

EL ENFOQUE MULTIMODAL Y LAS ESCUELAS DE PSICOTERAPIA

ROBERTO KERTÉSZ

RESUMEN

Se realiza una reseña de la terapia multimodal creado por Arnold Lazarus, describiendo el estado integrativo presente de una persona, a partir de los siete modales o variables de la personalidad total: Biológico, afectivo, sensaciones, imágenes, cognitivo, conductas y social. Expone el perfil multimodal como un instrumento que discrimina lo único, lo irreplicable de cada individuo. Finalmente distingue el eclecticismo teórico y el eclecticismo técnico, valorizando el aporte de otros enfoques.

Palabras claves: Enfoque multimodal, eclecticismo, perfil multimodal.

ABSTRACT

There is realized a review of the multimodal therapy created by Arnold Lazarus, describing the condition (state) integrativo present of a person, from the seven manners or variables of the total personality: Biological, affective, sensations, images, cognitive, conductas and social. It he, exposes the multimodal profile as an instrument that discriminates against the only thing, the unrepeatable of every individual. Finally it he, distinguishes the theoretical eclecticism and the technical eclecticism, valuing the contribution of other approaches.

Keywords: Multimodal approach, eclecticism, multimodal profile.

Actualmente existen varios centenares de "escuelas", cada una con su sustento teórico y técnicas correspondientes, que en general desearían ser la respuesta para todo tipo de problemas y pacientes. Para rescatar los recursos más valiosos de cada una, el profesor Arnold A. Lazarus, de la Universidad de Rutgers, creó en 1973, la terapia multimodal.

Nacido en Sudáfrica, estudió psicología en su país y se entrenó en psicoanálisis. Posteriormente, modificó totalmente su orientación. Se trasladó a los EE.UU., donde recibió formación con Albert Bandura, en la teoría del aprendizaje social, y con Joseph Wolpe, en conductismo tradicional. Pero luego de tiempo, incorporó las "variables internas", superando al de estímulo-respuesta o al skinneriano de respuesta-consecuencia, en su libro *Beyond*

* Médico psiquiatra, Dr. en Medicina, Rector de la Universidad de Flores, Buenos Aires, Argentina.

behavior therapy, lo cual le valió una prolongada ruptura con Wolpe. En esa obra se refirió a lo que ocurre en la mente: lo cognitivo, preferentemente en el hemisferio izquierdo de los diestros, y las imágenes, radicadas principalmente en el derecho. También diferenció las emociones de las sensaciones físicas.

Nuestra relación de amistad con el profesor Lazarus se originó accidentalmente, cuando en un simposio sobre Conductismo en Caracas en 1976, tuvimos una discrepancia similar a la de él, con Wolpe, quien había hecho importantes aportes a la teoría y técnicas de psicoterapia, pero poseía un carácter algo explosivo. Al mencionar él a Lazarus como disidente de su "escuela", decidimos comunicarnos con él, y de ahí surgió una relación de más de veinticinco años.

Él nos recomendó a dos de sus colaboradores inmediatos, quienes presentaron el primer seminario en Terapia Multimodal en Latinoamérica, el cual organizamos en Buenos Aires en 1979. A partir de ahí, nuestro grupo del Instituto Privado de Psicología Médica difundió esta disciplina en la mayor parte de Latinoamérica, España, Hungría y Francia.

Lazarus nos encomendó su representación en Latinoamérica y la traducción y edición de su libro *Terapia multimodal*, que se publicó como la primera obra en español en 1983, a través de la Editorial Ippem.

La Universidad de Flores (UFLO), surgida a partir del Ippem, incorporó el enfoque Multimodal a su modelo académico de las ciencias del comportamiento en las correspondientes carreras, a partir de 1995.

El interesado puede visitar el website de los Lazarus (padre e hijo), azarus@thelazarus.institute.com

Aunque denominó a su orientación "terapia", es más bien una descripción del estado integrativo actual de una persona, a través de cada uno de los siete "modales" o variables de la personalidad total, que además ofrece la posibilidad de clasificar todas las técnicas de otras escuelas, y una evaluación objetiva de las metas y cambios obtenidos. Fue aplicado en nuestra Tesis de Doctorado en Medicina en la Universidad de Buenos Aires (Kertész, 1985):

1. **Biológico:** Lo referente al organismo: Estado de salud o enfermedad, dieta, medicamentos consumidos.
2. **Afectivo:** Las emociones sentidas, expresadas o no. Las definimos como "el significado subjetivo y sentido de las experiencias" (Kertész, 1993). Las fundamentales son: afecto, gozo, miedo, rabia, tristeza.
3. **Sensaciones:** Las percepciones de cambios en el funcionamiento corporal (hambre, dolor, etc.).
4. **Imágenes:** Representaciones de los datos de los sentidos (visuales, auditivas, olfativas, gustativas, táctiles). Vinculables principalmente con el hemisferio derecho del cerebro.
5. **Cognitivo:** Ideas, creencias, valores, diálogos internos, predominantes en el hemisferio izquierdo.
6. **Conductas:** Verbales y no verbales. Lo que se hace y dice y la forma (proceso) con la cual se realiza.
7. **Social (o interpersonal):** Las relaciones actuales o pasadas con los demás.

Luego de haber introducido esta contribución tan importante para las nuevas ciencias de la conducta en Argentina en 1979, el equipo profesional del Instituto Privado de Psicología Médica la difundió en la mayor parte de Latinoamérica y España, así como en Hungría y Francia.

En 1983, el autor de esta reseña tradujo y editó *Terapia Multimodal*, su primera versión en castellano. En 1985, obtuvo su Tesis de Doctorado en Medicina de la Universidad Nacional de Buenos Aires, sobre Evaluación clínica de tratamientos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos, en la cual incluyó veinticinco casos tratados y evaluados a través del esquema Multimodal. Asignó de cero a seis a los posibles síntomas observados en cada Modal y obtuvo una mejoría semicuantitativa, en el 75% de los casos. Y a partir de su fundación en 1994, la Universidad de Flores (UFLO) adoptó su orientación ecléctica y abarcativa en su Facultad de Psicología y Ciencias Sociales. El profesor Lazarus designó al autor de este trabajo para representar su modelo en Latinoamérica y España.

EL PERFIL MULTIMODAL (acrónimo "B.A.S.I.C.Co.S")

Consiste en la descripción del estado actual de una persona, en cada uno de los 7 "modales" o variables de la personalidad total; los objetivos de cambio o estados deseados, acordados con los pacientes o "clientes". Luego, las técnicas a emplearse, extraídas de cualquier escuela, de acuerdo a su utilidad potencial. Finalmente, los resultados obtenidos: Si es posible, cuantificados.

Este modelo resulta sencillo, de rigor científico, estratégico y flexible. Al margen del diagnóstico psiquiátrico que se haya realizado, permite un plan "a medida", que respeta la individualidad de cada persona. Además del campo clínico, se ha aplicado al educativo, organizacional y deportivo.

Las principales "escuelas" integradas en este modelo en la UFLO son la Cognitivo-Conductual, Transaccional, Gestalt, Familiar-sistémica, Programación Neurolingüística, Ericksoniana, Logoterapia, Psicodrama, Focalización.

Modal	Estado actual	Estado deseado	Técnicas	Resultados
1. B. = Biológico				
2. A. = Afectivo				
3. S. = Sensaciones				
4. I. = Imágenes				
5. Co. = Cognitivo				
6. C. = Conductas				
7. S. = Social				

EL DSM (manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales)

Una de las ventajas de esta categorización, es que nos permite asignar a un caso individual, características del grupo diagnóstico en que es incluido, del cual ya conocemos la etiopatogenia más probable, el pronóstico y los tratamientos más eficaces desde el punto de vista estadístico. Sin duda, el DSM es una herramienta de alto valor para los estudios estadísticos, epidemiológicos, la investigación y la comunicación entre profesionales. Así, la clasificación psiquiátrica es una generalización del tipo inductivo.

Pero, desde el punto de vista humanístico, no existen dos personas iguales, aunque coincida su diagnóstico y sean incluidas en la misma clasificación.

En dicho enfoque humanístico, el tratamiento es "a medida", en vez de "confección", masificado. El Dr. Milton H. Erickson, tal vez el mejor comunicador conocido, de extraordinaria creatividad e introductor de la Hipnosis permisiva, actuaba así: Cada persona era diferente y única para él. Aunque conocía, desde luego, las clasificaciones psiquiátricas, individualizaba sus intervenciones, logrando una única comprensión y rapport.

Por otra parte, en muchos casos, ni siquiera existen coincidencias en el diagnóstico, como lo comprueba un estudio internacional del profesor Pierre Pichot. El mismo consistió en la filmación de entrevistas de pacientes psiquiátricos con profesionales expertos. Al ser mostrada la película a otros profesionales de diversos orígenes, se observó una gran discrepancia en los diagnósticos.

¿Cuál debe ser, entonces, nuestra posición ante dos orientaciones aparentemente divergentes, como el diagnóstico psiquiátrico, en categorías prefijadas, que aplica "etiquetas" y el diagnóstico individualizado, respetando lo idiosincrático de cada ser humano?

Porque, a pesar de su gran utilidad, esas "etiquetas" pueden predisponer al profesional a descalificar las diferencias individuales de cada caso, al atenerse a la categoría en la cual se le incluya. Lo cual tenderá a limitar sus opciones terapéuticas, al haber leído, por ejemplo, determinados pronósticos o respuestas al tratamiento, y creer que corresponden inexorablemente a cada caso inserto en una categoría diagnóstica.

Recordemos que "no hay enfermedades, sino enfermos", extrapolando del área médica.

Pero, ¿existe realmente una antinomia tajante entre el diagnóstico psiquiátrico y el Perfil multimodal? Creemos que no es así, y que lo adecuado es combinar ambos métodos.

El problema real no reside en el uso de estos dos métodos complementarios, sino en la ideología subyacente en cada una.

Aquí, recuerdo una anécdota de mi época de estudiante de Semiología en el Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

En una de las camas estaba "la cirrosis", perteneciente a un enfermo anónimo, cuyo abdomen ascítico percutíamos todos los alumnos de mi comisión. Nunca supe cómo se llamaba esa persona, ni qué sentía al ser examinado, o al escuchar los comentarios sobre su posible evolución.

Un día, al llegar a la sala, encontré su cama vacía. Es mucho lo que le debo a ese hombre, porque yo nunca "cosifiqué" a otra persona en base a un signo.

¿Habrás tenido una familia?

¿Le importó a alguien su muerte?

¿Qué habría sentido yo en su lugar?

En cuanto a la ideología, el diagnóstico psiquiátrico generaliza, como lo mencionamos, y esto permite aplicar –con limitaciones– lo aprendido en muchos casos similares al caso concreto que estamos atendiendo. Algo similar a las leyes científicas.

Pero al mismo tiempo, al Perfil Multimodal discrimina lo único, lo irrepetible de cada individuo.

Hablando existencialmente, su forma de insertarse en el mundo, o transaccionalmente, su argumento de vida. Por eso, su ideología es humanística.

Consideramos que ambos procedimientos deben combinarse y lograr un lenguaje común, o por lo menos, poder traducir uno al otro. Esto requiere alguna formación en ambas metodologías, y una actitud flexible y abierta para tomar "lo mejor de los dos mundos".

En la Facultad de Psicología y Ciencias Sociales de la Universidad de Flores, se utiliza el DSM IV (Diagnostic and Statistic Manual, versión IV, elaborada por la American Psychiatric Association) para las clasificaciones y diagnósticos.

EL PROBLEMA DE LAS "ESCUELAS" Y SUS TÉCNICAS

El modelo de Lazarus acabó con la pretensión de que determinada "escuela" de psicoterapia sea la panacea para todo tipo de problemas y pacientes. Lo cual aleja a la "escuela" del método científico, y la acerca a la categoría de una especie de "secta", con su gurú y sus seguidores.

Esto puede ser muy gratificante para el "ego" de ese "gurú", proveerle éxito de clientela, y dar una ficticia seguridad a sus discípulos, pero es adverso para el paciente individual, al cual se le coloca en un lecho de Procusto (si no cabe, se le cortan las piernas).

Lo eficaz y ético es adaptar las técnicas a cada caso individual, en forma ecléctica.

Tomar lo mejor de cada escuela y técnica, y aplicarla en forma flexible y creativa a ese caso.

Pero esto implica:

- Si se está enrolando en determinada "escuela", sopesar en forma racional, desapasionada, sus puntos fuertes y limitaciones... y abrirse a otros desarrollos de probada eficacia.
- Capacitarse en los fundamentos teóricos y los procedimientos de las otras orientaciones más recientes... lo cual requiere mucha dedicación, además de contar con profesionales entrenados en las mismas.
- Recibir supervisión.

Esta es la orientación de la Universidad de Flores, que convocó a un cuerpo docente afín a la misma, si bien aun se tiene un largo camino a recorrer para cumplir las metas fijadas.

EL APORTE DE ANTAL

Ya desde su fundación en 1968, y personería jurídica en 1983, la Asociación Argentina de Análisis Transaccional (ANTAL), adoptó esta orientación.

Antes de haber contado con una universidad, ANTAL formó varios centenares de terapeutas y profesionales de áreas no clínicas.

Para ello, contó inicialmente con las facilidades del Instituto Privado de Psicología Médica (IPPEM), fundado en Buenos Aires en 1970.

En el 2005, dada su proyección internacional, decidimos ampliar su denominación a "Asociación Internacional de Análisis Transaccional y Ciencias del Comportamiento" pero mantener su sigla.

El autor de este trabajo, a pesar de haber introducido con sus colaboradores al Análisis Transaccional en Argentina, Latinoamérica, España y Hungría, notó las limitaciones de esta orientación y con sus colaboradores de ANTAL, fue integrando otras ciencias del comportamiento en un modelo ecléctico.

Inicialmente, psicodrama y el conductismo con su vertiente cognitiva; a partir de 1969, la terapia Gestalt; desde los años 70, el manejo del estrés; en 1979, la terapia Multimodal, y el mismo año, en el Congreso de ANTAL del Hotel Bauen, se presentó por primera vez en Argentina a la Programación neurolingüística, y el año siguiente, la terapia de Milton Erickson en un curso masivo.

El enfoque de ANTAL fue sistémico desde su comienzo, trascendiendo los problemas aparentemente individuales, a un sistema social. Es que el Análisis Transaccional fue ya definido por su creador, Eric Berne, como una "nueva psiquiatría social" e introduciendo el concepto de los "Juegos Psicológicos", o series de transacciones con una parte oculta, no conciente para los interventores, y con un final previsible.

ECLECTICISMO TEÓRICO VERSUS ECLECTICISMO TÉCNICO

En las Actas del VII Congreso de ANTAL (1993), se discutió esta disyuntiva, sobre la cual la opinión de Lazarus es la siguiente:

Es posible emplear las técnicas procedentes de cualquier "escuela" (eclecticismo técnico), sin la obligación de conciliar al mismo tiempo las teorías que las sustentan.

En la actualidad no es posible integrar a todas las corrientes psicológicas y psicoterapéuticas de un modo unificado, porque sus ideologías y fundamentaciones son muy disímiles. No ha llegado aún el momento de un eclecticismo teórico.

Por ejemplo, la propuesta de Fritz Perls, creador de la terapia Gestalt, de "Dejar la mente y usar los sentidos", es inadmisibles para la línea Cognitivo / conductual, que asigna gran importancia al pensamiento racional.

Algo similar ocurre con su frase "El pasado ya pasó, el futuro no llegó", para quedarse en un constante presente, en cuanto al Análisis transaccional, que sustenta la necesidad de fijar metas autónomas de vida, teniendo una orientación de futuro.

Sin embargo, los terapeutas de cualquier orientación pueden usar con mucho beneficio para sus pacientes, la técnica de la Silla Vacía. En la misma, el sujeto se sienta en una silla, y en otra frente a él, ella se imagina a otra "parte" propia, a otra persona, etc. Luego, realiza diálogos entre las distintas "partes" de su personalidad. Esto se puede efectuar aunque no se esté de acuerdo en los postulados teóricos de Perls.

Ya en un contexto no científico, las "curaciones" de manos santas, videntes, astrólogos, etc., funcionan en base a la sugestión y a mecanismos no concientes de sus clientes, y no por los mecanismos que esos presuntos sanadores invocan.

Algo similar ocurre con el efecto placebo de los medicamentos.

LA PERSONALIDAD DEL TERAPEUTA

Algunos autores y profesionales afirman que el factor más relevante para el éxito de los tratamientos es la personalidad del mismo terapeuta, y no los procedimientos que administra.

Aquí debemos discrepar. Si bien es cierto que las características personales del profesional representan factores de gran peso, no por sí mismas reemplazan a su formación.

"Cuantas más opciones se tengan, mejores resultados se obtendrán".

Por más cálido, asertivo o intuitivo que sea un médico o psicólogo, si desconoce alguna técnica esencial para determinado problema, su eficacia se verá limitada.

Otros factores que describimos en un cuestionario para evaluar al terapeuta en "¿Quiere hacer terapia?", son su prestigio, las referencias de otros pacientes, su edad, sexo, origen étnico, forma de vestirse, etc.

EFFECTIVIDAD, EFICIENCIA Y EFICACIA: LA RELACION COSTO- BENEFICIO

El consultor y autor Peter Drucker diferenció a tres variables de la gestión directiva, así como de cualquier actividad:

1. Efectividad: Lo que hay que hacer para cumplir el objetivo (To do the right thing).
2. Eficiencia: Hacer las cosas bien de entrada, y con el menor costo y esfuerzo (To do things right).
3. Eficacia: La combinación de ambas.

El manejo de una gran variedad de técnicas en forma ecléctica, aplicando lo más efectivo con el menor costo y tiempo posible, sumado a un buen ajuste con el paciente-cliente, es un desiderátum tanto ético, como económico.

Por eso, es tanto poco ético como antieconómico pretender "encajar" a todos los pacientes y a todos los problemas en los métodos de una sola "escuela" o corriente, necesariamente limitada.

Otro tema crucial es el de la evaluación objetiva de los cambios o resultados.

¿Cómo mide cada terapeuta estos resultados?, y el tiempo y costo que implicaron.

Hoy existen indicaciones muy precisas para determinadas patologías. Por ejemplo, las fobias responden óptimamente a los procedimientos de desensibilización (exposición gradual a los estímulos temidos), combinados con imaginería e hipnosis. El fóbico crea imágenes amedrentantes en forma no conciente. Estas pueden hacerse concientes (o no) y modificarse (reducirse en tamaño, en color, agregarle un fondo musical incongruente, etc.) –todo en la mente del paciente.

En sexología, los métodos conductuales, preferentemente con concurrencia de la pareja, combinados con imaginería, son los más eficaces.

Las psicosis funcionales requieren tratamiento del sistema social del paciente, además de los psicofármacos.

Esto nos lleva también al tema del trabajo en equipo entre psicólogos y psiquiatras, u otros especialistas en el caso de cuadros psicósomáticos.

En cuanto a las intervenciones grupales, estimamos que sólo un 10% del los psicoterapeutas, por lo menos, en Argentina, está entrenado para administrarlas, a pesar de que la inmensa mayoría de los pacientes se beneficiarían al incluirse en grupos. También representan un gran ahorro de tiempo y dinero, haciendo más accesible el tratamiento.

Muchos colegas se han incluido en nuestros grupos, inicialmente como pacientes, y luego han formado sus propios grupos.

Indudablemente, la formación y supervisión de terapeutas (aunque sea entre pares) debe ser constante, o prácticamente, vitalicia, en bien de su capacitación y de sus pacientes.

Esto requiere tiempo, dedicación y cierta inversión.

LAS PRINCIPALES ESCUELAS ACTUALES DE PSICOLOGÍA Y PSICOTERAPIA

Aunque existen varios centenares de las mismas, sólo mencionaremos aquellas que a nuestro juicio ameritan, por su seriedad y resultados, ser incluidas en esta lista.

Comenzaremos por lo que ya en 1968, hemos denominado "nuevas ciencias de la conducta".

Nuevas, por haber surgido a partir de la década del 60 (algunas, como la Gestalt, se iniciaron ya en los 50, y el conductismo en los 20, pero subsisten versiones actualizadas de los últimos años).

Ciencias, por emplear, dentro de lo que la práctica clínica lo permite, el método científico: Observación, experimentación, verificación de hipótesis en forma objetiva, evaluación de resultados, generación de "leyes", sin pretender la exactitud de las ciencias "duras" como la física o la química.

De la conducta, entendiéndose por ella a lo externo, observable, grabable, y lo interno, subjetivo (pensamientos, imágenes, emociones, sensaciones).

Para mayor información consultar las Actas del VII Congreso de ANTAL, y Nuevas ciencias de la conducta: Aplicaciones en el Tercer Milenio, de Kerman et.al.

En la página siguiente, graficamos la incorporación de las distintas corrientes en el tiempo, hasta llegar a nuestro enfoque ecléctico actual, adoptado en la Universidad de Flores, IPPEM y ANTAL.

INCORPORACIÓN DE DISTINTAS CORRIENTES, ESCUELAS Y TÉCNICAS

1962	Psicoterapia breve con objetivos concretos, de orientación neopsicoanalítica, combinada con psicofármacos cuando exista la indicación, Psicodrama. Psicoterapia grupal.
1964	Conductismo respondente y operante.
1966	Análisis transaccional - Terapia familiar / sistémica.
1969	Gestalt- Aportes del budismo Zen.
1970-74	Imaginería - Corrientes humanísticas (Maslow, May, Frankl) - Cognitivo / conductual. Manejo del estres.
1979	Terapia Multimodal- Inclusión de todas las escuelas en un modelo ecléctico, dentro del enfoque multimodal. Programación neurolingüística.
1983	Hipnosis ericksoniana.
1990	Focalización (focusing).
1997	Inteligencias múltiples - Mapas mentales.
1998 hasta la fecha	Todo nuevo aporte que resulte ser eficaz.

A continuación, y recién después de los antecedentes descriptos, pasaremos al Perfil multimodal de los grandes trastornos psiquiátricos: El título de este trabajo, que fue motivado en su mayor parte por la necesidad de integrar ambos enfoques en las asignaturas Psicopatología y Clínica, de la Carrera de Psicología de la Universidad de Flores.

Desde luego, los Perfiles son abstracciones y generalizaciones, y cada caso particular dentro de las categorías diagnósticas requiere su propio Perfil, individualizado, de acuerdo al criterio del profesional tratante, y a la información suministrada por su paciente.

Que, además, varía con el tiempo, y con la aplicación de tratamientos, debiendo ser actualizado constantemente.

El Perfil, además de su utilidad descriptiva y diagnóstica, debe apuntar a la toma de decisiones sobre las intervenciones más eficaces y prácticas.

La psiquiatría tradicional se contentaba con describir minuciosamente el estado actual del paciente, que atribuía a motivos individuales o genéticas, dejando fuera las causas de origen psicosocial, especialmente familiar. Tampoco disponía de las potentes técnicas actuales.

Como lo señaló Goethe, "el hombre ve lo que sabe".

El perfil multimodal de los trastornos de ansiedad (antes: Neurosis)

Modal	Problemas
1. Biológico:	No se ha demostrado un sustrato genético, ni la eficacia de psicofármacos en formas específicas de los cuadros de ansiedad, también llamados "neurosis". Los tranquilizantes y otros fármacos actúan sobre la ansiedad de base.
2. Afectivo:	La emoción más frecuente es la ansiedad, seguida por depresión, y culpa. Suele hallarse en personas a las que se les dificulta expresar rabia, alegría o afecto.
3. Sensaciones:	Los concomitantes fisiológicos de la ansiedad / angustia (opresión precordial, ahogos, palpitaciones, tensión muscular, etc.), que son atribuidos frecuentemente por el paciente a causas orgánicas. También, disminución del placer, incluyendo el sexual.
4. Imágenes:	Varían ampliamente, según el caso, siendo parte del "paquete" o complejo multimodal en relación con el resto del estado actual en cada modal. Dado su carácter altamente subjetivo, para poder ser comunicadas y comprendidas por otras personas, incluyendo al terapeuta, requieren su expresión en forma verbal. Esto ayuda también al sujeto a comunicar ambos hemisferios entre sí (en el derecho predominan las imágenes o representaciones sensoriales, y en el izquierdo, el lenguaje y las operaciones abstractas). Una misma palabra puede representarse con distintas imágenes y, viceversa, una imagen puede tener diversas interpretaciones. En general, las imágenes, por ser analógicas, generan emociones y sensaciones más intensas que las palabras, que son abstracciones.
5. Cognitivo:	Profusas ideas erróneas, muchas de ellas concientes, las cuales requieren correcciones lógicas. Diálogos internos negativos y autodesvalorizantes, en gran parte grabaciones de diálogos externos con familiares, pero también generados por el paciente. Baja autoestima, posición existencial - /+ (Yo estoy mal, los demás están bien). Suele faltar un programa eficaz para la toma de decisiones racionales creativas, el cual requiere ser aprendido. El terapeuta actual debe actuar como asesor docente, y no como mero "curador de enfermedades", rol propio de un modelo médico obsoleto, aplicado inadecuadamente a la salud mental. El modelo actual de la mente es el de la computación, con el "hard" (cerebro) y el "soft" (los programas aprendidos y que pueden reaprenderse y optimizarse).
6. Conductas:	La llamada "neurosis", un término impreciso, podría definirse existencialmente como la "autolimitación de la libertad". Las ideas y creencias y las imágenes internas amedrentantes, producen la emoción de ansiedad, que limita o entorpece las conductas al temer consecuencias negativas. La descripción de los comportamientos en los trastornos con ansiedad debe incluir tanto a desviaciones (ej.: Conductas compulsivas), como a las limitaciones (ej.: fobias).

- 7. Social:** Describe los trastornos en las relaciones interpersonales en los diversos roles, en este tipo de pacientes caracterizados por la falta de asertividad (defensa de los propios derechos, expresión de emociones), liderazgo, manejo de conflictos. Los problemas con los demás se incluyen en el modal social, mientras que los síntomas individuales se clasifican en el modal conductas.

El perfil multimodal de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

- 1. Biológico:** Está en pie la discusión en cuanto a la etiopatogenia de estos cuadros. El continuo abarca al extremo de la psiquiatría biológica, que busca el origen anatómico o químico congénito, descalificando toda influencia de aprendizaje social, y en el otro la atribución del trastorno exclusivamente a la educación temprana, dobles mensajes y refuerzos sociales. En nuestra experiencia clínica, siempre observamos una comunicación psicotizante en estos casos, la cual termina alterando la bioquímica del cerebro y requiere medicación antipsicótica en determinados casos. Es posible que exista un variado grado de predisposición genética, pero para que aparezca la psicosis debe estar acompañada de esa comunicación patológica. Estas alteraciones son funcionales. El componente bioquímico, representado por alteraciones cualitativas en los neurotransmisores, requiere la administración de psicofármacos, pero desde un punto de vista tanto ético como de efectividad, la falta de capacitación en las intervenciones psicosociales y sistémicas, no debería ser encubierta por una excesiva medicación. Recomendamos los fármacos de liberación prolongado para evitar tomas frecuentes que además de depender de la responsabilidad del paciente o sus allegados, suelen reducir su confianza en su autocontrol.
- 2. Afectivo:** Las alteraciones son generalmente severas y solicitan una gran paciencia, dedicación y conocimientos por parte del terapeuta. además de los psicofármacos. Ninguna droga reemplaza el contacto humano, pero paradójicamente, la misma familia de la cual el paciente es el "chivo emisario" es su fuente principal de "caricias" y reaprendizaje. Cuando esto no es posible, se debe apelar a otros grupos de referencia (terapéuticos, hospital de día o de noche, laborterapia, hogares sustitutivos, etc.)
- 3. Sensaciones:** Si bien no son lo esencial en estos casos, pueden presentarse en forma bizarra en cualquier parte del cuerpo, o interpretarse sensaciones normales en forma delirante.
- 4. Imágenes:** Suelen ser muy intensas y amedrentantes, en forma de alucinaciones, pesadillas, etc. Las técnicas de este Modal deben administrarse con bastante cuidado, dada su repercusión sobre lo afectivo y por ende, las conductas. Puede trabajarse en base al material ofrecido por el paciente, modificando las submodalidades. Por ejemplo, reduciendo el tamaño, el color o el sonido en imágenes perniciosas, y reemplazándolas por otras placenteras, intensas.
- 5. Cognitivo:** En base al mismo diagnóstico de esta categoría, es el Modal más alterado, con ideación y pensamiento delirante. Las intervenciones cognitivas son

apoyadas por la medicación antipsicótica y viceversa. Teóricamente, la reprogramación mental, combinada con intervenciones en todos los Modales, corregirá eventualmente las alteraciones neuroquímicas y las dosis podrán reducirse y al desaparecer los síntomas, suspenderse la medicación.

6. Conductas: Al obedecer a la ideación, suelen estar alteradas severamente, estando indicados diversos grados de control social, desde la internación, hospital de día o de noche, hasta la terapia familiar, rehabilitación social y laboral, etc. El refuerzo conductual es imprescindible y debe ser enseñado a la familia si el paciente continúa interactuando con ella. Muchos pacientes psicóticos no sólo presentan conductas bizarras, sino no se les enseñaron nunca comportamientos imprescindibles para una vida normal (life skills): Manejo de su salud, dieta, tiempo, dinero, preparación de alimentos, capacitación laboral, etc., las cuales deben ser parte del programa terapéutico.

7. Social: Ya nos hemos referido más arriba a la paradoja del ambiente familiar que trastorna al paciente y luego debería mejorarlo. No creemos en la terapia de psicóticos que permanezcan en el seno de su familia si ésta no se aviene a participar del proceso, aunque no es imprescindible exigirles que asuman el rol explícito de "pacientes". Berne dijo que "cuanto más perturbado esté el paciente, más incongruente es la familia que lo educó". Se entiende por "incongruencia" a la divergencia entre lo que las personas dicen, sus tonos de voz y sus conductas físicas. Otro aspecto fundamental es que el paciente (preferiríamos llamarlo "cliente" por mayor respeto humanístico), depende legal y económicamente de sus parientes, que si inconscientemente necesitaron que se psicotice, habitualmente van a resistir los cambios del sistema. Uno de mis primeros maestros, el Dr. Enrique Pichon Rivière, ya en los años 50 había denominado al paciente identificado como el "chivo emisario" de la familia. Sabiendo que el verdadero "paciente" es todo el sistema familiar, el terapeuta de psicóticos se ve enfrentado a estos dilemas. Sus propios valores y salud mental serán desafiados en estos tratamientos, pero como la madre de un psicótico internado nos dijo "Todos somos víctimas de víctimas"... y esto genera el imprescindible monto de compasión en el profesional.

El Perfil multimodal de los trastornos somatomorfos y psicofisiológicos

Hemos agregado al grupo de trastornos somatomorfos del DSM IV, a los llamados psicofisiológicos (anteriormente, psicósomáticos) por presentar también síntomas predominantemente en el área corporal.

Antes deseamos diferenciar tres tipos de trastornos, que suelen confundirse cuando su descripción es imprecisa y diferenciarlos claramente para los estudiantes de la carrera.

Trastornos de conversión (antes llamados histéricos): Las alteraciones son sensoriales o motoras (Modales: Sensaciones y Conductas).

Los síntomas tienen una intención de comunicación que reemplaza a la expresión auténtica de emociones o pensamientos. La personalidad de base suele ser demostrativa y depende mucho de la atención ajena. Una de las técnicas de cambio consiste en comunicarse con este tipo de personas sin luz, con lo cual se elimina el canal visual del que dependen y se activa el auditivo.

La focalización, propuesta por Gendlin, "pone distancia" con la sensación de conversión y le pide que genere una imagen, sobre la cual se trabaja luego.

Hipocondría: Como algunos otros términos de la psiquiatría tradicional, es impreciso. El Modal que interviene es el Cognitivo, con ideas de temor a estar enfermo, aprendidas generalmente en su infancia, pero pueden ser también producidas o reforzadas iatrogénicamente.

A pesar de la evaluación médica que descarta una enfermedad, el paciente continúa preocupado.

Conviene actuar sobre las imágenes, casi siempre inconcientes, que "alimentan" a las ideas "hipocondríacas" indagar sobre las transacciones con los familiares sobre el cuerpo y las enfermedades, estudiar la intención positiva de la afección y las ventajas secundarias y sociales que provee.

Afecciones psicofisiológicas (psicosomáticas): Aunque no estén explícitamente incluidas en el DSM IV, es importante diferenciarlas de los dos cuadros anteriores.

Aquí hay alteraciones de los diferentes sistemas u órganos: Respiratorio, circulatorio, digestivo, etc., producidas por excesivo stress, que desencadena una tendencia genética. Los hábitos malsanos de vida coadyuvan en estos procesos. En la práctica, los clínicos y los especialistas no suelen derivar estos enfermos a psicoterapia, limitándose a un apoyo y a la receta de tranquilizantes.

Lo ideal sería que estos médicos reciban formación en psicoterapias breves, relajación e hipnosis, y que agreguen estos recursos a su "armamentarium" terapéutico. No sería posible, aunque confiaran en la psicoterapia, que la recomienden para todos estos pacientes, que representan un elevado porcentaje de la población (10-30%).

RESUMEN LOS TRES CUADROS EN EL PERFIL MULTIMODAL

1. **Biológico:** Alteraciones funcionales u orgánicas en los trastornos psicofisiológicos solamente. Estas requieren tratamiento médico o quirúrgico combinado con psicoterapia.
2. **Afectivo:** Fallas en la percepción y expresión de emociones auténticas en los 3 cuadros. "Rebusques" de ansiedad y rabia en los psicofisiológicos.
3. **Sensaciones:** Propias de los síntomas de cada afección psicósomática. Percepción aumentada y errónea en la hipocondría. Reemplazo de las emociones auténticas por sensaciones en la conversión, las cuales pueden cesar cuando se produzca la comunicación.
4. **Imágenes:** Varían según el cuadro y el sujeto. Son muy importantes para producir mejoras.

5. **Cognitivo:** Ideas y creencias de estar enfermo, interpretaciones erróneas de los síntomas físicos (Ej.: taquicardia fisiológica como signo de posible infarto).
6. **Represión de determinados pensamientos en la conversión,** especialmente los referidos al sexo y la agresividad.
7. **Conductas:** Mal manejo del stress en los trastornos psicofisiológicos. Expresiones motoras que reemplazan al intercambio social directo en la conversión.
8. **Social:** Ya se explicó el rol de la falta de comunicación en las conversiones. En la hipocondría, los síntomas suelen estar inconcientemente reforzados por los allegados y algunos médicos, que pretenden encontrar la causa de los síntomas, donde otros colegas fallaron... pero serán vencidos por un experto: El hipocondríaco. A esta afección la bautizamos con el nombre de un juego psicológico: "Enfermería San Jaime", por una pieza de jazz tradicional. En las enfermedades psicosomáticas, el paciente es el que "absorbe" los mensajes tóxicos de sus allegados, por lo cual se mantiene en el área del excesivo stress (enfermedades de adaptación según Selye) (ver *El manejo del estrés*, Kertész y Kerman, 1985).

Por razones de espacio, no trazaremos los Perfiles multimodales de los restantes trastornos escritos en el DSM IV.

Tampoco podemos referirnos aquí a la gran cantidad de estrategias y técnicas terapéuticas, propias de cada Modal y de cada "escuela" de psicoterapia, aunque el terapeuta capacitado debe conocer y estar entrenado para aplicar la mayor cantidad y variedad posible.

Finalmente, recordemos que el psicoterapeuta se compromete a un estudio vitalicio de su profesión. Dos horas diarias en promedio es un mínimo.

La bibliografía es vasta y se incrementa cada vez más. Es imprescindible un dominio mínimo del inglés, ya la mayoría emplea este idioma.

También es fundamental el intercambio con pares y supervisores sobre los casos tratados, y el contacto con los maestros de las diferentes escuelas... pero sin transformarlos en gurúes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dryden, W. (1991). *The essential Arnold Lazarus*. Whurr, Londres.
2. Kerman, B. et.al. (2003). *Las nuevas ciencias de la conducta: Aplicaciones en el eercer milenio*. Editorial de la Univ. de Flores, 2ª.ed.
3. Kertész, R. (1985). Tesis de Doctorado en Medicina. Univ.Nacional de Buenos Aires.
3. Kertész, R. y Kerman, B.L. (1985). *El manejo del estrés*. Ippem, Buenos Aires.
4. Kertész, R. y Kerman, C. (1987). *¿Quiere hacer terapia?* Ippem, Buenos Aires.
5. Kertész, R. (compilador). (1988). *Las nuevas ciencias de la conducta*. Ippem, Buenos Aires.
6. Kertész, R. (editor) (1993). *Actas del VII Congreso de ANTAL*.

7. Kertész, R., Atalaya, C. y Kertész, A. (2003). *Análisis transaccional integrado*. 2ª. Ed. de la Universidad de Flores.
6. Lazarus, A. A. (1983). *Terapia multimodal*. Ippem, Buenos Aires.
7. Lazarus, A. A. (1997). *Brief but comprehensive psychotherapy: The multimodal way*. Springer, Nueva York.
8. Lazarus, A. A. y Zur, O. (2002). *Dual relationships and psychotherapy*. Springer, Nueva York.
9. (1995). *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson, Barcelona.