investigación de la psicoterapia es sumamente compleja, las ciencias aplicadas al ser humano son muy difíciles de persuadir y desafiar. Cualquier investigación sobre la psicoterapia es mejor que nada; aunque, si el resultado no tiene sentido, o peor aun, si el sentido es engañoso, la respuesta no es válida. Las reglas y métodos para la investigación derivaron de la psicoterapia adulta.

La investigación se enfrenta a una falta de herramientas para hacer el trabajo. Hay quien defiende que la psicoterapia infantil no difiere cualitativamente entre sus formas. El campo de la investigación de la psicoterapia en adultos, permite utilizar este fondo de conocimiento para algunas declaraciones provisionales de la psicoterapia infantil cuando los datos del niño son inadecuados. La complejidad metodológica limita los estudios. Se ha mostrado que incluso cuando los efectos metodológicos permiten el metaanálisis, los efectos sustanciales de la psicoterapia todavía son discernibles.

Hay que intentar nivelar legítimamente la investigación de la psicoterapia reuniendo los requisitos de rigor, promoción y reputación, (en eficacia y efectividad de los tratamientos); como la descripción de la contratación sujeta, el sitio, la duración y la orientación teórica del tratamiento, incluso el entorno con los padres. Pero, la respuesta a la dificultad y a los problemas está en la necesidad de los terapeutas a investigar los egos activamente, promover y ayudar en el proceso, aunque es tan hostil que resulta incomprensible para el investigador. Esta investigación refleja el mundo real de la práctica clínica, donde cualquier persona, objeto, situación influye en la terapia.

2. ¿Funciona la psicoterapia?

Actualmente hay más de mil estudios controlados sobre los tratamientos para los niños y adolescentes. Todos los críticos, (con la única excepción de Levitt) y sobre todo los metaanalistas concluyen que la psicoterapia es un buen tratamiento, independientemente de la forma o especialidad. Realmente, hay suficientes estudios para decir que la evidencia favorece la eficacia y que el terapeuta puede exigir que la psicoterapia sea un tratamiento legítimo. Aunque, esta declaración está sujeta a las advertencias considerables de: a quien va dirigida, durante cuánto tiempo, y qué tipo de psicoterapia.

3. Si funciona la psicoterapia, ¿hasta qué punto es buena?

Como se concluyó, hacer psicoterapia es mejor que no hacer ninguna psicoterapia, pero es necesario definir para qué, para quién y en qué grado. En la práctica clínica, hay desigualdades: según el problema a tratar la psicoterapia ayudará mucho y obtendrá resultados muy buenos, pero la psicoterapia en ciertos pacientes puede que no obtenga ningún resultado positivo. Esto explica que no haya mucha diferencia entre la clínica genuina y la analógica.

Sin embargo, la cantidad real de beneficio producido es poco impresionante, se considera que la quinta parte de la población de terapia presenta una variación en el resultado. Este encuentro sugiere que el efecto medio de la psicoterapia sea bastante pobre, aunque la mayoría de los terapeutas consideran que esta cantidad es poco realista y valiosa. La proporción del coste-beneficio y los métodos usados no pueden hacer justicia al flujo de efectos que conlleva la psicoterapia, incluso, más allá de la mejora clínica.

La eficacia continúa siendo debatida, el interés crece a favor de la teoría, aunque la consecuencia es que la poca información de cómo se trabaja el tratamiento, dificulta poderlo refinar. Así, la falta de enfoque del desarrollo crea un extenso problema a la investigación, que no puede guiar las áreas, cronometrar los resultados o incluso sobre la planificación y ejecución de la investigación de los tratamientos.

4. ¿La psicoterapia es mejor que el placebo?

Partiendo de las revisiones de la psicoterapia de adultos, pocos estudios intentan averiguar si la psicoterapia es más buena que un placebo.

La terapia no tiene únicamente efectos dependientes de la esperanza, del cuidado humano, del estado del terapeuta, o del cuidado clínico. Incluso en la terapia de conducta hay gran cantidad de evidencias que sugieren el efecto extendido de las psicoterapias respecto al placebo.

Casi todos los estudios de comparación de psicoterapias infantiles obtienen que sus efectos del tratamiento y de las formas alternativas de psicoterapia, tengan una estimación del efecto que resulta imposible obtener con un simple placebo.

Pero, ¿cómo el investigador asegura que todos los terapeutas tienen el mismo compromiso y entusiasmo al hacer sus tratamientos? Mientras que el placebo es más fácil de practicar, ¿cuáles son las implicaciones éticas y legales de la condición del placebo como tratamiento de resultado por azar? Estos complejos problemas no se pueden evitar, hay diferencias entre el placebo y la psicoterapia, que dificultan la identificación de las variables responsables de la justificación económica y ética. Casi todas las preguntas permanecen abiertas o dudosas, y los resultados de los estudios naturalistas bien formulados podrían ser de uso considerable para igualar las investigaciones.

5. ¿Hay un estilo de psicoterapia que sea mejor que los otros?

La conclusión es que no hay ninguna terapia que sea la protagonista. Las diferencias no están en las terapias, sino en los psicoterapeutas. Los métodos de evaluación perjudican los estudios, pero en la metaanálisis de la revisión, se distingue la superioridad de la terapia de conducta para los niños. Otras conclusiones estiman que no es posible decir que la terapia conductual es superior a la psicoterapia psicodinámica en los niños. Así, el problema sigue siendo indeciso debido a la falta de datos en la mayoría de los métodos. Sin embargo, los estudios remarcan la importancia de incluir un plan aleatorio de tratamiento, estadísticamente esto aumenta el tamaño de efecto del tratamiento.

Considerando que la respuesta no es clara, parece que en alguna indicación es superior el efecto de la terapia de conducta que otras formas de psicoterapia, (aunque sólo por la mitad de una desviación normal y esto no puede significar una gran diferencia clínica). Esto es particularmente verdad si el enfoque del síntoma de la terapia conductual se acepta como un enfoque legítimo de todas las psicoterapias. La terapia conductual tiene más estudios, por consiguiente, más datos mesurables. Actualmente se dirige mucha investigación hacia las otras formas de terapias.

Desde la última década, los estudios van enfocados a algunos modos de psicoterapia como tratamiento más efectivo para problemas específicos. De esta manera aumenta la probabilidad de mejorar el estado del paciente, en lugar de seleccionar los síntomas generales para los estudios.

Es posible declarar la efectividad de unos tratamientos que se apoyan empíricamente, como:

- La desensibilización sistemática para la ansiedad, los miedos, y las fobias.
- La terapia cognitivo-conductual para la depresión, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, y para el entrenamiento de los padres del niño con un trastorno de conducta.

Existen unas 551 psicoterapias, además de la dominación comportamental y de los métodos cognitivo-conductuales, pero la lista de tratamientos con apoyo estadístico de validez y fiabilidad es breve.

6. ¿Se puede enseñar la psicoterapia?

Cualquier terapeuta que entrene puede aprender la esencia de la amabilidad del psicoterapeuta, algunos métodos o técnicas, e incluso los modos, como el psicoanálisis, que requiere un periodo de entrenamiento extraordinariamente largo. Pero, ¿hay evidencia de que estos entrenamientos a los programas hagan mejorar la eficiencia y eficacia de la terapia? Investigaciones de la psicoterapia infantil sugieren que para los niños es fundamental la eficacia del terapeuta, y de hecho, la evidencia sugiere que ciertos entrenamientos pueden tener efectos negativos. Se han encontrado casos de ayudantes de terapeutas poco expertos que eran más eficaces que los propios psicólogos. Sin embargo, los estudios examinan el problema de este entrenamiento pero a menudo se confunden con otras variables críticas, como el método de la psicoterapia.

Contra el entrenamiento se añaden los valores sobre el programa, los grados del entreno, y la manera en como se hace. Hay una falta de diferenciación clara entre la eficacia del terapeuta y la orientación de los programas.

Las indicaciones muestran que algunas personas hacen mejor de terapeutas que otras. Es más, según el problema a tratar hay quien lo resuelve mejor o peor, e incluso el entrenamiento puede actuar recíprocamente de una manera más o menos compleja.

Estos hechos expresan la posibilidad de que la psicoterapia puede adquirirse bien por el aprendizaje de antes o de después de que se emprende a ser crítico de su propia psicoterapia. La psicoterapia no se refiere únicamente al armazón teórico y técnico, sino también a factores no específicos como la capacidad personal de relacionarse con otros seres humanos, la empatía, y la combinación del sentido común con el otro y las dificultades a enfrentar. Así, un programa de entrenamiento tiene un pequeño impacto si no hay el previo aprendizaje de las relaciones humanas. Faltan investigaciones que relacionen los resultados de la práctica psicoterapéutica, con el entrenamiento de metas y técnicas explícitas, y con las aptitudes y actitudes personales de los terapeutas.

7. ¿Hacer más psicoterapia es mejor que hacer poca? ó ¿Cuál es la mejor dosis para que sea efectiva la psicoterapia?

La duración media del tratamiento varía grandemente por el modo de psicoterapia, por el terapeuta, y por las investigaciones. Aunque las analogías son arriesgadas, la terapia farmacológica acepta el concepto de que hay una dosis óptima, una dosis baja es ineficaz, y una demasiada alta es tóxica.

Hay pocas investigaciones comparativas de los efectos en los tratamientos a largo plazo de dos años o más, y la conclusión general es que la relación de las dosis es logarítmica. La mayoría de los efectos positivos ocurren dentro de las primeras 10 a 20 sesiones, el tamaño del efecto es reforzado por el terapeuta y, el paciente sabe que la terapia tiene un tiempo limitado. Incluso hay casos en que el efecto puede disminuir cuando la terapia es demasiado larga para el paciente.

Hay pocos datos estadísticos de la psicoterapia del niño y de los efectos de las dosis. Es desconcertante que la dosificación se dicta generalmente por los pacientes y no por el terapeuta, que si tendrá presente las consideraciones clínicas. Si el psicoterapeuta quiere convencer a la población de que hay algo mejor, tendrá que hacer una investigación justificando que mejora la salud y no aumentan los costos del cuidado.

8. ¿La psicoterapia es más adecuada para unos niños que para otros? ¿Cómo influye el contexto del niño en la efectividad de la psicoterapia?

Uno de los cambios más dramáticos e importantes en la psiquiatría infantil fue la creación de la clasificación de los desórdenes. El diagnóstico influye al tratamiento de psicoterapia, a la farmacoterapia que necesita unas indicaciones específicas; de hecho, pasa como en el caso de los adultos. Estos adelantos en la psicoterapia del niño han sido más lentos, pero está alcanzando una magnitud considerablemente fiable. La lista de los tratamientos empíricamente apoyados aun es corta, por lo que es necesario seguir estudiando los desórdenes específicos.

Otras variables que afectan la eficacia y el tipo de psicoterapia son los problemas clínicos comunes: si es más o menos dirigida, la comorbilidad, la farmacoterapia coexistente, la edad, la clase socio-económica, las variables familiares, la cultura. Los terapeutas a menudo encuentran que estos factores influyen mucho en el tratamiento y que el trabajo terapéutico específico, además de examinar estas cuestiones, tiene un menos impacto.

9. ¿La psicoterapia es más segura que la terapia biológica?

Las psicoterapias son preferibles a la farmacoterapia porque son menos invasivas y no tienen ningún riesgo a vida. Pero, a nivel fisiológico, la psicoterapia no está claramente libre de efectos, crea tensión, un despertar emocional durante el tratamiento, sensaciones extrañas, desconocidas, e incluso desagradables.

Además, la mitad de los pacientes infantiles nunca completan el tratamiento a la satisfacción del terapeuta. Las causas son complejas e incluyen la velocidad de la respuesta, pero a su vez, esto ayuda a ocultar los resultados adversos. Los terapeutas que utilizan farmacoterapia reconocen la necesidad de supervisar estrechamente los efectos adversos. Pero la falta de datos sobre los efectos adversos de la psicoterapia infantil refleja que esta práctica terapéutica se basa en asunciones de dudosa seguridad y eficacia.

10. ¿Aceptan los consumidores la psicoterapia?

Los resultados demuestran que algunos niños no necesitan la psicoterapia para resolver sus desórdenes. Además, algunos pacientes y familias informan de experiencias negativas del tratamiento que hacen pensar en el hueco desconocido que hay entre los pacientes y los terapeutas. Las causas son complejas pero es

importante aceptar que las personas jóvenes y sus familias son una variable decisiva para la eficacia de la terapia.

Así, la actitud y aptitud del consumidor y su alrededor es fundamental para el buen resultado, sin pensar que solo con poner confianza se soluciona el problema.

El apoyo de los padres ayuda a la efectividad de la psicoterapia del niño. Así, los padres del niño que recibe el tratamiento obtienen niveles más altos de información y satisfacción comparados con los padres del niño que recibe la única ayuda de la educación académica.

Finalmente, casi no existen datos sobre la propia opinión del niño y adolescente que reciben tratamiento. Esto hace resurgir el problema de medir los resultados terapéuticos. De aquí la cuestión de cómo se toman las decisiones sobre los resultados, no pueden depender solo del examinador o de la familia, es imprescindible la sensación, la percepción, la opinión, el resultado vivido por el propio paciente, niño o adolescente. A las medidas del resultado les falta la utilidad práctica, es necesario observar y preguntar al niño si continua sintomático.

11. ¿Es difícil que la psicoterapia sea efectiva?

Este problema se ha repasado en detalle para la psicoterapia adulta. Concluyendo que, faltan datos para evaluar la efectividad y el costo de las psicoterapias. El cuerpo de la investigación intenta atestar el poder de la psicoterapia de aliviar la enfermedad destructiva y dolorosa. Aunque el problema es más complejo; abarca el fracaso sustancial de la propia investigación, resultando unas medidas más críticas sobre la ecuación del impacto del tratamiento en las funciones básicas como: la educación, creatividad, trabajo, obligaciones sociales, salud, y los costos sociales; en lugar de las estimaciones usuales de mejoras en la enfermedad, relacionadas con las variables: depresión, síntomas de ansiedad, estrés. De nuevo, debido a la gran escasez de datos, la seguridad del tratamiento o de los efectos con los niños es aun más difícil.

Los estudios que usan los principios y valores de la psicoterapia en sus condiciones aceptables, cada vez controlan más el recurso público y privado, a corto y a largo plazo, y todo para el cuidado de la salud del niño. Estos valores se mostraran en los métodos terapéuticos, pero también a gran escala en las reformas sociales o las políticas gubernamentales.

La proporción del coste-beneficio de la psicoterapia infantil es desconocida, aunque hay algunos indicadores:

1.- Usar el sentido económico favorable para el paciente y el psiquiatra. Teniendo presente que, aunque el personal este bien entrenado, es importante el rol de los supervisores más experimentados. Puede ser una cuestión de mover el papel ejecutivo en un equipo para facilitar el entorno de la psicoterapia. Pero, siempre será necesario mantener el buen cuidado clínico, desde los planes de dirección, a los manuales de tratamiento y las corrientes terapéuticas específicas, junto con la experiencia terapéutica.

2.- La mayoría del beneficio de la psicoterapia ocurre durante las primeras 10 a 20 sesiones y se facilita por el conocimiento de ambos de que el tratamiento tiene un tiempo limitado. Por consiguiente, la terapia debe reservarse para los casos en que es realmente necesaria, y se tendrá presente la relación entre la duración de la terapia y el efecto que produce. Inicialmente, la ley de los valores que se aplica dice que cuando hay invalidez o sufrimiento el tratamiento es más largo, aunque con el tiempo el efecto disminuye, todavía produce cambios regulares. De todos modos, la decisión para extender el tratamiento se basa en la demostración de que la psicoterapia es eficaz para estos desórdenes particulares.

3.- La terapia conductual parece más eficaz que otras psicoterapias, y parece razonable hacer este tratamiento como la primera opción. Además, es una terapia notable para su énfasis en la metodología de la explicación del problema, el proceso, y el resultado, reduciendo el tiempo y el coste. La investigación también muestra las ventajas de seguir otras formas de tratamiento para distintos pacientes y desórdenes.

4.- Algunas formas de terapia, como la terapia familiar y la terapia de grupo, que tienen la figura del coterapeuta. Este participa de la terapia, y esta en la discusión de cada caso en la sesión clínica junto con el terapeuta y el supervisor externo. Aunque esto es laudable por lo que se refiere a la convicción de calidad, también dobla o triplica el costo del tratamiento. Esto se compensa si son tratamientos múltiples y no individuales. Sería interesante investigar si es proporcional el aumento de los costos con la mejora de la eficacia por la acción del coterapeuta y del supervisor.

5.- En determinados trastornos, hay otros tratamientos, como los biológicos que probablemente son más eficaces para disminuir unos síntomas con menos costo.

Conclusiones sobre la eficacia de las psicoterapias

El hallazgo más significativo es que faltan muchos datos como para tomar decisiones críticas sobre la enseñanza y la práctica de la psicoterapia, y más aun en la psiquiatría infantil y del adolescente. Paradójicamente, la popularidad de las psicoterapias hace que continúen practicándose, aun siendo poco estudiadas desde el gran inicio del 1980.

La terapia familiar parece ser más activa en el campo de la investigación, pero es una modalidad de terapia más reciente. Ninguna forma se acerca de la terapia conductual en la cantidad y calidad de sus investigaciones.

Los datos revelan algunos resultados inquietantes sobre las desigualdades de la certeza con la que se enseña la psicoterapia, del experto y del practicante. Esto puede parecer más como una religión que una actividad profesional.

En la psiquiatría infantil y juvenil hay actualmente un sentido de renacimiento intelectual. Aunque se refuerza a menudo con la psiquiatría biológica incluso en taxonomía, epidemiología, biología molecular, y psicofarmacología. Los científicos conductuales prestan su investigación especializada y el conocimiento teórico a las otras especialidades médicas con la finalidad de ayudar al máximo al paciente.

Es importante revalorar los diferentes tratamientos, sus eficacias, el valor de entrenar, el alto costo de la psicoterapia, y los límites socioeconómicos y culturales.

Inexplicablemente, estas dudas en las terapias tradicionales y familiares, continúan floreciendo, y forman parte de la discusión de los programas de entrenamiento de la psiquiatría del niño y adolescente. En el medio intelectual, la psicoterapia todavía depende demasiado de la tradición, carisma, preceptores extendidos, aserción, y presunción de los beneficios. Esto es comparable con la medicina de la era pasada. Es necesario compilar una lista de tratamientos empíricamente apoyado, y sobre todo en el área infantil y juvenil. Sin embargo, la lista es corta y no incluye cualquier método tradicional de terapia del niño. La actividad intelectual en la psicoterapia adulta va lenta, pero en niños es peor.

Hay una buena razón para enseñar y practicar la terapia conductual, incluida la terapia cognoscitiva-conductual, ya que tiene una clara ventaja en la eficacia y en el volumen de datos estadísticos de apoyo. Su acercamiento es generalmente más transmisible y heurístico, sin embargo, el psiquiatra del niño necesita superar la idea de que esto es algo que sólo hacen los psicólogos, con el fin de dominar, enseñar, practicar, y dirigir.

Enseñar y practicar otra forma de psicoterapia a parte de la conductual es menos defendible. Es improbable que se pueda justificar las altas cuotas, el tratamiento a largo plazo o el tratamiento intensivo.

Mientras permanezca la psiquiatría infantil y juvenil, y desea ser útil dentro de la medicina, debe adherirse a los valores éticos fundamentales, asumiendo que ningún tratamiento realmente muy eficaz y seguro. Actualmente la psiquiatría es parte de la medicina, pero no puede afirmar, sino que debe demostrar.

La justificación más fuerte para continuar haciendo psicoterapias no conductuales es porque se están investigando los casos a quien los tratamientos han fallado. Incluso entonces, estos tratamientos deben delegarse al personal más favorable y que reduce el costo y el tiempo.

En la introducción se explica que la psicoterapia puede justificarse como una parte esencial del brazo humanista de la medicina, que cuida el enfermo y sus familias. La psiquiatría debe mantenerse entre las especialidades médicas que pueden tomar tiempo de escucha a los niños y sus familias. Con la falta de efectividad comprobada, los psicoterapeutas cuando están con el paciente apenado, que abandona la mayoría de tratamientos ortodoxas, ellos han de confiar y enseñar lo que parece sensato y ético para su cuidado específico. Los terapeutas que están con el niño que sufre, que tiene dificultades de identidad, problemas de adaptación y que ningún elemento del cuidado médico le ayuda, se ve con la necesidad de cambiar las estrategias terapéuticas, donde la vertiente psicológica puede ayudar más que la biológica. Hay una diferencia sustancial entre la posición del que enseña y del que practica la psicoterapia como principal tratamiento. La psiquiatría del niño muestra el escepticismo de la medicina hacia el tratamiento y considera el costo apropiado para el cuidado de la salud.

Mirando la psiquiatría y el principal empujón de la investigación actual, parece que el papel del psiquiatra de hoy es más parecido a otras especialidades médicas. Desde los diagnósticos, los tratamientos psicológicos, sociales, culturales, y la participación multidisciplinaria, las conferencias, e incluso a nivel de la administración. Hay que mostrar estadísticamente con investigaciones y estudios, que la psicoterapia refuerza efectivamente la recuperación del diagnóstico y entrega un buen cuidado clínico. De aquí la justificación de la tendencia a entrenar con terapias alternativas a la conductual.

La habilidad en la psicoterapia y el cuidado clínico esta muy relacionado con las calidades personales, a parte de que el entrenamiento puede ayudar.

Quedan muchas preguntas al aire. ¿La psicoterapia sufre un análisis personal doloroso? ¿Confrontar las perennes preguntas sin respuesta segura es bueno para los psicoterapeutas, y para los pacientes? Usando las herramientas de la ciencia, ¿Qué sabemos sobre la psicoterapia que se deriva de la investigación, aserción, tradición? ¿Este conocimiento puede usarse para determinar la clase de psicoterapia que debe aplicarse a cada paciente, durante cuánto tiempo, a qué costo y por qué terapeuta? ¿La psicoterapia debe enseñarse, en absoluto?

Realmente se necesita más investigación, más curiosidad intelectual, y más excitación y menos complacimento, menos dogma, menos entrenamiento, y menos examinar la práctica clínica, y sobre todo, aplicar la psicoterapia éticamente.

Consideraciones teórico-prácticas sobre las técnicas de psicoterapia.

En esta revisión sobre la técnica psicoterapéutica seguiremos, en lo posible, un criterio neutro y crítico, dada nuestra posición ecléctica frente a los postulados tradicionales de la psicopatología y más todavía porque queremos tomar en cuenta la situación actual. Cada vez más, la técnica psicoterapéutica es puesta en causa; las dudas sobre su eficacia se incrementan día a día. Al mismo tiempo, recíprocamente, aumenta la crisis de valor sobre la validez de las distintas corrientes psicoterapéuticas. La existencia cada vez más numerosa de corrientes terapéuticas, se calcula en unas doscientas cincuenta variantes de psicoterapia con un mayor o menor fundamento teórico, junto a tantas otras que no reconocen su origen en ninguna teoría mínimamente consistente, que sirva para justificar las afirmaciones sobre las que se sustenta la supuesta técnica que se propone.

Desde hace ya algunos años, muchos profesionales de pensamiento inicialmente psicoanalítico, humanista o conductista, han reconocido la necesidad de reelaborar sus conocimientos sobre el hombre para reformular de forma más completa las tesis sobre las que se apoyan. Conviene re-analizar las modificaciones que aparecen en la persona a lo largo de su evolución y de que forma se enfrenta al conflicto intrapsíquico y existencial. Cada vez es más flagrante y clara la limitación y la repetición interpretativa, que ofrecen cada una de las distintas teorías. Este hecho es evidente cuando se analiza lo que cada una de las distintas teorías propone para la comprensión de los fenómenos clínicos que estamos, como clínicos o psicoterapeutas, intentando tratar.

Cada vez es mayor el número de profesionales que frente a este límite de cada una de las distintas teorías, integra en su propio quehacer teórico aportaciones de las otras dos grandes corrientes que explican el comportamiento de la persona. Los psicoterapeutas, en su práctica cotidiana, cada vez más, trabajan sobre realidades más mixtas y por ello recurren con más facilidad a soluciones y recursos propios de otras corrientes, incluyéndolos progresivamente en su trabajo terapéutico habitual.

Puede hablarse casi, en la práctica de un movimiento de integración progresivo que se manifiesta a través de múltiples factores, entre ellos, destacaríamos los siguientes:

- a) Búsqueda de una mayor convergencia teórica entre las distintas teorías
- b) Identificación de fenómenos semejantes presentes, en las distintas modalidades psicoterapéuticas, calificadas de forma distinta
- c) Actitud más autocrítica y se pone más en causa los conceptos básicos que definían su orientación teórica inicial
- d) Identificación de posibilidades terapéuticas complementarias y sinérgicas, entre las distintas corrientes
- e) Intento cada vez más importante en elaborar métodos eclécticos combinando recursos cuya procedencia es distinta.
- f) Mayor búsqueda de los elementos comunes y activos que son comunes a cualquier orientación teórica (procesos iguales con distinta catalogación)
- g) Integración cada vez más eficaz de las variaciones que producen los psicofármacos en la asistencia psicoterapéutica (modificación en el sentido y la forma de la intervención)

La situación presenta así, dos aspectos básicos:

- 1) La práctica ausencia de paradigmas teóricos satisfactorios,
- 2) La falta de una técnica que pueda resolver los problemas psicopatológicos en su conjunto satisfactoriamente.

Menos del 2% de los psicoterapeutas en US, utilizan las técnicas en forma ortodoxa. Para la mayoría el "arte" psicoterapéutico exige la integración o combinación simultánea más o menos sistemática de técnicas que pertenecen a distintas orientaciones. Las técnicas a combinar y su validez deben estar empíricamente probadas frente a los problemas en tratamiento o a la problemática específica que el paciente presente. Lo deseable es que se imponga una actitud de tipo ecléctica que:

- a) tienda al abordaje más técnico posible,
- b) con una óptica esencialmente pragmática;
- c) después de un reconocimiento preciso de las necesidades del paciente,
- d) de las técnicas a utilizar,
- e) en función de lo que sea posible, de acuerdo con la realidad externa e interna del paciente
- f) de la eficacia potencial a desarrollar en cada caso.

No sería una actitud ecléctica practicar un amasijo de técnicas sin justificación ni coherencia alguna, ni tampoco sería aceptable la ausencia de un criterio de comprensión lógico de lo que está ocurriendo y de que forma debemos abordarlo. En una gran variedad de situaciones clínicas el abordaje dinámico, conductista y humanista no tan solo no son contradictorios ni irreconciliables sino que pueden ser complementarios y perfectamente superponibles.

La **técnica dinámica** y **fenomenológica** por su capacidad "evocadora" permiten una comprensión a través del "insight" y de la "concienciación" de los conflictos rechazados y de las necesidades insatisfechas del paciente. En psicoterapia, gracias a la exploración y a la integración de las experiencias conscientes y no conscientes, se consigue corregir los patrones cognitivos, emocionales e interpersonales, cuyo origen se encuentra en experiencias anteriores y obstaculizan a partir de entonces, una percepción justa y apropiada del mundo y de sí mismo. Dificultan una interacción satisfactoria y de adaptación con los demás.

La aportación dinámica puede ayudar a vencer ciertas resistencias en la aplicación de las técnicas conductistas; y facilitar, así, que el paciente acepte la exposición frente a los estímulos ansiógenos. La comprensión dinámica de los conflictos es, a veces, muy útil para los terapeutas "directivistas" de orientación conductista

Los métodos **conductistas** y **cognitivo-conductistas** por su actitud "directiva", favorecen la adquisición o extinción de un cierto comportamiento y la modificación de creencias irracionales e inadaptadas. Su aplicación exige que se analice por una parte las características ambientales, al mismo tiempo que se valoran las peculiaridades específicas del sujeto, sin olvidar la detección de cuáles son las causas que mantienen los comportamientos inaceptables o su representación mental manifiesta.

Gracias a estas técnicas podemos enfocar terapéuticamente:

- 1) La manipulación de las consecuencias positivas y negativas de una situación, a la vez, que la reestructuración más o menos directa de las actitudes y creencias del sujeto,
- 2) Se pueden reducir los obstáculos frente a la introspección, eliminando un síntoma omnipresente o disminuir una ansiedad paralizante que se desencadena frente a ciertas ideas o pensamientos,
- 3) Facilitan la exploración del paciente, ya que por ej., después de la aplicación de una técnica de modificación de conducta es más fácil la aparición de material dinámico como pueda ser: mayor facilidad para la expresión de emociones, fantasías, asociaciones, sueños y ensoñaciones, reacciones transferenciales e incluso la aparición del insight.

Las técnicas conductistas pueden acelerar, refinar y mejorar aprendizajes cognitivos y emocionales cuando se suministran estrategias de actuación de este tipo a los terapeutas dinamistas y a los humanistas.

Alexander (1963) afirmaba sobre la técnica psicoanalítica que: "los fundamentos más importantes y las descripciones más tradicionales del proceso terapéutico dinámico no reflejan de forma adecuada la interacción infinitamente compleja entre el paciente y el terapeuta".

Para este autor las actitudes reales, y las reacciones concretas de los terapeutas psicoanalistas raramente están conformes con el "rol" previsto en la "ortodoxia" psicoanalítica: *"las reacciones del terapeuta van claramente más allá de lo que normalmente se denomina contratransferencia; y conllevan, intervenciones que se fundamentan en deliberaciones conscientes y en reacciones espontáneas que se derivan de sus actitudes idiosincrásicas o específicas. Su sistema de valores se transmite al paciente por mucho que se intenten disimular"*.

El paciente reacciona a "las intenciones" del psicoterapeuta, de forma abierta. Expresándolo verbalmente, o bien a través de actitudes de comunicación y expresión no-verbal. El terapeuta reacciona, también a su vez, frente a las reacciones que el mismo ha provocado en el paciente. Por tanto se trata esencialmente de un "proceso transaccional".

Grinker (1976) afirma: *"A pesar de la resistencia de los psicoanalistas frente a una debilitación de las reglas de oro analíticas, todos en la práctica pasan al vulgar bronce terapéutico: la actitud calurosa, receptiva, el condicionamiento, el refuerzo, la sugestión, son ingredientes que se añaden en la técnica "ortodoxa" de la mayoría de terapeutas psicoanalistas eficaces"*.

Strupp (1977) señala: *"no hemos sabido jamás exactamente lo que ocurría entre Freud y sus pacientes; pero podría ser que lo que Freud les dijera desde que entraban en su despacho hasta que volvían a salir después del diván, fuera tan importante para el tratamiento como las "interpretaciones" que les formulaba mientras permanecían en la posición "ortodoxa"*.

Sobre la pureza técnica de la práctica en los terapeutas conductistas podría hacerse críticas semejantes. No haríamos más que abundar en la distancia existente entre la teoría y la práctica de las técnicas, sea cual sea la teoría sobre la que se fundamenten.

Muchas veces términos como: el transfer, la resistencia, la catarsis, las fantasías inconscientes, el insight, la motivación, las expectativas del paciente, la sugestión, la persuasión y la comprensión del terapeuta, se han identificado como elementos decisivos o significativos, en la conducta y potencialidad de impacto de las técnicas de modificación de conducta. Podríamos preguntarnos también si los tratamientos conductistas son auténticamente conductistas de la misma forma que nos hemos cuestionado las técnicas dinámicas.

Según Sloane (1975) y Brown (1967): *"ciertos conductistas son más capaces y desarrollan más empatía y situaciones congruentes que muchos terapeutas dinamistas"*.

Las cualidades personales de los terapeutas no deben subestimarse o valorarlas a la ligera, puesto que, en muchas ocasiones es más éste factor que no la formación técnica la que va a actuar como realidad terapéutica. Las cualidades de los terapeutas, así como su forma de establecer la relación, es lo que más han valorado aquellos pacientes que más se han beneficiado, de un tratamiento psicoterapéutico.

La técnica psicoterapéutica humanista (Rogers) persigue como objetivo-diana que el paciente consiga encontrarse en aquellas condiciones "necesarias y suficientes" para poder reaccionar con "total" autonomía. Tampoco, en la práctica de esta técnica se puede evitar la presencia de un condicionamiento verbal omnipresente a lo largo de todo el desarrollo de la psicoterapia que propone. Murray señaló el carácter selectivo de las intervenciones de Rogers y cómo éstas incrementaban notablemente las respuestas aprobatorias del paciente. "*Cuando el terapeuta es directivo, condiciona al paciente a responder en el sentido inducido de forma inconsciente por el mismo*".

El ataque y la crítica cada vez más intensa e importante sobre la rentabilidad y eficacia de la psicoterapia, han reducido el territorio ilimitado de libertad en el que se movían hasta ahora las técnicas dinámicas. Después de los '70 en US, los responsables gubernamentales pusieron en causa la indicación de este tipo de tratamientos y paralelamente su apoyo a los servicios de Salud Mental, después del '80 se cuestionó, sin ningún tipo de rubor, claramente su eficacia e incluso el valor ético de su indicación. Ciertas compañías de seguros proceden a revisiones exhaustivas sobre la indicación y eficacia de un tratamiento antes de aceptar el reembolso económico solicitado. Esta situación sociopolítica y socioeconómica, junto a lo más arriba expuesto, ha desencadenado el acercamiento entre los distintos tipos de orientación terapéutica y ha incrementado la necesidad de buscar una mayor eficacia en el quehacer o "arte" psicoterapéutico.

Una psicoterapia de **orientación ecléctica** debería escoger los conceptos, los métodos y las estrategias más eficaces a partir de una variedad de teorías existentes. En este sentido se podría afirmar que entre los más aceptados desde un punto de vista teórico están el "acercamiento", la "integración" y la "convergencia"; conceptos que describen actitudes terapéuticas consideradas básicas.

El "acercamiento": es establecer un contacto afectivo sobre una relación lo mas cordial posible (presupone un conjunto de situaciones relacionales previas antes de conseguir esta situación terapéuticamente ideal).

La "convergencia": es la acción dirigida hacia la consecución de un fin común (presupone el conocimiento mutuo por parte del terapeuta y del paciente de unos ciertos objetivos y de los principios clínicos comunes).

La "integración": es el poder colocar las partes en un todo, que a la vez que consigue aunarlo de forma coherente le da un sentido lógico al programa previsto

Hoy día se puede afirmar que la psicoterapia es, en sí misma, una técnica eficaz y que no existe una modalidad técnica superior a otra.

¿Qué tratamiento es más eficaz para un problema específico?

A la pregunta de qué tipo de tratamiento es más eficaz para un individuo concreto con un problema específico y bajo unas condiciones determinadas, se puede contestar que los terapeutas y sus técnicas, los métodos y el cliente se pueden intercambiar sin que se aprecie diferencia significativa alguna según se puede observar al analizar los distintos estudios que se han realizado desde un punto de vista comparativo.

La pregunta realmente importante a contestar es: ¿Qué hay de común en todas las prácticas psicoterapéuticas?, ¿Qué es lo que permite ayudar a un paciente en tal circunstancia con tal problema?

En este sentido, hoy en día parece ser que se puede afirmar sin muchas dudas que:

- 1) el 65 % de las variables de evolución terapéutica satisfactoria dependen fundamentalmente del paciente,
- 2) el 25 % depende de las características personales del terapeuta,
- 3) el 10 % depende de las técnicas específicas que se aplican.

Según el paciente actúan como factores positivos:

- a) su propia participación y compromiso en el proceso terapéutico (tal afirmación en algunos casos puede estar inducida), generalmente el terapeuta invita al paciente al esfuerzo personal si quiere evolucionar correctamente,
- b) la exploración verbal y el análisis de sus propios sistemas de referencia, el desvelar su yo a través de la relación terapéutica
- c) la relación con el terapeuta, gracias al comportamiento de éste y a su estructura verbal.

Es extremadamente importante trabajar sobre el proceso cognitivo, afectivo y comportamental de la experiencia vivida y que se desarrolla en psicoterapia. Generalmente el terapeuta deja que quede en un territorio desconocido, olvidado o enigmático (se trabaja poco sobre estos aspectos en las psicoterapias habitualmente), difícil de descifrar.

Las cualidades ligadas al terapeuta, para definir lo que podría calificarse como "un posible modelo de terapeuta eficaz" serían:

- a) la calidez, el calor relacional
- b) la capacidad de implicación
- c) la comprensión empática
- d) la tolerancia y la capacidad de ofrecer al paciente nuevas perspectivas para la explicación de sus dificultades

Sobre la relación terapéutica...

La relación entre el terapeuta y el paciente es el fundamento, la base, más importante de la aportación terapéutica desde un punto de vista cualitativo. La examinaremos para su valoración bajo tres perspectivas:

- a) la existencia de una capacidad para establecer una "alianza",
- b) o para establecer un "transfer" y
- c) la capacidad de establecer una "relación real" en psicoterapia analítica

El estudio de las estrategias y de las técnicas para un desarrollo eficaz de una psicoterapia marca una serie de factores comunes, que son lo que permiten organizar y comprender, al mismo tiempo, el proceso del cambio terapéutico, a saber:

- I. Las expectativas del paciente o "lo que se espera" de la psicoterapia,
- II. La relación terapéutica,
- III. Una perspectiva "exterior a si mismo" de si mismo y del mundo,
- IV. La aparición de experiencias correctoras,
- V. La verificación constante de la realidad.

Así, con esta sistemática, podremos explorar dos ejes esenciales, para valorar la eficacia de un tratamiento:

- a) ¿qué ha cambiado terapéuticamente y cuál es la naturaleza de lo que ha cambiado? y por otra parte
- b) ¿cómo se ha realizado este cambio?

Garfield (1980) menciona como factores comunes de eficacia en el proceso psicoterapéutico la presencia de los siguientes elementos, en la psicoterapia:

- 1) La esperanza o expectativas del paciente
- 2) La convicción de estar atendido por un profesional competente
- 3) La ocasión de poder hablar de sus dificultades a una persona comprensiva
- 4) Recibir apoyo
- 5) La vivencia conflictiva y lacerante del pasar por una situación de crisis
- 6) El despliegue emocional o la catarsis
- 7) Una desensibilización a medida que se habla de sus problemas bajo la atmósfera tranquilizante de la psicoterapia
- 8) El conseguir una explicación racional frente a sus problemas
- 9) La confirmación de no estar loco
- 10) La capacidad de enfrentarse a situaciones problemáticas (exposición)
- 11) Ocasión y obtención de apoyo y refuerzo para realizar una buena revisión (puesta a punto) de los problemas que le preocupan
- 12) Aumento de la eficacia personal

Comparación entre diferentes terapéuticas

No existe ninguna evidencia que permita afirmar que un método tradicional es más eficaz que otro para modificar la psicopatología subyacente, mejorar la sintomatología y facilitar la adaptación. La flexibilidad en el abordaje terapéutico permite percibir y reconocer la gran importancia de los acontecimientos exteriores en la vida del paciente y también la necesidad de darle una ayuda activa y una cierta direccionalidad.

Debe conseguirse que el paciente:

- a) reconozca la existencia de una personalidad en el terapeuta o en el médico tratante
- b) que sienta que le han ayudado a comprender su problema
- c) que le han animado y dirigido a enfrentarse progresivamente a las cosas que le trastornaban
- d) que puede hablar a una persona comprensiva, tolerante y
- e) que le ayuda a comprenderse a si mismo

Alexander (1963) planteó, una formulación de la psicoterapia analítica bajo la perspectiva de la teoría del aprendizaje (conductismo) cuando afirmó: *"El problema específico en la terapia consiste en encontrar una relación interpersonal adecuada entre el paciente y el terapeuta. Así, de este modo, durante el tratamiento el paciente desaprende viejos modos de sentir y comportarse, y aprende otros nuevos"*.

El "insight" tiene, así, dos vertientes, una consciente de carácter cognitivo, que constituye el sentido más estricto; otro emocional, que consiste en la vivencia de una experiencia interpersonal actual, la cual se convertirá en experiencia "correctiva" gracias a la actitud activa del terapeuta; actitud que será lo más concreta posible para cada situación concreta que se produzca a lo largo del desarrollo del tratamiento.

La emisión del terapeuta de un gesto o una palabra en determinado momento de la sesión a causa de una manifestación del paciente, nos permitirá observar que este fenómeno concreto aumentará su aparición de forma progresiva, (condicionamiento operante), de la misma forma que la ausencia de refuerzo, o una actitud demasiado ortodoxa por parte del mismo lleva a una reducción de la respuesta del paciente. Si el

refuerzo es excesivo y constante, la respuesta buscada, como objetivo terapéutico, se retrasará, puesto que disminuirá el trabajo de análisis que debe hacer el paciente.

La valoración de la "compatibilidad" (... "no seré capaz de hacer evolucionar a este paciente," "deberían tratarse los padres u otro pariente para que evolucionara bien"...etc.) entre el terapeuta y el paciente pone de relieve la existencia de elementos de tipo condicionante; lo mismo ocurre cuando se cuestiona la "compatibilidad" entre el terapeuta y la familia.

Cualquier tipo de interpretación que se practique a un paciente contiene implícitamente, elementos de carácter operante (Sigal), afirmaciones como: "esto así no puede ser," "no es apropiado a su edad", "debe cambiarse", "así es la manera de comportarse," etc. Muchos gestos de apoyo de los terapeutas al paciente, que aparecen en el curso de un tratamiento psicoanalítico, tienen no sólo un efecto reductor de la ansiedad sino que también actúan como recompensas e invitan a producir determinado tipo de ideaciones o formas de pensar, de sentir o de actuar en el paciente. Estas técnicas no verbales, muy a menudo, se perciben, por parte del terapeuta, débilmente o se infravaloran, no recibiendo toda la atención que merecen. Por ello se utilizan con menos eficacia de la que sería posible.

En su sentido más amplio la terapéutica conductista se concentra en modificar las interacciones entre la persona y su entorno. El tratamiento conductista tiende:

- I. a poner más el acento sobre los determinantes actuales del comportamiento que no sobre las pasadas, de tipo anamnéstico
- II. a presentar el cambio manifiesto de comportamiento como lo de más valor al evaluar el tratamiento
- III. a apoyarse en la investigación psicológica a fin de poder formular hipótesis para el tratamiento y la técnica más específica
- IV. a definir el tratamiento en términos lo más operativos y objetivos a fin de conseguir que los métodos aplicados sean reproducibles
- V. a subrayar de forma muy precisa el comportamiento "diana" y las técnicas de evaluación de resultados

Para Didier Anzieu, los dos ejes fundamentales de la psicoterapia psicoanalítica, serían:

- a. la búsqueda del sentido y del significado
- b. la valoración cuantitativa o perspectiva económica, que comporta la ausencia o presencia de la descarga pulsional

"Si el sentido o el significado comporta una intrasubjetividad, no puede dejar de implicar la existencia de una intersubjetividad, que da origen a tener que señalar el valor importantísimo de la comunicación (lenguaje oral), tanto si está presente como si está ausente". La palabra es un elemento esencial en la psicoanálisis. El lenguaje hablado (el discurso) tiene como fin y efecto, el hacer reaccionar al otro.

El "estado límite" implica, y a su vez comporta, una problemática narcisista. Anzieu afirma que la estructura fundamental del narcisismo tiene en sí mismo un carácter paradójico: "un narcisista es aquel que no piensa en mí", este fenómeno produce en el terapeuta unas resistencias especiales a lo largo de la cura. A esta situación la denomina "**contra-transfer paradójico**" y nace como ya hemos dicho de la "comunicación inconsciente paradójica" entre un paciente borderline y el terapeuta.

El análisis de este contra-transfer permite deducir que las características de este "transfer paradójico" serían.

- a. El terapeuta no se siente capaz de desarrollar una cierta comprensión del paciente, y siente que o no era necesaria la psicoterapia o es incompetente para tal tratamiento
- b. El terapeuta desencadena una reacción agresiva hacia el paciente, siente "que el paciente le hace decir lo contrario de lo que es necesario o de lo que quería decir..."
- c. El terapeuta actúa de forma aletargada frente a la conflictiva del paciente, no se siente capaz de actuar con "actividad analizante". El terapeuta se convierte en decepcionante y decepcionado. El paciente se siente desatendido

Esta situación comportará la necesidad de la utilización de variables técnicas definidas por parte de Anzieu (1975) como "análisis transaccional". Este enfoque se fundamenta en una de las aportaciones de la teoría de la comunicación y del aprendizaje a la psicoanálisis.

Desde la creación de la "cura psicoanalítica" esta se ha definido bajo reglas muy precisas que atienden tanto a lo que hace referencia a la frecuencia de las sesiones (de tres a cinco a la semana) como al uso de un diván o a la ausencia del terapeuta en el campo visual del paciente. Técnicamente la "cura", varía muy poco; sus técnicas más utilizadas son la regla de la abstinencia, la neutralidad, la interpretación de los sueños, la asociación libre, el concepto del transfer, la neurosis de transfer, la regresión, etc.

Bribing en 1954 describe cinco elementos eficaces desde una perspectiva psicoterapéutica: La sugestión, la abreacción, la manipulación, la clarificación y la interpretación. Bajo este punto de vista, la cura psicoanalítica reposa fundamentalmente en la interpretación.

La psicoterapia de apoyo utiliza muy poco la interpretación, prácticamente casi nada. La psicoterapia expresiva de orientación dinámica se guía por un sentido oportunista de utilizar la terapéutica más indicada según el estado psicológico del paciente, recurriendo al apoyo cuando el equilibrio del sujeto así lo exija.

Cuando el paciente presenta un "yo" fuerte, pueden usarse más las técnicas que se basan en la "neutralidad del terapeuta", la "interpretación" o el "análisis del transfer", ya que estos pacientes pueden percibir, comprender e integrar, los aspectos más positivos de la relación terapéutica, prescindiendo de las ambivalencias más profundas que subyacen en el transfer.

Cuando el paciente no dispone de un "yo" suficientemente fuerte y que por tanto establece un transfer más débil Kernberg (1979) propone un modelo de psicoterapia exploradora que se basaría en:

- 1) Realizar más actividad clarificadora de la realidad inmediata al paciente que no interpretativa,
- 2) Adoptar una menor neutralidad (del terapeuta), más todavía si se tiene en cuenta la mayor frecuencia de las manifestaciones agresivas por parte del paciente en el transfer; sin duda alguna debe intentarse instaurar la neutralidad terapéutica tan pronto como sea posible,
- 3) Las interpretaciones sobre las manifestaciones transferenciales, en los pacientes con un "yo" débil, deben expresarse en "el aquí y el ahora",

4) Las interpretaciones sobre las manifestaciones defensivas deben ocupar un lugar preponderante en el tratamiento de estos pacientes; se mejora todo el funcionamiento global del "yo" y se facilita su integración y su adaptación.

Los pacientes con un "yo" débil toleran mal la técnica psicoanalítica ortodoxa; el objetivo terapéutico se centraría más en consolidar una estructura y un sentimiento de identidad.

Blanck indica que la "asociación libre" puede usarse cuando el paciente presenta un sistema defensivo suficientemente evolucionado que permite que la aparición de los contenidos inconscientes pueden ser procesados convenientemente por un pensamiento lógico y racional bien estructurado. Esta técnica está contraindicada cuando hay un discurso incoherente (pacientes psicóticos) o cuando existe una debilidad marcada de la función o capacidad integradora del "yo". El "diván" favorece la regresión y la aparición de fantasmas; reduce, la actividad motriz, y aumenta, la verbalización; la regresión puede ser de interés en el paciente neurótico, pero peligrosa en los pacientes que "regresan" demasiado rápidamente o de forma extremadamente profunda. La "abstinencia" no es simplemente un sinónimo de silencio por parte del terapeuta, es también inevitablemente una forma de interpretación y de no satisfacer la demanda de gratificaciones infantiles. Para los pacientes más frágiles la necesidad de gratificación es evidente; la abstinencia del terapeuta hace resurgir necesidades infantiles que después podemos interpretar y/o reelaborar. El "transfer", es este "tomar el presente por el pasado" su resolución y reelaboración son importantes en el tratamiento ortodoxo, pero no tanto o mucho menos en la psicoterapia de orientación dinámica. La frecuencia de una psicoterapia de orientación dinámica es de una a dos sesiones semana mínimo. La ortodoxa de cuatro a cinco por semana.

En la "interpretación del sueño" intervienen tres elementos fundamentales: residuos del presente, elementos del pasado y elementos del transfer; esta misma sistemática tripartita debe hacerse para la valoración tanto de una parte del tratamiento como de una sesión.

La comprensión dinámica además de reposar en el "ello", "yo" y el "super-yo", debe valorar lo intrapsíquico y lo interpersonal, el "mundo" interno y el externo, el pasado y el presente, el transfer y las relaciones objetales más primitivas. El contacto se establece en el aquí y ahora, entre el terapeuta y el paciente, pero la relación puede y debe derivar hacia no importa cual: el pasado, el presente o el transfer, estableciéndose un intercambio constante entre las tres esferas o espacios. Nunca deben darse consejos al paciente ya que no ayudan en nada a la profundización y conocimiento de los problemas. Cuando se actúa en trabajo de ayuda psicoterapéutica a través de las técnicas de clarificación, la sugestión, la manipulación u otras técnicas de tipo expresivo dinámico la posición espacial cara-cara es mejor y más eficaz en general según Luborsky. La duración del tratamiento dinámico es más corto que el ortodoxo.

La **psicología existencial**, como es sabido, se fundamenta en las teorías de Husserl y Heidegger sobre el valor y la significación de "la finitud", "la muerte", "la libertad", "la autenticidad", entre otros conceptos existenciales. Según estos autores la ansiedad no estaría ligada a los instintos sino que es la base de las emociones, aparecerá cada vez que "debemos elegir", cuando se nos "limita en algo" o cuando hay "riesgo de muerte". El conflicto neurótico y sus síntomas son "sistemas de inautenticidad", maniobras para evitar el reconocimiento de la propia situación existencial y las necesidades implícitas. El hombre que se identifica a su "mismidad" (al "si mismo") en proceso de formación, que no inhibe su actividad creadora, y no teme el acceder a la solución que dimana de este proceso; este hombre, es el hombre sano. Contrariamente si se margina a si mismo, y por falsas y erróneas identificaciones intenta limitar su espontaneidad, este hombre vive entonces con un sentimiento de malestar, en una situación que es en si misma confusa y dolorosa. La psicoterapia

existencial ignora el "transfer" en el sentido dinámico del concepto y solo es capaz de valorarlo bajo un prisma existencial. De esta forma, solo puede describir la relación transferencial como un "encuentro" cuya primera significación está y consiste en una "relación real" entre dos personas y no en la relación entre un paciente y un terapeuta.

La situación de encuentro se analiza bajo el prisma de:

- 1) si es verdadera
- 2) si es reveladora, en si misma;
- 3) si es curativa

Este "encuentro" consiste en un "estar con el otro" en un presente real, que se temporaliza en función del pasado y que posee en si mismo el gen del futuro. Nunca es la repetición de una relación precedente conflictual, sino que es un encuentro original en la cual se le abren nuevas dimensiones experienciales al paciente. Freud propugnaba la evitación máxima del "paso al acto" a fin de facilitar a través de su inhibición, la memorización. Boss considera que el "paso al acto" de los sentimientos transferenciales es mas terapéutico que concienciar o revivir el pasado rechazado por el paciente. Para este autor la psicoterapia consiste básicamente en un intercambio de sentimientos reales en el presente entre un paciente y un terapeuta.

A. Freud afirmaba que: *"...en tanto que el paciente conserva una parte sana de su personalidad, nunca su relación real con el terapeuta es solo simbólica. A pesar del respeto que le debemos a la conducción e interpretación del transfer, no debemos olvidar que el terapeuta y el paciente son también dos personas reales y adultas, en una relación interpersonal. Hay que preguntarse hasta que punto la negligencia en no valorar convenientemente este componente (de la relación real entre terapeuta y paciente) interpersonal del tratamiento no permite ver, en múltiples ocasiones, que esta pueda ser la causa real de ciertas reacciones hostiles de algunos de nuestros pacientes. Y no, que estas mismas reacciones dependan del fenómeno transferencial..."*.

El "encuentro" existencial es una relación real y objetivable entre el paciente y el terapeuta con el fin de ayudar al paciente a conseguir una "autenticidad" en todos los sectores de su vida. Los problemas que vive el paciente se descifran bajo la luz de que no son más que estrategias existenciales que enmascaran, en el fondo de la cuestión, una evitación de responsabilidad en su vida.

Lo neurótico, es el fracaso del paciente para abrirse a su propio potencial de ser o de acción. Se considera, bajo el prisma existencial, al paciente, como un individuo marginado de su propio "self", con limitaciones que le hacen dependiente de antiguas identificaciones inoperantes o inhibitorias de su capacidad. Freud afirmaba (1933) donde esta el "ello", debe llegar a estar el "yo". El tratamiento existencial realiza movimientos progresivos hacia el futuro consiguiendo así, mejorar el presente. El psicoanálisis, inversamente, gira alrededor del pasado y su comprensión, para mejorar el futuro.

En cierto sentido la actitud clínica pragmática, frente a las corrientes imperantes comporta una actitud aparentemente paradójica de no renunciar al conocimiento y técnicas que de la teoría del transfer se desprenden, ni tampoco por otra parte de los conocimientos y técnicas derivados de la teoría del aprendizaje. Implica una actitud abierta hacia la diversidad, con un reconocimiento tácito de la complejidad cognitiva y con una renuncia expresa a la voluntad de crear una meta-teoría globalizadora de un quehacer general psicoterapéutico.

El **conductismo** obliga a secuenciar de forma expresa el proceso terapéutico; el clínico debe seguir cinco pasos operativos indispensables:

- 1) Realizar un diagnóstico,
- 2) La comunicación del diagnóstico al paciente,
- 3) La selección de objetivos y la formulación de un plan terapéutico,
- 4) La intervención,
- 5) El fin de la relación terapéutica y la valoración del impacto.

1) *La formulación de un "diagnóstico"* se fundamenta:

- a) En el historial,
- b) La práctica de un estudio psicométrico y de personalidad, (esta práctica favorece la imparcialidad y descende la contaminación excesiva hacia objetivos terapéuticos o valoración de causas que estén más ligadas a las preferencias del terapeuta, que no a las necesidades ligadas a la realidad del paciente),
- c) La observación del comportamiento del paciente, y
- d) La valoración de los otros datos que nos aportan otras fuentes de información necesarias.

El "Diagnóstico", permite definir el problema, delimitar las causas en juego más probables, seleccionar a quien debe tratarse y de que debe tratarse.

2) *"La comunicación del diagnóstico"*:

Pretende dar a conocer al paciente ciertos aspectos de lo que le ocurre, que le permitan y le ayuden a comprender la situación actual en la que se encuentra, para poder adquirir una base de influencia interpersonal adecuada, a fin de iniciar el programa de intervención (permite en el proceso de discusión informativa valorar deseos y evitar con ello tratamientos no buscados o no deseados por el paciente, como pudiera ser modificar la orientación sexual de algún, o tratar a una pareja que quiere divorciarse, etc.);

3) *La "selección de objetivos"*:

Lleva indefectiblemente a una gradación jerarquizada y a un reconocimiento lo más preciso posible de los fines a conseguir (reducción de la ansiedad, adquisición de una determinada habilidad social, modificación de las expectativas de eficacia personal, etc);

4) A largo de la *"intervención"*, utilizaremos recursos concretos para conseguir fines definidos.

5) Al final del proceso el paciente debe "reevaluarse" para:

- a) Comprobar los cambios conseguidos,
- b) Cual es la dirección de estos cambios (mejoría o deterioro) y
- c) La realidad de su funcionamiento.

En cierto sentido debería desearse que este proceso estructural de la actuación terapéutica se generalizara a todos los sistemas de abordaje psicoterapéutico, puesto que ello facilitaría mejor la comunicación entre terapeutas de diversas orientaciones y aumentaría probablemente la confianza del público hacia la psicoterapia.

Con abordaje conductista pueden tratarse con un buen nivel de eficacia las fobias, las reacciones depresivas unipolares, la ansiedad y las dificultades en la afirmación de sí mismo (Parloff, London, Wolfe, 1986). Los estudios en estos campos constituyen

fundamentos sólidos cuando se trata de valorar el coste de los tratamientos en Salud Pública.

La teoría del aprendizaje es básica en la integración de los sistemas psicoterapéuticos, de tal forma que en la actualidad se acepta de forma generalizada que la génesis de una fobia, de la conducta depresiva, de una disfunción sexual o de la inhibición social se explican por leyes semejantes a las que rigen la génesis del lenguaje, del juicio moral o de la atracción interpersonal. La noción de "desaprender" conductas inadecuadas se ha incorporado tanto al quehacer dinamista del psicoanálisis, como también al humanista-existencial. En su inicio el conductismo ignora la sistematización cognitiva contrariamente a los seguidores de las escuelas psicoanalíticas y humanistas. No se valoraban fenómenos como la memoria, las distorsiones perceptivas, los pensamientos irracionales, ni los soliloquios o autoverbalizaciones. Hoy en día esta actitud se ha modificado, incorporándose a las técnicas conductistas, procedimientos de autoreforzo, de reestructuración cognitiva, a la vez que se han desarrollado instrumentos diagnósticos y programas de intervención.

La evolución ha permitido desarrollar programas eficaces para el tratamiento de niños hiperactivos, delincuentes, alcohólicos o de ayuda a parejas con dificultades o alteradas. El concepto de "represión" del psicoanálisis (potencial energético reprimido) y de la misma escuela humanista existencial presupone la existencia en muchos casos de afectos dolorosos que en su dificultad de ser expresados por el paciente comportan un déficit conductual. El paciente dispone del potencial para actuar en una situación social dada pero este potencial no puede expresarse libremente por la presencia y miedo a la aparición del afecto doloroso y negativo. La ayuda a la valoración identificativa del afecto doloroso reprimido que constituye la fuente de la ansiedad en el paciente permitirá cortar este efecto y todo lo que depende de él. Este tipo de acción facilita al paciente acceder a su potencial psicológico real. La introducción de este tipo de modelo alrededor del desarrollo de competencias y habilidades ha provocado una ampliación notable de las posibilidades en todas las corrientes psicoterapéuticas.

Muchos psicoterapeutas o clínicos perciben, que ciertos pacientes disimulan la ansiedad o la depresión durante la sesión terapéutica. El paciente, en muchas ocasiones, aprende como debe hablarle al terapeuta durante los cincuenta minutos de la sesión. Esto obliga, a preocuparnos de:

- 1) La valoración del funcionamiento psicosocial del paciente tanto en el contexto terapéutico como en su entorno natural,
- 2) A examinar el impacto de las intervenciones terapéuticas en el curso de las manifestaciones clínicas y en la realidad,
- 3) A la aplicación de estrategias terapéuticas que maximicen el deseo del paciente para usar las habilidades aprendidas y realizar transformaciones concretas en su vida cotidiana,
- 4) Recurrir a ejercicios extraterapéuticos (proyectos de trabajo en casa, etc) para aumentar la eficacia del tratamiento y el sentimiento de eficacia personal del paciente (aumento de autoestima).

La actitud directiva tiene ventajas e inconvenientes, los conductistas generalmente son muy activos y directivistas, los humanistas menos y la actitud directiva de un psicoanalista es mínima y se limita a acompañar al paciente en sus esfuerzos lentamente. En Europa la actitud directivista está más presente que en US.

Sin duda alguna es al conductismo a quien se debe que hoy en día, cada vez se tenga que precisar más sobre un tratamiento psicoterapéutico:

- 1) Sobre su eficacia,
- 2) Que se publiquen más manuales de intervención y de técnicas operativas,
- 3) Que se establezcan mecanismos de competitividad sobre tratamientos y técnicas,
- 4) Que se de mayor atención al desarrollo de la psicología básica, de la investigación en laboratorio y clínica.

A pesar de ello el conductismo sigue siendo una teoría sencilla, con límites precisos y gracias a su condición de experimental y científica es falseable de acuerdo con los presupuestos que sobre la ciencia enuncio Popper. Al hablar de conductismo, afloran dos inconvenientes de inmediato:

- 1) La ausencia de un factor de evolutividad y
- 2) El rechazo del afecto como factor determinante del comportamiento.

Dedican muy poco tiempo a la reconstrucción del pasado próximo y lejano del paciente y no analizan prácticamente nada de que forma se infiere el comportamiento actual en función de estos datos o acontecimientos anteriores; rechazan conceptos como la represión que podrían ilustrar sobre como una respuesta inconsciente puede controlar el comportamiento de un individuo en una situación dada.

El afecto y su forma de interactuar se ignoran e incluso se consideran una presencia molesta para la marcha del tratamiento, en la práctica se espera que los sentimientos y los afectos se modificaran en el curso de la psicoterapia. La teoría de la personalidad que implícita en los conceptos conductistas es inadecuada para poder describir y explicar la relación existente entre el pasado y el presente en una persona, y también para descifrar la imbricación entre lo comportamental, lo cognitivo y lo emotivo.

La formación en psicoterapia conductista, esta fundamentalmente dirigida hacia conseguir un conjunto de habilidades clínicas, tales como:

- a) El análisis funcional,
- b) El control de la ansiedad,
- c) El proceso de condicionamiento y
- d) Como establecer contratos con los pacientes.

Dedica poco tiempo a adquirir técnicas de relación que permitan crear un contacto terapéutico y saberlo mantener, de forma positiva. Como es lógico suponer esto no significa que los terapeutas conductistas, en la práctica, no tengan una capacidad empática a menudo francamente relevante. Solo señalamos que la capacidad relacional es intuitiva y no forma parte de la intencionalidad terapéutica.

A nivel conceptual la noción de transfer y la necesidad de concienciarlo o manipularlo es molesta al conductista. Esto no evita que al actuar como terapeuta y establecer una relación de ayuda, el paciente lo usara como elemento discriminativo que despierta y facilita la expresión de un patrón concreto de respuestas afectivas, cognitivas o comportamentales. Respuestas que se aprendieron en otro contexto que no tiene nada que ver con el marco terapéutico creado por el terapeuta de conducta.

El conocimiento de los avances recientes de la psicología cognitiva experimental y de la psicología genética da al terapeuta conductista una formación conceptual que le permite comprender y aceptar que ciertas reacciones afectivas autónomas aparecen sin que el paciente pueda explicarlas racionalmente.

El tratamiento de la desviación sexual, de las reacciones depresivas, de la disfunción sexual y de los conflictos conyugales exige un conocimiento de la noción de transfer y cuanto mejor se domina esta técnica mejor se consigue:

- 1) Evitar el fin prematuro de la psicoterapia,
- 2) Resolver de forma terapéutica los enfrentamientos que se derivan de los contratos y de los ejercicios extra-terapéuticos,
- 3) Provocar discusiones fértiles y sugerentes sobre el material afectivo, cognitivo o comportamental, partiendo de "gestos irracionales" o "inapropiados" de amor o de odio hacia el psicoterapeuta,
- 4) Facilitar el mantenimiento de la ganancia terapéutica y el sentido de autonomía del paciente después de la consulta.

Muchos terapeutas por ejemplo dedicados a la psicoterapia conyugal creen que los bloqueos iniciales son un autentico handicap y exigen un gran esfuerzo por su parte; tal criterio puede sustituirse en mas de un 90 % de los casos por la idea de que cuando estas resistencias se exploran convenientemente, con actitud tolerante, permiten descubrir un mundo de "emociones" irracionales.

Los terapeutas conductistas, insisten en la necesidad de obtener cambios objetivos en la vida cotidiana del paciente, pero pocos trabajos ilustran sobre la adquisición por parte del paciente de habilidades sociales. El paciente a veces adquiere capacidades que le permiten actuar en sociedad gracias a lo transferido en sesión por el terapeuta. Pocos terapeutas han constatado "in vivo" lo que el paciente ha aprendido y como lo utiliza. Patterson en el 71 puso en práctica un método de psicoterapia familiar que se aplicaba en el medio natural de los pacientes (en su casa). Merece la pena plantearse la conveniencia del lugar más idóneo para practicar un tratamiento y analizar como proceder en los distintos casos

El conductismo posee un halo de eficacia notable, lo demostrado es que la remisión sintomática, es apenas levemente superior a la remisión espontanea de los cuadros neuróticos después de dos años de evolución, según algunos autores. La eficacia, si que se obtiene con tiempo más corto, respecto a otras técnicas psicoterapéuticas y son superiores al efecto placebo. Con diez sesiones de terapia conductista pueden obtenerse en ocasiones remisiones sintomáticas brillantes.

En psicoterapia conyugal difícilmente la tasa de eficacia supera el 40 % de satisfacción. Hay trabajos que señalan incluso una eficacia del 80 %, en estos casos la eficacia se consigue mas por factores circunstanciales ajenos a la técnica conductista aplicada que no gracias a la técnica "sensu estricto" (no olvidar que la problemática conyugal y la sexual no tienden espontáneamente a una remisión espontanea y son por tanto de muy difícil tratamiento).

Cuando el problema clínico es complejo (depresión, alcoholismo, delincuencia, etc.) el tiempo total dedicado al paciente raramente es inferior a cien horas (hay que lamentar la tendencia insana por parte de los distintos tipos de terapeutas de no marcar el pronostico correcto de las situaciones en tratamiento y de señalar un porcentaje de posibilidades de éxito que suele estar muy lejos de la realidad, tanto los dinamistas, como los sistémicos, como los humanistas).

Paradójicamente, los conductistas suelen subestimar la importancia del ambiente en el mantenimiento de los conflictos importantes. Así por ejemplo el comportamiento autoafirmativo de un paciente alcohólico, delincuente o deprimido pueden ser destruidos a través de la conducta "punitiva" o "descalificadora" de una persona que este en el círculo próximo del paciente.

La aproximación, la complementación técnica entre el conductismo y la técnica sistémica ha incrementado la eficacia en los programas de terapia conyugal y familiar. Todo tratamiento conductista debe fundamentarse sobre sistemas de valoración estandarizados, que permiten descender el nivel de error en las valoraciones. La formación humanista, de la Gestalt, o psicoanalítica impone al alumno una concienciación de sus pensamientos, emociones, fantasías, necesidades y de sus capacidades hacia ciertos aspectos de la técnica psicoterapéutica. Una omisión de esta formación en el futuro terapeuta conlleva una serie de consecuencias negativas:

- a) Dificultad en manejar sus reacciones hacia el paciente para mejorar la comprensión diagnóstica del proceso,
- b) La negación del contra-transfer, su minimización, puede llevar al uso de técnicas totalmente inadecuadas,
- c) Podemos proponer equivocadamente un sistema de valores éticos contrapuestos o contrarios a los del paciente (por ej.: proponer a un marido tradicional, en terapia conyugal, que se comporte de forma más liberal o igualitaria). No debe olvidarse jamás, en el curso de una psicoterapia, del problema de nuestros prejuicios y código de valores, como del de los del paciente

Dificultades de las diferentes corrientes terapéuticas

La aproximación de las distintas corrientes terapéuticas ofrece dificultades que podríamos enunciarlas en varios tipos:

I) **Obstáculos teóricos:** No hay teóricos de la aproximación que intenten redefinir los términos que permitirían dar rigor a un nuevo método. Las teorías sobre el funcionamiento individual normal y patológico del psicoanálisis del behaviorismo y del humanismo, corresponden a puntos de mira distintos que quizás son complementarios.

II) **Obstáculos clínicos:** La aproximación puede hacerse de distintas formas. A través de:

a) Evaluación del funcionamiento psicológico: valorar la importancia del diagnóstico y su significado según lo que deseemos integrar técnicamente, cual es la información más necesaria que debe obtenerse, como debe recogerse y cuales son el tipo de términos a usar.

b) Formulación de un plan terapéutico y marcar objetivos específicos: Reflexionar sobre la naturaleza de las hipótesis que evocamos para la comprensión del proceso que el paciente ha vivido; cual es la prioridad de objetivos propuestos y con que criterio hemos jerarquizado estos objetivos.

c) Sobre la intervención psicoterapéutica:

¿Cómo podemos decidir si vamos a intervenir sobre la estructura de la personalidad del paciente, sobre el proceso relacional o bien sobre el contenido del conflicto?

¿Debemos dar habilidad y capacidad para interpretar el transfer o para ser auténtico y coherente?

¿Cuál es la proporción óptima de cada una de las técnicas terapéuticas?

Si el terapeuta pasa de un tipo de técnica a otra, ¿el paciente no se desorientará y entrará en confusión frente a la forma de llevar la psicoterapia?

d) Medida del impacto terapéutico:

¿Cómo determinar qué criterios de evaluación de eficacia de una intervención puedan usarse si estos cambian continuamente?

¿Qué valoraremos más lo afectivo, lo cognitivo o lo comportamental?

III) **Obstáculos pedagógicos:** La aproximación entre las distintas corrientes pone frente a nosotros el problema de la formación de psicoterapeutas. Intentado evitar como sea, el “todo vale” y formando a los futuros terapeutas en la necesidad de un concepto estructurador, que permita asociaciones terapéuticas más que actitudes integradas, por el momento. La reflexión sobre los programas de formación obliga a cuestionarse:

a) La duración de los programas de formación: Si deben manejarse varias técnicas, la formación será larga necesariamente y difícilmente inferior a dos-cuatro años.

b) Cuál debe ser el contenido de los programas de formación, deberíamos reformularnos los mismos problemas que hemos expuesto en los obstáculos clínicos. Debería determinarse

¿Qué tipo de aproximación nos parece de interés formar?

¿Deben realizarse talleres de integración desde el inicio de la formación del psicoterapeuta?

¿Cuál es el grado de dominio de una técnica antes de introducir otra?

c) Elección del momento propicio para la formación ecléctica:

¿Desde el inicio del aprendizaje, en el grado, en el postgrado?

¿Después de un período prolongado de práctica privada?

¿De unos años?, ¿Muchos?, ¿Pocos?

No hay que olvidar que la elección de una corriente psicoterapéutica se realiza muy temprano y bajo criterios iniciales de tipo selectivo completamente irracionales.

IV) **Obstáculos de tipo empírico:** Un 35 % de profesionales se declaran eclécticos, pero tampoco está demostrado que el índice de éxito terapéutico en el ecléctico sea superior a los ortodoxos de una técnica. Es difícil en la actualidad valorar si la aproximación psicoanalítica es más o menos eficaz que la conductista en el tratamiento de la depresión reactiva.

Sin duda alguna Freud fue el primero en revolucionar la psicoterapia, al elaborar un abordaje organizado. Su terapéutica se basa en el objetivo de que la conciencia cognitiva transformara lo inconsciente en consciente gracias a la comprensión racional adquirida en el “insight” analítico.

La técnica conductista es la segunda modificación revolucionaria en psicoterapia que aparece entre los años 50/60. Si la mayoría de problemas dependen de un entorno o ambiente perturbado o perturbador es necesario modificar este ambiente para atender el problema. El comportamiento adaptado o inadaptado depende de la norma cultural y social y no solo de los conflictos intrapsíquicos. La afirmación que la supresión del síntoma suprime la neurosis formulada por Eysenck cae por su propio peso frente a

las complicaciones relacionales personales que aparecen en el tratamiento por inmersión. La supresión del síntoma solo obliga a la aplicación de otra técnica para seguir el proceso terapéutico.

Sea cual sea la condición de aprendizaje que ha generado un síntoma hay una serie de factores personales que están siempre presentes y que deben tratarse. La desensibilización sistemática, las técnicas de condicionamiento operante y otras técnicas comportamentales se aplican habitualmente en el contexto de una relación interpersonal. La comunicación existe entre el terapeuta y el paciente incluso cuando este está catatónico o mudo. La discusión terapéutica, la explicación de las técnicas, la relajación, el interés del terapeuta, los consejos, la expresión de emociones, el transfer, la sugestión son factores integrantes de toda técnica psicoterapéutica, tanto si es psicodinámica como conductista.

Es difícil la valoración objetiva de la relación médico-paciente en el éxito de un tratamiento (en un estudio piloto de tratamiento urinario psicogénico por exposición prolongada a estímulos ansiógenos; solicitaron a los pacientes que es lo que según ellos había sido la causa del éxito terapéutico; respondieron que: "el entusiasmo de los terapeutas").

Factores biológicos, sociales y cognitivos influyen en el desarrollo y el mantenimiento de un comportamiento anormal. Algunos conductistas mantienen un punto de vista excesivamente estrecho e ingenuo sobre la etiología de los procesos psicopatológicos. En los medios latinos la formación psicoterapéutica se fundamenta en el psicoanálisis. La identidad profesional está íntimamente ligada a lo que hemos aprendido, defendemos lo que hacemos y despreciamos, de forma defensiva, lo que desconocemos. Esto dificulta el diálogo entre terapeutas de distinta formación y favorece las exageraciones y los extremismos.

En psiquiatría el diagnóstico puede ponerse en duda desde el inicio. El diagnóstico se apoya sobre una enumeración de síntomas o bien sobre formulaciones dinámicas y en algunos casos en las dos cosas. También hay diversos diagnósticos para un mismo problema un histérico en Inglaterra puede convertirse en una forma de esquizofrenia en US.

Hay diversas razones que justifican que los partidarios de una técnica psicoterapéutica defiendan sus teorías con un fanatismo religioso en lugar de adoptar una actitud imparcial y flexible frente a las aportaciones de otras técnicas objetivadas. Hay una cierta negligencia y desconocimiento sobre la existencia de los otros métodos y de sus resultados. Por otra parte la jerga psicoanalítica goza de una amplia implantación y popularidad entre la población general, con lo que se facilita su difusión y mantenimiento. Mientras existen actitudes predispuestas basadas en la ignorancia y la sin razón que favorecen adoptar actitudes de formación terapéutica sectarias desde su inicio, con evitación parcialista de la información sobre otros recursos terapéuticos. Aprender un nuevo lenguaje, una nueva terminología es siempre un esfuerzo arduo y molesto. La explicación analítica de la depresión como "una pérdida de objeto" es semejante a la conductista de "una falta de refuerzo". Existe poco fundamento para justificar distancias entre una teoría que propone crear "una fuente de gratificación" con otra que habla de la necesidad de "reforzar".

Toda psicoterapia comprende un proceso de aprendizaje, además, las discusiones, la expresión de intereses, la sugestión son factores indisolubles de la técnica psicoterapéutica. Lo dinámico y lo conductista se diferencian por sus formas de aprendizaje, por los fines que persiguen y por sus hipótesis psicopatológicas.

Wolberg señala tres variables presentes en ambas técnicas y necesarias en toda forma de psicoterapia:

- a) El impacto que se ejerce sobre el paciente a través de la relación con una figura de autoridad que viene representada por el terapeuta,
- b) El apoyo y el refuerzo de aquellas respuestas deseadas, directa o indirectamente;
- c) La reestructuración cognitiva espontáneamente o diseñada, hacia una mejor estructuración y armonía de los distintos elementos de la personalidad.

Para Marmor, hay ocho elementos cuya presencia es indispensable en toda psicoterapia:

1. Una buena relación paciente/terapeuta
2. La posibilidad de liberar tensión
3. El aprendizaje cognitivo
4. El recondicionamiento operante del enfermo hacia modelos de comportamiento más adaptados, comprendidos a través de las señales explícitas o implícitas, de aprobación o desaprobación del terapeuta
5. La sugestión y la persuasión
6. La identificación con el terapeuta
7. Las valoraciones repetidas del contacto con la realidad
8. La practica de nuevas técnicas de adaptación con el apoyo terapéutico implícito o explícito

En ciertas ocasiones la similitud entre técnicas llega incluso a sorprender. Así en psicoanálisis, la frecuencia de las sesiones, la posición acostada del paciente, la importancia que se da al contenido de los sueños, favorecen la regresión; este contexto facilita hablar de las posibles causas o orígenes de la ansiedad y aprender a asociar ideas y sentimientos en seguridad. Este proceso es muy parecido al que un conductista llamaría técnica de descondicionamiento por inhibición recíproca. A pesar de que los postulados divergen, operan ambos en el mismo sentido, actuando a nivel subjetivo (sentimientos, emociones, etc.), provocando cambios a nivel del comportamiento objetivo.

El entorno modifica la actitud frente a la mejoría del paciente y refuerza su comportamiento mas adaptado. “En un paciente que en una técnica de inmersión, manifestó temor de tipo histeroide a presentar una parálisis, ocurrió que la actitud de refuerzo y felicitación y apoyo del grupo evito totalmente la aparición de la manifestación defensiva histérica. Gracias a ello luego se enfrento con mucha mayor facilidad a la situación fóbica”

La aplicación practica de la técnica conductista, en psiquiatría, en ocasiones es considerada como una técnica que favorece un control abusivo del paciente y que los conductistas solo aplican técnicas punitivas o aversivas sin discriminación. En este aspecto debe señalarse que las técnicas aversivas o punitivas solo pueden ser aplicadas puntualmente y que generalmente se usan combinadas con técnicas dirigidas a aumentar la presencia de comportamientos deseados. Sin duda que inconscientemente la aversión, la ira, el disgusto y el desprecio puede producir un incremento de técnicas aversivas o punitivas en terapeutas al cuidado por ejemplo de alcohólicos, toxicómanos o con desviaciones sexuales.

En este sentido y con fines preventivos la Asociación Americana de Psiquiatría ha propuesto cuatro medidas de control:

- 1) Las medidas aversivas no deben aplicarse mas que bajo la supervisión y vigilancia de colegas del terapeuta
- 2) Solo se aplicaran estos métodos con el consentimiento escrito del paciente
- 3) El terapeuta debe abandonar todo método que sea incapaz de demostrar en datos objetivos que mejora significativamente al paciente
- 4) El terapeuta conductista debe conocerse lo suficiente y cuidar de que sus necesidades emocionales estén en equilibrio (si el terapeuta conoce cuales son los mecanismos de refuerzo de su comportamiento, puede evitar explotar al paciente en su trabajo)

La psicoterapia conductista en si misma no es ni coercitiva ni manipuladora; como cualquier otra técnica psicoterapéutica; puede usarse incorrectamente en cuanto a sus objetivos o en cuanto a su forma concreta de aplicación. Toda técnica puede controlar de forma abusiva: aislamiento, medicación, etc. El objetivo del conductismo, es hacer comprender las técnicas del aprendizaje al paciente para que sea capaz de controlar y modificar su forma de comportarse y así aprender a vivir.

Entre los principios básicos de criterio conductista “el autocontrol” es la etapa mas importante en la evolución del sujeto para conseguir una mayor autonomía y libertad. El conductismo aplicado de forma rígida y sin una experiencia clínica conveniente puede facilitar que se aplique de forma mecanizada o deshumanizada. Hay que evitar caer en las actitudes tecnificadas, en excesos de aplicación de cuestionarios o de los tratamientos que se realizan con registros sonoros (cassettes), films, videos y aparatos electrónicos. La mecanización fácilmente lleva a la deshumanización y a olvidar la relación interpersonal. Es interesante recordar que ya Pavlov, señalaba la importancia de la relación entre el animal y el experimentador. Una vez mas se pone en evidencia que el estímulo mas importante sigue siendo la persona por si misma.

Desde un punto de vista práctico la aplicación de la técnica conductista en clínica plantea un conjunto de **problemas** concretos que deben tenerse en cuenta, por ej.:

1) La actitud que se produce muy frecuentemente de obcecación en el sentido de querer aplicar técnicas conductistas después de tan solo haber leído un libro sobre ellas. Hay quien cree que todo se puede resolver con técnicas conductistas, aplicadas con cierta frivolidad; pero también hay quien nunca encuentra al enfermo adecuado para poder tratarlo con este tipo de técnica. Cuanto más examinan el paciente más implicaciones dinámicas y estructurales de personalidad descubre que les permite y les obliga poner en tela de juicio el abordar un determinado aspecto clínico con tratamiento conductista

2) Abandono demasiado rápido de la técnica conductista, con aplicación del tratamiento de forma demasiado corta. Ligado en muchas ocasiones a la inseguridad del terapeuta o por que piensa que hay resistencias o racionaliza su posible incompetencia.

3) Generalmente es más difícil de lo que parece cambiar la sistemática de valoración dinámica del paciente para entrar en una valoración basada en la objetivización detallada de las características concretas del comportamiento.

¿Qué hace el paciente, qué es lo que no es capaz de hacer, qué querría hacer?

¿Cuáles son los refuerzos que mantienen el comportamiento inadaptado?

¿Este comportamiento con qué frecuencia aparece, cuál es su intensidad y duración?

4) La estrategia terapéutica obliga a plantearse un plan de tratamiento global que engloba diversos apartados.

Terapéutica biológica: tipo de fármaco, dosis, vía de administración, horario;

Psicoterapia: tipo, forma de aplicación, duración;

Readaptación o rehabilitación: familiar, profesional y social

Un plan terapéutico conductista es difícil de hacer, necesita definir el objetivo y el fin del tratamiento, comprende la descripción detallada del comportamiento a modificar y cual es el comportamiento a conseguir; que tipo de técnica se usara y en que medio se aplicará.

5) Al terapeuta con formación dinámica le es difícil abandonar su actitud de neutralidad receptiva y pasar a actitudes más espontáneas y participativas como las que exige la terapia de tipo conductista. El dinamista mantiene una mayor distancia con el paciente, el conductista es más natural y abierto en su conducta terapéutica; es más directivo, da más información, consejos, orientaciones; introducen elementos de interacción por lo que obtienen más información de otros aspectos más diferentes. El dinamista es más pasivo, en su actividad terapéutica. El tratamiento dinámico es más eficaz en aquellos pacientes menos alterados

Entre las **ventajas del tratamiento conductista**, debe citarse que es un tratamiento dirigido a las dificultades concretas del paciente, sin atender a la modificación de la estructura profunda de la personalidad para así modificar su sintomatología. En los casos indicados el resultado es más rápido y eficaz. Por otra parte su aplicación es indistinta para personas de cualquier nivel intelectual, cultural y social. Permite el entrenamiento de terapeutas auxiliares. Ahorra tiempo en tratamiento. Modifica y mejora la actitud del personal asistencial ya que al dar normas y técnicas de ayuda en colaboración terapéutica de los pacientes, permite que el personal auxiliar adopte actitudes más activas, abandone actitudes de vigilancia y las sustituya por actitudes terapéuticas, que a su vez sean más optimistas y adopten por fin una actitud más motivada y de mayor interés hacia el paciente.

El tratamiento de un paciente requiere un abordaje flexible, que se adapte a sus necesidades, el terapeuta debería ser capaz de ofrecer técnicas distintas según las características y la evolución que ofrezca el paciente. En la diversificación del saber terapéutico esta el que podamos encontrar en el futuro nuevas formas de enfocar, quizás, más eficazmente el tratamiento de los pacientes. El innovador en psicoterapia no será quien sea fiel a la enseñanza de sus maestros, aquellos que le formaron, sino quien olvide lo suficiente para poder abstraer lo que se va encontrando gracias a múltiples ensayos, aciertos y errores que aparecen en el contacto terapéutico continuo con los pacientes

El psicoanálisis y el conductismo muestran habitualmente poco interés en entretenerse y cuestionarse alrededor de la experiencia consciente de la persona, incluso pueden llegar a afirmar que este fenómeno tiene escaso interés desde un punto de vista científico, puesto que lo importante son los determinismos que subyacen, en inconsciente; mientras que los conductistas mostraban una oposición franca a esta afirmación al colocar al medio como único elemento validable explicativo del determinismo comportamental. Así se llegó a que el determinismo de la conducta era producto de la interacción del individuo entre las necesidades inconscientes y el medio. A partir de este punto aparece la autodeterminación (capacidad de elegir), en el contexto explicativo de la génesis de la estructura patológica o del origen de los

síntomas (el yo es la resultante interactuada entre lo que soy, mas lo que los demás creen que soy, mas lo que desearía ser). Parece interesante tener en cuenta que en el análisis comparativo de las especies la menos determinada es la humana y en ella el individuo sano, cuanto más sano esta menos determinado esta en su conducta.

El individuo sano es al que más difícilmente se le podrá predecir cual será su comportamiento. Cuanto mas nos interesamos en conocer el estado de salud del individuo mas aparece el concepto de la autodeterminación como factor fundamental en la génesis de la conducta humana. El principio de autodeterminación sería un fenómeno semejante al principio de incertidumbre de Heisenberg en Física (la elección personal complica totalmente la investigación científica, “lo probable entre lo posible” esta sometido a múltiples variables)



Para algunos la personalidad es resultado de la herencia y en especial dependiente de la intensidad de las pulsiones instintivas, incluso culturalmente en la actualidad cualquier descubrimiento que ponga de relieve el origen genético de cualquier enfermedad permite a los “media” a bombo y platillo el anuncio de la solución de algo, sin que ello sea totalmente cierto. Para otros la personalidad es un producto dependiente prácticamente del medio y que consiste en un conjunto de hábitos adquiridos a través del condicionamiento. Para la psicología humanista lo importante es “las elecciones” que el individuo ha conseguido hacer a lo largo de su existencia. Esto será la “definidora” real de su personalidad. Ciertamente, que los tres parámetros configuran la personalidad y en cada individuo su presencia es distinta. De hecho podríamos hacer una analogía basándonos en un esquema propuesto por Hebb a fin de poner en evidencia en la configuración de la inteligencia lo que dependía de la herencia y que del aprendizaje.

Así podríamos crear un esquema apoyándonos en la figura geométrica de un paralelepípedo en el que cada línea significaría uno de los factores propuestos: H: Herencia, M: Medio, E: Capacidad de Elección.

Elegir es, de alguna forma, una posibilidad relativa de ser independiente y autónomo.

Es interesante tener en cuenta que después de los pequeños escauceos de enfrentamiento entre los estructuralistas y los funcionalistas, el conductismo se ha impuesto como prototipo de lo científico en el ámbito de la psicología, mientras que el psicoanálisis, la escuela dinámica, se ha convertido en el prototipo de la psicología profesional. Esto favorece la diferenciación académica entre una psicología fundamental y una psicología aplicada. Así se facilita, la creencia de que la eficacia de la intervención psicológica depende sobre todo de la explicación científica que tengamos sobre el comportamiento del individuo. En todas las ciencias de la naturaleza, actualmente, se cuestionan sobre la relación que existe entre la ciencia pura y la ciencia aplicada.

La relación entre investigación y descubrimiento para Dubos (1979) es una pregunta que produce cierta perplejidad; ya que parece que la investigación fundamental se hace a partir de descubrimientos empíricos. O sea, nos damos cuenta, empíricamente, de que una sustancia química: la aspirina o la cortisona, por ejemplo, tienen

determinadas virtudes curativas. Y, entonces, nos decimos, si es activo, tenemos que saber porque. La ciencia interviene en encontrar este porque y determinar como actúa esta sustancia. Justo al contrario de lo que la gente imagina.

Todo el mundo sostiene que la revolución industrial y tecnológica proviene de la ciencia, más exactamente, de las ciencias químicas y físicas. Lo cierto es al revés, son los artesanos los que han descubierto la maquina a vapor, y es después de ellos que fue posible establecer las leyes de la termodinámica que formulaba como funcionaba la maquina a vapor.

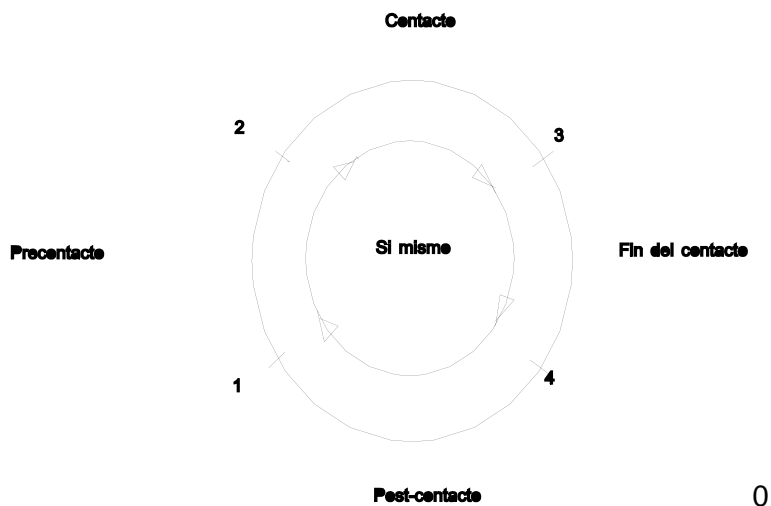
En la realidad profesional, el conductismo, gracias a los métodos de modificación de conducta es la única teoría que ha expuesto soluciones reales de psicología aplicada. Los dinamistas que han derivado en disidencia de las teorías de Freud han girado mas hacia la filosofía que no hacia la proposición de soluciones técnicas específicas (Valley King 78, Nisole 81)

La “**gestalt**”, está configurada por un conjunto de técnicas y procedimientos cuyo fin fundamental podría expresarse diciendo que facilitan la exteriorización del pensamiento y del drama que habita en nosotros. Esto lo consigue gracias a exhibiciones teatralizadas frente a auditorios extensos. From (1984): *“Lo que empezó como un esfuerzo para demostrar la teoría y la practica de la terapéutica gestáltica a un auditorio de profesionales se ha transformado en una especie de método, inexplicablemente que se llama “Gestalt”.*

Toda psicoterapia intenta conseguir una mejoría en la toma de conciencia del “si mismo” y las distintas teorías se diferencian en la forma en como definen el “si mismo” y la “consciencia”. La terapéutica gestáltica, propone una síntesis de elementos que provienen de líneas diversas: Psicoanálisis, filosofía existencial, fenomenología, psicología gestáltica y ciertos aspectos interaccionistas de la psicología de la personalidad. La teoría de Perls-Goodman (1977) ha asimilado las ideas de ciertos autores de cada una de estas doctrinas (Bouchard 1985).

La “gestalt” es una terapéutica existencial y fenomenológica que se centra en la experiencia concreta y cuya realidad básica es el “contacto”. La experiencia psicológica se produce en la zona de contacto entre la persona y su entorno. Cada persona crece y se desarrolla contactando con aquello que es nuevo y fascinante en el mismo o en la gente de su alrededor o en los acontecimientos que pueblan su universo. Partiendo de la consciencia de sus propias sensaciones y de sus propias necesidades lo persona acepta o rechaza libremente estas experiencias de novedad o de alteridad. El “contacto” es el producto final de una consciencia completa si prejuicio. Es una integración de funciones perceptivas, afectivas y motrices. La adaptación creadora, es la creación de si mismo en lo necesario y para lo necesario en función del “contacto”.

La terapéutica gestáltica no se consagra al estudio del pasado, las escenas rememoradas son importantes en si mismas. El trabajo del terapeuta no se centra en liberar la biografía del sujeto sino la potencialidad del Yo o del “si mismo”. La rigidez de “no-contacto” transferencial puede eventualmente una vez esta bien asentada favorecer la experimentación del contacto en el sentido gestáltico.



Un examen mínimo del proceso que aparece a lo largo de un acto espontáneo permite deducir que se desarrolla a través de distintas fases como son: El precontacto, el contacto, el final del contacto, el post contacto. Estas fases describen la secuencia de figuras y fondos así como las fluctuaciones fenomenológicas del sentimiento de "si mismo" (véase los esquemas)

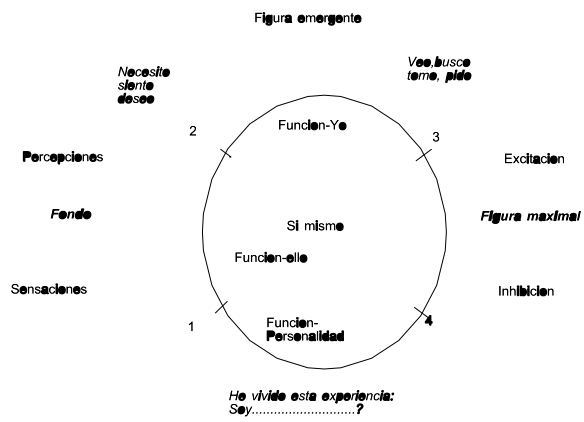
- a) En el precontacto se inhibe la orientación activa, aparece una fluctuación de las fronteras corporales con aparición de actividad onírica, ensoñación, relajación, alucinaciones.
- b) En el contacto aparece un sentimiento máximo del Yo, con capacidad de abstracción, introspección y manipulación, conciencia activa, deliberativa.
- c) En el final del contacto, aparece un sentimiento máximo de la misemeidad con pérdida transitoria del sentimiento íoico, absorción en la novedad y en la alteridad. Experiencias artísticas y estéticas, orgasmo, insight.
- d) Disminuye el sentimiento de la misemeidad. Sentimiento de seguridad, cohesión y continuidad

En una perspectiva paralela, el "si mismo" inventa sistemas especializados con fines específicos para las diversas etapas del contacto. Estas son las etapas: función-ello, Función-Yo, Función-personalidad. No son más que diferentes fases del mismo "si mismo", pero con un actividad y estado de conciencia diferente. En Terapia Gestáltica no existe una entidad que se pueda denominar "Yo" por si misma, solo hay el "si mismo" (self). La función-Yo del "si mismo" sirve para diferenciar el Yo del no-Yo bien del para-mi del no-para-mi. Yo-amo del Yo-no-amo, yo-entiendo del yo-no entiendo, yo-quiero del yo-no-quiero.

La intención aparece durante la función-Yo y sirve de apoyo a la acción en curso. Es una estructura de identificación hacia la elección de la acción y de evitación de posibilidades, crea comportamientos motrices, agresiones, deshace y manipula el ambiente. En la neurosis hay una fijación en el estadio de función-Yo orientado hacia un determinado fin con pérdida de claridad en el contacto entre el "si mismo" y el ambiente. (El neurótico, persona en "interrupción" es el que se retiene de hacer lo que hubiera hecho en el pasado y que lo había empezado a hacer).

La función-ello informa a la persona de sus necesidades y deseos, permite la transformación de las sensaciones físicas en experiencias psicológicas. Su actividad aparece en la fase del Precontacto (véase la figura), su función primordial se centra en percibir las excitaciones orgánicas, las situaciones pasadas incompletas, las características del entorno. El cuerpo es el fondo y el deseo y la focalización del objeto

en el ambiente es la figura. Es el esquema básico de la situación englobando el conjunto de excitaciones cuya percepción amortigua la formación de la "figura emergente"



En las primeras etapas de la vida, las relaciones objetales, la imitación y la comunicación, se remiten hacia conseguir una diferenciación entre la persona y una parte significativa del ámbito organismo-ambiente, para Perls-Goodman (1977) la función-personalidad es un sistema creado a partir de estas primeras relaciones interpersonales. Una de las funciones esenciales de la función-personalidad, es responder sobre la naturaleza de lo que ha ocurrido.

Su acción se sitúa en el post-contacto (véase figura), utiliza un sistema de actitudes asumidas en las relaciones interpersonales, usan etiquetas-resumen para describirse: Soy prudente, tierno, tímido, vergonzoso, celoso, etc. En un depresivo aparecerá: me siento impotente frente a la vida, no valgo nada, soy culpable...,no soy yo mismo. En un obsesivo: soy muy eficaz, controlo muy bien mis emociones, soy muy ordenado, soy fiable, soy muy poco espontaneo. En un histérico: Soy muy emotivo y sensible, soy muy afectivo, tengo una gran vitalidad, necesito atención,...ser el centro de los demás. Un universitario presenta, quizás, la idea fantasmática de que es muy inteligente y que cuando escriba su tratado sobre la tal cuestión, será tan definitivo que no tendrá replica posible. Estas fantasías de grandeza generalmente obedecen a una compensación que se producen ligadas a sentimientos de polo opuesto, gracias a la existencia de una depresión con sentimientos de mediocridad, de desprecio hacia si mismo y de fragilidad.

El **conductismo** y la **gestalt** presentan cuatro puntos comunes. Ambas técnicas son más funcionalistas que estructuralistas. La teoría de la mismeidad en la gestalt se centra en la valoración de como la persona crea su realidad cambiante cotidiana. Se parte de lo que es observable directamente y se da una importancia capital a la situación actual o contemporánea, el pasado no se ignora pero se privilegia el presente fundamentalmente. Ambas técnicas se sirven de ensayos frente a situaciones concretas.

Pero en la gestalt lo importante es la experiencia fenomenológica o sea la percepción integrada de lo sensorial-perceptivo, afectivo, cognitivo y motriz. Por tanto no tan solo ligada a la conducta, el conocimiento y a la reacción "autonómica" como en el conductismo. En gestalt la situación se vivencia en el aquí y el ahora con espacio real a través de la dramatización, la experiencia es actual y busca "el contacto" en un proceso presente; en el conductismo hay una aproximación en el tiempo actual en próximo pasado que esta implícito en lo que esta ocurriendo (about=aboutismo).

En conductismo la ansiedad estorba y debe eliminarse a través de la relajación, etc.; en gestalt la ansiedad forma parte del proceso y es valorada como un elemento positivo, como excitación, interés o energía interrumpida. La relación terapéutica en el conductismo se basa en un esquema de formación y educación, el terapeuta es un sujeto activo, es una persona-recurso, que ofrece servicios, que sabe y que hace. En gestalt la relación con el terapeuta es la de un encuentro entre dos personas, los fenómenos de repetición y de distorsión a los que se somete al terapeuta se ponen en evidencia y se trabajan como tales (o sea el transfert). Diríamos que en gestalt se trabaja en la disolución del transfert para favorecer el "contacto" paciente-terapeuta o el "encuentro". Las distorsiones inevitables que son creadas por el terapeuta, al resolverse sirven como experiencia de resolución, puesto que siempre hay un punto real a partir del cual el paciente reacciona.

Todas las técnicas conductistas que favorecen la exposición a una situación evitada y que buscan reducir la ansiedad, tales como: la desensibilización sistemática hecha con o sin relajación, descomponiéndola o no en elementos jerarquizados, presentándola en "imaginación" o "in vivo", si la exposición es prolongada e "in vivo" hablamos de "inmersión" y si tiene lugar en la imaginación hablamos de "implosion". Son útiles para ampliar la familiaridad cuando el acento se coloca en hacer sentir lo más extensamente posible lo que el paciente experimenta, haciendo aparecer aspectos completamente nuevos, de la situación vivenciada por el "sí mismo", para el paciente.

Las técnicas conductistas basadas en la "exposición" sugieren que la persistencia de dificultades para conseguir su aplicación en un paciente reside en el exceso de ansiedad, que se manifestaría por actitudes de evitación, tanto a nivel cognitivo como conductual. La cura consistirá en ofrecer unas condiciones de aprendizaje social óptimas. El ejemplo más claro es la técnica utilizada para el aprendizaje de habilidades sociales: En primer lugar usaremos un grupo de técnicas para modificación de conducta, incluyendo la autoobservación, el juego de rol, la práctica, la retroacción y sobre todo el modelaje o aprendizaje por observación. Además asociaremos una actividad asertiva fundamentada en el reconocimiento de sí mismo, en su reafirmación, cuales son sus derechos, sus necesidades, emociones, dentro del conjunto a reconocer de los derechos de los demás. El exceso de afirmación proviene de la agresividad, su ausencia conduce a la ansiedad-fobia social. Afirmarse es decir sí o decir no, es expresar derechos y reconocer derechos en los demás. De acuerdo con las teorías gestálticas, la maduración o el crecimiento y desarrollo de la personalidad descansa sobre la función-Yo consistente más en decir "esto es para mí" o "esto no es para mí". Por otra parte el sujeto generalmente no es consciente de sus deseos. No es enteramente cierto que el sujeto sepa cuál es su deseo, que pueda experimentarlo y así conocerlo de forma completa.

Un paciente que verbaliza por ej.: "No sirvo para nada...", "...soy un irresponsable..." ofrece tres posibles intervenciones;

- 1) experiencia de culpabilización, apoyada en una retroflexión, ya que en lugar de expresar un resentimiento hacia el padre o la comunidad, expresa un autoreproche;
- 2) experiencia de autoalienación a través de una introyección, debe buscarse el origen del mensaje y cuales fueron las circunstancias que favorecieron la introyección (quizás el padre le desvalorizaba continuamente o era muy autoritario, etc.);
- 3) El terapeuta puede recurrir a la función-personalidad evaluando la exactitud y lo pertinente de las catalogaciones expuestas: Es verdad ¿que es irresponsable?, ¿Lo que ha ocurrido justifica las expresiones expuestas?, ¿Como podría describirse de forma correcta?, etc.

La **reestructuración cognitiva** es un conjunto de técnicas diversas que parten de postulados comunes (Cognitive learning therapies), que se fundamentan en que la conducta mal adaptada es la resultante de un pensamiento o proceso mental mal adaptado. Entre los fundamentos comunes a las distintas variantes técnicas se encuentran los siguientes:

- 1) El fundamento lógico de la intervención cognitiva es de sobras conocido: Las ideas mal adaptadas conduce a reacciones emotivas y a conductas mal adaptadas
- 2) Llevaremos al paciente a reparar en su forma de pensamiento, tal como se manifiesta a lo largo de las sesiones o bien en el exterior. ES necesario que tome conciencia.
- 3) El terapeuta ayudara al paciente a discriminar entre los patrones ideativos bien adaptados y los mal adaptados
- 4) Debe convencerse al paciente de que la hipótesis del punto 1, es cierta en el paciente
- 5) Se conseguirá en este momento, un cierto modelage, cierta valoración racional, cierta modificación o sustitución de las ideas mal adaptadas hacia un aspecto más adaptado, más racional o realista
- 6) El terapeuta es proporciona una continua posibilidad de retroacción y de apoyo a lo largo de los ejercicios de reestructuración cognitiva
- 7) A menudo puede ser interesante hacer sugerencias concretas de ciertas tareas, como si hiciéramos "deberes", con la finalidad de revitalizar el trabajo cognitivo de las etapas anteriores aplicándolas a situaciones concretas que favorezcan su redefinición.

En la aplicación de las técnicas de reestructuración cognitiva, la atención del sujeto se centra mucho mas en las situaciones inmediatas o contemporáneas, sin que necesariamente estén pendientes de lo actual o sea del contacto que se establece entre el paciente y el terapeuta.

Debe considerarse si realmente es del todo interesante abandonar las posibilidades de analizar y reestructurar procesos cognitivos más arcaicos que aparecen mas o menos ligados a la experiencia actual terapéutica. En terapéutica gestáltica se abordan al igual que los otros procesos más actuales. En terapéutica dinámica estos procesos más arcaicos constituyen el núcleo de máximo interés terapéutico. En terapéutica gestáltica interesa la cognición sobre todo como un proceso de experiencia global de autodominio e interrupción. Por ej.: El paciente en sesión expresa que "no es bueno para nada".

Para Freud, el "ello" sería un depósito de energía, diferenciado del "Yo" y después del "Super Yo". En la gestalt (orientación humanista-existencial) la persona humana es energía, que se dirige de diversas maneras hacia los objetos; la estructura es lo que da forma a la energía y sin estructura que le de forma no puede existir la energía. Un niño se orienta hacia la realidad a través de los intercambios con la madre "real". El acto del niño refleja la estructura y la "pulsión" que busca manifestarse a través de ella. El self constituye, desde su origen, una estructura dinamizada que gracias a la pulsión tiene sentido y existencia.

Para Freud el fin de la libido es la descarga en si misma y el objeto solo es necesario accidentalmente para conseguir la satisfacción. En gestalt el individuo busca ante todo el contacto directo y pleno con otras personas reales, para la satisfacción libidinal; tan

solo en situaciones de deterioro grave el individuo puede satisfacerse a través de mecanismos de autodestrucción e impulsivos.

El self es ante todo una condición imprescindible para la "experiencia" a priori. La psique es de hecho y ante todo un centro unitario de definición y de energía que se caracteriza por su tendencia a expresarse hacia el exterior, hacia el mundo de los objetos, (el primer objeto es la madre). El recién nacido, el lactante a pesar de su inexperiencia, esta orientado fundamentalmente hacia la realidad, la boca es la zona privilegiada para el intercambio con el objeto parcial, el pecho; pero ello no significa, necesariamente, la existencia de una "fase oral". A pesar de la primitividad del "self", este entra en contacto con el mundo humano aunque no esté diferenciado a nivel de representación. Así podría afirmarse en resumen que:

- a) La tesis funcionalista según la cual el "self" según Pers-Goodman es ante todo un proceso temporal que se apoya en el postulado de la inseparabilidad entre la energía y la estructura;
- b) En terapia gestáltica la adaptación creativa se desprende por una parte de una visión unitaria y por otra de un concepto de campo organismo-entorno paralelo; el self para Fairbairn es un self a la búsqueda constante de su complemento necesario: el objeto real, que se halla en el entorno.

Para Fairbairn, el self como totalidad dinámica organizada no precisa para su desarrollo ninguna diferenciación estructural. Así rechaza la metáfora biológica de niveles de crecimiento ligados a distintos niveles de diferenciación y complejidad estructural (ello, yo, super-yo).

La relación madre-niño o padre-niño sufre múltiples interferencias y de estas separaciones no naturales pero necesarias se produce que las primeras relaciones de "objeto" sean frustrantes y por tanto "malas". Será muy doloroso para el niño esperar impacientemente y depender de un "objeto" que esta físicamente y emotivamente ausente la mayor parte del tiempo; todavía mas asumir un "objeto" "invasor, inconsistente, o que actúa de forma caótica. Tanto si los padres están ausentes como si su comportamiento es de naturaleza arbitraria el niño no puede prescindir de ellos; puesto que constituyen la base fundamental de su vida psíquica. El niño establece "objetos internos", en si mismo, que actúan en sustitución y dan satisfacción reparadora a la relación insatisfactoria que existe con los "objetos reales externos". Esta primera interiorización para Fairbairn preserva la ilusión y el carácter "bueno" de los padres como figuras necesarias y reales en el mundo exterior. El niño separa e interioriza los aspectos negativos, frustrantes o angustiantes de los padres: No son ellos los "malos" sino que lo soy yo.