

CONFERENCIA: “El proceso de cambio en Psicoterapia Integrativa”

Dra. Verónica Bagladi (Chile)

... Cuando hablamos de cambio en psicoterapia, muchas veces, cuando lo que queremos ver muchas veces este factor común de cambio, implica una visión subjetiva distinta del consultante, cambió su teoría, sus patrones subjetivos a cerca de cómo se ve a sí mismo, sus problemas, el entorno o la relación que tiene, su historia, su forma de ser, en relación a los problemas que le acontecen. A eso llamamos cambios en clínica.

¿Qué elementos tenemos nosotros para evaluar esto? , una cantidad de instrumentos, dentro de los que está nuestra ficha de evaluación, fichas de recepción, ficha de derivación, qué pasó con las interconsultas, qué pasó con los informes de psicodiagnóstico, con estudios de seguimiento, con epicrisis, con la codificación de datos clínicos.

Todos estos instrumentos nos permiten acercamientos cuantitativos, cualitativos y fenomenológicos, para entender qué ocurrió dentro del proceso psicoterapéutico.

Esto nos permite por ejemplo, si nos vamos a detener en los indicadores genéricos de cambio, pero a través de eso el terapeuta puede decir, si es que hay una construcción nueva, una teoría subjetiva, si hay una asociación con lo que me pasa, con lo que ha sido mi historia, y esto va dando cuenta que el paciente ha cambiando.

¿Qué tipo de cambios?, cambios afectivos, cognitivos y conductuales, ya no sólo si hubo cambios en términos de si egresé o no egresé, sino qué tipo de cambio, y aquí importante, evaluamos si son positivos y estables o inestables, sino hay cambios negativos o si no se perciben cambios, todo esto es un promedios de sesiones que fluctúa en 11.4 con una desviación de 14.7. Esto significa que, tenemos menos tiempo los terapeutas para lograr aquello que deseáramos, las sesiones ya son menos de las que estamos nosotros pensando en un primer momentos.

¿Qué es lo que tenemos acá?, les quiero mostrar que los cambios percibidos, tienden a ser en egreso estables y positivos, en deserción, inestables o no hay cambios, en abandono formal, tienden a ser inestables aún cuando positivos, en derivación, tiende a haber cambio inestable y en exclusión administrativa o no se perciben cambios. Aquí ya vamos teniendo mayor riqueza de la complejidad del tipo de cambio.

El cambio como proceso. ¿Qué datos tenemos del cambio como proceso?, cuando vamos a una investigación hecha por un evaluador externo, que nos somos nosotros, para ir en contra de ese sesgo del investigador, ejemplo, una terapeuta de otra orientación, evalúa resultados de terapia integrativa en trastornos de personalidad, seis meses de tratamiento, con terapeutas en formación, y ¿qué encuentra?, logros en nivel de mejoría, evalúa patrones complejos de cambio,

que pueden dar cuenta a orientar diseños de secuencia terapéutica, no son todo o nada, sino que son procesos.

¿Procesos en qué línea? El cómo van variando las escalas depende del tipo de trastorno de personalidad, no todos los pacientes tienen un mismo comportamiento en sus escalas, por lo tanto, tenemos que evaluar idiosincráticamente cómo se va dando el cambio.

Otra forma de evaluar proceso, es al interior de lo que ocurre en un mismo paciente, este es un cuestionario derivado del psicoanálisis, para ver el tipo de conflictiva que el paciente presenta en las sesiones, ¿qué trae el paciente a las sesiones?, y eso implica evaluar en las sesiones iniciales y en las sesiones de término, el tipo de problemática, por más de un juez. Y podemos ver cómo, en este caso las relaciones sociales, tienden a disminuir entre las sesiones iniciales y las finales, y las positivas, aumentar en el caso en una paciente, en un estudio más de proceso, en un estudio más finito que nos va dando cuenta de qué es lo que ocurre en el intercambio paciente - terapeuta.

¿Cómo conceptualizamos en el enfoque integrativo supraparadigmático?

Primero, vamos a hablar de aquel cambio que es clínicamente significativo, lo que significa un cambio en la visión del paciente, y este se puede registrar a nivel de eventos, por ejemplo, yo puedo tener pensamientos automáticos negativos, que puedo dejar de tenerlos, cambié un evento en el mundo psicológico. Puede ser a nivel de estructuras, puedo cambiar un esquema cognitivo, subyacente a mi funcionamiento depresivo; o puedo cambiar a nivel de procesos, cómo se relacionan eventos y estructuras, son distintas maneras de llegar a un cambio.

Una cosa interesante para nosotros es que, la sumatoria en cambios en eventos, puede llegar al cambio de una estructura, que es lo que nosotros vamos haciendo en terapia, como que vamos tallando el cambio en el paciente, así como la gota de agua que va horadando la piedra, nosotros vamos de a poquito que este cambio se vaya dando, con cosas como, las tareas para la casa, la relación terapéutica, el modelamiento y muchas otras formas de abordaje.

Tenemos distintos niveles de cambio, uno estructural y uno funcionales. El cambio estructural, es aquel que se da en componentes estructurales, o en la dinámica entre componentes estructurales, que también es parte del cambio funcional, que este además tiene el cambio en la dinámica entre eventos y estructuras, por ejemplo, yo puedo tener la tendencia a pensar negativamente, cada vez que tengo el síndrome premenstrual, pero si yo con la terapia lo que he hecho es aprender a que eso me lo está tiñendo mi ideología, la forma en que yo me relaciono con ese evento es distinta, y por lo tanto, el funcionamiento psicológico cambia y tengo un cambio clínicamente significativo, aún cuando todos los meses voy a tender a tener el mismo pensamiento, mi manejo va a ser distinto.

Ahora, a mayor arraigo estructural paradigmático del cambio y/o participación del sistema Self, aumenta la probabilidad de la mantención de anclaje del cambio clínicamente significativo. Mientras más arraigo en estos paradigmas que considera el modelo, mientras más participación del Self, que es este nucleador central de la personalidad, más posibilidades que este cambio se mantenga en el tiempo, y no sea sólo producto de que estoy frente al terapeuta, esto tiene que ver con los logros de que nuestro accionar terapéutico sea un efectivo positivo en el paciente.

Ventajas comparativas del enfoque integrativo supraparadigmático para obtener ese tipo de cambio.

- El que contamos con un supraparadigma, que nos da planteamientos epistemológicos, metodológicos y causales,
- Que tenemos una psicoterapia integrativa que nos permite tener una manera de evaluar estrategias de terapia, técnicas terapéuticas propias, o recogidas de otros enfoques.
- El psicodiagnóstico integral que nos permite ver en lo que está cada paciente.
- Uso de principios de influencia derivadas de cada paradigma causal que está al interior del enfoque.
- Los conceptos movilizadores, que son recursos técnicos que hemos ido desarrollando con el tiempo.
- Y el bagaje de técnicas que han nutrido al enfoque integrativo supraparadigmático.

Con todo esto, nosotros nos podemos ir aproximando a ir logrando este cambio. Si tomáramos lo que dice Prochaska y De Clemente, acerca de enfoque teórico del cambio, podemos ver que al tener este enfoque integrativo supraparadigmático, podemos apuntar a lograr cambios en distintos procesos, no sólo dos o tres como la mayoría de los enfoques, sino que podemos trabajar en procesos cognitivos, afectivos, conductuales, que pueden tener respuestas diferenciales, según la etapa en que se encuentra el paciente frente al cambio, y además, puedo trabajar los pro y contra del cambio en la medida que estoy apuntado al Self del paciente en la intervención.

¿Cómo lo hacemos para lograr eso?, lo hacemos nutriéndonos de la investigación y de nuestro desarrollo clínico, viendo por ejemplo, que las variables inespecíficas o factores comunes, hay que manejarlas de manera diferencial, según cada paciente y problemática, esto implica un uso no común de los factores comunes.

El usar las variables de optimización de paciente y terapeuta para que este encuentro, sea el mejor en términos de logro de estímulos efectivos.

El manejar, como decía Lucio las expectativas, que son muy importantes. En las investigaciones hemos visto que son el mejor predictor del tipo de técnica de terapia, y las expectativas son distintas según el tipo de persona, según el tipo de motivo de consulta, según el trastorno de personalidad, según los Clúster, son absolutamente distintas, si yo las conozco, puedo manejarme mejor frente a lo que es preparar una intervención terapéutica.

Una teoría más completa al servicio del paciente, que nos permite cosas como por ejemplo, que nosotros hemos hablado que desde la reestructuración cognitiva, vamos pasando a la reestructuración integral, que implica el manejo de todos los paradigmas y de todas las funciones del Self, que implica no sólo el énfasis en la cognición, o no sólo en la cognición y los afectos, sino una reestructuración mucho más medular de lo que el paciente es. Por otra parte, tener más

criterio o más creatividad frente al cambio, por ejemplo, el planteamiento que yo hago respecto a trastornos de personalidad, que el objetivo terapéutico puede ser la modificación o la modulación, o la re-administración de un rasgo, por ejemplo, yo puedo pasar de ser inseguro a ser seguro, modifiqué, pero puedo a lo mejor de pasar de tener el rasgo obsesivo a niveles patológicos a tenerlo a niveles no patológicos, modulé un rasgo, o a lo mejor pongo al servicio de mi funcionamiento y adaptación la obsesividad, cuando hago mi declaración de impuestos, y no cuando estoy haciendo el aseo en la casa, o cuando estoy pasando revista de lo que ocurrió con los niños, lo re-administro. Cualquiera de esos implica un cambio clínicamente significativo. Un cambio en la personalidad, cosa que a veces se ha cuestionado, para mí, el cambio de personalidad es posible, pero tengamos claro que puede ser por modificación, modulación y/o readministración de los rasgos.

El manejo de las resistencias al cambio.

Nosotros tenemos fuerzas estructurales y fuerzas dinámicas de resistencia, ¿cómo lo enfrentamos? en términos de trabajar con las resistencias y no contra las resistencias de los pacientes, y muchas veces ayudando a que los pacientes tengan defensas sanas. Muchos pacientes no tienen mecanismos defensivos al autoservicio, entonces van y actúan, van y dicen y no se cuidan.

Recursos para llegar a esto: el que siempre trabajamos con objetivos compartidos entre paciente y terapeuta, vamos trabajando hacia una misma meta, por lo tanto no desafiamos al Self, vamos juntos; las fases didácticas acerca de lo que es la psicoterapia; la problemática del paciente; el mundo psicológico; los beneficios del cambio y la alianza terapéutica, que es el vehículo central a través del cual se va dando este cambio en terapia.

Tenemos una diferenciación acerca de los distintos momentos del proceso de psicoterapia integrativa, que nos va diciendo cómo administrar las características del paciente, qué es lo que se necesita en cada momento de forma diferencial, no me voy a detener aquí, sí me voy a ir directamente al final, las últimas etapas del proceso:

- * donde nos va a ser importante anclar los cambios, el trabajar en términos de desarrollo y prevención, ya sea, de las recaídas de lo que el paciente consultó, o prevención en general, que no tenga problemáticas psicológicas a futuro;
- * la evaluación del logro de los objetivos terapéuticos;
- * la evaluación de la relación costo beneficio del que el paciente se mantenga en terapia, cuánto es en realidad beneficioso o costoso que esté en terapia;
- * la elaboración del término, con aquellos pacientes que requieran elaborar término, porque no todos se mueren de pena cuando nos dejan, algunos se van bastante felices y con despedirse ese día no necesitan mayor elaboración, y hay otros con quienes se requiere elaborar muchos más elaborar el término;
- * el rol de la evaluación de resultados, no quedarnos sólo con la sensación de que yo estoy ok y el otro me dijo que estaba bien, evaluemos que se realmente hay resultados, seguir esos resultados, seguirle la pista a los pacientes.

Este proceso para nosotros tiene la característica de fases referenciales, como bien decía Lucio, por ejemplo, hay veces que uno tiene que hacer una intervención terapéutica en primera y única sesión, tengo que tener la flexibilidad de moverme.

Anclar el cambio: a- desde dentro. Primero con la noción de estímulo efectivo para el paciente acerca de la necesidad del cambio, que es importante, que es bueno y además, la necesidad de la mantención del mismo, que eso, haga sentido en el paciente y que por lo tanto se cuide y mantenga el cambio hacia adelante. Esto también se potencia desde dentro con el awareness integral, acerca de cómo funciona y cómo operan mis problemáticas, si yo tengo conciencia, si yo tengo claridad de mi funcionamiento y de la relación conducta-consecuencia, lo más probables es que yo mantenga este cambio hacia adelante.

b- Desde fuera: ¿cómo?, con el ambiente patodistónico, un ambiente que le haga la pelea a lo patológico y lo disfuncional, no que me lleve el amén en mi disfunción y mi patología, si yo logro generar un ambiente patodistónico, que me estimula la salud, a la adaptación, al buen funcionamiento, mantengo los cambios, no saco nada con hacer preciosos cambios en terapia individual, si después salgo a un entorno, a un medio social, a un medio familiar que me va a hacer volver a lo que había tenido antes.

Por otra parte, la prevención de recaídas, que tiene dos grandes partes: la **información**, que el paciente sepa que puede recaer, ¿cómo son esas recaídas?, ¿por qué se dan?, y que tenga **herramientas**, para identificar cuando están llegando las recaídas y para que sepa manejarse, donde nuestro espíritu es que el paciente aprenda a poner en marcha la mayor cantidad de recursos personales, ambientales y sociales, que tenga a su mano, antes de llegar al eslabón que sería volver a consultar, la idea es que después de la terapia, el paciente se vaya empoderado de su cambio y no favorecer estas dependencias eternas del terapeuta.

Así, cuando nosotros hablamos de cambio en psicoterapia, podemos tener una mirada integrativa, que implica ver el reporte del terapeuta, ver el reporte de los pacientes.

También puedo tener otra mirada, que es la mirada de los datos, qué porcentajes de cambio realmente logramos, vamos a lo estadístico, lo cuantitativo, al dato duro, pero no se completa sólo con eso, sino que además tenemos que tener la vivencia. Esto lo decía un paciente médico de 33 años, cuando terminaba su terapia, yo le pregunté si podía presentar su caso en un congreso, y él me dijo: *presenta mi caso cuando quieras, la gente tiene que saber que la vida se puede vivir mejor, sin tanto costo y siendo más feliz*, ese es el cambio que nosotros esperamos obtener con nuestros pacientes cuando van a terapia.

Gracias!