

ELEMENTOS DE PSICOTERAPIA PARA LA PRÁCTICA DEL MÉDICO CIRUJANO

Dr. Xavier Sandoval

Dr. David Ocampo

Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, UNAM



Image by Rosy / Bad Homburg / Germany from Pixabay

INTRODUCCIÓN

En el siglo XX, las organizaciones internacionales del mundo se plantearon como objetivo valorar los derechos individuales de los humanos por lo que se dieron a la tarea de favorecer las condiciones de vida de todos los habitantes del planeta. Elaborada por representantes de todas las regiones del mundo con diferentes antecedentes jurídicos y culturales. La Declaración Universal de Derechos Humanos fue proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en París, el 10 de diciembre de 1948 en su (Resolución 217 A (III)) como un ideal común para todos los pueblos y naciones (Organización de las Naciones Unidas, 1948). Lo anterior sirvió de base para que la Organización Mundial de la Salud (OMS) mostrará la perspectiva de la sanidad de la población del mundo, ya no sólo como un estado de completo bienestar físico mediante la ausencia de afecciones y enfermedades,

sino también como un estado óptimo de bienestar mental y social (OMS, 1948).

Debido a lo anterior, el enfoque terapéutico en el ejercicio de la medicina considera que su visión terapéutica sobre los padecimientos médicos en general tendría que incluir el bienestar óptimo del individuo. Lo anterior, indudablemente es un cambio paradigmático en que la salud ya no solo tiene ese enfoque en el que se desea el mejor equilibrio homeostático biológico corporal de los pacientes, sino que es un reconocimiento a la importancia que tiene el cerebro con sus funciones emergentes más sofisticadas como el pensamiento, las emociones y la vida social como parte integral y necesaria de las personas. Así, se consolida la perspectiva biopsicosocial como el principal enfoque de las enfermedades en el del abordaje de los sujetos que se

encuentren en tratamiento con cualquier médico. Ahora, el gran reto consiste en que esta perspectiva se logre incorporar en la mayor parte de los profesionales de la salud del mundo.

Por una parte, tenemos entonces la relevancia de los trastornos mentales en la atención de los padecimientos médicos en general; pero, por otro, también tenemos considerar lo relevante que es el tratamiento de los aspectos psicológicos que cualquier médico tiene que manejar con un paciente que padezca cualquier tipo de trastorno. Por lo tanto, después de dar una definición de la psicoterapia, a continuación, mostramos la importancia de los padecimientos mentales, posteriormente, la importancia de las complicaciones emocionales en cualquier tipo de trastorno y, finalmente, la importancia del manejo de algunos principios psicoterapéuticos para cualquier médico general en su práctica clínica cotidiana.

JUSTIFICACIÓN

Si consideramos que nuestra materia abarca los problemas médicos propios del proceso psicossomático, en el que los factores psíquicos intervienen directamente en el estado fisiológico general, a través del eje hipotálamo, hipófisis adrenal, sería muy importante que el médico general tuviera las herramientas psicoterapéuticas para intervenir, de la manera más efectiva, en que el paciente pudiera manejar los aspectos estresantes, mediante las estrategias de afrontamiento más adecuada, de tal manera que tuviera las mejores repercusiones posibles en el estado médico general.

DEFINICIÓN DE PSICOTERAPIA

Serrano (2017) define la psicoterapia como 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. Exponer y clarificar que la psicoterapia, si bien es un tratamiento formal en salud mental cuenta, con una teoría del funcionamiento mental humano, la cual podemos utilizar para sobrellevar o darle un rumbo positivo, encauzar a la relación médico paciente sin importar el contexto médico, no es exclusiva del área de la salud mental.

Mahoney (1995) la define como un proceso en el cual una persona que desea cambiar síntomas o problemas en su vida, o que busca el crecimiento personal, entra en un contrato implícito o explícito, para interactuar verbal o no verbalmente, en una forma prescrita con una persona o personas que se presentan a sí mismos como agentes de salud. Esta definición pone en claro otro aspecto importante que, aunque no se desee, será inevitable formar una relación médico paciente, puede ser implícita, incluso aunque no se hable, hay comunicación, no podemos escapar, la teoría psicoterapéutica nos ayuda a dirigir esta relación. Psicoterapia es una relación cultural especial entre un profesional de ayuda y un individuo, una pareja, una familia o un grupo como pacientes.

El psicoterapeuta trabaja con el cliente para crear una alianza segura, estable y de cuidado en la que, y desde la que el cliente pueda explorar, con frecuencia vía técnicas ritualizadas, pasado, presente y posibles vías de experimentar el *self*, el mundo y su relación dinámica (Mahoney, 1995).

PARADIGMA CIENTÍFICO DE LA PSICOTERAPIA

En primer lugar, es muy importante resaltar que algunos médicos no consideran, en absoluto, que las habilidades psicoterapéuticas tengan algún beneficio en su ejercicio clínico; mientras que otra fracción, nada despreciable, lo vean tan sólo como una explicación racional, que el acercamiento biopsicosocial es importante para mejorar el estado de salud. Lo anterior se debe principalmente a dos factores, el primero tiene que ver que la



aparición logarítmica de información por cada una de las especialidades y subespecialidades obligue a que el médico clínico tenga que dedicar cada vez más tiempo en la formación y actualización de su campo de acción, mientras que, por otro lado, las mismas universidades, hospitales y centros de formación médica expandan la currícula a todas estas innovaciones para los programas de estudio y práctica dentro de los requisitos para la formación médica en general, especializada y subespecializada. Por lo tanto, en la práctica la visión psicosocial de la fórmula biopsicosocial en realidad se ha mermado, provocando que la formación médica en la práctica real sea cada vez más biológica y científica médica, y menos psicosocial.

Esta situación se acentúa si consideramos que sucede lo mismo, el aumento de información, en las áreas de conocimiento psicosociales, por lo que cada vez se requiere mayor tiempo y dedicación para su comprensión. La complejidad de este segmento del conocimiento dificulta que el clínico que se encuentra más concentrado en comprender y aplicar medidas concretas para su especialidad tengan el tiempo, la disposición y sobre todo, la formación paradigmática del área de la medicina que requiere elementos epistemológicos que no obedecen al de las ciencias médicas tradicionales, sino que implican capacitación, conocimiento y comprensión de un paradigma con otras variables como el de las llamadas ciencias humanas. No es casualidad que en la formación psicoterapéutica, en sus diferentes escuelas, cada vez sea menos frecuente encontrar a profesionales que provengan de las áreas médicas.

Sin embargo, este divorcio práctico de las ciencias médicas y de las ciencias humanas no es compatible con la aparición de múltiples investigaciones sobre todo lo que ahora sabemos sobre los mecanismos científicos, de alta complejidad, que nos permiten ver desde lo epistemológico lo sólido de la intercomunicación entre los procesos físico-bioquímico-cerebral-mental-afectivo-interpersonal-social, “un universo estratificado” (García R. , 2006, p.74) que nos acercan a una “unidad de la ciencia” (Morin, 2005, p.77). Se trata de una visión científica monista (Solms y Turnbull, 2005, p.45) y que considera lo llamado emergente (Morin, 2006, p.128;) dentro de las ciencias de la complejidad y el análisis estructural que nos permite ver la correlación entre la función, el flujo y la energía (Prigogine, 2009, p.56), en donde los procesos físicos, bioquímicos y anatómicos, que se dan en el cerebro, generan procesos mentales cognitivos y emocionales propios de la vida afectiva involucrada en los procesos intersubjetivos y transpersonales (Kaës, 2010, p.70), propios de la vida psicosocial.

Por todo lo anterior, ahora tenemos claro, en función de multiplicidad de publicaciones, que los procesos psicoterapéuticos tienen una acción sobre la fisiología cerebral, generando modificaciones epigenéticas que permiten que la intervención profesional mediante la palabra modifique el funcionamiento cerebral (Cozzolino, 2002). Los hallazgos en las investigaciones en neurociencias nos han permitido comprender mejor los procesos de integración neuronal, reconstrucción cerebral, los sistemas múltiples de memoria, los procesos de



construcción de un *self* narrativo, el manejo de los procesos relacionados al estrés postraumático, el cerebro social, la comprensión del fenómeno onírico durante el sueño y otros más (Cozzolino, 2002). Todo lo anterior, hasta el momento, tiene más relevancia en procesos de aprendizaje, estrategias de neurorehabilitación mediante la palabra y el proceso psicoterapéutico en general que los avances en la posibilidad de contar con nuevos medicamentos para la intervención farmacológica. La importancia de la ciencia psicoterapéutica es igual de importante que otras áreas de la intervención médica y probablemente cuente con más publicaciones que la mayor parte de las especialidades, ya que, en los últimos tres decenios, las neurociencias han acaparado la investigación médica. El paradigma integrado de la psicoterapia a las ciencias es una realidad abrumante, lo más interesante y curioso es que no sea uno considerado por muchos médicos, e inclusive psiquiatras, en su práctica cotidiana.

En cuanto a las investigaciones que muestran la eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas, es cada vez cada más claro el peso relevante de esta práctica para las enfermedades mentales, las reacciones de ajuste ante la enfermedad médica en general y la importancia en la intervención psicosocial en las parejas, la familia y la sociedad en general mediante el abordaje psicoterapéutico. Aun así, las metodologías de eficacia aún tienen mucho que desarrollarse en cuanto a la importancia de la modificación y bienestar que causa de manera individual la experiencia de estar con un profesional que considere el proceso de autoconocimiento, reflexión y promoción de la adquisición de habilidades a lo largo del ciclo vital en el que el individuo requiere reinventarse hasta el final de su vida; más allá de la eficacia matemática se encuentra el cambio cualitativo que los individuos experimentan en el camino hacia la sabiduría descrita por Erickson al llegar a la vejez.

LA RELEVANCIA DE LA PSICOTERAPIA EN LOS PADECIMIENTOS PSIQUIÁTRICOS

En el mundo, los trastornos mentales constituyen un serio problema de salud pública con un alto costo social que afecta a las personas sin distinción de edad, sexo, nivel socioeconómico o cultura. La enfermedad mental participa del 13% de la carga global de enfermedad, constituye una de las tres primeras causas de mortalidad de personas entre 15-35 años, esto último influido por el suicidio. Se sabe que al menos el 10% de los adultos experimentan algún trastorno mental y el 25% de los mismos

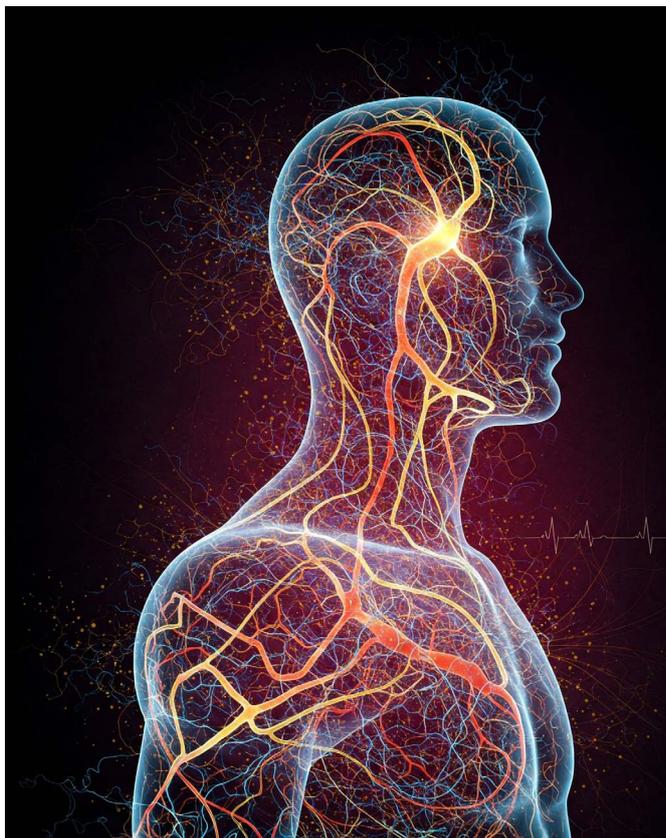


desarrollará algún problema relacionado durante su vida (Secretaría de Salud, 2014).

A nivel mundial, se ha estimado que las tasas de prevalencia de trastornos mentales en el curso de la vida oscilan entre 12,2% y 48,6%, mientras que la prevalencia anual fluctúa entre 8,4% y 29,1%. El 14% de la carga de morbilidad en todo el mundo, medida en años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), es atribuible a este tipo de padecimientos y es aún más patente en los países de ingreso bajo y mediano. Los trastornos mentales y neurológicos psiquiátricos representan casi la cuarta parte de la carga total de enfermedad en América Latina y el Caribe (Secretaría de Salud, 2014),

La prevalencia de los trastornos mentales y el sufrimiento de los hombres han supuesto retos a los servidores de salud debido a que quienes padecen alguno de estos trastornos afrontan una disminución considerable de su funcionamiento.

Los distintos profesionales de la salud se han enfocado en mejorar la calidad de vida y las habilidades de resiliencia de las personas para que sean capaces de lidiar con los retos emocionales que supone el estar vivo. Entendemos por trastorno mental a un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea



social, laboral o de otras actividades importantes. (American Psychiatric Association, 2014).

Toda la repercusión en la vida cotidiana de los trastornos mentales requiere necesariamente una intervención psicoterapéutica de alta calidad para modificar en algo las repercusiones que tiene en cada individuo y en el sistema familiar al que pertenece.

REPERCUSIONES MENTALES DE LOS PADECIMIENTOS MÉDICOS

La frecuencia de alteraciones psiquiátricas en la población de un hospital general varía de 10% al 50% (Querques, Stern, y Cassem, 2000). La alta comorbilidad de complicaciones afectivas en la mayor parte de los padecimientos mentales, con altos porcentajes de depresión y ansiedad en los pacientes con padecimientos cardiológicos, metabólicos, renales, autoinmunes, reumatológicos, gastrointestinales, oncológicos, ginecoobstétricos, etc., por lo que más bien resulta la excepción a la regla que cualquier médico general y especialista no se enfrenten con una alta frecuencia a la necesidad de tener que confrontar y manejar los trastornos afectivos y los procesos adaptativos que viven los pacientes ante la enfermedad. A pesar de lo anterior, el porcentaje

de referencia a consulta psiquiátrica en un hospital general se estima solo entre el 3% y el 5% (Querques, Stern y Cassem, 2000).

FUNDAMENTOS DEL MANEJO PSICOTERAPÉUTICO POR PARTE DEL MÉDICO GENERAL.

Aspectos generales

La extensa currícula del médico general incluye múltiples conocimientos en las ciencias básicas relacionadas con la medicina y del conocimiento cada vez más especializado de cada una de las áreas de tratamiento médico con las que el médico general tiene que abordar su práctica cotidiana. Lo anterior ha provocado que los médicos reciban cursos en los que se les intenta dar una síntesis de los padecimientos de cada una de las especialidades que se toman durante la formación de su carrera como médico cirujano. Lo anterior genera que el espacio que ocupa el proceso de comunicación humana y relación médico paciente cada vez cuenten con un peso proporcionalmente más bajo en la formación de los egresados de la Facultad de Medicina. Aunque esto sería comprensible ante el inagotable avance en todas áreas de la medicina, tendríamos que iniciar un proceso reflexivo en el que consideremos que habilidades debería tener un médico que egresa, si pretende ejercer la medicina general. Aunque seguimos valorando la importancia de una formación científica y clínica amplia por parte del facultativo, es indudable que un médico general tendrá que atender principalmente los padecimientos que son más prevalentes en la población general, es decir, aquellos que tienen que ver con el síndrome metabólico, las enfermedades infectocontagiosas y los padecimientos cardiovasculares. Un buen médico, indudablemente, debería tener una formación sólida en estas áreas. Sin embargo, la atención práctica en la visión biológica de estos padecimientos puede provocar un descuido muy importante en la atención clínica de los pacientes, en las que el médico tendría que tener un manejo aceptable de todos los padecimientos, pero en la que también tendría que estar capacitado para influir de manera más directa en las conductas preventivas, de higiene en general y de atención al padecimiento que pueda tener, lo cual requiere una comunicación sensible, empática y asertiva entre el facultativo y el enfermo para llevar al máximo posible, de cada relación médico-paciente, el proceso de compromiso terapéutico que

se requiere para lograr optimizar el tratamiento en cada situación.

Tomando en cuenta algunas consideraciones muy acertadas de Erick Fromm en su ensayo *Psicología para no psicólogos*, en el que menciona que todos los humanos utilizamos la psicología todos los días, aunque no nos dediquemos a eso, y que mientras mejor se apliquen las percepciones, conceptos y habilidades relacionadas a esto, la persona tendrá una inteligencia emocional más desarrollada, igualmente cualquier médico aplica la psicología todos los días en su ejercicio clínico. Sin embargo, es indudable que una situación que tendría que ser central en el manejo de cualquier especialista se encuentra muy por debajo de lo que podría potenciar un ejercicio clínico más eficiente si consideramos como es que una buena relación médico-paciente es central en el manejo de los padecimientos médicos.

Por todo lo anterior, sería indispensable que los médicos generales tuvieran más elementos de psicoterapia médica en su atención clínica cotidiana. En cualquier caso, que se dediquen a la medicina general o que hagan una especialidad quirúrgica y clínica, siempre deberán tener habilidades y conocimientos en el manejo de la relación médico-paciente, máximo si estos influyen en un mejor tratamiento de las enfermedades.

TIPOS DE PSICOTERAPIA

Por otra parte, el tratamiento no farmacológico queda a cargo de la psicología, que es el estudio científico de la conducta y los procesos mentales, analiza cómo los seres humanos piensan, sienten y aprenden a adaptarse a su ambiente tomando en cuenta la experiencia personal, el aprendizaje, los cambios fisiológicos y las variaciones socioculturales (García, 2012). Para esto, emplea la psicoterapia, que Walberg define como el tratamiento por medios psicológicos de problemas de naturaleza emocional, en el cual una persona entrenada establece deliberadamente una relación profesional con el paciente con el objetivo de eliminar, modificar o retardar síntomas existentes, mediatizar patrones de conducta perturbados y promover el crecimiento positivo de la personalidad y el desarrollo en el ámbito personal (Bernardi, 2004). Al atender desde ambas perspectivas la patología de un paciente, se inicia un tratamiento integral en el que al tratar desde un enfoque

científico biológico no se deja de lado un enfoque psicoterapéutico, así como una intervención cultural y social.

Dentro de la psicoterapia, existen diversas corrientes y estrategias que se han ido adaptando para hacer más asequible al paciente el entendimiento y la vivencia de su enfermedad como las siguientes:

La terapia cognitivo conductual que fue desarrollada por Aaron Beck y Albert Ellis. Los autores parten del hecho de que los problemas emocionales se deben a aprendizajes emocionales negativos o a una confusión asociativa en la que se atañen sentimientos desagradables a determinadas situaciones o personas. De este modo, una emoción intensifica un tipo de pensamiento determinado, el cual motiva un comportamiento específico que, a su vez, puede intensificar la emoción inicial o el pensamiento concreto. Así, pues, bajo esta premisa de funcionamiento, la TCC trata de enseñar al paciente una serie de habilidades para afrontar



mejor los distintos problemas. El punto fundamental para que este tratamiento sea eficaz consiste en que el paciente adquiera conciencia sobre su funcionamiento y sea capaz de aplicar las estrategias propuestas por el psicólogo para mejorar su estado psicológico. Además, en la TCC se trabajan tanto los patrones de pensamiento, identificándolos, analizándolos y adaptándolos, como en los patrones de conducta, aplicando técnicas que puedan modificar el comportamiento y tener efectos benéficos (Beck, 1995).

La terapia Gestalt surge de la obra de Fitz Perls a mediados del siglo pasado y se funda en el precepto del que todo es más que la suma de sus partes. “La Terapia Gestalt toma en cuenta el campo biopsicosocial en su totalidad, incluyendo como parte básica la interacción organismo-ambiente”, “de esta forma esta terapia utiliza variables fisiológicas, sociológicas, cognitivas y motivacionales. Ninguna dimensión relevante se excluye de la teoría básica del enfoque gestáltico” (Castanedo, 1997). La Terapia Gestalt considera la experimentación, el hacer, el vivir y el sentir, como el eje primario del proceso terapéutico, así, en este tipo de terapias, se utilizan técnicas experienciales y creativas para mejorar la autoconciencia, la libertad y la autodirección del paciente.

Los conceptos en la terapia sistémica están basados en la Pragmática de la Comunicación, en la Teoría General de Sistemas y en conceptos cibernéticos. No se considera la patología como un conflicto del individuo, sino como “patología de la relación”. El punto de partida es el principio de que toda conducta es comunicación. La persona se encuentra inmersa en un sistema en el que los miembros de este son interdependientes. Por tanto, si existe un cambio en un miembro afecta a todos los miembros del sistema. El síntoma tiene valor de conducta comunicativa; el síntoma es un fragmento de conducta que ejerce efectos profundos sobre todos los que rodean al paciente; el síntoma cumple la función de mantener en equilibrio el sistema. La terapia va dirigida a intervenir activamente en el sistema para modificar las secuencias comunicativas defectuosas (Cibanal, 1995).

Uno de los mayores campos de aplicación de la sistémica lo encontramos en la terapia familiar que trata

de modificar el equilibrio de la relación patológica entre los miembros de la familia, a fin de facilitar nuevas formas de relación. Un síntoma de cualquier miembro de la familia en un momento determinado se ve como expresión de un sistema familiar disfuncional (Cibanal, 1995).

La terapia de pareja (TP) consiste en un proceso complejo de relaciones entre el terapeuta y la pareja, donde los propósitos dejan de dirigirse hacia la problemática personal de los pacientes, para orientarse más bien al complejo sistema inter e intrapersonal de los cónyuges. La pareja supone una estructura diferente a la de la familia con hijos, pues tiene dinámicas propias que deben ser estudiadas y abordadas en forma particular, no únicamente en referencia a la familia, ya que no todo lo que se establece para esta última puede generalizarse a la primera (De la Espirella, 2008).

La corriente psicoanalítica confecciona el nacimiento de la psicología como disciplina y tiene sus orígenes en Sigmund Freud, quien explica el comportamiento de los seres humanos basándose en el análisis de los conflictos inconscientes que se originan, principalmente, durante la niñez. Para entender e interpretar las alteraciones psicológicas, Freud ponía especial énfasis de los impulsos instintivos que son reprimidos por la conciencia y permanecen en el inconsciente. Atendiendo a estas premisas, el terapeuta psicoanalista se encarga de



aflorar los conflictos inconscientes a través de la interpretación de los sueños, los actos fallidos o la asociación libre.

Una sub-rama del psicoanálisis es la psicoterapia de grupo, la cual centra su trabajo terapéutico en las interacciones interpersonales, de modo que puedan abordarse los problemas personales e interpersonales en contexto grupal. Al igual que la psicoterapia individual, está destinada a ayudar a las personas que desean mejorar sus habilidades para afrontar los problemas que se presentan en la vida cotidiana. El objetivo de la psicoterapia de grupo es ayudar a resolver las dificultades emocionales y estimular el desarrollo personal de los participantes.

La terapia psicoanalítica de grupo constituye un dispositivo terapéutico que permite establecer un espacio, en donde puedan hacerse accesibles al terapeuta y a los integrantes del grupo, los fenómenos intra-psíquicos y trans-personales relacionados con el sufrimiento humano.

Por ende, la psicoterapia de grupo se focaliza en “darnos una perspectiva cuando se deja de considerar al individuo tan sólo como a un ser independiente y se le aborda en lo que podríamos denominar su estado natural, perteneciendo a grupos, formando parte de un grupo familiar, de uno laboral, o tal vez vecinal o social”. (Sandoval, 2003, p. 264). Existen dos conceptos de suma importancia que

deben diferenciarse para tener claro el objetivo previamente mencionado, los cuales se describen a continuación.

La terapia en grupo puede ser definida como el abordaje de muchos pacientes en una misma sesión para poder ofrecerles ayuda, ésta siendo con un tiempo limitado de escucha por considerar a los demás pacientes; este tipo de terapia es muy similar al individual, pero con el problema de que aquí se realiza el proceso en medio de otras personas desconocidas, con la exposición a los efectos y/o reacciones que la escucha de los problemas provoque, las transferencias laterales, etc. Por todo esto, a este tipo de terapia “Con mofa se le ha llamado como una técnica de psicoterapia en público porque describe burdamente las limitaciones de una técnica pobremente aplicada como ya se describió” (Sandoval, 2003, p. 267).

Por otra parte, la psicoterapia del grupo es tomada como una unidad, en la que el análisis se realiza en el inconsciente del grupo como tal, es decir, aquí los integrantes del grupo se expresan generando emociones, las cuales crean un ambiente matizado de emociones a nivel grupal y el terapeuta actúa a partir de este ambiente, dejando de lado, en parte, el inconsciente individual. A dicho concepto, Kaës le denominó aparato psíquico grupal y Bion aparato mental. Una definición muy digerible sería la siguiente: “La psicoterapia del grupo implica el conocimiento de los fenómenos que se establecen en los grupos, en donde los individuos funcionan de manera diferente porque al encontrarse dentro de uno, sus actitudes y respuestas se encuentran condicionadas por los demás integrantes del grupo en cuestión” (Sandoval, 2003, p. 267).

La manera en que la psicoterapia del grupo cura los problemas de los pacientes es mediante la transferencia grupal en cualquiera de sus cuatro formas de expresión: la central (dirigida al terapeuta), la lateral (creada entre los integrantes del grupo), la dirigida al grupo (en donde hay cohesión del grupo como una madre protectora, un todo) y la transferencia al mundo externo (en la que la relación con nuestro mundo interno se relaciona, uno es incorporación y proyección del otro). Otra manera de cura es la interpretación,





“la atribución de significado de experiencias, síntomas, sentimientos o tribulaciones de los pacientes por parte del terapeuta organiza un sistema de referencia mediante el cual el grupo puede empezar a organizarse para abordar y conocer la naturaleza de sus problemas” (Sandoval, 2003, p. 509), así pues “la interpretación, de este modo, viene a poner en claro el entendimiento de los significados latentes con la realidad en el funcionamiento de los pacientes y el grupo” (Sandoval, 2003).

ELEMENTOS INESPECÍFICOS DE LA PSICOTERAPIA

Como podemos ver, cada teoría tiene argumentos en su favor para tratar los trastornos emocionales de acuerdo con su propio marco teórico; sin embargo, no debemos dejar de lado el hecho de que hay factores en común a todas ellas que nos permiten explicar el porqué, sin importar el tipo de terapia que un paciente elige al paso del tiempo, existe una mejoría en todos ellos.

Rosenzweig se dio a la tarea de identificar cuáles son estos factores y encontró que en todos los tipos de terapia resultan destacables la relación del paciente con su terapeuta y el hecho de que en todos estos enfoques existe una manera de explicar lo que le está sucediendo al paciente y estos aspectos propician mejoría.

Pero, él no fue el único que intentó explicar estos factores, Frank y Frank, de la Universidad John Hopkins, lograron identificar cuatro características presentes en todos los tipos de terapia: una relación emocionalmente cargada en la que se intenta ayudar a una persona; un ambiente que propicia sanación; un esquema conceptual racional que permita una explicación plausible de los síntomas del paciente y que, además, logre proponer una forma en cómo solucionarlos; y un ritual o procedimiento en el que exista participación activa del terapeuta y del paciente donde ambos crean puede restaurar la salud del mismo (Hubble, Duncan y Miller, 1999, p. 7).

A partir de este momento se comenzaron a estudiar de manera más detallada estos factores, lo que permitió que, en 1992, la Universidad de Brigham dirigiera una investigación en la que Michael Lambert pudo encontrar cuatro grandes factores que envuelven a las terapias.

El primer gran rubro envuelve al cliente y a los factores extra terapéuticos. Principio básico es que sin cliente no existe terapia, por lo tanto, de entre todos los factores que contribuyen son los que recaen en el paciente los que tienen mayor relevancia. Consisten en las fortalezas del paciente, elementos de soporte del ambiente en el que se desenvuelva o las causas de su padecimiento. Ejemplos de estos

factores son la fe, un familiar de apoyo, sentimiento de pertenencia en un grupo, sentido personal de la responsabilidad, un nuevo trabajo, una crisis que se manejó exitosamente, entre otros. Se calcula que estos factores son responsables en un 40% de los resultados positivos de una terapia (Hubble, Duncan, y Miller, 1999).

El segundo factor, responsable de aproximadamente un 30% de la diversidad de los resultados de la terapia, es la relación con el terapeuta. No importando la corriente que se siga, si están mediando la relación médico-paciente factores como la calidez, empatía, aceptación o ánimo a tomar un riesgo se pueden obtener resultados positivos en la terapia. La alianza terapéutica es uno de los factores más importantes (Hubble, Duncan, y Miller, 1999).

El efecto placebo, la esperanza y las expectativas contribuyen en un 15% con los resultados de la terapia y, en parte, se refieren a la conciencia por parte del cliente de que está siendo tratado y la credibilidad del terapeuta y sus técnicas. Además, se incluye la creencia de que los procedimientos que se implementan tienen un efecto curativo que no deriva del procedimiento per se, más bien es el pensamiento positivo y las expectativas esperanzadoras que acompañan a la implementación del método (Hubble, Duncan, y Miller, 1999, p. 9-10).

Por último, encontramos a los factores que dependen de la técnica y el modelo que se usa para

tratar al paciente que se considera participan en un 15% con los buenos resultados en una terapia. En estos, se incluye el ofrecimiento de una explicación racional para las dificultades del paciente y el establecimiento de estrategias para resolverlos. Dependiendo de la orientación teórica del terapeuta, se enfatizarán distintos puntos de contenido del problema; sin embargo, la mayoría de los modelos empodera al paciente a tomar acción y ayudarse a sí mismos, se espera un cambio de conducta, desarrollo de resiliencia, enfrentamiento de los miedos o interrupción de antiguos patrones de comportamiento (Hubble, Duncan, y Miller, 1999).

Por lo tanto, si se pretende tener un mejor entendimiento sobre qué es lo que realmente propicia una mejoría en el estado de salud de los pacientes, es necesario estudiar con detenimiento, ya no desde una perspectiva de lo que el clínico considera que es lo que está funcionando, sino también saber que lo que el paciente refiere que favorece una mejoría.

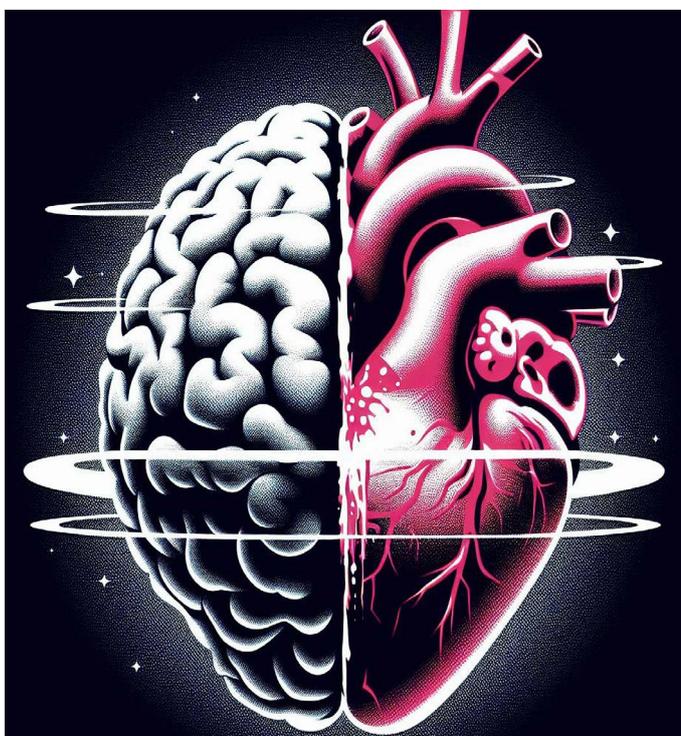
CONCEPTOS COMPLEMENTARIOS PARA QUE UN MÉDICO VALORE LA IMPORTANCIA DE LA PSICOTERAPIA MÉDICA

La Organización Mundial de la Salud define a la salud no sólo como la ausencia de enfermedad, sino como un estado completo de bienestar físico,

mental y social. Es por eso que es importante que todo médico tome en cuenta los siguientes conceptos, los cuales son fundamentales para lograr ese estado de salud al que se refiere la OMS sobre todo en la parte mental, la psicoterapia puede ayudar a clarificar dichos conceptos en el médico y en el paciente, ayudando a aplicarlos en su cotidianidad, mejorando así su calidad de vida y bienestar.

Dignidad humana

El concepto de dignidad humana se refiere al valor intrínseco y absoluto del ser humano y sería el fundamento de los derechos humanos (Pelé, 2015). Conforme avanza la tecnología, la relación médico paciente se ha ido mecanizando más, tratando al paciente, cada vez más, como un número o como un ser inferior al médico. La dignidad humana nos enseñaría a ver a los pacientes como humanos con los mismos derechos que los médicos, dentro de un balance de poder y visión humana en la relación; es decir, verlo como un ser humano con derechos iguales a los de cualquier persona sin diferencias dadas



sus características personales de cada paciente. Entran también las obligaciones como ser humano, si no se cumplen, dan una identidad de ser poco útil, indigno de pertenecer al grupo, esto puede surgir por propia decisión de no cumplir las obligaciones de mantenimiento básico (quien no tiene actividades productivas por propia decisión, por ejemplo) o porque un factor (enfermedad, por ejemplo) ajeno a nuestra voluntad nos obligue a no cumplirlas.

Gratitud

Este término proviene del latín *gratia* que significa agradecimiento. La gratitud forma parte de una amplia orientación de la vida hacia notar y apreciar lo positivo del mundo (Wood, Froh y Geraghty, 2010). Se ha descrito de múltiples maneras y estudiado desde distintas perspectivas; sin embargo, las dos más aceptadas en la actualidad son en su dimensión como rasgo o disposición y como un estado afectivo. Como rasgo o disposición, usualmente, alude a la tendencia individual y generalizada a notar y experimentar aprecio por lo bueno en la vida, presentando aquellos con mayor gratitud disposicional una mayor tendencia a sentir gratitud con mayor frecuencia, intensidad y ante una mayor variedad de personas o estímulos. Por su parte, la gratitud como estado emocional o afectivo alude a una sensación

que surge cuando uno reconoce que ha obtenido un resultado valorado personalmente como positivo de una fuente externa (Tala, 2019).

Una persona que con una buena disposición ante la gratitud presenta mejores niveles de bienestar, pero, no sólo subjetivamente hablando, también presenta menos sintomatología asociada a trastornos afectivos como la depresión (Cunha, Pellanda y Tozzi, 2019).

En resumen, la gratitud es el apreciar que no todo lo que somos y lo que hemos logrado se debe solamente a nosotros, sino que también han intervenido múltiples factores ajenos a nosotros; no solo apreciarlo, sino agradecerlo puede ser complicado para algunas personas. Como hemos visto existen múltiples argumentos para tener una actitud positiva dirigida hacia la gratitud, es decir, dar gracias nos da salud.

Altruismo

El altruismo se basa en los motivos o intenciones de la persona cuya finalidad es el bien del otro o de los otros. Para poder hablar de un altruismo verdadero deberá cumplir las siguientes tres características: Intención o motivo de beneficiar a otro u otros, que





se realice de forma voluntaria y que sea de forma desinteresada (Montagud, 2010). Detrás del altruismo, siempre, existe la intención inconsciente del beneficio personal, lo cual debe distinguirse de la ganancia secundaria o la obligación de ayudar típicas del falso altruismo; es decir, somos altruistas porque nos da una sensación de bienestar, no se puede ser altruista sin recibir esta sensación, si así lo fuera tendría que existir una ganancia secundaria o algún otro motivo que nos esté obligando a ayudar al otro.

Al igual que la dignidad y la gratitud, el altruismo es un valor humano el cual nos puede dar bienestar, mejora los niveles de satisfacción y ayuda a mantener la salud mental; por lo tanto, es importante identificarlo, alimentarlo y ayudar a desarrollarlo en nuestros pacientes.

HABILIDADES PSICOTERAPÉUTICAS DEL MÉDICO GENERAL EN SU QUEHACER CLÍNICO

Aunque la psicoterapia tiene como principal objetivo realizar cambios del aparato psíquico del individuo, una visión biopsicosocial integradora y la incorporación de los conceptos de salud en las que se considera la posibilidad de que el individuo desarrolle sus mejores potenciales, requiere que el médico tenga entre su acervo técnico y profesional una serie de habilidades que le permitan incrementar los procesos integradores en la manera en que los pacientes confrontan su enfermedad. Mientras

que los padecimientos sean más crónicos, degenerativos o graves, será mucho más importante que el médico tenga la capacidad para intervenir en esta integración psicocorporal del individuo. Como sabemos, el estado emocional repercute directamente en los hábitos y costumbres propias de la higiene médica; la alimentación, el ciclo sueño-vigilia, la actividad física y recreativa son factores que influyen directamente a través de procesos epigenéticos para que el estado de salud sea el óptimo posible, de tal manera que la información genética acerca de las enfermedades retarde o disminuya la intensidad de su aparición. Así mismo, una vez que la enfermedad aparezca en cualquier individuo, es indudable que su evolución depende en un grado considerable, en la manera más asertiva que el paciente la confronte.

Por todo lo anterior, un médico general debe comprender que la llamada inteligencia emocional se desarrolla gracias a que existen mecanismos de incorporación en el llamado cerebro social por medio de los que los aspectos sociales y psicológicos repercuten en la evolución de las enfermedades mediante un proceso transductor a nivel del cerebro, en el que los estímulos psicosociales externos se simbolizan y abstraen mediante los procesos cognitivos más complejos, que se encuentran directamente correlacionados con el sistema límbico mediante estructuras cerebrales transductoras, en la comunicación fronto-límbica, en el área prefrontal orbitofrontal, ínsula y cíngulo anterior. El sistema límbico, a través del eje hipotálamohipofisis-adrenal y el



MANEJO DE LA TRANSFERENCIA Y LA CONTRATRANSFERENCIA

Los conceptos proceden de la práctica psicoanalítica y se refieren principalmente a los procesos inconscientes que se instalan automáticamente en el paciente, principalmente por las experiencias emocionales de la infancia o del pasado, cuando se encuentra con el terapeuta en el caso de la transferencia y al conjunto de las relaciones afectivas conscientes o inconscientes del terapeuta hacia su paciente en el caso de la contratransferencia (Chemama y Vandermesrsch, 2004, p. 91). Aunque, en la actualidad, existen variaciones en la nomenclatura y concepción exacta de estos términos, en el gremio psicoanalítico, por lo que he propuesto que estos términos deberían desaparecer y cambiarse por otros (Sandoval, 2002), lo que resulta trascendente considerar para la práctica médica es que los pacientes pueden variar en su actitud, conducta y las respuestas que dan en el encuentro con su médico, dependiendo de lo que perciban en su atención por parte de los galenos y de las instituciones en las que son atendidos, sucediendo lo mismo en la contraparte, de tal manera que el profesional de salud responderá al paciente dependiendo de sus características personales. Por todo lo anterior, cada encuentro en el consultorio u hospital puede suscitar procesos de colaboración (a lo que llamaremos alianza terapéutica) o en su polo opuesto desencuentros en que cualquiera de las dos partes puede sentirse desatendido, devaluado o violentado, con lo que se dificultaría el trabajo en equipo, por lo que el éxito terapéutico depende de lo que suceda entre ambos en el proceso de integración de la relación médico-paciente.

sistema nervioso autónomo que, además de servir para responder ante los eventos adversos de manera inmediata, genera una serie de sensaciones corporales que el sistema cognitivo-emocional, de inmediato, intenta comprender y posteriormente anticipar, por lo que se pueden generar mecanismos propios de la llamada autorregulación, misma que requiere que los procesos sociales transducidos en el cerebro y mediante una cascada de procesos psico-corporales generen procesos de retroalimentación positiva o negativa, lo que repercute en que el curso del padecimiento del paciente se confronte de la mejor o de la peor manera posible.

Cuando el médico considera estas variables como factores importantes en la alianza terapéutica, adherencia al tratamiento, cumplimiento de las indicaciones médicas y una buena comunicación médico-paciente, indudablemente, estaremos aportando una parte importante de la ecuación de la salud corporal de los pacientes.

Por lo anterior, es importante que el médico maneje cuando menos varios aspectos técnicos de la psicoterapia médica como la capacidad de escucha, el interés genuino, el respeto al marco de comprensión social de la enfermedad, la empatía, la buena comunicación, una mejor comprensión de los aspectos médicos de la enfermedad, y un buen manejo de la transferencia y la contratransferencia.

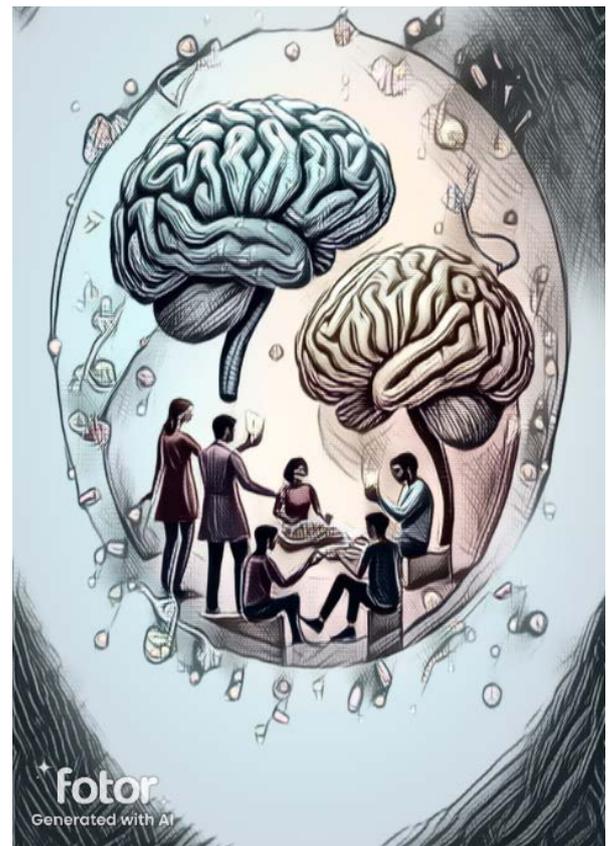
Para que se generen las mejores perspectivas para el tratamiento, cada médico puede tener las mejores respuestas posibles, si tiene un buen conocimiento de sí mismo y puede darse cuenta como es que sus conflictos personales pueden bloquear el mejor desempeño frente a su paciente. Resulta evidente que mientras que el médico tenga la oportunidad de crecer emocionalmente a lo largo de su vida, será más probable que sus conocimientos técnicos puedan tener el mejor efecto mientras logre neutralizar los procesos regresivos que pueden verse en un paciente debido a la enfermedad que padece, así como de las respuestas francamente agresivas por parte de algunos pacientes con problemas en su personalidad.

Este tipo de respuestas emocionales se encuentran fundamentadas en la manera en que los humanos

adquirimos nuestros conocimientos. La memoria se articula de una manera estructurada de acuerdo con procesos de similitud y de agrupación sistemática, pero también tiene una importante influencia la vivencia emocional de las experiencias previas.

Por lo anterior, es recomendable que un médico, en formación y en ejercicio de sus funciones, pueda tener algún proceso psicoterapéutico que le permita manejar la difícil tarea de enfrentarse a los problemas que conlleva la enfermedad y la muerte. El manejo adecuado de los procesos transferenciales y contrantransferenciales no sólo requieren una comprensión racional y teórica; sino, sobre todo, dependen directamente de la llamada inteligencia emocional, en la que las capacidades afectivas, que no se adquieren con el razonamiento, son indispensables para que el médico pueda ofrecerle al paciente instrumentos adaptativos en su tolerancia a la frustración que trae consigo el padecimiento y en los mejores proceso de afrontamiento a su enfermedad; también resultan de gran utilidad los grupos de apoyo Balint que en algunas instituciones hospitalarias pueden llegar a existir, en las que se pueden supervisar los procesos emocionales que se movilizan en el ejercicio profesional. Con este tipo de supervisión, el profesional será capaz de entender algunas actitudes de sus pacientes y será menos probable que se enganche en un proceso contrantransferencial negativo donde actué impulsivamente en lo que se denomina un *acting out*, en lugar de comprender lo que le hace sentir el paciente y procese sus emociones. Pensar y procesar emociones antes que actuar en contraparte del paciente.

El desarrollo para manejar el proceso transferencial y contrantransferencial, que va de la mano del desarrollo de la empatía, la capacidad en la comunicación y la asertividad, será definitivo para que el médico pueda tener un ejercicio clínico satisfactorio a lo largo de toda su vida profesional; las posibilidades de tener experiencias adversas emocionalmente, disminuirá, lo mismo que la posibilidad de llegar a tener que confrontar una demanda debido a la habilidad para identificar los procesos de riesgo y el manejo adecuado de éstos. 



REFERENCIAS

- American Psychiatric Association . (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales DSM V* . Washington. Panamericana .
- Beck, J. (1995). *Terapia Cognitiva*. Conceptos básicos y profundización. Gedisa.
- Bernardi, Ricardo D. D. (Diciembre de 2004). *Guía clínica para psicoterapia*. Revista de Psiquiatría de Uruguay, 68(2), 99.
- Castanedo, C. (1997). *Terapia Gestalt. Enfoque centrado en el aquí y ahora*. Herder .
- Cibanal, L. (1995). *Introducción a la sistémica y terapia familiar*. En L. Cibanal, *Introducción a la sistémica y terapia familiar* (pág. 21). Club Universitario.
- Cozzolino, L. (2002). *The neuroscience of psychotherapy*. Norton y Company, Inc.
- de la Espirella, R. (Junio de 2008). **Terapia de pareja: abordaje sistémico**. Revista Colombiana de psiquiatría , 37(1), 175-186.
- García, J. I. (2012). *Psicología* (2 ed.). Mc Graw Hill.
- García, R. (2006). *Sistemas complejos*. Gedisa editorial .
- Gestalt, I. a. (2011). *Clase Patxi*. Recuperado el 30 de Noviembre de 2017, de Clase Patxi : <https://clasepatxi.wordpress.com>
- Hubble, M., Duncan, B., y Miller, S. (1999). *The Heart y Soul of Change: What Works in Therapy*. Rumford, Maine, United States: American Psychological Association.
- Naciones Unidas (2 de 10 de Diciembre de 1948). *Paz, dignidad e igualdad en un planeta sano*. Recuperado el Mayo de 2020, [https://undocs.org/es/A/RES/217\(III\)](https://undocs.org/es/A/RES/217(III)): <https://www.un.org/es/about-us/universaldeclaration-of-human-rights>
- Kaës, R. (2010). *Un singular plural*. Amorrortu.
- Mahoney, M.J. (1995). *Constructivism in psychotherapy*. American Psychological Association.
- Malpica, C. R. (Mayo de 2012). *Definición, contenido y límites de la psiquiatría contemporánea*. Salud Mental , 35(3).
- Morin, E. (2005). *Introducción al pensamiento complejo*. Gedisa.
- Morin, E. (2006). *El método 1 "La naturaleza de la naturaleza"*. Cátedra.
- OMS . (7 de Abril de 1948). *Salud mental*. Recuperado el 20 de Noviembre de 2017, de OMS : http://www.who.int/topics/mental_health/es/
- Prigogine, I. (2009). *¿Tan sólo una ilusión?* Tusquets editores.
- Querques J, Stern TA, Cassem NH (2012). *Psychiatric consultation to medical and surgical patients*. en Stern TA, Herman JB, Gorrindo T. Massachusetts General Hospital psychiatry update and board preparation. MGH Psychiatry Academy Publishing.
- Sandoval, O. (2003). *Intersistemas, S.A. de C.V.* Recuperado el 23 de Noviembre de 2017, de SCRIBD: <http://es.scribd.com>
- Secretaría de Salud. (2014). *Secretaría de Salud* . Recuperado el 20 de noviembre de 2017, <https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-deaccion-especifico-salud-mental-2013-2018>
- Serrano, C. G. (2017). *Tratamientos psicoterapéuticos*. En J. R. de la Fuente, y G. Heinze, *Salud mental y medicina psicológica*. McGraw-Hill Interamericana Editores.
- Solms, M., y Turnbull, O. (2005). *El cerebro y el mundo interior*. Fondo de Cultura Económica.

<https://energeiayentelequia.com.mx/>

Síguenos en nuestro canal de YouTube

<https://www.youtube.com/@energeiaentelequiaCompleji4>

Ciclos de conversatorios interdisciplinarios sobre:

La obra de Shakespeare

Arqueología de la mente

Mito y psicoanálisis

Neurociencia y psicoanálisis

Teoría y clínica psicoanalítica

Literatura y psicoanálisis

Salud mental

Temas sociales

Etcétera.

