

# Tratamientos psicoterapéuticos

Carlos Serrano Gómez

### Definición

La psicoterapia es el conjunto de técnicas curativas utilizadas en el tratamiento de las enfermedades mentales y médicas, se basa en la palabra y otras influencias de origen psíquico. Implica establecer una relación operativa del terapeuta con el paciente, y el uso de varios recursos como hipnosis, sugestión, reeducación, persuasión, interpretación, etcétera.

En general, todas las formas de psicoterapia consideran al sujeto como un todo, aunque viéndolo desde la perspectiva de las fuerzas motivacionales de la personalidad. Las psicoterapias pueden ser individuales (psicoanálisis, hipnosis, etc.) y colectivas (dinámicas de grupo, psicodrama, entre otras).

Existen muchas técnicas y escuelas de psicoterapia, entre ellas las siguientes: psicoanálisis (creado por Sigmund Freud, al que siguieron muchas escuelas y teorías: Adler, Jung, Rank, Horney, Alexander, Sullivan, Reich, Fromm y muchos otros), terapia psicodinámica, terapias breves (Wolberg, Bellak, Davanloo, Sifneos, Mann, Levin, Bloom, Gustavson, Klerman, etc.), terapia interpersonal, conductual, cognitiva, dialéctica, de paradojas, familiar. De hecho, tal vez hay cientos de ellas.

A pesar de que no hay duda de que la psicoterapia tiene un efecto benéfico en el costo económico de la sociedad y del paciente cuando se utiliza en el tratamiento de los trastornos psiquiátricos más severos, incluidos esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno límite de la personalidad y otros

menos graves,<sup>1</sup> el efecto es resultado de la reducción en el número de internamientos y en el rendimiento laboral. Al respecto hay datos inquietantes y desalentadores.

En Estados Unidos el porcentaje de personas que usan psicoterapia en consulta externa fue 3.37% en 1998 y 3.18% en 2007,<sup>2</sup> con una disminución significativa de los psiquiatras que proporcionan psicoterapia, atribuible a la disminución de los psiquiatras especializados en psicoterapia, tal vez por motivos financieros.<sup>3</sup> Pese a que el *Accreditation Council for Graduate Medical Education* requiere que el entrenamiento de residencia en psiquiatría incluya experiencias en psicoterapia individual de corta y larga duración, en México el programa de posgrado en psiquiatría incluye el estudio y entrenamiento en psicoterapia.

Entre los individuos sometidos a tratamiento externo de salud mental usando sólo psicoterapia, el porcentaje fue 15.9% en 1998 y 10.5% en 2007. En ese mismo periodo disminuyó el número de visitas psicoterapéuticas por año, de 9.7 a 7.9 por ciento.

Así que aunque durante el periodo de 1998 a 2007 el porcentaje de población que usó psicoterapia permaneció estable, en el mismo lapso la psicoterapia asumió un papel menos prominente en el tratamiento de la salud mental y más pacientes externos recibieron medicación sin psicoterapia.

Parte del problema es que sólo un modesto número de psicoterapias están sustentadas por terapia basada en la evidencia a la que se suele definir como aquella que está en manuales y a la que se le ha comprobado eficacia en el me-

nos dos estudios clínicos controlados. Muy pocos terapeutas utilizan psicoterapia basada en la evidencia, lo que lleva a una brecha considerable entre investigación y entrenamiento clínico. Mientras los programas para el estudio de psicoterapia no incluyan la evidencia, la distancia entre investigación y la práctica clínica prevalecerá.<sup>4</sup> Eso sin contar el enorme número de instituciones, personas y programas que imparten psicoterapia sin ninguna solidez académica ni entrenamiento adecuado.

Un hecho interesante es que la psicoterapia puede resultar terapéutica para el propio terapeuta.<sup>5</sup> Aunque el cambio de médico no es intencionalmente buscado en la interacción con el paciente, una colaboración de dos vías puede llevar al terapeuta a experimentar nuevos sentidos e introspección sobre su propia vida.<sup>6</sup>

Este capítulo reseña las bases fundamentales de las psicoterapias y describe brevemente los principios de la terapia psicodinámica, de la terapia cognitivo-conductual y de la terapia interpersonal.

## Principios fundamentales

En cualquier tratamiento es imprescindible crear una relación confiable entre el paciente y el terapeuta, es decir, una alianza de trabajo. Ésa no es una tarea sencilla, pues es difícil comunicarse y entender a la persona enferma, a esto hay que agregar el miedo del paciente y su frecuente falta de conciencia de enfermedad, además del estigma social de estar enfermo, sobre todo con un padecimiento psiquiátrico.

Desde el punto de vista psíquico, la enfermedad aísla; Lain-Entralgo llamó *succión por el cuerpo* al hecho de que éste, cuando se halla enfermo, atrae imperiosamente hacia sí la atención y aun toda la vida psíquica de la persona, lo cual es más notorio en la enfermedad mental. Además, el entendimiento del proceso de la enfermedad por quienes rodean al paciente es difícil y penoso, e incluso otros se alejan y desentienden de la situación por negación o miedo. Tales son las causas de la particular soledad del enfermo.

La vivencia de anomalía es el correlato psíquico de la anormalidad de que habla la patología objetiva. El enfermo se siente diferente respecto a las personas sanas que lo rodean. Desde afuera es factible intentar aproximarlos a la experiencia de la enfermedad, pero nadie es capaz de colocarse del todo en la piel del enfermo.

Los objetivos fundamentales de la psicoterapia son: aliviar o disminuir los síntomas, reducir la discapacidad psicosocial, prevenir recaídas y mejorar la adherencia al tratamiento.

Enfrentar la enfermedad es una conducta de solución de problemas que intenta conseguir alivio, tranquilidad y equilibrio, lo cual no necesariamente significa una permanente resolución. Implica un proceso de autoexploración,

autoinstrucción y autocorrección; ensayar y guiarse por información obtenida de fuentes externas.

Diagnosticar cómo el paciente enfrenta la enfermedad es una parte ineludible de la práctica médica. Así, el propósito de cualquier intervención psicosocial está dirigido a mejorar el estilo de contender con problemas potenciales más allá de los límites de la enfermedad misma.

Enfrentar o contender con la enfermedad médica o psiquiátrica puede ser un problema serio para el paciente y su médico; por ejemplo, la impotencia creada en ambos cuando no se encuentra un tratamiento efectivo y una cura, o la extenuante situación de la enfermedad crónica.

De la forma y actitud con que el paciente procese su enfermedad dependen en buena medida las decisiones terapéuticas, el bienestar psicológico así como el curso de la enfermedad, lo que en gran medida está supeditado a cómo el paciente interactúa con su ambiente.

En muchos casos es indispensable combatir la negación del paciente, actitud que puede llevarlo a la muerte. Para esto es necesario crear una conciencia de enfermedad y responsabilizarlo de la intención de tratarse, para ello es útil clarificar conceptos equivocados sobre la psicoterapia y convencer al paciente de que puede entenderlo y que, en cualquier caso, existe la posibilidad de ayudarlo aunque sólo sea en forma paliativa.

La actitud psicoterapéutica es indispensable aún en el tratamiento farmacológico. Tasman y colaboradores afirman que incluso en esa área, con su foco miope en el efecto de una medicación sobre una estructura molecular neurotransmisora o reacción química como parte de una cascada de sucesos moleculares, se debe hacer una pausa y reflexionar en lo que hace especial a la psiquiatría.<sup>7</sup> El único aspecto especial de la psiquiatría deviene de su aproximación psicológica a la vida del paciente. Aunque el psiquiatra esté o no centrado en un trastorno biológico, el efecto de la enfermedad en todos los aspectos del funcionamiento del paciente causará una consecuencia en el curso y evolución del padecimiento.

El psiquiatra tampoco debe subestimar nunca cómo se siente el paciente por tener (o al menos ser etiquetado como si lo tuviera) un trastorno psiquiátrico. Un psiquiatra no debe olvidar que lo más importante en la vida de las personas es su relación con sus semejantes; de modo que cuando el profesional de la salud entra en el proceso de proporcionar tratamiento a otro ser humano, entra en el mundo de las relaciones interpersonales, así que la manera de conducirse y la consideración de esa relación particular causará un poderoso efecto sobre el paciente y su enfermedad, además, servirá de modelo para el paciente y sus propias relaciones.

Al margen de la técnica utilizada en el tratamiento psicoterapéutico de los trastornos mentales, el médico ha de mostrar tres atributos esenciales: saber escuchar, confidencialidad y capacidad de empatía.

Escuchar es un quehacer complicado pues el terapeuta tiene la obligación de atender de forma simultánea lo sistemático y lo narrativo experiencial; además, debe entender que el paciente interpreta de manera constante sus experiencias, atribuyéndoles un significado entrelazado con las historias de su vida. Asimismo, el terapeuta puede complicar su tarea por tener puntos ciegos, áreas de conflicto o simplemente un mal día, situaciones todas que interfieren con la comunicación.

El que escucha intenta entender lo que está mal y describirlo, explicarlo y, cuando es posible, ponerle nombre. El paciente es requerido como un activo y sincero informante.

Quien escucha necesita tiempo, imaginación, concentración y abstenerse de realizar juicios críticos. Además, es necesario que el significado de las palabras sea semejante para ambos, pues siempre existen sutiles diferencias determinadas por la edad, género, cultura, clase social, nacionalidad, religión y otras condiciones que obligan a estar atento a sí, en efecto, hay un cabal entendimiento.

Todo el encuentro debe tener una condición de confidencialidad explícita, de forma tal que cuanto se hace y dice debe ser secreto, con seguridad recíproca, es decir, de reserva, sigilo y privacidad; no puede hacerse público. De ese modo el paciente puede intentar hablar con toda libertad, puesto que la discreción es una de las características más importantes del terapeuta.

La empatía es la capacidad de un individuo de ponerse en el lugar de otro para llegar a la compenetración emotiva con otros seres y otros modos de vida. Dicho de otra forma, el discernimiento y percepción de la naturaleza interior del otro, incluido el significado de los sentimientos, emociones y conducta.

Se trata quizá del atributo fundamental para ejercer con solvencia la medicina y la psiquiatría, así como un requisito indispensable para realizar la psicoterapia.

La empatía del psicoterapeuta prácticamente es una característica innata, tal como tener buen oído para la música o habilidad para el dibujo; a la vez, es susceptible de entrenamiento y mejoría.

La empatía también es el factor clave que impulsa la conducta altruista. Es la condición indispensable para entender y, en consecuencia, ayudar a otros en sus sufrimientos, además, supone tolerancia y ausencia de juicio crítico.

## Eficacia

Un punto central de este capítulo es la afirmación categórica de que la psicoterapia implementada por profesionales capacitados, entrenados y con las indicaciones adecuadas, es efectiva.

De hecho, es el tratamiento de elección y casi el único en algunos casos, como las parafilias y la mayoría de los tras-

tornos de la personalidad. Ejemplo de ello es que buen número de guías profesionales recomienda la psicoterapia sola o en combinación con fármacos para abordar varios trastornos psiquiátricos.

Además, la eficiencia de la psicoterapia está sustentada por numerosos estudios aleatorios controlados y se traduce en la mejoría de los síntomas, en ocasiones en su remisión y en la duración del efecto, la adaptación social y la calidad de vida.<sup>7-13</sup> Por ejemplo, varios estudios y metaanálisis han mostrado que la psicoterapia cognitivo-conductual es un tratamiento eficaz y específico para el trastorno de ansiedad generalizada.<sup>14,15</sup>

La mayoría de los pacientes con estrés postraumático tratados con psicoterapia en estudios aleatorizados remiten o mejoran, por lo que es válido considerar a estos tratamientos psicosociales entre los más efectivos. Algunos estudios han demostrado la utilidad de la psicoterapia psicodinámica en el tratamiento del trastorno de pánico.

Bunard y colaboradores realizaron un estudio aleatorizado controlado en pacientes deprimidos con clorimipramina, con y sin psicoterapia, y la evolución y duración fueron significativamente mejores en el grupo con psicoterapia.<sup>16</sup>

La psicoterapia es un tratamiento necesario para los trastornos de la personalidad y está asociada con una recuperación siete veces más rápida en comparación con la historia natural de la enfermedad. Además, se ha demostrado una disminución de los síntomas blanco, una reducción de las conductas autoagresivas y suicidas, así como una mejoría en el desempeño y ajuste social.

En una extensa revisión, Gerber y colaboradores concluyen que existen suficientes estudios aleatorizados y controlados de psicoterapia psicodinámica que muestran superioridad sobre un comparador inactivo y consideran que esto es suficiente para hacer de la psicoterapia psicodinámica un tratamiento validado empíricamente.<sup>17</sup>

En algunas condiciones no hay diferencia entre el efecto de la psicoterapia y la farmacoterapia, por tanto, la elección de tratamiento estará basada en otras consideraciones tales como contraindicaciones, facilidad de acceso al tratamiento o preferencia del paciente.

Queda mucho por investigar y ello resulta complicado pues las rigurosas condiciones de control son mucho más difíciles en tratamientos psicosociales que con la sola farmacoterapia.

En la actualidad no queda del todo claro qué forma de psicoterapia es la más indicada para una enfermedad determinada o si en algunos casos no hay diferencia.

Algunos estudios muestran resultados contradictorios, en uno de ellos se trató a un grupo de pacientes deprimidos durante 12 semanas con fármacos y los que no lograron remisión se pasaron a farmacoterapia más terapia cognitivo-conductual o a psicoterapia de apoyo breve. Con ninguna

de las dos se logró una mejoría significativa, tal vez por ser casos resistentes.<sup>18</sup>

Todavía hay mucho por avanzar; la psiquiatría es una especialidad difícil; la mayoría de los pacientes no logran remisión con los tratamientos y los síntomas residuales pronostican recaídas y una peor adaptación social. Muchos pacientes no tienen conciencia de su enfermedad y son llevados por familiares o amigos. Los padecimientos psiquiátricos dolorosamente aún conllevan un sello de estigma. Las clasificaciones nosológicas son útiles y necesarias pero están lejos de ser precisas y ceñidas a una adecuada etiología. Todavía se discute entre categorías y dimensiones, y se busca descifrar el genotipo de padecimientos en los que no hay una descripción precisa del fenotipo.

Todo lo anterior deja claro que no hay panaceas, simplemente en ocasiones hay cura, en otras se alcanza mejoría y siempre es un deber del terapeuta acompañar y apoyar a su paciente.

Es preciso basarse en el modelo de enfermedad biopsicosocial. No hay duda de que el cerebro es el órgano de la mente y que la mayoría de los trastornos psiquiátricos tienen una raigambre biológica y un condicionamiento genético que son la causa eficiente de las patologías, por lo que debe quedar muy claro que en los padecimientos donde lo biológico es el núcleo de la patología, los tratamientos somáticos no son sólo necesarios sino indispensables. Someter a un paciente con esquizofrenia o con trastorno obsesivo compulsivo a un tratamiento exclusivamente psicoterapéutico es una conducta poco ética y del todo inadecuada.

La propuesta es que cualquier ser humano enfermo debe ser entendido en su totalidad como un ser único que sufre, con rasgos de personalidad singulares y exclusivos, que vive inmerso en un ambiente sociocultural específico, y que también debe ser atendido y tratado. Además de sus conocimientos médicos, todo psiquiatra debe tener una cultura psicosocial y pensamiento psicodinámico.

## Psicoterapia médica

Se ejerce de forma intencional por profesionales de la salud con entrenamiento psiquiátrico en pacientes con una enfermedad médica, aunque es bien conocido el hecho de que hay muchos médicos con destrezas naturales para proporcionar experiencias psicoterapéuticas a sus pacientes. Con frecuencia la relación entre médicos y pacientes continúa siendo impersonal y mecánica, y los avances en la especialización y alta tecnología han contribuido a agravar estas características, con la consiguiente negación del paciente como persona. Es frecuente olvidar que tratar una enfermedad no es sinónimo de tratar a un paciente, que siempre debe tomarse en cuenta el efecto emocional de la enfermedad sobre el paciente y su entorno, lo que la convierte en una experiencia altamente

subjetiva. Es indispensable decirlo y subrayarlo: no hay enfermedades, sino enfermos. No explorar las emociones del individuo hace que 50% de los pacientes deprimidos tratados en atención primaria no sea diagnosticado.<sup>19</sup>

Es indispensable que el médico se oriente por un modelo biopsicosocial y tenga en cuenta los tres niveles si pretende ser eficiente. El tratamiento médico se da en un encuentro de dos seres humanos y en tal encuentro, como en todas las relaciones humanas importantes, el conflicto es inevitable y, como en todas las situaciones, el éxito de la relación depende en gran medida de una buena estrategia para solucionar problemas. En el juego de poder el paciente se siente en desventaja y disminuido ante el médico, por lo que este último debe fomentar la comunicación con empatía, compasión y haciendo al paciente participar en las decisiones, de ese modo el profesional de la salud se asume a sí mismo como un consejero informado y al paciente como responsable de las resoluciones.

Desde hace tiempo el grupo de psiquiatras del Massachusetts General Hospital ha planteado el concepto de *coping with the illness*, es decir, contender o enfrentar la enfermedad para describir las estrategias que cada quien utiliza ante ella.

Constantemente el médico está valorando dichas estrategias o estilos, lo que influye en sus decisiones terapéuticas. Hay buenos y malos estrategias, los primeros son optimistas, tienden a ser prácticos, enfatizan los problemas inmediatos, eligen los mejores recursos, son conscientes de las consecuencias, muestran flexibilidad y evitan extremos emocionales que nublen su juicio. Los malos estrategias son excesivos en las expectativas propias, rígidos e inflexibles, reacios a aceptar ayuda, su opinión de los demás es estrecha y absoluta, tienden a ser intolerantes y, paradójicamente, pueden ser muy sugestionables; además, utilizan en exceso la negación, abusan de las racionalizaciones, a menudo son pasivos y les cuesta iniciar acciones.

El trabajo médico incluye conocer estas actitudes y tratar de encauzarlas de la mejor manera posible. Se ha definido a la enfermedad crónica como el estilo de conductas que utilizan los pacientes para obtener tranquilidad y paz mental para sus predicamentos de salud.

En el trabajo psicoterapéutico se requiere flexibilidad y eclecticismo para entender a los pacientes, privilegiando su bienestar y no sujetándose a una rígida teoría. Es necesario entender los problemas que con frecuencia no son explícitos, así como su relación con el equipo de salud y el escenario del hospital.

El psiquiatra debe ser apto para aplicar una variedad de técnicas psicoterapéuticas breves. Si el paciente está internado y la intervención tiene lugar en su cabecera, las condiciones de privacidad no son adecuadas. Una meta en esos casos es sembrar las actitudes necesarias para un trabajo terapéutico posterior.

El médico debe entender que la enfermedad se experimenta como una pérdida de la salud, lo que disminuye el nivel previo de funcionalidad; es un proceso idéntico al del duelo que se procesa mediante varias etapas (negación, ansiedad, cólera, depresión y desesperanza) previas a la solución de las diversas emociones precipitadas por dicha pérdida. Una respuesta anormal a la enfermedad ocurre cuando alguien es incapaz de elaborar el duelo de las pérdidas causadas por su padecimiento.<sup>20</sup> La dinámica psicológica de la enfermedad depende de varios factores, por ejemplo, el tipo de personalidad, de la etapa del ciclo vital, de los aspectos de la relación con el médico, de la historia psiquiátrica y médica y, desde luego, de la naturaleza y severidad de la enfermedad, así como de los aspectos sociales, dinámica familiar y actitudes culturales.

El médico debe ser cuidadoso y adaptable a las condiciones del paciente; por ejemplo, presionar el trabajo de duelo de pacientes con alexitimia, es decir, con dificultad para reconocer y expresar sus estados psicológicos, puede ser contraproducente.

La meta del tratamiento en el paciente médico no es cambiar lo intrapsíquico sino disminuir o disipar las poderosas emociones que afectan negativamente el bienestar psicológico del paciente. Tienen mayor uso la sugestión, la manipulación y abreacción, y, en ocasiones, la interpretación.

Asimismo, está bien demostrada la importancia y utilidad de la psicoterapia en los pacientes médicos. Como mero ejemplo, Goodman demostró que las mujeres con cáncer de mama que recibieron psicoterapia tuvieron mejor humor y menos percepción de dolor que sus contrapartes que no tuvieron ese tratamiento. Pacientes con linfoma, leucemia y melanoma evidenciaron mejor evolución y sobrevivencia cuando recibieron psicoterapia de apoyo y grupal.

## Suicidio

He aquí un tema especialmente sensible para los psiquiatras: el suicidio es la más seria amenaza a enfrentar en el ejercicio de la profesión. Se sabe que algunas enfermedades están más frecuentemente relacionadas con el suicidio, como los trastornos del humor, en especial la depresión bipolar (es la condición de mayor riesgo), las esquizofrenias, las crisis de angustia y el trastorno límite de la personalidad, entre otros.

El tratamiento y prevención de las conductas suicidas es complejo. Si el riesgo o amenaza son significativos, el internamiento está indicado para proporcionar seguridad y esperanza. Desde luego, el tratamiento del trastorno psiquiátrico echará mano de los recursos farmacológicos y somáticos necesarios; pero el tratamiento psicoterapéutico es obligatorio. Muchos tipos de psicoterapia se han usado en pacientes suicidas con resultados contradictorios. La terapia cognitivo-

conductual ha acumulado la mayor evidencia de efectividad, aunque otras formas también se han mostrado útiles.

Con estos pacientes en primer lugar es preciso enfocar, establecer y mantener una alianza terapéutica, y después es preciso “aceptar” y tolerar las manifestaciones transferenciales, más que “rechazarlas”.<sup>21</sup>

Una muestra de que es importante un programa de tratamiento que incluya la psicoterapia es el informe de Rucci y Frank, quienes encontraron que a los seis meses con esta estrategia hay menos intentos de suicidio y autolesiones comparado con sujetos control.<sup>22</sup> También demostraron que un programa de tratamiento que incluya psicoterapia puede reducir de forma significativa las conductas suicidas en pacientes de alto riesgo con trastorno bipolar 1.

Se ha discutido mucho sobre el posible efecto de los antidepresivos en la ideación suicida; en la actualidad esto continúa bajo controversia. Ha sido hallado el mismo patrón de intentos de suicidio entre pacientes que iniciaron tratamiento y en quienes lo hicieron con medicación antidepresiva.

En un estudio aleatorizado controlado en Gran Bretaña, el Sheffield Psychotherapy Project (Shapiro) asignó a pacientes deprimidos con ideación suicida a entre ocho y 16 sesiones de terapia interpersonal psicodinámica y terapia cognitivo-conductual. Ambos procedimientos mostraron utilidad en la prevención del suicidio. En otro estudio también aleatorizado controlado en pacientes que se habían autovenenado, se les sometió a psicoterapia psicodinámica, y el resultado fue que mostraron menos ideación suicida e intentos suicidas.

Es importante enfatizar la complejidad del tratamiento para pacientes con ideación suicida. Se han desarrollado protocolos encaminados a tratar esta condición, incluidos la terapia cognitivo-conductual, terapia dialéctica conductista, terapia interpersonal y psicoterapia psicodinámica; sin embargo, en los hechos la mayoría de los clínicos utilizan un enfoque ecléctico incluyendo psicofármacos.

Hendin y colaboradores realizaron un estudio estructurado de pacientes que murieron por suicidio y encontraron seis problemas recurrentes: 1) pobre comunicación con otro terapeuta involucrado en el caso; 2) otorgar a los pacientes o familiares el control de la terapia; 3) evitar temas relacionados con la sexualidad; 4) propiciar acciones inefectivas o coercitivas resultado de la ansiedad del terapeuta; 5) no reconocer el significado de las comunicaciones del paciente, y 6) no tratar la sintomatología primaria o tratarla en forma secundaria.<sup>23</sup>

## Psicoterapia psicodinámica

La psicoterapia psicodinámica (PP) ha recibido diversos nombres: psicoanalítica, orientada al *insight*, terapia expresiva; todos los cuales básicamente son sinónimos.

La PP estudia los efectos de experiencias pasadas, sobre todo las infantiles, como determinantes en modular pautas de conducta, crear síntomas sobre las causas inconscientes de la conducta, el conflicto, la relación entre el paciente y el terapeuta, así como en determinar las defensas y estilos interpersonales de percepción que se vuelven repetitivos e interfieren con la salud mental.

Al explorar el pasado y el significado psicológico de los acontecimientos y su contexto sobre la cognición, afectos, fantasías y acciones actuales, el terapeuta psicodinámico espera cambiar la conducta y la estructura del carácter, modificando el modo en que la información es organizada y experimentada.

Dicha psicoterapia está basada en las teorías de la mente y técnicas psicoterapéuticas. Desarrollada por Sigmund Freud, quien en un inicio utilizó la hipnosis y después la asociación libre para reconocer y entender los conflictos inconscientes.

Aunque la idea de inconsciente se conoce desde hace siglos, Freud consumó y expandió el concepto de inconsciente dinámico como culminación de una historia apasionante, brillantemente descrita por Ellenberger en *El descubrimiento del inconsciente*.

El inconsciente dinámico es un campo de fuerzas en conflicto fuera de la conciencia, que influye y determina la conducta y sentimientos. El conflicto existe principalmente entre deseos libidinales o agresivos; miedo a la pérdida, a la venganza, conflicto entre deseos opuestos, y todo ello con los límites impuestos por el mundo real, en otras palabras, lo que se llamó conflicto entre el principio del placer y el principio de realidad.

Freud utilizó el concepto de inconsciente en dos sentidos: 1) como cualquier contenido no presente en el campo de la conciencia y 2) en un sentido tópico con la palabra "inconsciente". Designó uno de los sistemas dentro del marco de su primera teoría del aparato psíquico, constituido por contenidos reprimidos a los que ha sido negado el acceso al sistema preconsciente-consciente por medio de la represión. Tales contenidos son representantes de las pulsiones empeñadas en retornar a la conciencia y a la acción, pero sólo pueden encontrar acceso al sistema consciente a través de un compromiso, después de haber sido sometidos a las deformaciones que impone la censura.

Además del conflicto, la psiquiatría dinámica describe el modelo de déficit, es decir, la debilidad o ausencia de estructuras tales como el *yo* o el *súper yo*. Asimismo, otro derivado de esta teoría concibe al inconsciente del individuo habitado por un mundo de figuras relevantes internalizadas psíquicamente y en conflicto unas con otras.

Dentro de la segunda teoría del aparato psíquico freudiano el término inconsciente se utiliza sobre todo como adjetivo, aquí ya no es lo propio de una instancia particular

puesto que califica al *ello*, pero también a partes del *yo* y del *súper yo*.

La ambivalencia y los sentimientos conflictivos derivados de experiencias infantiles constituyen el conflicto neurótico del que pueden resultar ansiedad, depresión y síntomas somáticos, inhibiciones de tipo social, sexual y laboral, o relaciones interpersonales difíciles.

Gabbard y otros autores afirman que la psiquiatría debe ser dinámicamente informada, lo que implica una aproximación al diagnóstico y al tratamiento caracterizados por una forma de pensar acerca de ambos, el paciente y el clínico, que incluyen los conflictos inconscientes, los déficit y las distorsiones de las estructuras intrapsíquicas y de las relaciones objetales internalizadas que integran estos elementos con los hallazgos contemporáneos de las neurociencias.

El terapeuta se vale de técnicas como la alianza terapéutica, la libre asociación, el análisis de los sueños y la interpretación de las defensas y transferencias.

La tarea central de la PP puede definirse por tres operaciones: aceptar, entender y explicar: así, 1) el terapeuta se encuentra con su paciente aceptando su experiencia subjetiva, dolor emocional y conflicto, lo cual logra estableciendo un diálogo terapéutico basado en un *rapport* empático y sin juicios; 2) durante el proceso de escuchar y sentir con el paciente, ambos empiezan a entender lo intrincado de su condición, y 3) compartiendo este entendimiento inicial con el paciente, a través de un modo interpretativo, logran apreciar con más profundidad la génesis y las razones de sus síntomas.

A la recuperación del material psicológico reprimido se le llama modo expresivo y se le distingue del proceso de apoyo. Es útil concebir a la PP como un continuo entre ambos.

Basado en sus conocimientos, el terapeuta utiliza una variedad de intervenciones derivadas del espectro que va del apoyo a lo expresivo: aconsejar, estimular; usar intervenciones psicoeducativas y validación empática, fomentar la elaboración, clarificar, confrontar, observar e interpretar.

Aconsejar incluye sugerencias al paciente acerca de cómo actuar, en tanto que estimular supone una abierta aprobación de algunas conductas del paciente. Estas intervenciones son lo contrario de lo que hace el psicoanálisis clásico y abusar de ellas va en contra de la autonomía del paciente. Las intervenciones psicoeducativas son informaciones que se dan al paciente a partir de los conocimientos y experiencia del médico; por ejemplo, explicar al paciente la naturaleza de su enfermedad y la necesidad de un tratamiento. La validación empática supone demostrar al paciente una sintonía con sus estados internos, compartirlos y aprobarlos. Estimular la elaboración se logra haciendo preguntas pertinentes y adecuadas para mantener el flujo de la comunicación e introspección del paciente. Clarificar supone juntar y

reformular las verbalizaciones del paciente para darles una estructura más coherente. Confrontar implica decir al enfermo, de una forma no agresiva, algo que no quiere aceptar o soslaya identificar, por lo general se trata de la evitación de material consciente. Observar supone que el terapeuta haga indicaciones sobre la conducta o actitudes del paciente sin hacer inferencias sobre las causas, pero invitándolo a tratar de entenderlas. Interpretar conlleva realizar ciertas intervenciones verbales que producen los cambios dinámicos llamados comprensión, en otras palabras, aquello que ayuda a un contenido inconsciente a hacerse consciente en el momento que pugna por abrirse paso al exterior. No se trata de la acción de un oráculo o la de un mago u hombre sabio, sino que es el resultado de una elaborada observación que se comparte. Las interpretaciones más útiles corren por cuenta del propio paciente.

A continuación se definen varios conceptos fundamentales como:

## Resistencia

Se denomina así a todo aquello que en los actos y palabras del paciente se opone al acceso de éste a su inconsciente. Aunque la resistencia es más un concepto clínico que psicológico, originalmente descrito en el tratamiento psicoanalítico, es una noción que puede extenderse a otras situaciones clínicas.

Los motivos para la resistencia fueron vistos como la amenaza de la movilización y surgimiento de ideas y afectos desagradables, que hacían emerger sentimientos de vergüenza, autorreproche y sufrimiento psicológico, y la sensación de ser herido. Más adelante fue entendida no sólo como el impedir el recuerdo de hechos desagradables sino como responsable de la distorsión de impulsos inaceptables. La resistencia no fue descrita como una supresión completa del contenido mental inaceptable, sino como la causa de la deformación de impulsos y recuerdos inconscientes, de modo que estos últimos aparecen disfrazados en la asociación libre del paciente.

Las resistencias son vencidas por medio de interpretaciones y un trabajo de translaboración, además de que son percibidas como una fuente de información para el terapeuta.

## Transferencia

Fue descrita dentro de la relación psicoanalítica, pero puede manifestarse en cualquier relación interpersonal. Son nuevas ediciones de los impulsos y fantasías que surgen durante el curso de psicoanálisis, tienen la peculiaridad de reemplazar a una persona anterior por la figura del médico. Una serie completa de estados psicológicos es revivida no como algo del pasado, sino aplicada a la persona del médico en

el momento presente. Se trata de una repetición de prototipos infantiles vivida con un marcado sentimiento de actualidad.

En psicoanálisis la transferencia es el terreno en el que se desarrolla la cura, esta última se caracteriza por la instauración de nuevas modalidades y la resolución de la transferencia.

## Alianza terapéutica

Es el aspecto de la relación médico-paciente no transferencial; la relación no neurótica y racional que el paciente tiene con su analista y que le permite trabajar de manera intencional en la situación psicoterapéutica.

La alianza terapéutica puede ser considerada como el deseo de cooperación del paciente y su disposición a aceptar ayuda. Está anclada a lo que Erikson llamó “confianza básica”.

## Mecanismos de defensa

Son recursos involuntarios e inconscientes para proteger al *yo* de las demandas de los instintos que proceden del *ello*.

Toda persona maneja mecanismos de defensa; cuáles defensas emplea dice mucho de quién es y cómo actúa el individuo. Estos mecanismos se han clasificado desde los inmaduros o patológicos hasta los más sanos y maduros; a continuación se describen algunos de ellos.

**Represión.** Relegar estados: internos deseos, necesidades o impulsos amenazantes fuera de la conciencia.

**Negación.** La persona se rehúsa a aceptar información acerca de sí misma o de los demás porque le resulta difícil de encarar.

**Regresión.** Regreso parcial a niveles previos de adaptación para evitar conflictos asociados con el nivel actual de desarrollo del individuo.

**Proyección.** Atribuir los propios pensamientos o sentimientos a otra persona o grupo de personas y expulsarlos del sí mismo (*self*).

**Formación reactiva.** Transformación de pensamientos de sentimientos indeseables en su opuesto.

**Desplazamiento.** Cambiar o redireccionar pensamientos de sentimientos displacenteros por otros que los remedan.

**Introyección.** Internalizar aspectos de otra persona significativa como una forma de elaborar la pérdida de esa persona. Se puede introyectar una persona malévola u hostil para tener la ilusión de controlarla.

Entre los mecanismos primitivos se encuentran los siguientes:

1. **Escisión.** Experimentar a los demás como totalmente buenos o totalmente malos. Entre ellos se cuenta idealizar o devaluar.
2. **Identificación proyectiva.** Atribuir características inaceptables de la propia personalidad a alguien más, lo cual es seguido de una identificación con ese otro.
3. **Aislamiento.** Separar un sentimiento de una idea desagradable.
4. **Anulación.** Intento de negar impulsos agresivos sexuales o vergonzantes implicados en conductas previas por medio de elaboración o haciendo lo opuesto.
5. **Disociación.** Separar un pensamiento o sentimiento de su fuente original.
6. **Conversión.** Transformación de deseos o pensamientos inaceptables en sensaciones corporales.

Algunas de las defensas maduras, son, por ejemplo:

**Sublimación.** Defensa que transforma y canaliza pensamientos y sentimientos inaceptables en otros que son considerados como socialmente valiosos.

La psicodinámica es sin duda una de las psicoterapias más influyentes en el pensamiento psiquiátrico. Muchos de sus conceptos permean a otras escuelas y formas de psicoterapia e incluso son parte de la cultura general. Es eficiente y enfrenta al paciente como una persona en su totalidad.

## Terapia cognitivo-conductual (TCC)

En la TCC las respuestas conductuales del individuo a los estímulos y pensamientos son vistas como producto y causa de cogniciones maladaptativas. Se basa en los conceptos de Albert T. Ellis (terapia racional emotiva) y se fundamenta en los trabajos de Aaron Beck.

La TCC es un abordaje terapéutico pragmático que se sostiene en la relación bidireccional entre la cognición y la conducta. Representa una integración de dos tradiciones sólidas: la terapia conductual y la terapia cognitiva.<sup>24</sup>

En un inicio se utilizó para tratar trastornos del humor y de ansiedad, pero luego su uso se extendió a otras condiciones, como trastornos de la alimentación, trastorno por déficit de atención, trastorno bipolar, abuso de sustancias y trastornos de la personalidad.<sup>25</sup>

La TCC es una intervención sustentada en varios principios básicos: es de corto plazo (por lo general de entre 15 y 20 sesiones), sólo el tiempo necesario para desarrollar pautas de respuesta más adaptativas en el paciente. Es activa, el

papel del terapeuta es proporcionar al paciente información, estimular destrezas y la oportunidad de fomentar mecanismos para enfrentar los problemas de forma más adaptativa y menos patológica. Las tareas en casa son parte fundamental del método.

Un concepto medular en la teoría cognitiva de los trastornos emocionales es el significado psicológico de las creencias de la persona acerca de sí misma, de su mundo personal (incluyendo a quienes le rodean) y acerca del futuro, lo que se ha llamado tríada cognitiva.

Desde este punto de vista, cuando los pacientes experimentan excesivo estrés y emociones maladaptativas se debe a sus interpretaciones sesgadas y estereotipadas en esas esferas del *self*; el mundo y el futuro. Tal como en el caso de los pacientes ansiosos, que se perciben altamente vulnerables y a los demás como más hábiles y capaces y ven el futuro caracterizado por catástrofes personales.

Aunque estos puntos de vista son fragmentarios y disfuncionales, se perpetúan por procesos cognitivos que los mantienen activos y vigentes. Tal como en el autorreproche de los pacientes deprimidos que selectivamente buscan información de sus fallas y el desdén de los que los rodean, negando evidencias de sus logros y aceptación de los demás.

El comportamiento depresivo incluye baja energía, anhedonia, desesperanza y disminución de la actividad psicomotora, todo lo cual es susceptible de ser modificado con técnicas cognitivas. La terapia de exposición y sus métodos relacionados son particularmente efectivos para atender los trastornos de ansiedad. Las intervenciones conductuales pueden ser muy útiles al paciente para mejorar sus destrezas en las relaciones sociales y en la solución de problemas.<sup>26,27</sup>

Beck y sus colaboradores describieron tres niveles de cognición que son relevantes en la práctica de la TCC: conciencia (conocimiento completo), pensamientos automáticos y esquemas.<sup>28</sup>

La conciencia se define como un estado en el cual las decisiones racionales se hacen con pleno conocimiento. En contraste, los pensamientos automáticos son más autónomos, son cogniciones más privadas que fluyen rápidamente del individuo en forma espontánea o en respuesta a un impulso o estímulo. Los pensamientos automáticos pueden ser disparados por la emergencia de un afecto (ira, ansiedad, tristeza) o, a la inversa, los cambios afectivos pueden ser acompañados por pensamientos autónomos negativos.

Toda persona tiene pensamientos automáticos, pero en los estados clínicos como la depresión y ansiedad, producen preguntas intrincadas, enigmas y errores lógicos estereotipados.<sup>29</sup> En TCC se les llama “errores cognitivos” o “distorsiones cognitivas”, y conforman el contenido de los pensamientos automáticos desadaptativos (cuadros 23-1 y 23-2).

Los esquemas o creencias centrales son los niveles de cognición más profundos; representan la suma de las creencias y actitudes de cada individuo. Fundamentalmente son reglas o patrones de procesamiento de información que se estructuran por las influencias en el desarrollo y experiencia de la vida. En suma, son reglas no verbalizadas que actúan como matrices para percibir y decodificar información del medio ambiente. Tienen un papel central en la regulación de la autoestima. Bowlby ha hecho notar que la mayoría de los esquemas psicopatológicos relevantes se desarrollan en la vida temprana cuando el individuo se encuentra más desamparado y dependiente.

### Estrategias cognitivas y conductuales

La colaboración empírica implica un alto nivel de cooperación y una actitud científica para validar la utilidad de una particular cognición o conducta.

A fin de modificar pensamientos automáticos el primer paso es enseñar al paciente a reconocerlos, sobre todo mediante de sus cambios de humor, y tratar de modificarlos a través de lo que se ha llamado “interrogatorio socrático”, que enseña a usar la racionalidad y el pensamiento inductivo para modificar lo que actualmente se toma por cierto. Esto lo logra el terapeuta formulando las preguntas correctas que

■ **Cuadro 23-1** Ejemplos de pensamientos automáticos y esquemas maladaptativos

| Pensamientos automáticos                         | Esquemas maladaptativos                   |
|--|---|
| “Debería hacer las cosas mejor en mi vida”       | “Yo deseo ser perfecto para ser aceptado” |
| “Yo debería vencerlo”                            | “Yo soy falso”                            |
| “Siempre dejo que las cosas se desordenen”       | “Si yo elijo hacer algo debo triunfar”    |
| “No puedo manejarlo”                             | “No soy digno de ser amado”               |
| “Eso es demasiado para mí”                       | “No importa lo que haga, no triunfaré”    |
| “No tengo qué hacer en el futuro”                | “El mundo es muy amenazante para mí”      |
| “Las cosas están fuera de control”               | “Los demás no son confiables”             |
| “Yo me siento o confiriendo o dando a los demás” | “Yo siempre debo estar en control”        |
| “Yo nunca seré capaz de hacer esto”              | “Yo soy estúpido”                         |
| “Seguramente algo malo va a pasar”               | “Otras personas tomarán ventaja de mí”    |

■ **Cuadro 23-2** Patrones comunes del pensamiento irracional en la ansiedad y depresión<sup>28</sup>

| Error cognitivo  | Definición  |
|--|---|
| Sobregeneralización  | La evidencia surge a partir de una experiencia o un grupo de experiencias que alcanzan una conclusión incierta con implicaciones de largo alcance/plazo   |
| Pensamiento catastrófico   | Un ejemplo extremo de sobregeneralización en donde el impacto de un evento o experiencia claramente negativo es amplificado a proporciones extremas. Por ejemplo: “Si tengo una crisis de angustia, perderé todo el control y me volveré loco (o moriré)” |
| Pensamiento de “todo o nada” (blanco o negro absolutista)                | Una innecesaria división de consecuencias complejas o continuas hacia extremos polarizados. Por ejemplo: “O tengo éxito con esto, o seré un completo fracaso”   |
| Maximizar y minimizar  | Tendencia a exagerar experiencias negativas y minimizar las positivas en las propias actividades y relaciones interpersonales   |
| Brincar a conclusiones   | El uso del pesimismo o de experiencias previas de fracaso para predecir de manera prematura o inapropiada el fracaso en una situación nueva (conocido como <i>fortune telling</i> )   |
| Personalización  | Interpretación de un evento, situación o comportamiento como saliente o indicativo personal de un aspecto negativo de uno mismo   |
| Enfoque negativo selectivo<br>“Ignorando la evidencia” o “Filtro mental” | Eventos, recuerdos o implicaciones negativas o indeseables son enfocadas, a expensas de recordar o identificar otras más neutras o positivas. De hecho, información positiva puede ser ignorada o descalificada como irrelevante, atípica o trivial       |

llevan al paciente a reconocer sus distorsiones cognitivas; también utiliza técnicas de imaginación y de juego de roles, sin soslayar que es útil llevar un registro en el que se anotan los acontecimientos en una columna y los pensamientos asociados en otra. El fin de todo esto es modificar esquemas y generar alternativas (figura 23-1).

### Terapia interpersonal

La terapia interpersonal (TI) fue desarrollada por Gerald Klerman y su equipo de trabajo; fue diseñada como una psicoterapia dinámica de tiempo limitado y no interpretativa; al inicio se usó para tratar la depresión, excluyendo a los

pacientes psicóticos. Desarrollos posteriores han ampliado el universo de sus indicaciones.

El origen histórico del concepto interpersonal se debe a Harry Stack Sullivan, quien postuló que todo cuanto era considerado como humano deviene de la relación con otras personas; sostuvo que existen dos impulsos básicos: satisfacción física (alimento, cobijo, etc.) y seguridad desde el punto de vista interpersonal (saber manejar el estrés, sana autoestima, sentirse cómodo con otras personas, estar relativamente libre de ansiedad y ser competente en las relaciones interpersonales).

Sullivan sostuvo que al interactuar con los demás el individuo desarrolla un sentido del *self*; estrategias para lidiar con la ansiedad, la capacidad de separar la realidad de la fantasía y otras habilidades para desarrollar patrones adaptativos o no, de lo que dependen la salud mental o la enfermedad.

Las metas de la TI son reducir o eliminar los síntomas psiquiátricos al mejorar la calidad de las relaciones interpersonales y el funcionamiento social; su presupuesto central es que la precipitación y la perpetuación de muchos trastornos psiquiátricos están estrechamente relacionadas con las alteraciones del funcionamiento interpersonal actual y pasado.

La duración promedio del tratamiento es de 14 semanas, una hora a la semana. Los aspectos fundamentales de la TI son el énfasis en la brevedad, una actitud del terapeuta más proactiva y el enfoque en las relaciones. No es una terapia abierta, sino que está centrada en uno o dos problemas acordados con el paciente; es interpersonal, no intrapsíquica, es decir, explora las relaciones, no el conflicto psíquico interno. Se trabaja fundamentalmente con el presente y busca cambiar cómo el paciente reacciona en sus relaciones, sin contemplar otras conductas tales como pensamientos distorsionados, culpa excesiva o cogniciones negativas que pueden ser patogénicas para el paciente, pero no involucran a otras personas. No aspira a tener gran efecto sobre la personalidad o cambiar la estructura del carácter.

El terapeuta psicodinámico escucha para entender los deseos y conflictos intrapsíquicos. El terapeuta interpersonal escucha con atención sobre las expectativas del rol del paciente y sus disputas.

La TI se divide en tres etapas: en la **fase inicial** se intenta establecer un diagnóstico y se da información sobre el trastorno, asignando en forma temporal el papel de enfermo para eximir al paciente de otras responsabilidades y lograr que se enfoque en su recuperación (es decir, en sus necesidades) y deje de complacer a los demás.

Además, trata de identificar los problemas interpersonales con el uso de un inventario especialmente diseñado para ello; explora cambios en dichas relaciones que estén vinculados con el inicio de los síntomas; busca obtener una historia cronológica tratando de conectar ciertas experiencias vitales con fluctuaciones en el humor, síntomas psiquiátricos y las situaciones interpersonales del momento.

En la **fase intermedia** se identifican las áreas del problema y la manera de enfrentarlas. Se han descrito cuatro dificultades específicas de particular importancia: aflicción, disputas interpersonales, transición de papeles y déficit interpersonales.

**Aflicción.** Las reacciones de pesar, particularmente en relación con la muerte de un ser querido, pueden ser anormales cuando son retardadas o de larga duración, o se manifiestan distorsionadas; en tales casos se requiere intervención psicológica. También son objeto de tratamiento las conductas evitativas, las que producen síntomas físicos que remedan la enfermedad de quien murió, y otras como preservar de forma escrupulosa el ambiente de la persona fallecida o bien cuando hay cambios radicales en la vida del deudo.

Las metas terapéuticas en una persona con depresión por pérdida son facilitar el proceso de duelo y ayudarle a restablecer sus intereses y relaciones sociales, explorar sentimientos, entender la relación con el fallecido y hacer consciente dicha relación.



Figura 23-1 Modelo TREC.

**Disputas en las relaciones interpersonales.** Las fricciones y disputas con la gente importante que rodea a la persona son resultado inevitable de la interacción de convivencia y no necesariamente se relacionan con depresión. Pero cuando dichas disputas son crónicas o irresolubles, tienen el potencial de llevar a la desmoralización o a la pérdida del sentido de la eficacia, y desembocar en depresión. Así que en el tratamiento de las personas deprimidas es importante buscar la evidencia de conflictos con familiares, amigos o compañeros de trabajo y evaluar si pueden originar sentimientos de indignidad, fallas o apatía.

Las metas en el tratamiento de los conflictos interpersonales son ayudar al paciente a estar más consciente de las disputas y sus características, así como desarrollar un plan para resolverlos y, si se identifican conductas maladaptativas, hacer los cambios necesarios en las pautas de comunicación.

**Transición de papel.** Cuando cambian los papeles es necesario cambiar los estilos de vida; por ejemplo, de esposa a viuda, de esposo a divorciado, de empleado a desempleado. En alguna medida toda persona es su propio rol. Para nadie es fácil cambiar un papel, lo que implica modificaciones en el equilibrio psicológico.

Las metas terapéuticas en este caso son facilitar que el paciente establezca nuevos roles como una oportunidad de crecimiento y restaurar el sentimiento de autoestima, esto mediante ayudarlo a manejar las demandas y los retos de la transición del papel.

**Déficit interpersonales.** Algunas personas nunca desarrollan las habilidades necesarias para mantener relaciones interpersonales satisfactorias; con frecuencia estas fallas son resultado de largas depravaciones interpersonales o aislamiento social crónico. Cuando un paciente no tiene relaciones cercanas o íntimas, puede estar desarrollando síntomas depresivos.

Los objetivos del tratamiento aquí son reducir el aislamiento social a través de la revisión terapéutica de relaciones pasadas, analizar la relación con el terapeuta y estimular la creación de nuevas relaciones.

En la **tercera fase** del tratamiento se discute explícitamente el proceso de finalización como un momento de duelo potencial, se revisan los progresos obtenidos y se estimula a mantener los logros terapéuticos.

Klerman y colaboradores han descrito con cuidado las técnicas que pueden ser más útiles para los pacientes.

## Técnicas exploratorias

Obtener información de los síntomas y problemas presentes es parte inicial del trabajo. La información se obtiene con

una exploración no directiva, mediante apoyar y dar continuidad a los tópicos que surgen. Las preguntas del terapeuta deben ir de lo general a lo particular y, desde luego, es necesario usar cuestionarios estandarizados.

## Cómo estimular el afecto

Como en otras psicoterapias, de manera deliberada se estimula la expresión del afecto, el terapeuta ayuda al paciente a reconocer la existencia de sentimientos dolorosos pero apropiados; así como a identificar experiencias emocionales vinculadas a relaciones interpersonales difíciles y estimula el desarrollo de nuevas emociones que pueden facilitar el cambio y el crecimiento de las relaciones interpersonales.

## Clarificación

La clarificación del terapeuta sirve para reformular y retroalimentar material que el paciente presentó antes. Entre las técnicas que se han propuesto para ello están el pedir al paciente repetir con otras palabras lo que ha dicho, replantear las afirmaciones del paciente, llamar la atención sobre las implicaciones lógicas de sus afirmaciones, identificar contrastes o contradicciones en las comunicaciones del paciente, así como señalar las creencias extremas del paciente cuando puntos de vista más moderados parece que se adecuan mejor.

## Análisis de la comunicación

El terapeuta identifica fallas en la comunicación con el propósito de ayudar al paciente a comunicarse con más eficiencia, lo que facilita desarrollar habilidades sociales y entender cómo las fallas en la comunicación pueden ser responsables de disputas y otras dificultades interpersonales. Es necesario colaborar para evitar la ambigüedad.

## Cómo facilitar el cambio de conducta

Existen varias técnicas útiles en este sentido, como educar, advertir, modelar, acotar el ambiente y la sugestión. Asimismo, señalar el número de elecciones posibles y el juego de papeles.

Quizá la TI se encuentra a medio camino entre la psicoterapia psicodinámica, con su enfoque en sus fenómenos intrapsíquicos, y las terapias cognitiva y conductual, con su enfoque en la conducta externa.

# Referencias

1. **Gabbard GO et al.** The economic impact of psychotherapy: a Review. *Am J Psychiatry*, 154:147-155. 1997.
2. **Olfson M, Marcus SC.** National trends in outpatient psychotherapy. *Am J Psychiatry*, 167:1456-1463. 2010.
3. **Mojtabai R, Olfson M.** National trends in psychotherapy by office-based psychiatrists. *Arch Gen Psychiatry*, 65(8):962-970. 2008.
4. **Weissman MM et al.** National survey of psychotherapy training in psychiatry, psychology and social work, *Arch Gen Psychiatry*, 63:925-934. 2006.
5. **Rosenblatt PC.** Providing therapy can be therapeutic for a therapist. *Am J of Psychotherapy*, 63(2):169-181. 2009.
6. **Tasman A et al.** *The doctor-patient relationship in pharmacotherapy*. 1st. ed. New York: Guilford Press. 2000.
7. **Mufson L et al.** A Randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Arch Gen Psychiatry*, 61:577-584. 2004.
8. **Casalenda N et al.** Remission in major depressive disorder: a comparison of pharmacotherapy, psychotherapy, and control conditions. *Am J Psychiatry*, 159:1354-1360. 2002.
9. **Segal ZU et al.** Antidepressant monotherapy vs. sequential Pharmacotherapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy, or placebo, for relapse prophylaxis in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry*, 67(12):1256-1264. 2010.
10. **Frank E, Kupfer DJ.** Randomized trial of weekly, twice-monthly, and monthly interpersonal psychotherapy as maintenance treatment for women with recurrent depression. *Am J Psychiatry*, 164:761-767. 2007.
11. **Milrod B et al.** A Randomized controlled clinical trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *Am J Psychiatry*, 164:265-272. 2007.
12. **Leichsenring F et al.** The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 61:1208-1216. 2004.
13. **Alexopolus GS et al.** Problem-solving therapy and supportive therapy in older adults with major depression and executive dysfunction. *Arch Gen Psychiatry*, 68(1):33-41. 2011.
14. **Bradley R et al.** A Multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *Am J Psychiatry*, 162:214-227. 2005.
15. **Pinquart M et al.** Treatments for later-life depressive conditions: a meta-analytic comparison of pharmacotherapy and psychotherapy. *Am J Psychiatry*, 163:1493-1501. 2006.
16. **Bunard Y et al.** Psychodynamic psychotherapy and clorimipramine in the treatment of major depression. *Psychiatric Ser*, 53:585-590. 2002.
17. **Gerber AJ et al.** A Quality-based review of randomized controlled trials of psychodynamic psychotherapy. *Am J Psychiatry*, 168:19-28. 2011.
18. **Kocsis JH et al.** Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy and brief supportive psychotherapy for augmentation of antidepressant nonresponse in chronic depression. *Arch Gen Psychiatry*, 66(11):1178-1188. 2009.
19. **Regier D et al.** The NIMH depression awareness, recognition and treatment program. *Am J Psychiatry*, 145:1351-1357. 1988.
20. **Green SA.** Principles of medical psychotherapy. En: Stoudemire A et al. *Psychiatric Care of the Medical Patient*. 2nd edition. Oxford University Press. 2000.
21. **Plakun EM.** Making the alliance and taking the transference in work with suicidal patients. *J Psychother Pract Res*, 10:4. Fall, 2001.
22. **Rucci P, Frank E.** Suicide attempts in patients with bipolar I disorders during acute and maintenance phases of intensive treatment with pharmacotherapy and adjunctive psychotherapy. *Am J Psychiatry*, 159:1160-1164. 2002.
23. **Hendin H et al.** Problems in psychotherapy with suicidal patients. *Am J Psychiatry*, 163:67-72. 2006.
24. **MacKenzie KR, Grabovac AD.** Interpersonal psychotherapy group (IPT-G) for depression. *J Psychother Pract Res*, 10:1, Winter, 2001.
25. **O'Hara MW et al.** Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Arch Gen Psychiatry*, 57:1039-1045. 2000.
26. **Keller MB et al.** A Comparison of nefazodone, the cognitive-behavioral-analysis system of psychotherapy. *N Engl J Med*, 342(20):1462-1470. 2000.
27. **Leichsenring F et al.** Short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive behavioral therapy in generalized anxiety disorder: a randomized, controlled trial. *Am J Psychiatry*, 166:875-881. 2009.
28. **Beck AT et al.** *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press. 1979.

## Lecturas recomendadas

- **Beck AT, Freeman A.** *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. New York: Guilford. 1990.
- **Ellenberger HE.** *El Descubrimiento del Inconciente*. Madrid: Gredos. 1976.
- **Fenichel O.** *The Psychoanalytical Theory of Neurosis*. New York: Norton. 1945.
- **Freud S.** *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. 24 vols. London: Hogarth Press. 1953-1974.
- **Fromm E.** *Escape from Freedom*. New York: Avon Books, 1965.
- **Gabbard GO.** *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. 4th. ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc. 2005.
- **Kohut HS.** *The Analysis of the Self*. New York: International Universities Press. 1980.
- **Mackinnon RA, Michels R, Buckley PJ.** *The Psychiatric Interview in Clinical Practice*. 2nd. ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc. 2006.
- **Sullivan HS.** *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York: WW Norton. 1953.