



## La Logoterapia: ¿Enriquece el enfoque cognitivo conductual en un caso de trastorno obsesivo-compulsivo de personalidad?



3/29/2008 - Por: Fernando Miralles y Francisco Galvache



### Introducción

Todo intento de restaurar la normalidad en una realidad dañada, presupone un conocimiento previo y suficiente de su naturaleza y de sus virtualidades potenciales y actuales. Cuanto más si la realidad de la que se trata es el ser personal que es el hombre, y el daño que sufre conlleva el trastorno de su personalidad. En consecuencia, detrás de cualquier abordaje psicoterapéutico debería haber un planteamiento antropológico actuando como referente.

Como afirma Frankl, todas las teorías psicoterapéuticas, desde siempre, han tenido, en sus bases, una concepción antropológica de partida; otra cosa es que, hoy por hoy, no pocas de ellas se mantengan implícitas -cuando no ignoradas- en praxis clínicas meramente funcionalistas y ajenas a cualquier marco referencial de tal carácter, y que por tanto, se vean peligrosamente avocadas a recaer en abordajes terapéuticos que, ignorando la integridad del ser humano, se limitan a tratar sus trastornos sin indagar ni actuar más allá de sus dimensiones psíquica y somática.

Este artículo pretende soslayar tal riesgo abordando el tratamiento de un paciente aquejado de un trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo desde la conjunción de dos terapias de acreditada solvencia: la Terapia cognitivo-conductual y la Logoterapia. A continuación trataremos de aproximarnos a sus respectivos enfoques, para indagar el grado de compatibilidad y de complementariedad que, para el caso en cuestión, ofrecen ambas terapias, con el propósito final de elaborar y aplicar una terapia integrada de reestructuración cognitivo-conductual sistémica, presente-pasado-futuro con aportaciones de la logoterapia.

### El enfoque Cognitivo-conductual

El empleo de psicoterapias cognitivo-conductuales ha experimentado un gran auge durante los últimos años, gracias a su adaptabilidad metodológica y técnica, que ofrecen ante los cambios que se producen a lo largo de las sucesivas fases de una patología, y por la versatilidad del arsenal terapéutico que permite, al psicoterapeuta, cambiar de herramientas de trabajo sin necesidad de tener en cuenta una estricta clasificación del trastorno; además, de los índices de eficacia -constatados por diferentes investigaciones- y en relación con los objetivos planteados a

corto, medio y largo plazo, especialmente durante el tratamiento de síndromes de ansiedad, en los que estas terapias alcanzan tasas de recuperación o de franca mejoría que giran en torno al 80% .

En la fundamentación teórica del enfoque cognitivo-conductual cabe apreciar la existencia de cuatro elementos originarios relacionados, todos, con el aprendizaje: lo que se ha dado en llamar el conductismo metodológico de John B. Watson -tomado al margen de las bases teóricas del conductismo watsoniano o radical, y la única de sus aportaciones que conserva la terapia cognitivo-conductual; el Condicionamiento Instrumental o aprendizaje operante de Skinner[1], que relaciona la persistencia o extinción de los comportamientos adquiridos con las consecuencias de los mismos; el aprendizaje social desarrollado por Bandura[2] tras reparar en la importancia crítica de la imitación en los procesos de aprendizaje; y, por último, desde el punto de vista terapéutico, la terapia cognitiva emotiva conductual de Albert Ellis[3] que, desde el establecimiento y estudio de los modelos cognitivos, se aleja del conductismo radical y centra la atención sobre la relación influyente que los pensamientos mantienen con la afectividad.

A partir de tales paradigmas, el enfoque terapéutico cognitivo-conductual se ha ido configurando y enriqueciendo gracias a su apertura a las distintas líneas de investigación que se suceden, e incorporando elementos y desarrollando técnicas procedentes y orientadas por los resultados de las mismas, en la medida en que resultan compatibles con sus planteamiento básicos y suponen un valor añadido en relación con la eficacia. En consecuencia, cabe afirmar que el enfoque cognitivo-conductual es, principalmente, un marco metodológico desde el cual derivan líneas terapéuticas que pueden incluir hipótesis procedentes de otros orígenes siempre y cuando hayan sido suficientemente avaladas científicamente.

De todo lo anterior se deduce que el modelo terapéutico cognitivo-conductual genérico se desarrolla y proyecta para enfrentar los trastornos psíquicos reparando, fundamentalmente, los comportamientos perturbados y las cogniciones distorsionadas para restaurar la normalidad mediante técnicas de reestructuración cognitiva, afectiva y conductual capaces de rectificar los aprendizajes desadaptativos sustituyéndolos por los correctos, al tiempo que se favorece el desarrollo de habilidades generales de adaptación para, por último, ayudarle a modificar comportamientos, normalizar sus respuestas emocionales y sus relaciones sociales.

Una de las críticas que recibe este enfoque señala la frecuente aparición de retrocesos y aún de recaídas, durante y después de finalizado el tratamiento; lo cual sería consecuencia del escaso énfasis en la averiguación exacta de la naturaleza y origen causal del síntoma, es decir: la terapia cognitivo-conductual repararía en el trastorno, sólo lateralmente en la causa e, implícitamente, se movería al margen de la dimensión espiritual o, en términos franklianos, noológica.

## **La Logoterapia**

Como es sabido, la logoterapia es un método de tratamiento psicoterapéutico cuyo fundamento intelectual radica en el análisis existencial en tanto que “intento de una antropología psicoterapéutica”[4]: una antropología que contempla al hombre desde el paradigma que integra las tres dimensiones de su existencia: somática, psíquica y Nooética o espiritual; una antropología, pues, que concibe a la persona en toda la integridad de su ser biológico, psicológico y espiritual, y que, interpelada por su circunstancia vital, ha de ir dando respuestas que implican acciones: sucesión de actos específicamente humanos, es decir: actos voluntarios

con sentido del fin que van conformando su propia realidad existencial, su propia vida: una vida, pues, construida, realizada, a golpe de obras dotadas de sentido, de un sentido que constituye, para el hombre, una necesidad urgente y primordial, a cuya satisfacción está avocado. Estas son, en definitiva, las claves del análisis existencial.

Pero el análisis existencial es también una realidad dinámica, un proceso a través del cual la persona llega a tomar conciencia de su existencialidad, de la cualidad o modo específico del ser del hombre: un ser libre porque es capaz de aprehender su realidad y la realidad también del otro y de cuanto le circunda (libertad ontológica); de elegir entre lo conocido (libertad psicológica) y de hacerlo con sentido, orientado por valores cuya realización implica su propia realización personal (libertad moral)[5]. Por todo ello, porque es libre, el hombre es responsable: capaz de dar cuenta de su ser y de su obrar, ante sí mismo y ante los demás, y obligado a hacerlo. Un ser, en suma, convocado a la coherencia y, por tanto, urgido -como ya apuntara Maslow, por la necesidad de encuentro con el sentido de su propia vida: con su voluntad de sentido, esa fuerza motivadora cuya ausencia o pérdida le conduciría a la frustración, al vacío existencial, fuertemente neurotizante, que abre el portón del extravío, del miedo, de la angustia, de la soledad profunda de quien llega a pensar que el vivir no tiene objeto, que nada vale nada - ni siquiera él- que, por otra parte, a nadie importa.

Desde esta concepción antropológica, la logoterapia contempla la situación del hombre doliente de todo tiempo que debe reconocer la búsqueda de la voluntad de sentido como la más profunda tarea existencial a la que debe entregarse. Frankl, en línea con Max Scheler, ve en el hombre una naturaleza abierta al mundo, al mundo de las cosas y al mundo de las personas “a un mundo de sentidos y de valores (...) que son <> que mueven a los hombres a actuar de un modo u otro”[6]. Un ser, por tanto, cuyo significado estriba “en estar preparado y ordenado hacia algo o alguien,”[7] a lo que quiere entregarse, hacia lo que su libre voluntad se determina y de lo que, en la medida que fuere, depende su realización personal. Así, pues, a través de la entrega, el hombre se trasciende a sí mismo, ejerce su capacidad de Autotrascendencia, se liga, se hace dependiente, actualizar su libertad porque, como explicara Gustave Thibon, ser libre es ser capaz de depender de lo que se ama.

Pero la apertura del hombre también lo es hacia sí mismo, su libertad también le hace capaz de distanciarse de tomar distancia de sí, de autodistanciarse: de contemplarse en su circunstancia concreta, física y psicológica y de adoptar, libremente, una actitud ante ella.

La movilización de esta capacidad de Autodistanciamiento es el objeto de la Intención paradójica, técnica logoterápica que se funda en la fuerte carga terapéutica del sentido del humor -que ya apreciara Allport- ante la ansiedad de espera, y en la medida que logra que la persona logra, así, distanciarse de ella; es decir: movilizándolo la capacidad de Autodistanciamiento, se abriría la posibilidad de romper el círculo vicioso del pensamiento obsesivo realimentado por la autoobservación ansiosa, mediante la derreflexión.

En definitiva, la Intención paradójica se dirige a aplicar y dinamizar recursos de la persona que solo cabe hallar en el ámbito de los fenómenos estrictamente humanos, es decir en el ámbito nooético.

Desde esta perspectiva, la logoterapia está indicada como terapia específica de las neurosis noógenas, (un 20% del total de las neurosis); mientras que, en relación con aquellas otras en las que el factor patógeno es de índole psíquica o somática, como terapia no específica de acreditado valor.

Considerando ambas aproximaciones en relación con el propósito enunciado, en nuestra opinión

resulta manifiesto un alto grado de compatibilidad que permite diseñar una terapia combinada en la que el esfuerzo básico de reconstrucción recaería en el enfoque cognitivo-conductual, siendo reforzado este por logoterapia aplicada de forma combinada a lo largo del tratamiento.

### **Terapia propuesta**

La terapia por pasos que proponemos, se basa en una terapia por pasos cognitivo-conductual (en color negro) con las aportaciones realizadas por la logoterapia (en color naranja).

#### **Paso N° 0:**

##### **ENCUENTRO:**

Se realiza el encuentro atendiendo a las exigencias propias de las dinámicas terapéuticas cognitivo-conductuales y logoterápicas; logrando establecer:

- Las expectativas del paciente.
- Su nivel motivacional ante el tratamiento.
- El grado de empatía necesario (conexión empática).
- El clima de confianza suficiente.

#### **Paso N°1:**

El paciente describe, por escrito, sus problemas en un documento, del que se elaboran:

- Resumen.
- Esquema.

Se pasan al paciente las siguientes pruebas específicas:

-ESCALA EXISTENCIAL DE A. LANGLE Y C. ORGLER (1991), para evaluar sus capacidades de:

- Autodistanciamiento.
- Autotrascendencia.
- Las relacionadas con el binomio libertad-responsabilidad.

-PIL DE CRUMBBAUGH Y MAHOLICK (1969/1981), para evaluar sus niveles:

- De voluntad de sentido.
- De frustración existencial.

#### **Paso n°2:**

El paciente lee, en voz alta, el documento descriptivo de sus problemas.

#### **Paso n° 3:**

El psicoterapeuta toma notas al margen del documento para elaborar el mapa cognitivo y procesa los resultados obtenidos en los tests.

#### **Paso n°4:**

Elaboración del mapa cognitivo teniendo en cuenta que los esquemas recientes son los más importantes.

Análisis y valoración de los resultados obtenidos en los tests.

#### **Paso n°5:**

Se invita al paciente a recordar, con gran detalle, un acontecimiento reciente en el que se activó el esquema, haciendo gran énfasis en que el paciente relacione su conducta con las consecuencias.

Objetivo importante: Atención sostenida entre cognición y emoción.

Se orienta al paciente sobre el concepto de intención paradójica y se le ayuda a formular una en

relación con su problema.

**Paso nº6:**

Se le sugiere:

- modular (con la imagen) su modo de pensar e intentar cambiar su conducta.
- orientar al paciente hacia una actuación distinta.
- observar nuevas consecuencias positivas.

Se le explica e instruye:

- en la técnica de Derreflexión frente a la autoobservación obsesiva, y se le orienta en la elaboración de estrategias adecuadas al caso.

**Paso nº 7:**

En consulta:

- ensayo en cambio de roles.
- profundizar en el análisis existencial, orientando al paciente en relación con sus valores, haciendo hincapié en el binomio libertad-responsabilidad.

**Paso nº 8:**

En domicilio, y de forma situacional, el paciente debe:

- practicar lo especificado en los pasos 5, 6 y 7
- la intención paradójica y la derreflexión

**Paso nº 9:**

El paciente cuenta experiencias y reestructuramos su cognición en la relación con los demás

Insistir, desde el análisis existencial, en el reforzamiento de la voluntad de sentido y en las habilidades de respuesta a través de la derreflexión y la intención paradójica

**Paso nº10:**

Cambio de jerarquización de los problemas por importancia y dificultad.

**Paso nº11:**

Al cambiar el paciente, realizamos con él un nuevo mapa cognitivo.

Retests como control del cambio.

**Paso nº12:**

Al terminar con último ítem de presente-pasado, empezamos a trabajar con nuevos escenarios (futuro).

“Importante este paso en la prevención de recaídas”

**Conclusión**

Después de estudiar la compatibilidad y viabilidad de elaborar una terapia combinada a partir de ambas corrientes psicológicas, podemos afirmar, que la terapia resultante, ofrece ventajas ciertas en tanto que permite contemplar al paciente y a su trastorno desde una perspectiva más completa, al tiempo que proporcionar al psicoterapeuta un arsenal terapéutico que le permitirá intervenir de forma integral e intensa en el paciente y su dolencia, con el probable resultado de imprimir más rapidez al proceso de restablecimiento, evitar los retrocesos y, tras la superación de su trastorno, reducir la probabilidad de recaídas a medio y corto plazo.

**Referencias**

[1] Cfr. SKINNER, B. F. Ciencia y conducta humana, Fontanella, Barcelona, 1977.

[2] BANDURA, A. Social learning theory, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J., 1977.

[3] ELLIS, A. The Essence of Rational Emotive Behavior Therapy, Ph D. (Revisado, mayo 1994).  
Cfr. Obst Camerini, Albert Ellis: La terapia Racional Emotivo Conductual //www.catrec.org/index.htm/

[4] FRANKL V., Logoterapia y análisis existencial, Barcelona, Herder, 1994, p. 63

[5] Cfr. MILLÁN PUELLES, Léxico filosófico, Rialp, Madrid, 1984.

[6] FRANKL, La voluntad de sentido, Herder, Barcelona, 1988, P.156.

[7] Frankl, V., p. 140-141.



Imprimir