

LAS PSICOTERAPIAS Y EL MEDICO NO PSIQUIATRA

Segundo Imbert Brugal F.R.C.P.

Fellow (miembro) del Real Colegio de Medicina y Cirugía del Cánada y Reino Unido.

Profesor Auxiliar Facultad de Medicina UNPHU.

Profesor Auxiliar Facultad de Psicología UNPHU.

Profesor Maestría en Psicología INTEC.

Práctica privada en Psiquiatría General y Psicoterapia.

Los tratamientos psicoterapéuticos, usados y abusados por profesionales y no profesionales, son sin duda una de las armas curativas de mayor difusión. En nuestro país, principalmente en las dos o tres grandes ciudades de nuestra geografía, ya existe un gran número de personas disfrutando o sufriendo de estas técnicas. Cuál es el número de ciudadanos implicados?, no creo que se hayan obtenido todavía esas cifras. En Estados Unidos de Norteamérica 34,000, 000 de personas están involucradas en una forma u otra de psicoterapia.

En las ciudades de nuestro país se ofrecen por lo menos 15 variaciones psicoterapéuticas: psicoterapia analítica, psicoterapia Rogeriana, psicoterapia de grupo, análisis transaccional, terapia sexual, terapia matrimonial, terapia de familia, de juego, terapia conductual, relajación autónoma de Schultz, hipnosis, psicoterapia existencial, método de control Silva, meditación transcendental, yoga, grupos religiosos, etc. etc.

Ante la importancia y complejidad del panorama vamos a tratar de tocar en este artículo cuatro temas fundamentales que son:

- 1.— Evaluación histórica de la psicoterapia.
- 2.— Clasificación de sus diferentes modalidades.
- 3.— Su utilidad y los factores fundamentales y comunes que hacen de este tratamiento algo potencialmente útil.
- 4.— El médico no psiquiatra ante las psicoterapias.

LA EVOLUCION HISTORICA DE LA PSICOTERAPIA

Antes de comenzar en tareas más abstractas obviamente tenemos que llenar el requisito indispensable de definir lo que es psicoterapia: La psicoterapia comprende todo acto de curación por medios psicológicos: palabras, acciones, o rituales por los cuales se trata de aliviar o curar el sufrimiento de una persona, cuya causa se considera fundamentalmente psicológica.

Buscando los orígenes históricos del quehacer psicoterapéutico lo encontraremos en los orígenes mismos del hombre. Si usamos un sentido amplio, no hay duda, que todos los actos y ceremonias mágico y médico religiosas se podrían considerar como productores de alivios psicológicos, por ende psicoterapéuticos.

Pero donde encontraremos el primer intento de explicar un sufrimiento psicológico al través de factores puramente subjetivos, de una dinámica, es tres siglos antes de la aparición de los Poemas Homéricos, casi mil años a.c. ¹, veamos: "El profeta Melampus, quien tenía la facultad de leer el canto de las aves además de practicar las artes curativas y el sacerdocio fue llamado por el Rey griego Filacus. Filacus tenía a su hijo Ificlus impotente y ofreció gran recompensa a Melampus si lo curaba de la dolencia. Melampus se dió de

inmediato a la tarea de sacrificar dos toros al Dios Apolo. A los restos del toro sacrificado llegaron dos buitres, y uno le dijo al otro; "hace mucho que estuvimos aquí, cuando Filacus castraba ovejos y nosotros nos comíamos los desperdicios".

Lo recuerdo muy bien, dijo el otro buitre, Ificlus era un niño entonces y vió a su padre venir con un cuchillo ensangrentado y cogió miedo creyendo que su padre lo iba a castrar a él también; gritó desesperado. Filacus clavó el cuchillo en un árbol y corrió a consolar a su hijo. Ese susto, dice el buitre, es la causa de la impotencia. Filacus se olvidó de recoger el cuchillo y ahora sólo se vé el mango, pues el árbol ha crecido alrededor de él. En ese caso, dice el primer buitre, el remedio es recuperar el cuchillo, recoger el óxido dejado por la sangre del ovejo y dárselo a tomar con agua todos los días por diez días consecutivos.

El remedio funcionó, y sin duda alguna Melampus, el médico, profeta y sacerdote, inventa la primera cura de la impotencia, con base racional.

En esta cura encontramos una explicación, asombrosamente parecida a lo que muchos siglos después darían las teorías psicoanalíticas para algunos casos de impotencia.

Pero Melampus no sistematizó su genial percepción. Quien comienza a cuestionar, sistemáticamente, el origen divino de muchas enfermedades es Hipócrates (300 a. c.) ¹. Quien señala, la epilepsia, la melancolía, la histeria, y las psicosis post-partum como provenientes de problemas en el propio individuo.

Sin embargo, tenemos que traspasar la historia, para llegar al siglo XIX, y observar a Franz Anton Mesmer ejerciendo y explicando su habilidad de magnetista. Es a partir de este momento que comienza a nacer la psicoterapia, con aspiraciones científicas, ². Del magnetismo surge la sugestión como método psicoterapéutico, conjuntamente con el uso de la hipnosis.

La hipnosis se aplicó sistemáticamente para provocar la catarsis verbal. J. Breuer, uno de los médicos hipnólistas más destacados, cura casos de parálisis histéricas con este método catártico.

Breuer, en un momento determinado, viéndose confundido por problemas de contra-transferencia con una paciente, pide la colaboración de su amigo y colega Sigmund Freud ³. A partir de entonces la genialidad de Freud no para en producir y sistematizar teorías concernientes a la psiquis humana, su estructura, su funcionamiento y da a luz al psicoanálisis, como método psicoterapéutico y de investigación, adhiriéndose a los cánones científicos de aquella época a la vez que creando teorías ofensivamente nuevas en la comunidad que le tocaba vivir.

Simultáneamente, en el mismo momento histórico, Pavlov estudia la relación entre los reflejos del sistema au-

tónomo y los estímulos exteriores. Creándose los cimientos para las psicoterapias conductuales. ⁴

Dándole sistematización, B. F. Skinner extrapola sus experiencias de animales de laboratorios para elaborar y ampliar los fundamentos Pavlovianos y presentarnos con nuevas opciones terapéuticas, creando el gran movimiento de las terapias del comportamiento. ⁵

Al otro lado de la calle, rechazando religión y ciencia, nos encontramos a los filósofos existenciales; Sartre, Husserl, Jaspers y otros, quienes nos presentan como razón del sufrimiento psicológico el significado que el hombre da a la vida, "raison de être" (la razón de ser). El significado de la existencia humana y el compromiso que con ella se hace. ⁶

Pero llegando a donde estamos, en nuestro momento histórico, las cosas no se han concretizado en estos tres grupos: psicoanalíticos, conductuales y existenciales o humanistas. Muy por el contrario ya en 1975 Parloff describe 140 tipos de psicoterapias. Recientemente en su manual de psicoterapias Henrinc nos presenta 250 modalidades. ⁷

2.— CLASIFICACION DE LAS DIFERENTES MODALIDADES DE LAS PSICOTERAPIAS

Judd Marmor, encargado de los proyectos de investigación en psicoterapia, de la escuela de medicina de la Universidad del Sur de California, presenta un importante trabajo, donde ordena las técnicas psicoterapéuticas de la siguiente manera: ⁸

I.— Psicoterapias de orientación analítica.

En ellas incluye al psicoanálisis Freudiano, así como las técnicas post-Freudianas o divergentes: Las Adlerianas, Jungianas, Kleiniana y Rankiana. Compartiendo todas, la teoría básica de la existencia del subconsciente y la obtención de la mejoría por medio del control consciente del conflicto irracional. Esto es, convirtiendo lo subconsciente en consciente al través de la labor interpretativa y la adquisición del "Insight" o percepción de la problemática.

Hasta mediados de siglo la escuela psicoanalítica hacía prácticamente "un solo" y predominaba sobre cualquier otra modalidad.

II.— Las terapias conductuales:

Tienen su auge en las postrimerías de los años 50 y comienzo del 60. Este grupo de terapias rechazan la importancia de lo subjetivo y subconsciente. Su mayor énfasis es en el síntoma y sus técnicas una variedad de recompensas, estímulos adversivos, desensibilización, implosión, métodos asertivos, etc.

En un principio estos dos grupos se radicalizan tomando actitudes ortodoxas e impermeables. A medida que el tiempo ha pasado cada cual ha reconocido el mérito del otro y la contribución de ambos en el entendimiento del ser humano.

Marmor nos dice, "independientemente de sus diferencias tanto las teorías analíticas como las conductuales se adhieren a una firme tradición científica".

Rompiendo con esta tradición nos presenta un tercer grupo:

III.— Movimiento de potencialidad humana: ⁸

Este tercer grupo propone el logro de las experiencias plenas, la expansión del consciente, el contacto con el ser verdadero, la liberación de lo reprimido y la unión con el cosmo al través del conocimiento de las verdades universales.

El movimiento de potencialidad humana es subdividido en cuatro categorías.

A)— Terapia de liberación emotiva:

Aquí, el fundamento teórico explica que la liberación de las emociones reprimidas producirían el camino hacia la salud psicológica. Carl Rogers o Abraham y Maslow llevan la cabeza de este movimiento. De aquí surgen el grupo T. (training group) y todo tipo de grupos de confrontación, para facilitar la liberación de emociones e incrementar el conocimiento de ellas. De allí también surgen las formas extremas como los maratones de catársis, de sensibilidad corporal, grupo de inmersión nudista, etc., etc.

Destacándose en los últimos años, la terapia primaria de Arthur Janov con su "grito primario" y al parecer panaceico.

B)— Terapia de liberación emotiva con énfasis en la manipulación física.

En este grupo, la manipulación física es la clave para llegar a las emociones. Ida Rolf "(bioquímica)" recomienda una serie de masajes para liberar las emociones, ya que las tensiones musculares serían su causa fundamental. Aquí también se incluye la terapia de Wilhelm Reich, quien consideró la libido reprimida unida a diferentes partes del cuerpo, como causante de conflictos y al orgasmo como la máxima liberación.

C)— El grupo de control emotivo y/o terapia de relajación.

Meditación transcendental, control mental Silva y el yoga estarían dentro de este sub-grupo, al igual que sus variedades.

IV.— Terapias religiosas o de inspiración.

Aquí el efecto curativo se espera por la adquisición y práctica de determinadas filosofías religiosas y formas de vida comunitaria. A este último grupo, de terapia de liberación emotiva, también se le conoce por el grupo de terapias vivenciales y en él quedan incluidas las terapias existenciales de Binswanger y Rollo May, líderes del movimiento. ^{9, 10}

3.— SU UTILIDAD, FACTORES FUNDAMENTALES Y COMUNES QUE HACEN DE ESTE TRATAMIENTO ALGO POTENCIALMENTE UTIL.

Ante este confuso "pot-pourri" cabría de inmediato la pregunta de si esos métodos funcionan, si son realmente curativos o alivian el sufrimiento psíquico.

Jerome D. Frank, Director del proyecto de investigación psicoterapéutica de Johns Hopkins concluye; "todas las terapias funcionan, o sea, que las personas en tratamiento evolucionan mejor que las que no están en tratamiento, en

igual período de tiempo, con la excepción de la terapia conductual en fobias circunscritas (un 3 o/o de las personas en tratamiento) ninguna terapia ha sido demostrada, de forma concluyente, ser mejor que otra".¹⁰

Hans S. Strupp, profesor de psicología en Nashville y también encargado allí de la investigación en psicoterapias nos dice: "después de 25 años de investigación, las psicoterapias indiscutiblemente benefician a las personas que las reciben, con excepción de un 10 o/o que puede empeorar";¹⁰. Como pueden ser útiles teorías y métodos tan diferentes unos de otros? Estos mismos autores arriba citados así, como otros muchos, nos dan la respuesta al enigma. Efectivamente, mejoran siempre y cuando presenten los siguientes pre-requisitos, los cuales al parecer son los factores predominantes en la obtención de resultados:

- 1.— Una relación emotiva con un terapeuta reconocido como tal.
- 2.— Un ambiente protegido y terapéutico donde la persona se siente en libertad de expresar pensamientos y sentimientos, así como de actuar sin temor a consecuencia alguna.
- 3.— Una teoría o racional que permita explicar los síntomas y problemas de una manera convincente.
- 4.— Un procedimiento o técnica de la cual ambos, terapeuta y paciente participen.
- 5.— El aumento de la esperanza y la producción de experiencias exitosas.^{7, 8, 9, 10}

De parte del terapeuta es indispensable: competencia, experiencia y que el terapeuta se pueda llevar con el paciente. formar una "alianza terapéutica". Cummings opina: "El terapeuta puede ser el mismo Freud pero si no sintoniza se debe cambiar, pues se debe producir esa alianza curativa e indispensable".

Competencia y experiencia dicen las investigaciones. ¿Qué significa eso?

Don Pedro Lain Entralgo, el gran historiador de la medicina, expresa: "Eso es saber hacer lo que se hace, sabiendo porqué se hace";². Deberá tener la mayor objetividad científica que se pueda proporcionar, a la vez poseer empatía, que no es más que la capacidad de poder identificarse con el sufrimiento del otro.

Experiencia en el conocimiento de sí mismo, y en mantener una vida libre de conflictos psicológicos de importancia.

Competencia, en actuar dentro de marcos éticos de gran exigencia y a la vez mantener una relación de confianza y afecto con el cliente.

Experiencia y competencia, en funcionar dentro de un ambiente que posee las incertidumbres de la ciencia incompleta, de resultados lentos y gratificaciones abstractas.

¿Es decepcionante el "Status quo" del tratamiento psicológico, con sus imprecisiones, proliferaciones, resultados insatisfactorios y efectos nocivos?

¿Debemos apartarnos del estudio sistemático de la psiquis humana? ¿Debemos descartar el predeterminismo, el subconsciente y las técnicas de larga duración?

A consecuencia de la excesiva duración del psicoanálisis ortodoxo y lo relativamente insignificante de sus resultados surgen por parte del consumidor, de la comunidad y de los propios terapeutas, la necesidad de nuevas avenidas analíticas. Esas nuevas avenidas nos han beneficiado a todos, han solidificado los conceptos básicos de la doctrina psicoanalítica y han dejado al psicoanálisis ortodoxo como la forma

más exhaustiva de investigación de la siquis humana,^{11, 12}. En consecuencia, han surgido nuevos enfoques, nuevas teorías, ampliando el campo de claridad en el mundo intrasíquico.

El paso hacia la socialización de los servicios de salud, abre el camino para formas más económicas y eficaces, ampliando aún más el espectro técnico. Esto ha traído la "selectividad responsable". Quiere esto decir, que cada vez más se buscan criterios científicos para ver que tipos de pacientes responden a qué tipos de terapias. Esta selectividad sería un antídoto al encajamiento teórico de los pacientes.¹³

Las divergencias, nos han enseñado a poner el debido énfasis en la cultura, la familia y en la circunstancia total que rodea al individuo, sus necesidades de valores espirituales, de una "raison de être", de intercambios físicos con sus semejantes y de la realidad bioquímica donde está inmersa la meta psicológica.

4.— EL MEDICO NO PSIQUIATRA ANTE LAS PSICOTERAPIAS.

En presencia de un nuevo paciente, el médico sea cual fuere su especialidad debería estar preparado para sospechar una posible complicación o etiología psíquica.

Una vez tenida la sospecha diagnóstica, se deberá evaluar objetivamente, si se solicita o no una consulta psiquiátrica para esclarecer y/o establecer el diagnóstico y también si queremos y podemos tratar a este paciente.

Todos los pacientes con una inteligencia normal, independientemente de su diagnóstico, se benefician de una forma u otra de psicoterapia. La enfermedad psiquiátrica más deteriorante, así como la más leve, se materializan en un ser humano. Aún dentro de sus delirios y comportamientos más grotescos esas personas necesitan comprensión, organización y apoyo. Sentirse apreciado en su humanidad.

Ahora bien, la realidad nos sugiere lo siguiente: Ante el escaso número de psiquiatras y psicólogos y el aún más escaso grupo de psicoterapeutas pudiéramos sugerir que tomemos el diagnóstico de neurosis como imperativo del tratamiento psíquico. Esta regla práctica tiene su excepción en el caso de las neurosis fóbicas, donde aún prescindiendo de la ayuda psicoterapéutica y/o farmacológica podemos obtener resultados muy satisfactorios por medios de las terapias del comportamiento.

En cuanto a las depresiones, se deberán tener presente; la presencia de ideas suicidas y las características de la depresión, o sea, si los rasgos reactivos y/o neuróticos son más acentuados que los endógenos.^{11, 12}

En el caso de ideas autodestructivas el referimiento al psiquiatra es urgente e incuestionable. Si se trata de una depresión endógena el tratamiento farmacológico podría ser suficiente. Ante las depresiones reactivas y/o neuróticas la psicoterapia es indispensable.

Las psicosis se deberán manejar con la medicación adecuada. Adecuada tanto en su selección, duración y combinación.

Cuando el especialista consultado nos notifica la sospecha de "desórdenes de carácter", en cualquiera de sus variedades, deberán ser tratados por el médico psiquiatra o el psicólogo. La complejidad terapéutica de los desórdenes del carácter requieren de habilidades muy especiales y en ocasiones de un exquisito trabajo en equipo. Las disposiciones a se-

guir con una persona afectada caracterológicamente debe recaer exclusivamente en los especialistas de la conducta.

Un descuido en el diagnóstico psiquiátrico perjudicaría tanto al médico como al paciente; el primero se verá afectado en su prestigio, puesto que un alto porcentaje de diagnósticos se le escaparán de las manos o confundirán por enfermedades físicas cuadros puramente psicógenos. El segundo estaría incorrectamente tratado, corriendo el peligro de aumentar sus somatizaciones por el fenómeno de las "ganancias secundarias", o de empeorar debido a que no se le está tratando su verdadero problema.

Dado la ausencia de escuelas e institutos de formación psicoterapéutica, en nuestro país, la selección del psicoterapeuta adecuado puede constituir un dilema considerable.

Normalmente estos institutos y escuelas se ocuparían de preparar listas de psicoterapeutas que mantengan los cánones éticos y profesionales de la especialidad.

Para facilitar la solución del dilema recomendamos seleccionar el terapeuta tomando en cuenta estos tres parámetros:

- 1.— El entrenamiento, en esta modalidad de tratamiento del psiquiatra o psicólogo.
- 2.— El prestigio adquirido por el profesional.
- 3.— Los resultados obtenidos con otros pacientes.

Independientemente de la capacidad del terapeuta el paciente puede no sentirse "a gusto" con él. Esto se debe a que la formación del "rapport" no tuvo lugar, factores puramente interpersonales intervienen en ese momento inicial del encuentro médico-paciente. Teniendo en cuenta este fenómeno es recomendable dar más de un nombre al referir a una persona para tratamiento psicológico.

Si el médico quiere llevar a la excelencia su "empujón" psicoterapéutico, deberá seguir el referimiento. Esto quiere decir, investigar si el paciente aceptó el referimiento, si asistió puntualmente, si no asiste, cuales fueron sus razones para no asistir. Si visitó a más de un psicoterapeuta y si tuvo, y de que tipo, dificultades con el profesional a quien se refirió.

Este procedimiento tiene las siguientes ventajas: nos garantiza que nuestras recomendaciones sean implementadas, por consiguiente nuestra efectividad profesional (que nuestro paciente sea tratado correctamente), nos orienta sobre las verdaderas motivaciones del paciente a ser tratado; de no tener tal motivación estaremos prevenidos para motivar a la persona en una segunda visita a nuestra oficina. Por último se puede evaluar la habilidad profesional del terapeuta. En ca-

so de reiterados problemas con pacientes sospecharíamos de alguna dificultad particular de ese especialista, economizándole así a futuros pacientes serias y dolorosas dificultades.

En cuanto a escoger una modalidad psicoterapéutica particular, creemos que sólo cuando el médico no especialista en problemas de la conducta posea un sólido conocimiento en esa disciplina deberá intervenir en la selección de la misma. Por consiguiente es el terapeuta quien decidirá el método que mejor considere.

RESUMIENDO:

Hemos tratado de revisar los orígenes de la psicoterapia, su fundación como disciplina científica y su proliferación como forma de tratamiento.

Presentamos las clasificaciones más recientes de las psicoterapias señalando algunas de sus características más importantes. Tratamos de demostrar su efectividad, así como las circunstancias y características que harían surgir esta efectividad al aplicar cualquiera de sus modalidades.

Por último hemos dado recomendaciones básicas para que el médico no psiquiatra procure la mejor forma de ayuda psicológica a sus pacientes en nuestro medio y se motive para mejorar sus conocimientos en el área de salud mental.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— Intensive Psychotherapy. Richard D. Chessick M.D Janson Aronson, Inc. 1974.
- 2.— P. Lain Entralgo Historia de la Medicina. Salvat Editores, S.A. 1979.
- 3.— The Development of Freud's Thought. Remben Five, PH. D. Janson Aronson Inc. 1973.
- 4.— Behavioral Therapy. Schaefer and Martin McGraw-Hill Book Company 1969.
- 5.— About Behaviorism. B. F. Skinner Alfred A. Knopf. New York 1974.
- 6.— Reality Man and Existence. Edited by H. J. Blackhan Bantam Matrix Edition 1965.
- 7.— Manual de psicoterapias — Richie Herink 1980.
- 8.— Recent trends in Psychotherapy. Judd Marmor. American Journal of Psychiatry 137:4 — April 1980.
- 9.— Psychoterapias: An overview. toksoz B. Karasu M.D., American Journal of Psychiatry 134:8 August 1977.
- 10.— Therapeutic Components of Psychotherapy. Jerome D. Frank. Das Medizinische Prisma 2—75.
- 11.— Comprehensive text Book of Psychiatry — Freedman-Kaplan
- 12.— American Hand Book of Psychiatry. Silvano Arieti, editor.
- 13.— The Future of Psychoanalytic Therapy. Judd Marmor. The American Journal of Psychiatry 130: 11, November 1973.