

INTEGRACIÓN EN PSICOTERAPIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

INTEGRATION IN PSYCHOTHERAPY: A CASE STUDY

CRISTINA JIMÉNEZ

EVA CASTRO

(Servicio de Psicología Aplicada)

Universidad de Educación a Distancia (UNED)

Resumen

Desde una perspectiva integradora, se presenta un caso en el que se ha intervenido en cuatro aspectos problemáticos: la elaboración del duelo, la individuación, la identidad personal y la vinculación.

Dada la complejidad de las personas y de los fenómenos psicológicos inherentes a ellas, consideramos fundamental una visión global del paciente. Para ello, utilizamos un enfoque integrador en la psicoterapia. Partiendo de un modelo básico, se utilizan herramientas de diferentes enfoques teóricos, no incompatibles entre ellos.

Abstract

From an integrative point of view, we faced a case which was approached from four different troubling aspects: The elaboration of mourning, the individuation, the personal identity and the bond relation.

Given human complexity and people's inner psychological phenomena, we focused on the patient as a whole. Therefore, we used an integrative approach in psychotherapy. Starting from a basic model, we used tools from different, not incompatible, theoretical approaches.

Palabras claves: Integración, visión global, reconstrucción, identidad.

Key words: Integration, Global perspective, reconstruction, identity

Introducción

En las últimas dos décadas ha habido un creciente interés por la integración en el campo de la psicoterapia. Los años 60 y 70 se caracterizaron por una gran diversidad de orientaciones y tras esta fase de disgregación arranca con fuerza, en los años 80, una tendencia integradora motivada por diferentes factores, (Goldfried y Safran, 1986).

Los intentos de integración actuales en psicoterapia tienen tras de sí una larga evolución. Los primeros planteamientos tal vez se remonten a los años 30. En 1932 la Reunión Anual de la American Psychiatric Association hablaba ya de similitudes entre algunos conceptos psicoanalíticos y el condicionamiento pavloviano; Dollard y Miller en su libro *Personality and Psychotherapy*, (1950), realizan lo que puede considerarse como uno de los hitos de la integración en psicoterapias. Está dedicado a Freud, Pavlov y sus discípulos, y describe como se pueden entender desde la teoría del aprendizaje, conceptos psicoanalíticos estrictamente teóricos, tales como regresión, ansiedad, represión o desplazamiento.

Pese a que desde entonces han sido numerosos los intentos a favor de la integración, puede afirmarse que este movimiento se ha dado particularmente en las últimas dos décadas, habiéndose relacionado su aparición con seis factores interactuantes (Beitman, Goldfried, Norcross, 1989):

1. la excesiva proliferación de terapias.
2. la insatisfacción acerca de los enfoques existentes.
3. la constatación de la equivalencia de los resultados prácticos de las distintas terapias.
4. la identificación de factores comunes en las distintas aproximaciones.
5. El énfasis en las características personales del paciente y en la relación terapéutica como agentes fundamentales del cambio terapéutico.
6. Distintas presiones sociales, políticas y económicas en esa dirección.

Paul Watchel (1977) mostraba la creciente insatisfacción de los terapeutas con los modelos puros, dado que estos eran frecuentemente incongruentes con las observaciones clínicas y la consiguiente adopción y utilización por parte de los terapeutas experimentados de técnicas originarias de otras formulaciones teóricas, diferentes a las suyas.

Además varias investigaciones recientes ponen de relieve que el eclecticismo se ha ido volviendo la orientación predominante entre los psicólogos americanos con un valor entre el 30% y 40% (Gardfield & Kurtz, 1979; Norcross & Prochaska, 1982).

No estamos hablando de que todo vale en terapia y que sea posible una mezcla al azar. Hablamos más de la necesidad de caminar hacia un abordaje común y más global de los fenómenos e intervenciones psicoterapéuticas, basada en un conjunto unificado de conocimientos.

Lo que queda bien ilustrado por los diferentes intereses de los miembros de la Society for Exploration of Psychotherapy Integration es:

- Adhesión a un determinado modelo, con el reconocimiento de que los otros pueden tener cosas útiles que ofrecer.
- Investigación de factores comunes.
- Integración de teorías y técnicas.
- Construcción de un sistema nuevo y globalizador de psicoterapia.

De cualquier manera, la complejidad de los fenómenos psicológicos hace evidente, hoy por hoy, la dificultad de abordaje desde un único modelo teórico.

Lo que parece más interesante es destacar la idea de llegar a un punto en el cual las características de los pacientes, las características de los trastornos y los desafíos de las diferentes fases del proceso terapéutico se enfrenten a través de los recursos que sean más adecuados de cada enfoque terapéutico (Norcross, 1986).

Apoyados por la bibliografía existente presentamos un caso clínico que, a nuestro entender, necesita un abordaje integrador. El plantear diferentes focos de intervención no nos per-

mitía utilizar un modelo teórico único porque las características diferenciales de la sintomatología necesitaban distintos modos de actuación. De tal forma, desde la base de un modelo Constructivista, utilizamos diferentes estrategias de actuación, adecuándolas a las necesidades del cliente en cada momento del proceso terapéutico.

Presentación del caso

Motivo de consulta

Mujer de 22 años, que acude al Consulta refiriendo, en un primer momento, problemas con su pareja. Sin embargo, ya en la primera consulta, deja en un segundo plano los problemas con el novio, centrándose más en su problemática familiar. Habla de la muerte de su madre hace diez años, conflictos con su padre y con la pareja de éste, miedos e inseguridades. Todo ello con una gran labilidad emocional que hace que nos planteemos la necesidad de trabajar prioritariamente sobre estos aspectos.

Historia del problema

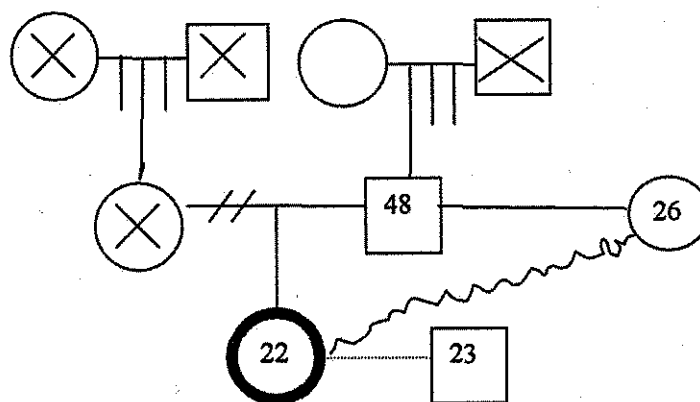
Es posible considerar el inicio de sus problemas a raíz de la muerte de su madre y de cómo se desarrollan posteriormente los acontecimientos; «P» es hija única. Cuando tiene cuatro años su

madre enferma de cáncer, con una evolución de la enfermedad lenta y muy deteriorante. La paciente se enfadaba a menudo con la madre, porque no entendía que siempre estuviese triste y enferma, sin comprender la gravedad de la situación. Tras ocho años de enfermedad, la madre muere. El padre, un mes antes de morir le cuenta que su madre está muy grave pero que es importante que «mamá te vea contenta». Así que ni pudo expresar su tristeza, ni pudo despedirse de ella ni explicarle el porqué de su hostilidad.

Tras la muerte de la madre, «P» regresa al hogar (durante la enfermedad vivían periodos en casa de la abuela paterna) junto con su padre quien a los pocos meses comienza una nueva relación de pareja. En poco tiempo, empiezan a convivir en el domicilio familiar. De la madre no se vuelve a hablar. La dificultad de «P» para entender este hecho, sumado a la no aceptación de la nueva pareja del padre por parte del resto de la familia da lugar a un conflicto para la paciente que, por un lado, se sentía obligada a defender a su padre delante de los demás y, por otro, tenía que enfrentarse en soledad a los sentimientos que esta nueva situación la generaban.

La dificultad para integrar esta nueva situación y el no poder hablar de ella, le llevan a no plantearse los conflictos que le generan. Esta incapacidad de enfrentarse a ello, y la dificultad de expresar su emoción primaria, hace que «P» se presente como una niña irritable por cualquier cosa y la lleva a canaliza su malestar y su rabia en la pareja del padre.

Gráfica 1. Genograma



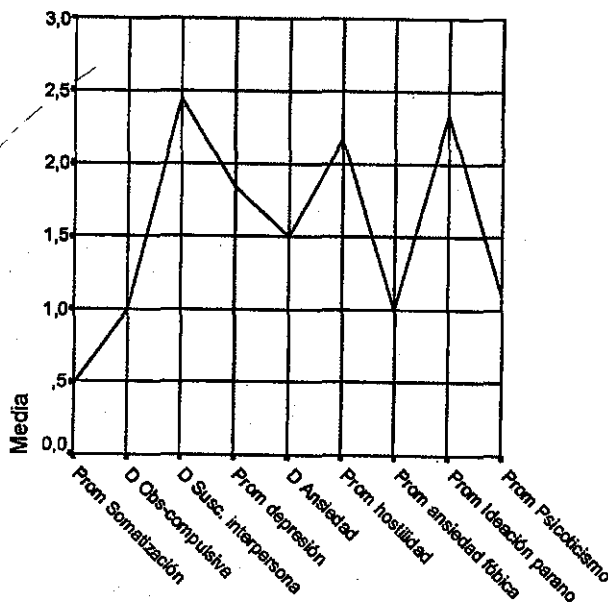
El duelo no elaborado donde transforma la tristeza en hostilidad, la relación de su padre y el rechazo de esta situación por los familiares y el vecindario, le llevan a una situación de aislamiento social y de malestar interno que pensamos que no permiten un adecuado desarrollo de la identidad «P».

Evaluación inicial

Se llevó a cabo mediante entrevistas y los siguientes cuestionarios:

- Entrevista Clínica.
- SCL 90-R (Sympton Check List, Derogatis 2000): gráfica 2.
- BDI (Inventario de Depresión de Beck): 19 Depresión moderada.
- Listado de errores cognitivos (Ellis). Teniendo en cuenta que la puntuación máxima es 10 presenta una puntuación alta en los siguientes errores cognitivos:
 1. Tener la aprobación de los demás: 8
 2. Se debe ser casi perfecto: 7
 3. Es horrible cuando las cosas no son como queremos: 9
 4. Los acontecimientos externos nos hacen desgraciados: 7

Gráfica 2. SCL-90-R. Pretratamiento



5. Se debe sentir miedo ante cualquier cosa desconocida: 7

6. Se necesita depender de alguien mas fuerte que uno: 8

— Técnica de la REJILLA, mediante Programa RECORD (Feixas y Cornejo, 1996). El resultado se muestra a continuación:

Correlaciones

- Yo actual – Yo Ideal: - 0'491
- Yo actual – Otros: - 0'270
- Yo Ideal – Otros: - 0'171

Polarización: 45,455

Es la tendencia del sujeto a colocar a los otros, a sí mismo y al mundo en uno de los dos polos de un constructo, lo que implica un sistema rígido tipo «todo o nada». Teniendo en cuenta que las puntuaciones que superen un 28,57 pueden interpretarse como indicadores de polarización cognitiva, se observa en «P» una polarización muy alta, que puede explicar, en su caso, la tendencia a idealizar a unas personas (padre) y devaluar a otras (pareja de este).

Análisis cualitativo de la construcción del sí mismo

1, Constructos que definen a «P»

Autodefinición:

Los constructos que servían a «P» para definirse y en los que daba una puntuación extrema fueron:

- Pesimista
- Débil.
- Familiar.
- Cabezota.
- Impaciente.
- Sí discute.
- Influenciable.
- Tiene pronto.
- Sincera.
- Estudiosa.

2. Constructos congruentes

«Yo actual » coincide con «Yo ideal»:

Familiar.
Sincera.
Estudiosa

3. Constructos discrepantes

«Yo actual» polo opuesto de «Yo ideal»
«Yo actual» (constructo sintomático) «Yo ideal»
Pesimista. Optimista.
Parada. Emprendedora
Débil. Fuerte.
Cabezota Flexible.
Derrotista Luchadora.
Impaciente Paciente.
Discute. No discute.
Influenciable. No se deja llevar.

4. Matriz de distancias constructos por elementos

La idealización del padre se puede ver en la matriz de distancias entre el elemento «padre» y los constructos significativos para «P». El padre estaba cerca de los siguientes constructos:

- Justo. 0'10.
- Buena persona .0'13
- Optimista.0'14
- Resolutivo.0'06
- Luchador. 0'03
- Ordenado.0'14
- Sent. Humor.0.04
- Inteligente.0'09
- Estricto.0.04
- No deja llevar.0.06

Problemas detectados:

Tras la evaluación global de la paciente se observa una situación de duelo no resuelta que originaba conflictos en la esfera familiar y personal. Aparece de forma frecuente la alusión a su madre con gran labilidad emocional.

A nivel personal, se observa una gran rigidez, y una tendencia acusada a evaluar el entorno y a sí misma en términos dicotómicos, por lo que oscila entre la idealización y la devaluación tanto de sí misma como de los otros significativos.

Presenta ánimo triste, irritabilidad, gran suspicacia, baja tolerancia a la frustración, comportamientos infantiles y rasgos de dependencia, baja autoestima, dificultad para expresar los afectos de forma adecuada, problemas en la toma de decisiones y dificultad para las relaciones interpersonales caracterizadas por los enfados o el aislamiento.

Encontramos, además, dificultades en diferentes áreas de su vida que le generan gran malestar:

A nivel familiar, hay una relación conflictiva con su padre y con la pareja de éste. En el momento que «P» acude a terapia mantiene un vínculo afectivo con el padre basado en la idealización de éste y en la negación de las dificultades con él, a pesar de relatar continuos enfados. Por el contrario, focaliza su malestar en la relación con la pareja de su padre, de la que se queja continuamente, y de la que afirma «No tiene nada bueno». La situación en casa es tan negativa, que le lleva a tomar la decisión de irse a vivir con su novio, sin tener con él una relación demasiado satisfactoria.

A nivel de pareja, lleva seis meses conviviendo con el novio, después de cinco años de relación. Ella siente que tienen poco en común, que no le valora, que le molesta todo de él y que ella se siente muy culpable porque «él la quiere mucho» y ella no puede ver en él «nada bueno».

A nivel social, se encuentra bastante aislada. Tiene gran dificultad para relacionarse con otras personas. Tiene una amiga íntima pero la siente distante y están casi siempre enfadadas.

De alguna manera todo este malestar intenta combatirlo con un buen rendimiento académico, área en la que siempre ha sido valorada, tanto por su madre, cuando esta vivía como por su padre.

Objetivos de la intervención

1. Elaboración del Duelo.
2. Desarrollar una percepción más exacta de la relación con su padre y de la pareja de este.
3. Flexibilizar el sistema de constructos.
4. Fomentar el proceso de individuación.
5. Mejora del estado de ánimo.
6. Aprendizaje de expresión emocional adaptativa.

7. Mejora de Autoconcepto.
8. Mejora en sus procesos de vinculación.

Intervención

La intervención se desarrolló en cuatro momentos diferenciados en los que se eligieron estrategias de diferentes modelos terapéuticos según los diferentes objetivos.

A lo largo de todo el proceso se puso especial énfasis en crear un clima de empatía y aceptación desde una posición de no directividad, lo que favoreció la alianza terapéutica.

A continuación pasamos a describir los cuatro momentos de intervención, así como los objetivos y técnicas utilizadas en cada uno de ellos.

Primer momento terapéutico

Consideramos prioritario trabajar en un primer momento la elaboración del duelo. Esto hizo que focalizáramos la atención, de acuerdo con la paciente, en su madre, en las construcciones que se hizo a raíz de la enfermedad y posterior fallecimiento de esta.

La narrativa de «P» estaba impregnada por la culpa: «No debería haberme enfadado con ella, me tenía que haber portado mejor».

Se trabajó con «P» de manera narrativa con la finalidad de reconstruir el significado y la experiencia de pérdida. Planteamos tanto la pérdida real de la madre como el significado que tenía para «P» la nueva relación de pareja del padre como amenaza de pérdida de éste. Trabajamos con «P» en aumentar la conciencia de las voces acusadoras y en generar alternativas para rebatirlas. Colocamos a la paciente en la perspectiva de la niña que fue, para que reconstruyera la historia de una forma más amplia, teniendo en cuenta sus emociones primarias y significados.

Para este fin utilizamos con «P» medios narrativos para conseguir la deconstrucción y reconstrucción de los discursos narrativos dominantes que estaban tan empañados de culpa. Como señala Neimeyer citando a John Harvey «Cuando compartimos nuestras historias con los demás les damos nombre y forma a los significados de nuestra experiencia vital.» En concreto utilizamos la técnica de «la movio-

la» (Guidano, 1995), las cartas de despedida y la inducción de rol de observador (Botella y Feixas, 1998) Utilizamos también la técnica gestáltica de «la silla vacía.»

Tras este primer momento terapéutico, que transcurre en diez sesiones, la paciente eliminó sentimientos de culpa al poderse explicar a sí misma desde una perspectiva diferente sus reacciones ante la enfermedad de la madre.

Segundo momento terapéutico.

Otro de los aspectos fundamentales a tratar es la relación con el padre. En la evaluación se observa una excesiva idealización de éste y gran dependencia respecto a él, necesitando de su continua aprobación.

Siguiendo a Bowlby, para un adecuado proceso de individuación las personas necesitan de una separación de las figuras parentales, para ello necesitan un «grupo de iguales» u otras personas con quien poder identificarse para formar de una manera más sana su personalidad.

El objetivo es establecer una relación con el padre en la que «P» no necesitara la idealización de éste, ni su aprobación, permitiendo una mayor independencia emocional con respecto a la figura paterna y favoreciendo su proceso de individuación.

Se utilizó el «Guión de vida», en concreto se trabajó el mensaje de «Tienes que defender a papá» que estaba tan introyectado en «P» («Yo soy la única que le comprende. Si yo reconozco cosas, en cierta manera es una traición hacia mi padre») También se utilizó la Reestructuración cognitiva, para la idea de «todo o nada», la reducción al absurdo y el aumento de la conciencia emocional, de tal manera que «P» aprendiera a diferenciar sus emociones primarias con respecto a su padre.

Una vez que «P» pudo expresar su hostilidad hacia el padre y aprendió a verle y aceptarle con sus limitaciones, trabajamos la técnica de «autoaparentamiento» muy utilizada en Análisis Transaccional, cuyo objetivo es el fortalecimiento de la capacidad de cuidarse a sí mismo, incorporando un nuevo Padre al lado del antiguo para contrabalancear y diluir los aspectos negativos provenientes del padre original.

Tras este segundo momento de la terapia que se llevó a cabo en ocho sesiones, «P» mejoró la relación con su padre y con la mujer de este y adquirió una mayor flexibilidad en sus juicios tanto hacia sí misma como hacia los otros significativos y al mundo.

Tercer momento terapéutico

En este tercer momento terapéutico nos planteamos centrarnos en su identidad personal. Trabajamos en los siguientes aspectos:

- Reconstrucción de una representación del sí mismo.
- Modificar pautas de acción-reacción ante determinadas situaciones personales («Si las cosas no son como yo considero que deberían ser, me enfado»)
- Aumento del nivel de autoconciencia.
- Aumento de la tolerancia a la frustración.
- Aumento del control interno.
- Fomentar la autonomía personal.
- Aumento y mejora de relaciones sociales.

Las técnicas utilizadas en este tercer momento fueron: la escritura narrativa de la biografía de «P» estableciendo puntos de inflexión para pasar de un capítulo a otro, la prácti-

ca de las narrativas alternativas fuera de consulta, la reestructuración cognitiva, los registros ABC y la focalización de la atención en el «Aquí y ahora.»

Se potenció la realización de actividades placenteras, tanto con su pareja como en solitario. También se entrenó a «P» en asertividad.

Tras este tercer momento terapéutico, que transcurrió en nueve sesiones, la paciente pudo definir y aceptar su identidad así como adquirir otras pautas de relación más asertivas y ampliar el número de amistades y de actividades de ocio.

En este momento, la relación con su pareja ha cambiado. Ahora no discuten tanto pero la paciente piensa que no es una relación satisfactoria. Tienen necesidades y formas de ver la vida diferente, y «P» decide romper la relación.

Cuarto momento terapéutico

Durante las sesiones de seguimiento (cuatro sesiones quincenales y dos sesiones mensuales) se trabajó, como cierre del proceso, la desvinculación de la paciente a la terapia, fomentando su autonomía para solucionar las dificultades que irán apareciendo a lo largo de su vida.

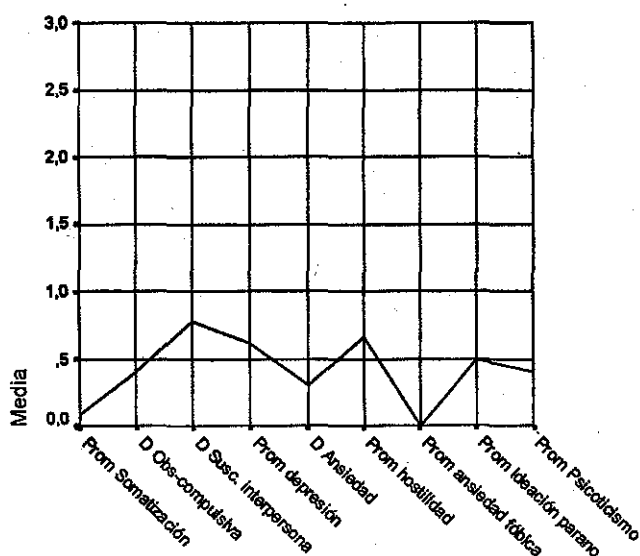
Las técnicas utilizadas fueron: El uso de la Metáfora del «rito de paso», espaciar las sesiones y la recopilación y síntesis de los objetivos cumplidos.

Resultados.

Evaluación post-tratamiento.

- SCL 90-R. Hubo una disminución en la sintomatología que presentaba «P» Gráfica 3
- BDI: 2. Ausencia de depresión.
- Listado de errores cognitivos (Ellis). Disminuyó la puntuación en todos los errores cognitivos:
 1. Tener la aprobación de los demás: 3
 2. Se debe ser casi perfecto: 2
 3. Es horrible cuando las cosas no son como queremos: 4
 4. Los acontecimientos externos nos hacen desgraciados: 1
 5. Se debe sentir miedo ante cualquier cosa desconocida: 4

Gráfica 3. SCL-90-R Post-tratamiento



6. Se necesita depender de alguien mas fuerte que uno: 2

— REJILLA.

Correlaciones

- Yo actual – Yo Ideal: 0,566
- Yo actual – Otros: 0,821
- Yo Ideal – Otros: 0,523

Constructos que definen a «P»:

Comprensiva.
Optimista.
Sociable.
Cariñosa
Familiar.
Activa.
Divertida.
Atenta.
Responsable.
Preocupa por los demás.
Luchadora.

Ninguna de las puntuaciones que usó para definirse fueron extremas, se evaluó en estos constructos como «bastante.....» Lo que es un signo de la flexibilidad alcanzada por «P».

Constructos congruentes

«Yo actual» coincide con «Yo ideal»
Cariñosa
Atenta.
Luchadora.
Optimista.
Sociable.
Familiar.
Activa.
Divertida.
Responsable.
Preocupada por los demás.

Constructos discrepantes

«Yo actual» polo opuesto de «Yo ideal»
«Yo actual» «Yo ideal»
Pesada No pesada
Cabezota. Puntuación (3: un poco) Tolerante
Complaciente (3: un poco) No complaciente

Polarización 16,319

Se observa una importante reducción en la puntuación de la polarización de constructos, lo que implica que «P» ha adquirido una mayor flexibilidad a la hora de interpretar el mundo y de situar en él a los otros y a ella misma.

El padre estaba cerca de los siguientes constructos: tras la intervención, «P» coloca al padre cerca del «polo positivo» de algunos constructos y cerca del «polo negativo» en otros, lo que implica que «P» percibe a su padre de una manera mas amplia.

Controlador: 0,08
Cabezota: 0,09
Impaciente: 0,12
Luchador: 0,04
Resolutivo: 0,03
Optimista: 0,09
Activo: 0,03
Distante: 0,08
No asertivo: 0,09
Frío: 0,09
Divertido: 0,03
Emprendedor: 0,04

Conclusiones

Con este caso se pretende mostrar la importancia de una evaluación global del paciente para un adecuado plan de intervención. Muchas veces se tiende a focalizar la atención en el motivo inicial de consulta, sin dar importancia a otras áreas conflictivas que pueden ser el foco fundamental del sufrimiento del paciente, o que constituyen una barrera para que el paciente pueda modificar otras conductas.

Otro aspecto que consideramos importante es la dificultad que tenemos y que nos cuentan muchos de nuestros compañeros psicólogos de trabajar desde un único modelo teórico en algunos casos. Son cada vez más las investigaciones que se esfuerzan por intentar buscar la manera de conseguir un enfoque integrador en psicoterapia. Consideramos que la guerra entre los diferentes modelos y la necesidad de anclarse a uno de ellos fue en otros tiempos y que hoy estamos preparados para buscar un camino común.

Referencias bibliográficas

- Beck, A.T. y Shaw, B.F. (1981). *Enfoques cognitivos de la Depresión. Manual de Terapia Racional Emotiva*. DDB Bilbao.
- Beitman, B.D., Goldfried, M.R. y Norcross, J.C. (1989). The Movement Toward Integrating the Psychotherapies: An Overview. *Am. J. Psychiatry*, 146, 2, 138-147.
- Botella, L. y Feixas, G. (1998). *Teoría de los Constructos Personales: Aplicaciones a la Práctica Psicológica*. Barcelona: Laertes.
- Bowly, J. (1993). *La pérdida afectiva*. Barcelona. Paidós.
- Derogatis, L.R. (1994). *SCL-90-R: Administration, Scoring and Procedural Manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems, Inc.
- Ellis, A. (1980). *Razón y Emoción en Psicoterapia*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Feixas, G. y Cornejo, J.M. (1996). *Manual de la técnica de la rejilla mediante programa RECORD v.2.0*. Barcelona. Paidós.
- Fleitas L. y De la Revilla L.(1999). Interpretación y uso de los genogramas. En: Revilla L, *Manual de Atención Familiar*, 429-454. Fundesfam, Granada, Adhara.
- Greenberg, L.(2000). *Emociones: una guía interna*. DDB. Bilbao.
- Guidano, V. (1994). *El sí mismo en proceso: hacia una terapia cognitiva postracionalista*. Barcelona: Paidós.
- Martorell, J.L. (1996). Treinta años de integración en psicoterapia. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 31, 9-14.
- Martorell, J.L. (2000). *El guión de vida*. DDB. Bilbao
- McGoldrick, M. y Gerson. R. *Genogramas en la evaluación familiar*. Ed.Gedisa.
- Neimeyer, R. (1992). *Hacia una integración teóricamente progresiva de la psicoterapia: Una contribución constructivista*. Vol.VII N° 9, 23-45 .
- Neimeyer, R. (2002). *Aprender de la pérdida: una guía de afrontamiento*. Barcelona. Paidós.
- Watchel, P. (1998). *La comunicación terapéutica: Principios y práctica eficaz*, Descleé de Brouwer, Bilbao.
- Zalbidea M. y Mayor L. (1992). Algunas observaciones acerca del movimiento en psicoterapia. *Revista de psicoterapia*. Vol.III N° 9, 5-12.