

Criterio Terapéutico y pronóstico en Psicoterapia

Dr. Juan Coderch

Médico de la Clínica Psiquiátrica Universitaria (Barcelona)

No todas las personas emocionalmente enfermas pueden beneficiarse con determinada técnica psicoterápica, ni con un determinado psicoterapeuta. Este, debe saber apreciar, tan realmente como sea posible, sus propias limitaciones y posibilidades. Antes de comenzar el tratamiento desde el punto de vista técnico —prácticamente el tratamiento comienza cuando el enfermo entra en el despacho del médico— deben realizarse algunas entrevistas conducentes a la estructuración de un plan general.

Antes de iniciar el tratamiento, el terapeuta debe fijar claramente cuáles son sus objetivos y con qué medios espera conseguirlos. Debe decidir cuándo una psicoterapia superficial de apoyo puede ser útil o, por lo menos, más factible que una prolongada psicoterapia profunda, encaminada a remover antiguos e inconscientes conflictos emocionales. También, independientemente de la duración del tratamiento, debe seleccionar aquellos aspectos de las perturbaciones del enfermo que ofrezcan una mayor oportunidad terapéutica.

Para que el tratamiento psicoterápico pueda tener alguna esperanza de éxito son necesarias, como mínimo, estas dos condiciones: el paciente debe desear —aunque sólo sea conscientemente— alcanzar una mejoría a través de la psicoterapia, y debe poseer la suficiente capacidad intelectual y libertad psicológica necesarias para participar activamente en la tarea.

Para nuestros propósitos, el criterio de tratabilidad se halla en íntima rela-

ción con los siguientes tres grupos de factores:

a) Factores objetivos. Historia anterior del enfermo, edad, inteligencia, medio ambiente, terapéuticas previas y procedencia.

b) Características personales. El segundo grupo se halla formado por más plásticos y complejos factores de la personalidad del sujeto. Su evaluación requiere un cuidadoso estudio de las declaraciones del paciente y de su conducta.

c) Consideraciones diagnósticas. En este grupo incluimos el tipo de problema emocional que presenta el enfermo, y el diagnóstico establecido.

A continuación estudiaremos con algún detalle algunos de los principales factores mencionados.

a) La primera generalización con respecto a la edad, es la de que cuanto mayor es el sujeto será probablemente menos adaptable y sus defensas más rígidas, disminuyendo las probabilidades de éxito. Sin embargo, esta regla tiene muy frecuentes excepciones, debiendo aplicarse no en forma rutinaria sino en función de cada individuo. Debe tenerse en cuenta que, con la edad, los individuos se vuelven distintamente refractarios a las diversas clases de psicoterapia. Así, por ejemplo, la psicoterapia de apoyo puede usarse con éxito en individuos en los cuales, debido a la edad, es difícil el empleo fructífero de una psicoterapia profunda o modificadora de la personalidad.

En cuanto a la inteligencia, la impresión general que recibimos acerca de su influencia en el criterio de tratabilidad, es la de que cuanto más inteligente es el individuo mayores son las probabilidades de éxito. Sin embargo, es posible que esta afirmación sea, en gran parte, debida al hecho indudable de que es más agradable e interesante trabajar con enfermos de alto nivel intelectual. La mayoría de los autores opinan que, aparte de los oligofrénicos o enfermos deteriorados psíquicamente, el cociente intelectual elevado no mejora en absoluto el pronóstico. Puede ser argüido, por una parte, que cuanto mayor es la inteligencia tanto más capaz es el enfermo de comprender y adaptarse a la tarea psicoterápica. Pero, por otro lado, puede sostenerse que los individuos con inteligencia superior podrían haber evitado los trastornos que les han obligado a acudir al terapeuta, si la inteligencia bastara para resolver tales problemas.

Realmente no puede decirse hasta el presente que los individuos con alto nivel intelectual ofrezcan menos perturbaciones emocionales que el resto de la gente, aunque posiblemente podrán trabajar mejor con el psicoterapeuta puesto que éste mismo posee, de ordinario, un nivel intelectual superior al término medio. También es cierto que una inteligencia superior permitirá al enfermo comprender mejor sus propios procesos psíquicos y verbalizarlos adecuadamente.

Otro aspecto de esta cuestión es el problema que puede surgir cuando el nivel intelectual del paciente sobrepasa el del terapeuta. Indudablemente, la psicoterapia no es un combate intelectual en el cual el terapeuta deba poner fuera de combate a «su antagonista», pero

es lógico suponer que el terapeuta se encontrará en situación desventajosa si no puede comprender las elaboraciones mentales del enfermo, las concepciones abstractas de éste, o si no puede pensar tan rápidamente como él.

El tercero de los factores objetivos se refiere a la situación ambiental del paciente: Existen algunas circunstancias externas que disminuye en gran manera las probabilidades de éxito. Cuanta mayor flexibilidad y posibilidades de cambio ofrezca la situación laboral y social del enfermo, tanto más favorable —en igualdad diagnóstica— se presenta el pronóstico. En otras palabras, si un individuo se halla descontento con su trabajo, le resulta más fácil solventar este problema si es soltero e independiente, que si se ve obligado a sostener una familia y no puede, por tanto, afrontar el azar de un cambio de ocupación. Similarmen- te, si una persona se halla matrimonialmente unida a un sujeto que, por su conducta o modo de ser, juega un papel importante en el inicio o mantenimiento de sus conflictos emocionales, encontraría mucho más difícil librarse de tales conflictos que si tal factor patógeno no existiera.

En cuanto a los pacientes que previamente han sido tratados psicoterápicamente, ofrecen una más amplia fuente de información para el criterio de tratabilidad. Generalmente en estos casos, el primer intento terapéutico ha resultado inútil y, aunque ello no signifique que el segundo también deba serlo, constituye realmente un motivo de descorazonamiento para el paciente. Siempre existe la posibilidad de que el primer terapeuta no procediera en la forma adecuada o de que la incompatibilidad personal entre ambos inutilizara los esfuerzos terapéuticos. El primer fallo,

puede también ser debido al hecho de que el pronóstico del enfermo sea verdaderamente malo.

En estas condiciones, la primera tarea del terapeuta será la de entender las razones que han dado lugar al fallo, y considerar si ha tenido lugar un cambio de condiciones que justifiquen un nuevo intento, teniendo en cuenta que sólo podrá conseguirse el éxito si las circunstancias desfavorables del fracaso han desaparecido.

Otra fuente de información para el criterio de tratabilidad lo tenemos en la procedencia del enfermo. Cuando el enfermo muestra una comprensión de sus propios problemas y una iniciativa lo suficientemente buena, como para buscar el tratamiento por sí mismo, ello constituye sin duda alguna un elemento favorable para el paciente. En el otro extremo, nos encontramos con los sujetos que acuden al psiquiatra debido al beneficio material que obtienen de ello. Usualmente se trata de individuos que se someten al tratamiento a causa de haber cometido alguna acción de tipo delictivo o, por lo menos, repudiada por la sociedad y que, de una u otra forma, puede originarles graves consecuencias. Muchos de estos individuos acuden entonces al psiquiatra con la esperanza de librarse del correspondiente castigo. Es indudable que a pesar de que en ocasiones se consigan notables progresos, en estos casos el pronóstico es generalmente desfavorable.

b) Un importante factor para el criterio de tratabilidad dentro de este grupo, lo encontramos en la actitud del paciente hacia la psicoterapia. Resulta extraordinariamente difícil ayudar psicoterápicamente a ciertos individuos que presentan trastornos emocionales, simplemente debido a que ellos mismos no esperan ninguna ayuda de tal procedi-

miento. Se trata de individuos que, por las circunstancias que fueren, opinan que sus padecimientos son de origen puramente físico, y se resisten no tan sólo a creer en la influencia que sobre los mismos puede tener los procesos psíquicos, sino que incluso aceptan de mala gana el interrogatorio del psicoterapeuta, al cual simplemente acuden para no desobedecer a su médico de cabecera. No es necesario recalcar que las entrevistas con dichos enfermos resultan tediosas y raramente fructíferas.

Otro factor importante es la mayor o menor facilidad del paciente para depositar su confianza en el terapeuta y tratar libremente con él sus problemas. Como es lógico, el contacto psicoterapéutico resulta más beneficioso en aquellos casos en los cuales se establece rápidamente un lazo de mutua confianza.

Otro factor de interés es la capacidad del individuo para enfrentarse con sus propios problemas sin sentirse excesivamente perturbado. Este atributo ha sido llamado «fuerza del YO». En íntima relación con él, se halla la facultad de admitir las propias debilidades y defectos sin deformarlos más o menos inconscientemente a través de los mecanismos de racionalización y proyección.

En cuanto al hecho de que el enfermo posea o no algunos previos conocimientos sobre las técnicas psicoterapéuticas, no tiene otro interés que el de mostrar la existencia o no de cierta predilección hacia esta rama de la medicina, sin que ello, de ninguna manera, pueda considerarse en pro de un pronóstico favorable.

c) Encontramos aquí cinco factores que nos proporcionan una importante indicación con respecto a las posibilidades de curación: La naturaleza de la enfermedad, su severidad, la dura-

ción, la predisposición y las causas desencadenantes. El conjunto de estos cinco factores da lugar a lo que podemos llamar diagnóstico multidimensional, de gran interés para predecir el futuro curso y desarrollo de la enfermedad.

Indudablemente, las perturbaciones psíquicas causadas por lesiones orgánicas del sistema nervioso son irreversibles. Ello no significa que una persona afectada de una enfermedad orgánica no pueda recibir considerables beneficios de la psicoterapia. Nadie puede negar la importancia que, para un ciego o para un niño con determinada impotencia funcional en las extremidades consecuentemente a un proceso poliomiélico, puede tener la psicoterapia, aun cuando no modifique para nada las alteraciones orgánicas.

Las psicosis se han mostrado también hasta el momento relativamente resistentes a esta clase de tratamiento. Se hallan todavía en proceso de investigación los beneficios de la psicoterapia en la esquizofrenia y las posibilidades de sustituir los tratamientos biológicos hasta ahora empleados en ellos por el tratamiento psicológico. Lo que sí es innegable es que el tratamiento psicoterápico acelera considerablemente la terapéutica clásica convulsivante y facilita la readaptación al medio social y laboral ordinario.

Los individuos afectos de neurosis de carácter o personalidad psicopática ofrecen también grandes dificultades para la obtención de un éxito terapéutico. Ello no impide, sin embargo, que la psicoterapia siempre sea beneficiosa en estos individuos aun cuando no se alcance una vuelta completa a la normalidad. Quizás porque estos enfermos nunca han sido normales.

En general, los individuos que presentan un pronóstico más favorable para la psicoterapia son aquellos que cla-

sificamos como psiconeuróticos. Entre ellos, los de más difícil tratamiento son los hipocondríacos y los obsesivos, mientras que los histéricos, los angustiados y los sujetos afectos de trastornos psicósomáticos presentan mayores probabilidades de éxito.

Otro factor importante es la duración del trastorno. En general, cuanto mayor es el tiempo que lleva una persona aquejando determinada perturbación más difícil resulta librarle de ella. Es por lo tanto muy distinto el pronóstico en el caso de que su presentación date de algunos días o de varios años.

Debe tenerse en cuenta, sin embargo, que el paciente puede haberse dado cuenta recientemente de una enfermedad iniciada mucho tiempo antes, o que sus síntomas pueden haber sufrido modificaciones secundarias sin alteración del trastorno básico. Un paciente que aqueja cefaleas de tres meses de duración puede ser evaluado incorrectamente hasta que mencione que, hace justamente un mes, desapareció un insomnio que se prolongó durante diez años. La duración de la enfermedad puede complicarse por la presencia de un proceso agudo que se añade a una perturbación crónica. En estos casos, el tratamiento y el pronóstico para ambas perturbaciones, aguda y crónica, son, como es lógico, distintos.

Otro aspecto a tener en cuenta es la existencia, o no, de factores predisponentes constitutivos, que condicionan y mantienen la perturbación. También deben ser tenidas en cuenta las causas precipitantes de la enfermedad, de forma que el pronóstico será más favorable en aquellos casos en que tales causas necesarias para la eclosión de la enfermedad sean intensas e inusuales, y más desfavorables en aquellos en los cuales se establece la perturbación por motivos nimios e insignificantes.