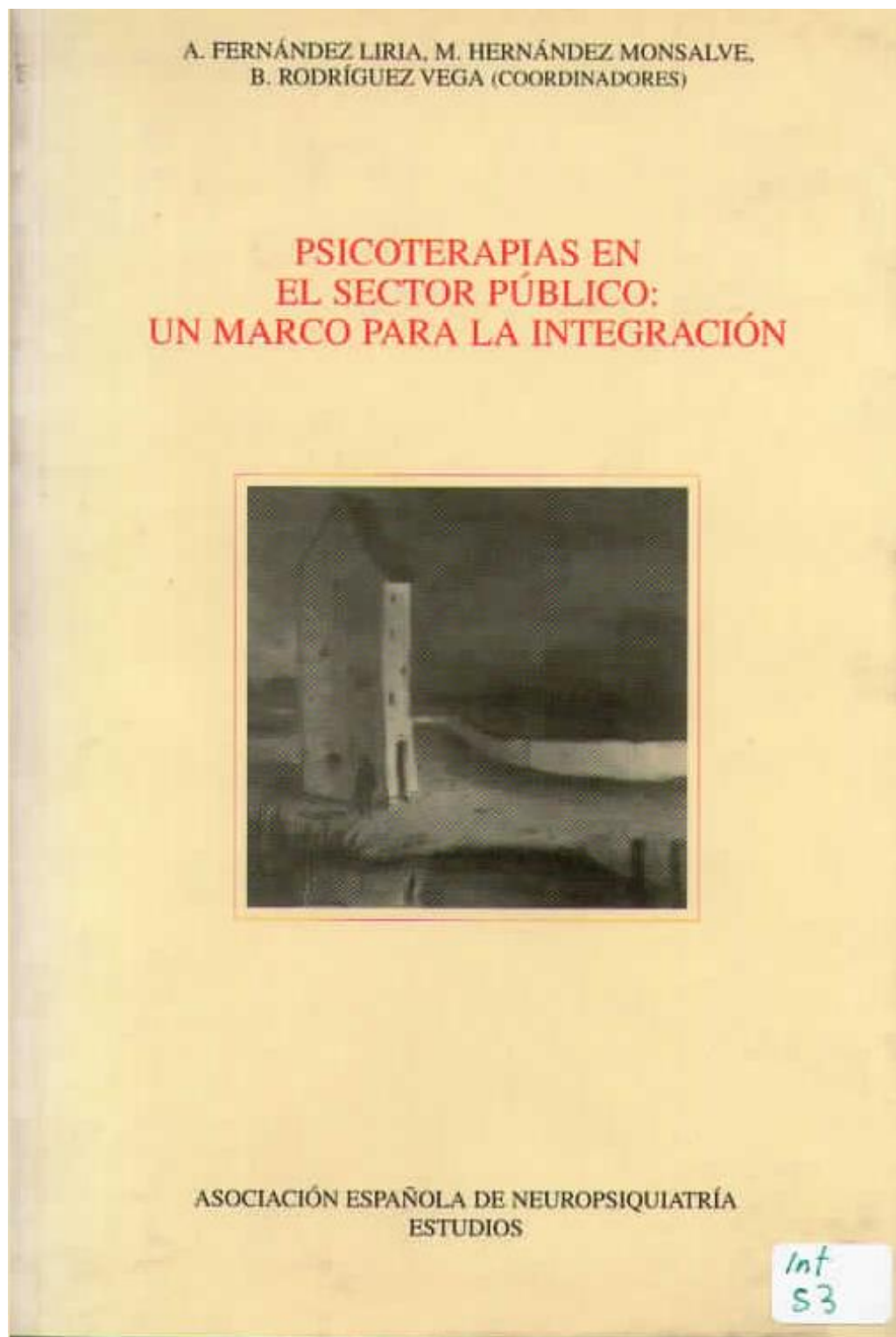


**Publicado como:**  
Fernández Liria A, Hernández Monsalve M, Rodríguez Vega B(coords). Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración. Madrid: AEN 1997. Madrid: AEN 1997



# **Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración**

**Alberto Fernández Liria, Mariano Hernández Monsalve, Beatriz Rodríguez Vega (coords)**

**Publicado como:**

Fernández Liria A, Hernández Monsalve M, Rodríguez Vega B(coords). Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración. Madrid: AEN 1997. Madrid: AEN 1997

PORTADA:

## **1ª de cubierta**

Título:

**Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración**

Coordinadores:

**Alberto Fernández Liria, Mariano Hernández Monsalve, Beatriz Rodríguez Vega (coords)**

\*\*\*

## **4ª de cubierta**

### **Colaboran**

Margarita Alcamí Pertejo  
Teresa Benito Cano  
María Dieguez Porres  
Alberto Fernández Liria  
Carlos González Juárez  
Nieves González Suárez  
Ester Gómez Rodríguez  
Mariano Hernández Monsalve  
María Luz Ibáñez Indurria  
Josefina Mas Hesse  
Nuria Morales Hevia  
Pilar Moreno Raimundo  
José Francisco Montilla García  
Guillermo Rendueles Olmedo  
Beatriz Rodríguez Vega

\*\*\*

## **lomo**

**Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración**

# ÍNDICE

## PRÓLOGO:

## AGRADECIMIENTOS:

## CAPÍTULO 1: LA PERSPECTIVA INTEGRADORA EN PSICOTERAPIA: UNA REFLEXIÓN DESDE LA PRÁCTICA PÚBLICA.

Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega

### 1.- CONCEPTOS GENERALES

#### 1.1. DEFINICIONES DE PSICOTERAPIA

#### 1.2. EL ESTATUTO EPISTEMOLÓGICO DE LA PSICOTERAPIA

#### 1.3. ESPECIFICIDAD E INTEGRACIÓN

##### **especificidad y psicoterapia**

psicoterapia psicodinámica

modificación de conducta

terapias cognitivas

terapias sistémicas

psicoterapia interpersonal

##### **psicoterapia e integración**

eclecticismo técnico

factores comunes

integración teórica

integración con teoría e investigación

### 2.- LA PSICOTERAPIA COMO PROCESO

#### 2.1. FASE DE INDICACIÓN

#### 2.2. FASES INICIALES

#### 2.3. FASES INTERMEDIAS

##### A) DEFINICIÓN DE PAUTAS DISFUNCIONALES

##### 1. PROPUESTAS ESPECÍFICAS

###### 1.1. En clave psicodinámica

1.1.1. David Malan

1.1.2. Habib Davanloo

1.1.3. Lester Luborsky

1.1.4. Strupp y Binder

###### 1.2. En clave cognitiva

1.2.1. Aaron T Beck

1.2.2. Albert Ellis

###### 1.3. En clave conductual

1.3.1. Burrhus F Skinner

1.3.2. Joseph Wolpe

1.3.3. Albert Bandura

###### 1.4. En clave sistémica

1.4.1. Waltzlawick, Weakland y Fish

1.4.2. Mara Selvini

###### 1.5. En clave existencial

1.5.1. Irvin Yalom

##### 2. PROPUESTAS ECLÉCTICAS

2.1. Arnold A Lazarus

- 2.2. Larry E Beutler
- 3. PROPUESTAS DE INTEGRACIÓN
  - 3.1 CON FOCO A CONSTRUIR
    - 3.1.1. Paul L Wachtel
    - 3.1.2. Mardi J Horowitz
    - 3.1.3. Anthony Ryle
  - 3.2. CON FOCO PREFIJADO
    - 3.2.1 Gerald Klerman
    - 3.2.2 Budman y Gurman

#### B) PROPICIACIÓN DEL CAMBIO

- Tipos de cambio
- Mecanismos de cambio
- El proceso de cambio

#### FASES FINALES

#### 3.- COMENTARIOS FINALES

### **CAPÍTULO 2: TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA PSICOTERAPIA EN LA ATENCIÓN PÚBLICA A LA SALUD MENTAL: RESULTADOS DE UN GRUPO DE CONSENSO.**

Alberto Fernández Liria, Mariano Hernández Monsalve, Beatriz rodriguezs Vega,  
Teresa Benito Cano, Josefina Mas Hesse

- 1.- INTRODUCCIÓN
- 2.- MATERIAL Y MÉTODO
- 3.- RESULTADOS

Definición y conceptos generales

Fase de indicación

Fases iniciales

Fases intermedias

Fases finales

- 4.- COMENTARIO FINAL

### **CAPÍTULO 3: INTEGRACIÓN DE PSICOTERAPIAS EN UN HOSPITAL DE DÍA: VALORACIÓN DE TRATAMIENTOS.**

Josefina Mas Hesse

- 1.- INTRODUCCIÓN
- 2.- MATERIAL Y MÉTODO
  - Entrevista a pacientes
  - Entrevista a terapeutas
- 3.- VALORACIÓN DE ACTIVIDADES POR LOS PACIENTES
- 4.- VALORACIÓN POR LOS PACIENTES DE LOS FACTORES TERAPÉUTICOS EN EL GRUPO TERAPÉUTICO
- 5.- VALORACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS POR LOS TERAPEUTAS
- 6.- CONCORDANCIA
- 7.- DISCUSIÓN
- 8.- CONCLUSIONES

### **CAPÍTULO 4: PSICOTERAPIA DE GRUPO EN LA UNIDAD DE AGUDOS**

Enrique García Bernardo

- 1.- UN BREVE RECUERDO HISTÓRICO

- 2.- ALGUNAS BASES TEÓRICAS
  - NEUROSIS VERSUS PSICOSIS
  - PSICÓGENO VERSUS DESCONOCIDO
  - CONFLICTO VERSUS DEFICIT
- 3.- CONSIDERACIONES TÉCNICAS
  - CULTURA GRUPAL
  - YO AUXILIAR
  - NATURALEZA DE LAS INTERVENCIONES
  - TRANSFERENCIA
  - CONTRATRANSFERENCIA
  - REUNIÓN POSTERIOR
  - DINÁMICA GRUPAL
- 4.- CONSIDERACIONES FINALES

**CAPÍTULO 5: EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LA PSICOTERAPIA DE GRUPO EN UN ÁMBITO AMBULATORIO Y PÚBLICO (COMUNITARIO) SEGÚN INDICADORES DE "CONSUMO ASISTENCIAL" (5 AÑOS)**

José Francisco Montilla García, Maaría Luz Ibañez Indurria, Carlos González Juarez, Pilar Moreno Raimundo, Margarita Alcamí Pertejo, Ester Gómez Rodriguez

- 1.- INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO
- 2.- MATERIAL Y MÉTODOS
  - CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS MUESTRAS
  - MUESTRAS OBTENIDAS Y SEGREGADAS
  - COMPARACIONES ENTRE LAS MUESTRAS
  - INDICADORES Y CARACTERÍSTICAS
- 3.- RESULTADOS
  - 1. comparación de muestreas globales
  - 2. comparación muestra glbal de Leganés/submuestra tratada de Getafe
  - 3. comparación submuestras del global de Getafe
  - 4. comparación de dos submuestras de getafe (con y sin consumo asistencial)
- 4.- CONCLUSIONES FINALES Y PROPUESTAS

**CAPÍTULO 6: TERAPIA INTERPERSONAL DE LA DEPRESIÓN: UN MODELO DE PSICOTERAPIA PARA EL SECTOR PÚBLICO**

María Dieguez Porres, Nuria Morales Hevia, Nieves González Suárez

- 1.- INTRODUCCIÓN
- 2.- ¿QUE ES LA TERAPIA INTERPERSONAL?
  - DEFINICIÓN Y FUNDAMENTOS TEÓRICO Y EMPÍRICO
  - EFICACIA DE LA TERAPIA INTERPERSONAL
  - CARACTEÍSTICAS DE LA TIP
  - OBJETIVOS Y TAREAS
    - Actitud terapéutica
    - técnicas
    - estrategias
  - LA TIP EN ESPAÑA Y EN EUROPA
- 3.- LA PRÁCTICA DE LA TIP EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL
  - CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES
  - RESULTADOS
- 4.- CONCLUSIONES

**CAPÍTULO 7: PSICOTERAPIAS EN EL ESTADO**

Guillermo Rendueles Olmedo

- 1.- GENEALOGÍA DE LAS PRÁCTICAS PSICOTERAPÉUTICAS EN EL ESTADO
- 2.- AMORALISMO Y TERAPEUTISMO
- 3.- EL DESEO DE TERAPIA
- 4.- EL MARCO PSICOTERAPÉUTICO DE LA MODERNIDAD
- 5.- TERAPEUTA-FUNCIONARIO, PACIENTE-USUARIO
- 6.- ÉTICA O LEGALIDAD
- 7.- MALESTARES DE IDA Y VUELTA

## PRÓLOGO

Cuando se habla de psicoterapias en el sector público suele transcurrir poco tiempo antes de que alguien diga que lo que en este se practican no son *realmente* psicoterapias porque la psicoterapia *en realidad* es lo que se practica en otro sitio y en el sector público no hay lugar para llevarla a cabo. Nosotros queremos invertir esta tesis. Queremos suponer que la psicoterapia es *en realidad* lo que se practica en el sector público y que lo que necesitamos son instrumentos para, primero, recomocer y, después, entender esa *psicoterapia realmente existente*. No nos valen como contraargumento los ejemplos de prácticas muy insatisfactorias que a veces se realizan en algunos servicios porque también se realizan a veces (en el sector público y en el privado) prácticas muy insatisfactorias de uso de psicofármacos y, probablemente, ante eso, nadie sostendría que en el sector público (o en el privado) no se hace *verdadera* farmacoterapia sino que en el servicio de referencia la farmacoterapia se practica con una escasa garantía de calidad. Y no sabemos por qué con la psicoterapia tendríamos que tener una posición diferente.

La tradición de la AEN de dedicar la parte central de cada uno sus congresos a ponencias aprobadas en asamblea prácticamente desde el congreso anterior (que se inició en 1980) ha tenido la virtud de servir para organizar el trabajo de grupos de profesionales que, de otro modo, probablemente no hubieran dedicado sus esfuerzos, al menos no durante tanto tiempo, a una tarea conjunta. Este ha sido también nuestro caso.

El interés de los autores de esta ponencia por las psicoterapias en el sector público no es, desde luego, nuevo y, en todos, resulta de y se combina con su practica. Pero el encargo de la ponencia nos ha constituido en grupo de trabajo y ha centrado un interés conjunto, durante tres años. En el transcurso de estos - como ha sucedido en ponencias anteriores - hemos abandonado líneas de trabajo que, al principio parecieron fructíferas, hemos seguido pistas que nos sorprendieron en el trascurso de la tarea y, sobre todo, hemos descubierto un largo camino aún



por recorrer. El texto que sigue ni ha podido ni pretende dar una panorámica de ese proceso. Puede, en todo caso, proporcionar una aproximación impresionista a un paisaje y debe entenderse más como una invitación que como una guía para recorrer ese camino aún pendiente.

El **capítulo 1**, que abre el trabajo porque nos ha parecido más conveniente para la exposición, es, en realidad, algo así como la discusión del capítulo 2. En él se pretende revisar el estado de la cuestión de la integración, situar en el panorama general el trabajo del grupo de consenso que se expone en el capítulo 2, criticar algunos mitos que se han constituido en obstáculo para nuestra reflexión y esbozar la dirección de algunas líneas de trabajo. Sobre todo en algunos apartados (como el dedicado a la definición de pautas disfuncionales durante las fases intermedias), se ha sacrificado la amenidad en aras de la sistematicidad de la revisión y de lo que nos parecía el interés de recopilar información que no está disponible en castellano. Se trata de partes prescindibles para seguir lo que el capítulo tiene de exposición de una tesis. Creemos que el índice permitirá su utilización como material de consulta.

El **capítulo 2** recoge el trabajo de un grupo de consenso dedicado a hacer un especie de inventario de intervenciones que decidimos calificar como *psicoterapéuticas* en el trabajo en el sector público de sus componentes. Representa un intento de definir y dar cuenta del funcionamiento de lo que antes denominábamos *psicoterapia realmente existente*. El grupo se ha desarrollado a lo largo de tres años y el capítulo no pretende dar cuenta de sus discusiones sino sólo de sus acuerdos. Si a alguien le fuera de la décima parte de utilidad de la que nos ha sido a los participantes, habría cumplido de sobra su misión. El grado de acuerdo es desigual entre los diferentes apartados y esto se refleja en el texto que, en ocasiones, es, por su naturaleza, esquemático y poco *literario*.

En el **capítulo 3** Josefina Mas presenta un trabajo de investigación llevado a cabo en el marco de un hospital de día en el que se practica la psicoterapia con pacientes graves. Describe

para ello la institución e investiga posteriormente el papel atribuido por pacientes y terapeutas a diferentes actividades y factores terapéuticos.

En el **capítulo 4** Enrique García Bernardo da cuenta de su experiencia como terapeuta de grupo en unidades de hospitalización (que antes lo había sido de hospital de día) y de los fundamentos de las mismas.

El **capítulo 5** recoge un trabajo en el que se comparan los resultados a largo plazo (en términos de utilización de servicios) obtenidos en dos centros de salud mental uno de los cuales utilizaba la psicoterapia de grupo como primera elección. Nos parece que sus conclusiones deberán ser tenidas en cuenta para la organización del trabajo en los centros de salud mental comunitaria.

El **capítulo 6** presenta una modalidad de intervención pensada para un trastorno concreto (terapia interpersonal de la depresión) que ha tenido una gran difusión en los Estados Unidos de América, y algunas reflexiones sobre su aplicación en un centro público en Madrid.

En el **capítulo 7** Guillermo Rendueles expone los motivos (bien diferentes de las, mas que motivos, coartadas, a que nos referíamos en el primer párrafo) por los que, en desacuerdo - y en sano debate - con el resto de los ponentes, cuestiona la legitimidad (y la posibilidad) de la práctica psicoterapéutica en el sector público.

Con todo ello seguramente no tenemos un mapa de la utilización de la psicoterapia en el sector público español. Pero creemos que sí disponemos de una buena colección de ilustraciones para mostrar lo que hay.

Alberto Fernández Liria, Mariano Hernández Monsalve, Beatriz Rodríguez Vega

Diciembre de 1996

## **AGRADECIMIENTO**

Los coordinadores del trabajo cuyo resultado final es esta ponencia no hemos sido capaces de sacar adelante todas las tareas que en un principio propugnamos. Un buen número de personas participaron en algunas de estas tareas inconclusas y dejaron en quienes las compartimos con ellos ideas y aportaciones que nos han sido de provecho. De los que participaron en los grupos iniciales hay que mencionar a Marifé Bravo, Antonio Dieguez, José Antonio Escudero Nafs, Cristina Polo, Fernando Ripoll y José Antonio Soto.

El trabajo de campo llevado a cabo en el hospital de día de Leganés (capítulo 3) ha sido posible gracias a la colaboración de: Cristina del Alamo, Ivan de la Mata, Claudio Camps, Esther Pérez, Ana González, Ana Moreno, Nuria Ponte, Miguel A. González, Miguel Martínez, M<sup>a</sup> Jesús Alvarez, Anabel Yagüe, Alicia Messegue, Mar Diez del Corral y Nieves González, que realizaron las trabajosas entrevistas de las que se obtuvieron los datos.

En las sucesivas versiones del trabajo con terapia interpersonal de la depresión han participado, además de los firmantes, Carmen Carrascosa -que ha realizado el poco agradecido trabajo de evaluador *ciego*- y Francisco González. Ese trabajo no hubiera sido posible sin la tolerancia y el buen hacer de Mikel Castañeda.

Un trabajo aún incluso sobre percepción de factores terapéuticos en servicios comunitarios de salud mental se ha nutrido del trabajo sobre el terreno de: Cristina del Alamo, Josefa García, Carmen Villanueva e Isabel García (Parla), M<sup>a</sup> Jesús Alvarez (Leganés), Guillermo Larrz, Pilar Moreno, Juan González, Blanca Carrión, M<sup>a</sup> Luz Ibañez y Rosario Hernández (Getafe), Nieves González, Lali Jaen, Milkel Castañeda, Eloy Martín y José Antonio Soto (Alcalá).

Por fin Carmen Torralba ha sido de ayuda incalculable para centralizar información, ordenar los manuscritos y contener a alguno de los coordinadores.

A todos ellos nuestro agradecimiento.



# **LA PERSPECTIVA INTEGRADORA EN PSICOTERAPIA**

## **Una reflexión desde la práctica pública**

Alberto Fernández Liria\*  
Beatriz Rodríguez Vega\*\*

\* Psiquiatra. Universidad de Alcalá (Madrid). Coordinador de Salud Mental del area 3 de Madrid

\*\* Psiquiatra. Universidad Autónoma de Madrid. Hospital La Paz. Servicios de Salud Mental de Alcobendas (Madrid)

## 1.- CONCEPTOS GENERALES

La psicoterapia es una práctica social que cobra sentido y obtiene su lugar en unas condiciones sociales determinadas. Estas condiciones presuponen un concepto del individuo y de lo que es deseable y legítimo para él y determinan que es lo que debe esperarse de la psicoterapia. La práctica de la psicoterapia, por otro lado, refleja y resume los valores de la sociedad en la que ocurre. Así, las condiciones luego sacralizadas de la cura tipo psicoanalítica refieren a la sociedad burguesa de la Viena de principios de siglo como la modificación de conducta al individualismo pragmatista americano del momento de su irresistible ascensión o la terapia sistémica a la época del hundimiento de mitos y valores cuyo colofón se conoció brevemente como postmodernidad.

En su breve pero diversificada historia, las distintas y rivales escuelas psicoterapéuticas han compartido algunas características. En primer lugar la psicoterapia se ha establecido como práctica *privada* sobre un modelo de contrato socialmente establecido para el ejercicio de las profesiones liberales (se trate de la medicina o de otras relaciones con expertos en las que a veces los psicólogos han querido buscar una identidad alternativa).

En segundo lugar a la práctica de la psicoterapia se le ha asignado la función (a veces no *adicional* sino *primordial*) de tener que **dar la razón** a la teoría psicológica de la que se suponía que era *aplicación* y a la que debía servir de *banco de pruebas*. En una terrible transgresión del rigor epistemológico mínimo exigible y, aún, de la lógica formal, la superioridad de la desensibilización sobre interpretación en la extinción del comportamiento de evitación demostraría que conceptos como *inconsciente* son *acientíficos*, sino *falsos*, del mismo modo que - alternativamente - la rememoración de una procelosa historia de adquisición del control de esfínteres por un paciente obsesivo haría evidente que una curación basada en la remoción del síntoma, sin haber logrado cambios sustanciales en la estructura profunda de la personalidad,

habrá de ser efímera por fuerza

Como sucede a menudo con lo evidente, muchas veces, estas circunstancias (de relatividad del contexto de la práctica y relación con la teoría) no han sido advertidas, y menos analizadas, por quienes han reflexionado sobre la psicoterapia y han entrado a ser acriticamente consideradas como algo *connatural* a esta práctica. Cuando alguien ha reparado en su carácter accidental ha sido, generalmente, para sacralizarlas y defender a la psicoterapia del riesgo de perder la libertad que emana del libre contrato, o la seguridad que se deriva de saber que al actuar con nuestros pacientes lo hacemos según las exigencias de una doctrina que sabemos la única *verdadera*.

Los autores de este trabajo hemos practicado la psicoterapia en ausencia de estas dos circunstancias (*libre* contrato y entusiasmo doctrinal). Y estamos convencidos de que nuestra perspectiva ha ganado con semejante pérdida

La clínica en el sector público impone algunas condiciones. En primer lugar obliga a atender el espectro completo de trastornos que se producen en la comunidad a la que se presta servicio. El clínico que trabaja en el sector público no puede *seleccionar* pacientes de acuerdo con sus características personales - las del terapeuta. Por ello le resulta relativamente poco útil saber cuales son los pacientes sobre los que la técnica que utiliza obtiene mejores resultados (eufemísticamente recogidos bajo el epígrafe de *indicaciones* en los correspondientes manuales). Su pregunta no es ¿Sobre que pacientes puedo actuar de modo mas eficaz con esta técnica concreta? sino ¿Con que técnica puedo conseguir mejores - o menos malos - resultados sobre este paciente concreto? No se trata sólo de conocer las indicaciones postuladas para cada técnica por los autores de las diversas escuelas porque, en realidad, las indicaciones de la mayor parte de ellas coinciden entre sí y, dicho sea de paso, con las de buen pronóstico de los trastornos dejados a su libre evolución. Así Sims (1) señala la *indicación de psicoterapia* - precisamente por los

criterios de selección - como uno de predictores de curso favorable para los trastornos mentales comunes.

Además el trabajo en el sector público impone una consideración de la *eficiencia* (relación coste/beneficio) y, aun, de la *eficiencia relativa* (respecto a otras posibles alternativas de tratamiento) donde en la práctica liberal se plantea la cuestión harto mas simple de si el cliente puede costearse (o soportar) la opción de tratamiento que se le oferta. La reciente sentencia de un tribunal americano en el que se condenó a un terapeuta que había tratado una psicosis afectiva con psicoterapia psicoanalítica (en lugar de litio) marca, en cualquier caso la fórmula liberal para encarar este problema en la cuna del liberalismo al fin del periodo de liberal optimismo que terminó con el mandato de Bush.

En definitiva, el sector público implica unas condiciones **diferentes** de las habituales en la práctica privada (en la que se han generado casi la totalidad de las propuestas y reflexiones sobre la psicoterapia). Por ello el trabajo en este marco ha sido vivido por los terapeutas frecuentemente como resultante de un proceso de **adaptación** del que resultaría un especie de *versión para pobres*, una derivación bastarda de las *verdaderas* intervenciones psicoterapeuticas desarrolladas en la práctica privada (allí se hace psicoterapia, en la pública se hace *lo que se puede*). En desacuerdo con este punto de vista creemos que las condiciones de la práctica pública son distintas, lo que no significa que sean necesariamente peores siempre. Estas condiciones han servido de banco de pruebas para propuestas que habían sido como cultivadas en semillero - en la práctica privada - para favorecer un desarrollo temprano, pero estaban pendientes de la demostración de su viabilidad en el terreno real de la clínica de todos los días. Esta prueba de fuego puede servir para confrontar hipótesis o mitos hasta entonces no puestas a prueba, para seleccionar lo mejor de cada propuesta y desechar lo sobrante.

Esta tarea requiere una reflexión específica. Otro trabajo que se recoge en este mismo



volumen (2) y este texto (que en buena medida representa un desarrollo de esa reflexión colectiva) pretenden avanzar en esa línea.

## **DEFINICIONES DE PSICOTERAPIA**

Es relativamente poco frecuente que quienes piensan o escriben sobre psicoterapia se preocupen por proponer una definición general de la misma. No es tan extraño. Pocos libros de medicina o de biología proponen ni siquiera una definición de enfermedad o de ser vivo. El problema en nuestro caso es que el término *psicoterapia* se aplica actualmente a prácticas muy diferentes, llevadas a cabo por agentes distintos y con propósitos diversos. Por ello revisaremos algunas definiciones (la mayor parte de ellas seleccionadas por Mahoney (3) de las propuestas por 81 expertos (4) antes de intentar delimitar con la nuestra el campo al que vamos a referirnos en este trabajo.

Las definiciones lo suficientemente extensas como para incluir la gama completa de intervenciones que reclaman el nombre de psicoterapia tienen el inconveniente, de ser poco específicas y de extenderse sobre el terreno poco claro del *crecimiento personal* o la búsqueda de experiencias. Un excelente ejemplo de este tipo de definición es la propuesta por Judd Marmor

*Psicoterapia es un proceso en el cual una persona que desea cambiar síntomas o problemas en su vida, o que busca el crecimiento personal, entra en un contrato implícito o explícito, para interactuar verbal o no verbalmente, en una forma prescrita con una persona o personas que se presentan a sí mismos como agentes de salud (3)*

La definición propuesta por el propio Mahoney tiene el mismo inconveniente (además de una carga ideológica mucho mayor)

*Psicoterapia es una relación cultural especial entre un profesional de ayuda y un grupo o individuo como clientes. Trabajando desde un racional teórico que incluye asunciones*

*básicas acerca de la naturaleza humana y el proceso del desarrollo psicológico, el psicoterapeuta trabaja con el cliente para crear una alianza segura, estable y de cuidado en la que y desde la que el cliente pueda explorar , con frecuencia vía técnicas ritualizadas, pasado, presente y posibles vías de experimentar el self, el mundo y su relación dinámica (3)*

La carga ideológica es también el inconveniente de definiciones, como la de Pierre Bernard Schneider que reservan el término psicoterapia para las terapias (término aplicable para las otras) que se basan en determinado modelo psicopatológico (aunque es una definición rigurosa e interesante, entre otras cosas, porque sitúa la psicoterapia en el terreno de la práctica médica).

*La psicoterapia es un método médico de tratamiento de los trastornos físicos y psíquicos debidos a conflictos intrapsíquicos conscientes e inconscientes sin resolver, que exige por una parte del paciente un compromiso voluntario, una colaboración y el deseo y la posibilidad de entablar con el psicoterapeuta una relación interpersonal subjetiva muy particular a la que se llama relación psicoterapéutica, que permite que se establezca un proceso psicoterapéutico en el cual el lenguaje interviene como modo preferente de comunicación. El fin ideal de la psicoterapia es permitir al paciente resolver por sí mismo los conflictos intrapsíquicos teniendo en cuenta su ideología y, en ningún modo la del psicoterapeuta (5)*

Otras, mas que descripciones son definiciones normativas que apuntan mas a un *deber ser* que a un dar cuenta de la práctica realmente existente. Así Emelkamp (3) exige una metodología científica de base que, en realidad ha sido la excepción en la historia real de las psicoterapias

*Psicoterapia es la aplicación de procedimientos científicamente evaluados que capacitan a las personas para cambiar sus comportamientos, emociones o conductas*

*maladaptativos, por ellos mismos (3)*

En ocasiones el carácter normativo no nos refiere a pretensión de científicidad sino a un determinado criterio ético o moral. Albert Ellis es paradigmático en este sentido

*La psicoterapia consiste en ayudar a la gente a ver y cuestionar seriamente sus imperativos conscientes e inconscientes utilizando un repertorio de métodos cognitivos, emotivos y conductuales y, de este modo, hacerlos menos perturbados y menos perturbables (3)*

O, en la misma línea, Whitaker, que tiene, además, el problema de suponer que uno puede ser más o menos uno mismo.

*Psicoterapia es una paternidad adoptiva profesional con la función deliberada de facilitar el intento del paciente de ser más él mismo (3)*

Para Thomas Szasz esto no es de extrañar ya que

*La pregunta sobre "¿Que es la psicoterapia?" presupone que la psicoterapia existe. Yo creo que no es así. Como la enfermedad mental la psicoterapia es una metáfora y, como metáfora extensa, un mito... El término psicoterapia denota varios principios y prácticas de éticas seculares. Cada método o escuela de psicoterapia es, por consiguiente, un sistema de ética aplicada volcado en el idioma del tratamiento; cada uno refleja la personalidad, valores y aspiraciones de su fundador y sus practicantes (3).*

Intentos más descriptivos y pretendidamente más neutros serían aplicables a muchas otras prácticas que nadie consideraría psicoterapia. Así sucede por ejemplo con la definición de Paul Watzlawick

*Psicoterapia intenta cambiar las asunciones de las personas acerca de la naturaleza de la realidad, asunciones que ellos consideran son verdad, objetivos o aspectos platónicos del mundo "real" ()*

Lo mismo sucede con la propuesta de Mahoney de definir sencillamente la psicoterapia como *un intercambio existencial* (3).

Existen definiciones eclécticas bien construidas como la de Sol Garfield que no tiene mas inconveniente que la de la vaguedad del término *problema* y la gratuidad de la suposición de que lo que diferencia al terapeuta del paciente es su grado de salud mental (y no su posición en la tarea común)

*Psicoterapia es un proceso interpersonal planificado en el cual la persona menos trastornada, el terapeuta, intenta ayudar a la más trastornada, el paciente, a superar su problema* (3)

La definición elaborada por la Danish Psychiatry Society (6), adoptada por el grupo de trabajo de la Unión Europea de Médicos Especialistas presupone una *base científica* e incluye (en un matizado y/o) objetivos como *la mejor función emocional o social*.

*La psicoterapia es un método psicológico de tratamiento con base científica. A menudo se aplica para aliviar el sufrimiento psiquiátrico. La realiza una o varias personas, calificadas por su formación. Establecen un contrato con uno o varios pacientes con el objetivo de aliviar el dolor por síntomas y/o modificación de rasgos de personalidad y/o mejor función emocional o social y de liberar potencialidades sanas de desarrollo.*

Nuestro grupo de trabajo (2) utilizó como definición de psicoterapia la siguiente:

*Un proceso de comunicación interpersonal entre un profesional experto (terapeuta) y un sujeto necesitado de ayuda por problemas de salud mental (paciente) que tiene como objeto producir cambios para mejorar la salud mental del segundo.*

Esta definición pretende circunscribirse a aquellas prácticas de las que reclaman el nombre de psicoterapias en las que se pretende actuar sobre *problemas de salud mental* (a punto estuvimos de utilizar el término *trastornos mentales*) excluyendo las que persiguen objetivos

como el autoconocimiento, el desarrollo personal o el acceso a experiencias mas o menos interesantes (que nos parecían relevantes para una reflexión planteada desde la psiquiatría pública).

Se matizó esta definición con algunas aclaraciones que citamos textualmente

*Esta definición **excluye** otra serie de prácticas que pudieran, en alguna medida, ser consideradas afines, como son:*

\* Otras relaciones de ayuda (amigos...) en los que el que la da no es un profesional experto.

\* Consejo médico o psicológico en el que el experto se limita a poner a disposición del cliente información que le permite realizar una elección cuya realización no está impedida por patología mental\*.

\* Manejo clínico de un tratamiento medicamentoso, en el que el objetivo es garantizar las condiciones (de información confianza en el médico, expectativas, adherencia al tratamiento) que permiten optimizar el efecto e la medicación prescrita.

*Como nota adicional convinimos que la psicoterapia supone la **posibilidad de construir una versión del problema presentado por el paciente en el que este aparece como implicado personalmente en el origen, el mantenimiento o las posibilidades de resolución del mismo.***

Si nuestro objetivo no hubiera sido construir por consenso una definición a partir de una reflexión conjunta sobre nuestra práctica hubiéramos podido adoptar la impecable definición de

---

\* Es consejo si se dice algo como "debe dejar de fumar porque en su caso - bronquitis crónica - fumar entraña tales y cuales riesgos". Hay psicoterapia si se inicia una intervención para resolver el problema de que el cliente **no puede dejar de fumar aunque conozca los peligros y quiera hacerlo**. Lo mismo será aplicable en el caso de un consejero matrimonial.

Jorge Luis Tizón (7)

*La psicoterapia consiste en la aplicación metódica de técnicas y procedimientos psicológicos en el tratamiento de los problemas de conducta, los trastornos mentales o el sufrimiento humano (no sólo psicológico)*

## **EL ESTATUTO EPISTEMOLÓGICO DE LA PSICOTERAPIA**

Las reflexiones que constituyen este trabajo implican ciertos supuestos previos que es preciso hacer explícitos. En primer lugar, pensamos que **la psicoterapia o la psiquiatría, no son disciplinas científicas** como la física o las matemáticas. Pero no es -como a veces se sostiene- que no lo sean todavía debido a su estado de desarrollo (¿preparadigmático?). No son ciencias - como no lo es la medicina- porque su objeto no es el conocimiento, sino la obtención de un bien valorado socialmente (la salud mental). El que la práctica orientada a este fin trate de guiarse por o de incorporar conocimientos científicos de diversas disciplinas (como hacen también los fontaneros o los arquitectos) y no en características personales (como las que convierten a uno en vidente), o en la mera ejecución de una habilidad conformada por la tradición (como los artesanos, curanderos o prostitutas), les confiere, en todo caso, -como señala Tizón (7) recogiendo acertadamente el concepto de Bunge y Quintanilla- el carácter de **tecnología**.

Una consecuencia de esta idea es que la aplicación inmediata a la práctica de la psicoterapia (o de la psiquiatría o de la medicina) de los principios y conceptos de la filosofía de la ciencia solo sirve para embarullar aún más las cosas. Descripciones como la que hace Kuhn del trabajo de los científicos o propuestas normativas como las de Popper no son aplicables - mas que metafóricamente - a nuestro trabajo, aunque sea frecuentísimo encontrar en nuestra literatura afirmaciones como que nuestra disciplina está en un estadio *preparadigmático* o que es preciso formular hipótesis *falsables*.

La actitud científica en la práctica de la psicoterapia (como de cualquier otra tecnología)

implica, por un lado, 1) una mirada atenta a los hallazgos de los científicos que trabajan en disciplinas afines (la psicología por ejemplo) por si pudieran sugerir nuevas prácticas o cuestionar la legitimidad de prácticas viejas y, sobre todo, 2) un intento permanente de poner a prueba la eficacia y la utilidad de las intervenciones y lo acertado de sus supuestos implícitos o explícitos.

La primera de estas condiciones ha sido sólo excepcionalmente observada por los psicoterapeutas. La psicología académica (en la que se han llevado a cabo hallazgos importantes) se ha desarrollado, en general, de espaldas a la psicología clínica y la psiquiatría. Impresiona, por ejemplo, comprobar en que escasa medida los conceptos y descubrimientos de la psicología cognitiva de los departamentos universitarios se han incorporado - o, incluso, ha llegado a influir - ni siquiera sobre lo que en la clínica se conoce como psicoterapias *cognitivas*.

La segunda condición (la demostración de la eficacia y la depuración de los factores terapéuticos) ha sido incumplida hasta el punto de que la afirmación de Eysenk (8) sobre que no existían pruebas de la eficacia de las psicoterapias sólo ha podido ser rebatida - y no sin reparos - en los años setenta (9,10,11) y que las primeras intervenciones psicoterapéuticas que, para justificar su existencia, se han sometido desde un principio a la metodología del ensayo clínico - la terapia cognitiva de la depresión (12), y la terapia interpersonal de la depresión (13) - no se han propuesto hasta los años 80.

Pero hablamos de una *actitud* en el desarrollo de una práctica cuyo objetivo sigue sin ser obtener conocimiento - que es el de la ciencia - sino procurar salud, y cuyos resultados deben medirse en términos de salud. El adoptarla ni nos convierte en científicos, ni legitima la aplicación a nuestra práctica de conceptos y teorías pensados para la ciencia, ni nos exonera de la obligación de ocuparnos antes de la utilidad de nuestras intervenciones que de lo acertado de nuestras observaciones.

Un segundo supuesto previo, se refiere al modo en que accedemos al conocimiento. Un error que cometemos frecuentemente a la hora de reflexionar sobre nuestra actividad teórica consistente en imaginar que el conocimiento que ha de resultar de esta actividad viene a instalarse sobre un terreno virgen en el que antes reinaba la ignorancia. El avance del conocimiento o del saber (signifique lo que signifique eso) se produciría según esa visión haciendo retroceder el desconocimiento o no-saber. En la peor de las versiones de este mito, además, un conocimiento nuevo vendría a sumarse a lo ya conocido añadiéndole por aposición un nuevo palmo de terreno conquistado a lo desconocido\*

Pero el conocimiento, en realidad, no avanza contra la ignorancia, sino contra el prejuicio. La idea -útil para resolver ciertos problemas de los navegantes- de que la Tierra es esférica, no se impuso iluminando la ignorancia de la generalidad de los hombres de un momento histórico dado sobre la forma de la tierra. Se opuso -y se impuso porque rebatió (o criticó)- a la idea (la evidencia) de que la tierra era plana. Y no se "añadió" a lo que ya se sabía sobre geografía o sobre el movimiento de los astros: lo modificó y modificó la relación de los hombres con los objetos de esas disciplinas.

---

\*La idea ingenua de la "comunidad científica" en la que cada meritorio informa su dato, en inglés, conforme a unas normas preestablecidas que permiten precisamente sumarlo sin problemas a los ya previamente acumulados, con la sensación de estar participando en la tarea común e impersonal de la ciencia, tiene mucho que ver con este mito.



Los psicoterapeutas deberíamos tomar nota de ésto por partida doble. Primero porque, nuestras reflexiones -al menos cuando se trabaja dentro de cada una de las escuelas (quizás la escuela sea precisamente eso: la salvaguarda del prejuicio)- se han organizado como si el conocimiento pudiera crecer por aposición (no deja de ser chocante que miles de psicoterapeutas de diversas escuelas hayan practicado tranquilamente su profesión o se hayan despedazado acusándose de herejías diversas sin haberse sentido en cambio impelidos a demostrar la eficacia de su terapia). Pero también, y sobre todo, porque en la medida en que *cobrar conocimiento* de algo pueda constituirse en factor terapéutico (y por tanto el procurarlo en objetivo de la terapia) nos interesa especialmente saber como se produce ese hecho. (por ejemplo: lo importante puede no ser que el terapeuta designe significados nuevos, sino que ayude al paciente a que remueva los *obstáculos epistemológicos* que impiden que tales significados se configuren a sus ojos\*).

---

\* La semejanza entre la psicoterapia y el quehacer de Sócrates con sus discípulos - de los que, con las preguntas que desde su "no saber" les planteaba, hacía emerger verdades a las que ellos desconocían tener acceso - ha sido señalada por múltiples psicoterapeutas - muy especialmente por Ellis -. El propio Socrates comparaba su trabajo con el de la comadrona. No nos parece mal para la psicoterapia. La mayor dificultad en el aprendizaje de la psicoterapia deriva de este caracter de proceso diadico en el que además el terapeuta es mas facilitador que guía. Freud decía que el aprendizaje del arte de la psicoterapia es similar al aprendizaje del arte del ajedrez, donde en los manuales "sólo los movimientos de apertura y cierre del juego, admiten una descripción sistemática exhaustiva y que la interminable variedad de los movimientos que se desarrollan tras la apertura desafía cualquier descripción"

De una consecuencia de esta idea deriva nuestro interés por la óptica de las narrativas. La esteril discusión a través de la que las diferentes escuelas psicoterapeúticas han aprendido a resaltar sus diferencias, ha versado frecuentemente sobre si lo que *de verdad* sucedía en el proceso psicoterapéutico tenía que ver con la puesta en juego de afectos negados, el cuestionamiento de pensamientos irracionales o la exposición - por una u otra vía - a determinados estímulos. En último extremo lo que los diversos modelos psicoterapéuticos postulan es que detrás de la apariencia del síntoma se oculta una verdad de conflictos inconscientes, cogniciones erróneas o condicionamientos disfuncionales. La actividad del psicoterapeuta ha sido contemplada - se hayan o no utilizado estos términos - en el registro de la hermenéutica o la interpretación. El terapeuta puede actuar porque pone en relación el discurso aparente del paciente con otro, que se supone que produce sus efectos terapéuticos porque es **verdadero**. La pregunta que ha dado lugar a lo que se conoce como enigma del *pájaro Dodo*\* en psicoterapia (la eficacia semejante de intervenciones basadas en teorías incompatibles) es como pueden o ser verdaderas a la vez visiones contradictorias o ser eficaces sistemáticamente intervenciones basadas en asunciones falsas. Nuestra hipótesis es que las explicaciones propuestas ante un problema de salud mental por las diversas escuelas lo que proporcionan son nuevas versiones (nuevas narrativas) del problema, que son útiles no porque son **verdad**, sino porque son **distintas**.

Esta idea supone que la operación que se lleva a cabo en psicoterapia no es del orden de la **interpretación** (que pone en relación lo aparente con una verdad de la que lo aparente es signo) sino del orden del **comentario** (que lo que hace es abrir el abanico de significados sugeridos por un texto) (15-17). Evidentemente no todo comentario vale. Hay buenos y malos comentarios.

---

\*Personaje de *Alicia en el país de las maravillas* en cuya boca pone Lewis Carroll la frase "todos han ganado y cada cual tiene derecho a su premio" (14)

Pero los comentarios no son *verdad* o *mentira* sino útiles o no. Y su utilidad se mide en términos de su efecto sobre el destinatario (exactamente lo que ocurre con la psicoterapia).

Gadamer señala que ninguna palabra, ningún acto comunicativo es claro completo o unívoco. Gadamer llama a esto "la infinitud de lo no dicho". Para Anderson (18) la *terapia es el proceso de expandir y decir lo no dicho, el desarrollo a través del diálogo de nuevos temas y narrativas. Y la creación de nuevas historias.*

Aplicado a las conversaciones terapéuticas, un encuentro es terapéutico, cuando en su curso se produce una transformación en los relatos dominantes del paciente/familia, de tal forma que permite incluir nuevas experiencias, significados e (inter)acciones y una reducción de la cohesión temática del conjunto de historias sobre los comportamientos problemáticos (19).

Las narrativas son representaciones y unen hechos en una secuencia significativa. No son meras crónicas, no son estáticas y no son simples. Suponen representaciones a un nuevo nivel de organización en el que el tiempo juega un papel fundamental.

El trabajo que enfrentan paciente y terapeuta puede ser considerado , como un trabajo de construcción narrativa y hermenéutica. Las personas que acuden a la terapia lo hacen con una historia que contar y el terapeuta se halla ante una historia que reinterpretar. Pero la interpretación en psicoterapia no supone el desvelar algo que existe por sí mismo fuera del ojo del observador, sino *cocrear* con el otro un significado o, mejor, abrir un abanico de significados nuevos. Al contrario, en la visión tradicional, el proceso de interpretación psicoterapéutica se vuelve una sustitución gradual del discurso del paciente por el del terapeuta, las respuestas del terapeuta van sustituyendo las dudas y construcciones del paciente (20).

La interpretación constructivista exige una interpretación abierta a la negociación. El cambio en terapia exige la creación de nuevas narrativas. El cambio se produce como efecto de nuevas narrativas y la oportunidad consecuente de una nueva gestión de los problemas. La nueva

narrativa tiene la capacidad de re narrar los acontecimientos de nuestras vidas y darles un significado distinto. De esta forma, la psicoterapia se puede entender como un proceso semiótico de construcción de significado a través de un discurso colaborativo (20)

La tarea principal del terapeuta ha de ser ayudar a construir al paciente, familia o grupo relatos alternativos que puedan ser reconocidos como propios a partir de los antiguos y que ofrezcan acceso a nuevas soluciones. Habrá de escuchar el relato del paciente y encontrar a través de la negociación y el consenso vías a la transformación. En este empeño, utilizará esquemas interpretativos o técnicas propuestas desde orientaciones cognitivas, conductuales, sistémicas o existenciales. La multiplicidad de posibles variaciones dentro de este marco general es lo que hace del encuentro terapéutico un encuentro idiosincrático. (19)

### **INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS BREVES. DOSIS Y OBJETIVOS**

El creciente interés por las formas breves de psicoterapia es particularmente intenso entre los profesionales que han de ofertar formas eficaces de tratamiento para los trastornos mentales con una limitación de recursos diferente de la impuesta por la capacidad adquisitiva del *cliente*. Este es el caso de los psicoterapeutas del sector público.

La experiencia de gran parte de los clínicos es que la mayoría de los pacientes no se mantienen en tratamiento psicoterapéutico más allá de los seis meses. Por otra parte, muchos de los estudios avalan que no existe una correlación simple entre la longitud e intensidad de los tratamientos psicoterapéuticos y los resultados de éstos. Los dos hechos anteriores provocaron dos tipos de reacciones. Por un lado, se hicieron esfuerzos por intentar aislar los factores responsables de los resultados terapéuticos, por otro, algunos profesionales llegaron a creer de una forma casi supersticiosa que los resultados terapéuticos rápidos no pueden ser genuinos y que responden o bien a sugestión o a una huida hacia la pseudo-salud o pacientes que prefieren abandonar sus síntomas, más que obtener reales *insights* acerca de sus dificultades.

Frente a estas actitudes y, en las últimas décadas bajo la presión de dar cuenta de su eficacia, se han ido desarrollando formas de psicoterapia diseñadas intencionalmente como breves. Los autores que las defienden parten del supuesto de que una terapia no necesita ser prolongada para resultar eficaz. Lazarus (21) insiste en que no podemos desatender las presiones sociales y económicas y prevee que en la década de los noventa proliferarán las terapias breves y se pondrá el acento en la responsabilidad del terapeuta.

Aunque no existe una única receta para hacer terapia breve, la mayoría de los autores que la practican tiene una profunda confianza en las capacidades de cambio de sus pacientes y pone el acento en acción, pragmatismo, soluciones, orientación futura, contexto y flexibilidad del terapeuta (22).

Existen propuestas planteadas desde muchas perspectivas teóricas: conductual, cognitivo-conductual, cognitivo-analítica, analítica, sistémica y la centrada en soluciones. Sledge (23) ha hecho una distinción entre psicoterapia limitada en el tiempo, breve y a largo plazo. La primera es en la que el terapeuta ofrece un precontrato, un número de sesiones no negociable. La breve dura tres o cuatro meses, sin una fecha final prefijada y el final ocurre cuando el tema foco de la terapia se ha conseguido remontar. En su investigación encontró que los abandonos para la psicoterapia de tiempo limitado eran la mitad que para las otras dos. Él concluyó que cuando los pacientes saben el tiempo que va a durar la psicoterapia, se sienten con más capacidad de control y más capaces de trabajar de forma focalizada hacia la consecución de objetivos.

Todos los modelos de psicoterapia a corto plazo comparten el deseo de proporcionar un abordaje psicoterapéutico eficaz en un plazo de tiempo tan corto como sea posible y comparten la creencia de que es posible un cambio significativo en meses y no en años. Lo que aquí hacemos es presentar rasgos generales de la psicoterapia a corto plazo.

Por psicoterapia breve, la mayoría de los autores entienden una terapia entorno a las

veinte sesiones. Aunque aquí también hay variaciones, de forma que Malan utiliza de 4 a 15 (24), Ryle entre 8 y 16 (25) o Mahrer que emplea sesiones de dos horas de duración.

Los distintos tipos de abordaje de la psicoterapia a corto plazo se pueden clasificar en : 1- dinámica o analítica (Malan, Flegenheimer, Crits-Christoph), 2-cognitivo-conductual, en la que se defiende que se puede conseguir mejorías a largo plazo, en periodos breves, identificando, examinando y poniendo a prueba diferentes formas de pensamiento (primero desarrollada para pacientes depresivos, Beck), 3- sistémico, quienes desde el principio han operado con una conciencia clara de la importancia de intervenciones a corto plazo; y 4- integradora, que toma componentes efectivos de diferentes modelos para optimizar los cambios deseados (Norcross, Marteau, Ryle), con diferentes énfasis y técnicas de acuerdo con las necesidades del individuo, la psicoterapia se hace a medida del cliente y no al contrario (26)

Las distintas orientaciones en psicoterapia breve comparten una serie de características comunes como son:

1º el psicoterapeuta es activo. Desempeña una variedad de funciones, como son enseñar, modelar, animar y estructurar el trabajo. Si promueve la dependencia es que está haciendo algo mal.. El terapeuta es explícito acerca de lo que ofrece al principio de la terapia, de forma que el paciente puede hacer una elección informada. El terapeuta necesita creer en el valor del trabajo a corto plazo, ya que su confianza, empatía y disponibilidad son factores claves.

2º la alianza psicoterapéutica es una característica central. El psicoterapeuta y el paciente trabajan juntos, con una meta compartida, pero tareas diferentes.. Esta creencia compartida en la posibilidad de resolver el problema, promueve la negociación y la construcción creativa de la diferencia, tan importante para el posterior desarrollo de la auto-confianza y la auto-estima.

3° la motivación del paciente es reforzada y desarrollada.. El deseo de cambio debe estar unido a la puesta en marcha de estrategias que podrían cambiar una realidad. Esas estrategias pueden llevarse a cabo a través de la comunicación o mediante tareas que movilizan la cognición, el afecto o la conducta

4° el foco es el apoyo a los pacientes en su vida cotidiana. Lo aprendido en la sesión requiere ser generalizado en el ambiente social amplio.

5° la contención y estructura que da el focalizar un problema en el tiempo y el desarrollo activo de la alianza terapéutica, facilitan un contexto en el cual el paciente puede ensayar diferentes formas de pensar, sentir y comportarse. Cuanto más claro es el foco, más fácil es para el paciente evaluar su propio progreso y usar el apoyo del psicoterapeuta, para evitar el auto-sabotaje y la tendencia a minimizar el propio éxito.

Los diferentes modelos facilitan diferentes explicaciones de la actual conducta que mantiene el problema. Pero en la psicoterapia a corto plazo las conductas relevantes han de ser identificables y fácilmente reconocidas por el paciente (26).

Una creencia compartida por distintos autores y reflejada en sus criterios de indicación, es que la capacidad del paciente para definir una queja clave circunscrita, es decir, para identificar un problema focal durante las primeras sesiones, es indicativo de que tiene recursos para beneficiarse de una psicoterapia. Por supuesto, la capacidad del paciente para participar de esta forma, está influida por la capacidad del psicoterapeuta de responder de una forma flexible, y de promover el diálogo y la alianza terapéutica (26). La resistencia no se sitúa solo en el paciente sino que también depende de la metodología del terapeuta y de su habilidad y cualidades personales

Hay problemas que pueden requerir intervenciones prolongadas. Haley (27) sugiere que hay indicaciones para la terapia prolongada e indicaciones para la breve. Por ejemplo el abuso

sexual o físico, con sus implicaciones judiciales. Puede que el problema se pueda resolver en un formato breve, pero es necesario vigilar y ayudar al equilibrio de los pacientes por largo tiempo. La posibilidad de recaída no es una cuestión académica, sino que supone un daño inferido a terceros. Otro ejemplo es el psicótico crónico y su familia, donde las expectativas son de incurabilidad tanto para él como por parte de su familia. Inducir un cambio puede llevar mucho más tiempo.

### ESPECIFICIDAD E INTEGRACIÓN

La investigación sobre la eficacia de la psicoterapias ha estado jalonada por dos veredictos. El primero es un veredicto emitido por un investigador tan riguroso como Eysenck y viene a poner de manifiesto que en el momento de su publicación (8) la psicoterapia es una práctica extendida y prestigiada por cuyo liderazgo competían diversas escuelas pero **no existían pruebas serias de que fuera eficaz**. La reacción ante este primer veredicto fue la puesta en marcha de una cantidad importante de investigación y el desarrollo de una metodología investigadora en ocasiones finísima (9-11). A estas alturas de siglo la efectividad general de las psicoterapias tanto frente a la ausencia de tratamiento como frente a placebo, nos parece fuera de duda. Los **cuadros 1, 2 y 3** tomados de Lambert y Bergin (9) muestran los resultados de los estudios meta-analíticos\* realizados respectivamente sobre depresión, ansiedad y trastornos

---

\*La utilización de el meta-análisis en la investigación sobre psicoterapias ha venido a resolver alguna de las dificultades de este tipo de investigación como, por ejemplo, la exigüidad del tamaño de las muestras o la de la introducción de sesgos debidos a características de los investigadores o de los lugares en los que se lleva a cabo la investigación.

Básicamente el meta-análisis supone un intento de aplicar los principios de la investigación empírica al proceso de revisión de la literatura. Para ello se realiza una selección de trabajos de acuerdo con unos rigurosos criterios de inclusión predefinidos. El proceso se basa en la comparación de los resultados de los estudios seleccionados para lo que éstos se expresan en una medida común llamada **magnitud de efecto** (effect size) que se calcula como la diferencia de las medias entre el grupo experimental y el control, dividida por la desviación estandar (del grupo control o de ambos grupos considerados en conjunto). Esto permite el manejo estadístico de los resultados (10).



diversos. Uno de los problemas con los resultados del meta-análisis es que sus resultados (en términos de *magnitud de efecto*) son poco intuitivos. Para interpretar la tabla considérese que la *magnitud de efecto* estimada para nueve meses de instrucción en lectura en una escuela primaria es de 0.67 desviaciones estandard (es de 0.40 en adiestramiento en matemáticas utilizando un sistema apoyado por ordenadores) y que la de los fármacos antidepresivos oscila entre las 0.40 y las 0.81 desviaciones estandard (9).

El segundo de los jalones a los que hacíamos referencia está marcado por lo que Lester Luborski (14) bautizó como veredicto del *pájaro Dodo* y consiste en la imposibilidad del abultado trabajo de investigación realizado hasta la fecha, para demostrar diferencias consistentes entre intervenciones psicoterapéuticas basadas en diferentes teorías o escuelas, imposibilidad a la que se ha añadido la dificultad encontrada para definir un *placebo* en psicoterapia y la comprobación de la magnitud de efecto lograda por alguno de los placebos propuestos. Este segundo veredicto ha abierto dos líneas de trabajo que parten de supuestos distintos y persiguen objetivos diferentes aunque se miran entre sí con creciente interés. Por un lado el intento de buscar formas incontaminadas de cada una de las terapias propuestas procurando la acción de los factores que cada una considera más específicos. Se trata en esta línea de garantizar la **pureza** de las intervenciones aplicadas estudiar la **especificidad** de los factores terapéuticos que estas activan. En su versión extrema ha dado lugar a todo el proceso de **manualización** de las psicoterapias. Por el otro lado en los últimos años se ha incrementado ostensiblemente el número de psicoterapeutas que se resiste a considerar su trabajo bajo la óptica de una sólo escuela y se han multiplicado las propuestas tendentes a postular que se puede (y se debe) hacer psicoterapia escogiendo intervenciones que han demostrado ser eficaces para cada uno de los problemas que presenta cada paciente (**eclecticismo**) y no un único tipo de intervenciones en función de las convicciones del terapeuta, que es preciso elaborar teorías capaces de explicar *a la vez* por qué

resultan igualmente eficaces intervenciones basadas en principios y estrategias distintos cuando no antagónicos (**integración**) o que puede ser que en realidad el efecto de todas las propuestas de psicoterapia no se deba a ninguno de los factores a los que sus teóricos lo atribuyen, sino a una estructura común que, inadvertidamente, todas las psicoterapias comparten (hipótesis de los **factores comunes**). Nos referiremos a estas dos posturas como **especificidad e integración**.

### Especificidad y psicoterapia

Sin pretender siquiera esbozar una revisión del tema es interesante destacar algunas tendencias que hemos observado en algunas de las escuelas de psicoterapia y que nos parece que han tenido influencia en nuestro modo de entender nuestra práctica en el sector público. Las repercusiones sobre la investigación de este mismo tema las hemos revisado en otro trabajo (11) del que lo que sigue es una suerte de actualización

### Psicoterapias psicodinámicas

Los psicoterapeutas de orientación psicoanalítica - con la notable excepción de la escuela de Balint en Inglaterra (72-74) se cuentan entre los que con mas tenacidad se han resistido a tanto a someter sus resultados a la investigación (quizás porque tal investigación intentó utilizarse para cuestionar su posición hegemónica en la psiquiatría (8)) como a exponer sus procedimientos a la observación o a formalizar sus técnicas. Afortunadamente esta tendencia no se mantiene hoy en día y la manualización, el uso de registros audiovisuales y medidas de eficacia es moneda corriente en este campo. Destacaremos algunos aspectos de este trabajo.

Se ha realizado un importante esfuerzo de manualización o cuasi-manualización de intervenciones psicoterapéuticas de inspiración psicoanalítica como las tempranas ya citadas de Balint (72-74), Castelnuovo-Tedesco (75) o Bellak y Small (76-77)) o las mas recientes de Davanloo (78-79), Horowitz (80-82), Luborsky (83), Malan (24), Mann y Goldman (84, 85), Sifneos (86, 87) o Strupp y Binder (88) algunas de las cuales han sido traducidas al castellano -

generalmente ante la indiferencia de los psicoanalistas, incluidos los que trabajan en el sector público.

Se ha intentado definir operativamente conceptos psicodinámicos. Así, tanto el grupo que llevó a cabo los dos proyectos Vanderbilt (88, 89) como el que desarrolló el proyecto Penn (83, 90-92) se proponen procedimientos operativos de determinación del foco (Como Pauta Maladaptativa Cíclica en el primero y Tema Relacional del Conflicto Nuclear en el segundo) y se proporcionan procedimientos de registro e instrumentación de fenómenos transferenciales y contratransferenciales (93). También se han practicado definiciones instrumentales de intervenciones complejas (como la técnica de "desbloqueo" de Davanloo con su variante específica para pacientes deprimidos (79). Recientemente Demos y Prout (94) han realizado una revisión que ofrece un buen resumen y Curtis-Christoph y Barber (95) han publicado un interesantísimo manual en el que los principales autores exponen cada uno su propuesta siguiendo un esquema común.

Se ha consolidado la tendencia a trabajar sobre formas "breves" de intervención (96- 98). Howard y sus colaboradores (99) publicaron en 1986 un trabajo basado en datos de 15 estudios americanos de 2431 pacientes tratados con psicoterapia psicodinámica en diversos encuadres en el que se puso de manifiesto que la mitad de los pacientes habían mejorado tras la octava sesión y las tres cuartas partes tras la veintiséis (seis meses de una sesión semanal). A partir de esta sesión las mejorías fueron cada vez mas raras. En esta materia se ha producido una verdadera revolución cuyos hitos son los siguientes:

- La psicoterapia breve ha dejado de ser considerada una alternativa subsidiaria, a utilizar sólo cuando, por cualquier motivo, no puede aplicarse el formato largo considerado idóneo, para concebirse como intervención de primera elección en multitud de trastornos.

- Su ámbito de aplicación se ha ido extendiendo hasta coincidir con - y a veces superar a- el admitido para la psicoterapia en general
- Su eficacia es semejante a la obtenida por las intervenciones psicoterapéuticas sin límite de tiempo (100) lo que, como señalan Koss y Butcher (101), las convierte en mas **eficientes** (con mejor relación coste/eficacia)
- Sus efectos a largo plazo han resultado semejantes a los de las psicoterapias mas prolongadas (101, 102)
- Han demostrado eficacia no sólo en trastornos agudos, sino también en trastornos crónicos cuando se saben plantear objetivos limitados y realistas (101). Además todas las terapias obtienen peores resultados en los trastornos crónicos y lo que tiene relevancia práctica no es dilucidar donde obtiene mejores resultados una terapia sino que terapia obtiene mejor resultado que las demás en cada situación (51). Koss y Butcher (101) han llegado a postular que lo que verdaderamente dibujan los criterios de selección que a veces se enumeran para determinadas terapias es el perfil del paciente que a todo el mundo le gustaría tener para llevar a cabo cualquier tratamiento (motivado, inteligente...)
- Sus resultados son semejantes a los obtenidos por otras intervenciones psicológicas (como la terapia cognitiva) o médicas (51)

### Modificación de conducta

Por su propia definición en el campo de lo experimental, la terapia de conducta ha disfrutado desde sus orígenes de una sana propensión a demostrar sus efectos sobre una variedad de trastornos. Sin embargo el paradigma conductista se ha desarrollado sobre todo en ámbitos académicos y de la mano de los psicólogos y la mayor parte de esos esfuerzos se ha realizado fuera de los lugares de intervención clínica, tradicionalmente ocupados por psiquiatras, con lo

que su contribución a la práctica clínica corriente ha estado, a menudo, por debajo de lo que hubiera podido esperarse. Esta situación se ha modificado drásticamente en los últimos veinte años.

Actualmente es difícil definir los límites de lo que se denominan terapias del comportamiento (103). Las escuelas conductistas desarrolladas durante los años 50 y 60 lo hacen alrededor del paradigma del **condicionamiento** en sus versiones **clásico** y **operante** y con un sustento epistemológico en las versiones más incautamente realistas del **neopositivismo**. La **revolución cognitiva** acaecida en los años 70 y 80 no sólo ha originado un replanteamiento del paradigma (a través de la introducción de conceptos mediacionales) hasta su redefinición como **cognitivo-conductual**, sino que ha llevado a alguno de sus mentores al cuestionamiento del positivismo lógico como fundamento epistemológico y la necesidad de adoptar la óptica del constructivismo social.

Emmelkamp (1986) en una exhaustiva revisión propone la consideración de, al menos, cuatro escuelas conductistas:

- 1) los que entienden la terapia de conducta estrictamente desde la "teoría del aprendizaje"
- 2) los que introducen importantes conceptos mediacionales
- 3) terapeutas eclécticos que utilizan técnicas basadas en la modificación de conducta
- 4) los que entienden la terapia de conducta como una aproximación clínico-experimental y hacen más énfasis en la metodología que en una orientación teórica.

Actualmente (104) existen intervenciones bien definidas con eficacia demostrada sobre diferentes campos. Así está sólidamente establecida la eficacia de la exposición in vivo sobre

**agorafobia, fobia simple, fobia social y trastorno obsesivo-compulsivo** y existen datos muy alentadores sobre intervenciones cognitivo-conductuales para trastorno de pánico y para intervenciones sobre trastorno de estrés post-traumático tanto a través de exposición imaginal como de estrategias de afrontamiento cognitivo.

El campo del tratamiento de la **depresión** fue el primero en verse afectado por la revolución cognitiva, pero, en la medida en la que está por probar que la ya indiscutible eficacia de las intervenciones cognitivo-conductuales sea atribuible a las hipótesis cognitivistas de sus promotores, sigue siendo un campo de discusión. Esta polémica, además de discutir la diferente ponderación de los componentes cognitivos y conductuales de estas terapias, ha dado lugar a interesantes reflexiones sobre el papel de los **factores comunes** a todas estas intervenciones:

- 1) son terapias muy estructuradas
- 2) plantean tareas para casa
- 3) incluyen entrenamiento en habilidades que el paciente puede utilizar para resolver sus problemas

La modificación de conducta ha ganado terreno en el tratamiento de los problemas asociados al **consumo del alcohol y otros tóxicos**. En este terreno hay que señalar que se ha producido un desplazamiento de las intervenciones aversivas de los primeros momentos hacia programas basados en ópticas más globales.

Aún más significativo es el aumento de la consideración que la modificación de conducta ha ganado con la revolución experimentada en los últimos años en el terreno de la **rehabilitación psiquiátrica** y de los trastornos psiquiátricos mayores, frente a los que las teorías conductistas han proporcionado pocas explicaciones, pero que han respondido bien a la introducción de intervenciones y estrategias característicos de esta escuela.

En el campo de las **disfunciones sexuales** existen intervenciones que gozan de una sólida tradición aunque las investigaciones mas recientes apuntan a la existencia de una alta tasa de recaídas (105).

### Terapias cognitivas

Las intervenciones fundadas en hipótesis cognitivas han penetrado la práctica clínica y las páginas de las revistas especializadas en un momento en el que, precisamente, la contrarrevolución biologicista amenazaba con barrer cualquier enfoque psicológico de una y otras. Entre otras características notables esta expansión ha tenido la virtud de realizarse transgrediendo los límites entre la tradición académica dominada por los psicólogos y la práctica clínica, controlada por los psiquiatras y ha contribuido poderosamente a enriquecer una y otra óptica.

A la luz del éxito de una escuela que supo presentar sus resultados en el lenguaje que el triunfo aplastante del positivismo y la literatura *biomédica* exigían siquiera para considerar su lectura, se han iluminado múltiples prácticas que se reclaman de la etiqueta cognitivista.

Hollon y Beck (106) proponen un sistema de agrupación de las diferentes escuelas de acuerdo con el siguiente esquema:

1) con énfasis en la racionalidad

\*terapia racional- emotiva (TRE) (107)

\*reestructuración racional sistemática (RRS) (108)

2) con planteamiento empirista

\*terapia cognitiva (12)

3) con énfasis en la repetición

\*entrenamiento autoinstructivo (109)

\*inoculación del estrés (109)

## 4) otros

como la terapia de resolución de problemas, las terapias de autocontrol, desensibilización autocontrolada, el condicionamiento encubierto y la terapia multimodal de Lazarus (106).

Tras las múltiples y fructíferas discusiones despertadas por los primeros resultados publicados por el grupo de Beck (12) parece que la eficacia de este tipo de intervención sobre una amplia gama de **trastornos depresivos** está universalmente aceptada. Lo que en modo alguno ha quedado probado (y constituye uno de los desafíos a la investigación en este campo) es que tal eficacia sea atribuible a los mecanismos que presuponen las teorías cognitivistas sobre la depresión (12, 110-118) o, incluso que las hipótesis básicas sobre la naturaleza de la depresión puedan sostenerse. Respecto a este último extremo Haaga y Beck (119) han publicado un interesantísimo artículo en el que la comprobación de que no existe base empírica para sostener la existencia de un *pesimismo depresivo* les lleva, no a formular una nueva estrategia de tratamiento de los trastornos depresivos, sino a proponer un cambio de fundamento epistemológico para las terapias cognitivas sustituyendo el neopositivismo ingenuo que las inspiró al principio por el constructivismo social.

Se ha probado la eficacia de las intervenciones cognitivas sobre trastornos diferentes de la depresión como la **hipocondría** (120-121). Sin embargo, como señalan Hollon y Beck en su última revisión (122) donde se han producido los mayores avances en los últimos años ha sido en la demostración de la eficacia de las intervenciones cognitivas sobre toda una gama de **trastornos de ansiedad**. Así ha ocurrido con estrategias específicas y basadas en terapia cognitiva de tratamiento del **pánico**, con intervenciones basadas en la terapia cognitiva que han demostrado efectos perdurables sobre **trastorno de ansiedad generalizada**, intervenciones cognitivo-conductuales sobre **fobia social** o tratamientos de inoculación del estrés en **trastorno**



**de estrés post-traumático.** Existen prometedoras perspectivas para intervenciones sobre **fobia simple y trastorno obsesivo-compulsivo** (122).

La terapia cognitivo-conductual se convertido en la modalidad mas comunmente utilizada de tratamiento de la **bulimia nerviosa** aunque no ha conseguido aún demostrar el mismo éxito en el tratamiento de otros trastornos de la conducta alimentaria como la **anorexia nerviosa** y la **obesidad**. También se han realizado importantes avances en el campo de los **trastornos de la personalidad** para los que se han propuesto intervenciones precisas y específicas (123). Se trabaja en modelos de intervención en **esquizofrenia** en varias lineas que parecen prometedoras (124). Lo mismo sucede con diversas **adicciones**. Se ha demostrado la eficacia de intervenciones para trastornos de la conducta **en niños** aunque la evidencia de éxito en el tratamiento de trastorno por déficit de atención es menos clara (122).

Como señalan Hollon y Beck (122) los hallazgos negativos en este campo han sido pocos y la evidencia de eficacia se hace mas patente cuando los primeros ensayos basados en intervenciones poco elaboradas, llevadas a cabo por profesionales inexpertos han ido dando paso a pruebas mejor construidas metodológicamente.

Un hecho remarcable en el campo de las terapias cognitivas es que estas se han desarrollado prestando muy poca atención a los importantes avances de la psicología cognitiva desarrollada en los ámbitos universitarios (que a su vez, tampoco les ha prestado demasiada atención). Existe, sin embargo una creciente toma de conciencia de este problema que se ha traducido ya en alguna polémica y algunas propuestas (125-132)

### Terapias sistémicas

La aplicación de la teoría general de sistemas a la conceptualización y tratamiento de los trastornos mentales supuso una auténtica convulsión en el panorama de las intervenciones psicoterapéuticas. De hecho la óptica con que cualquiera de los modelos en liza afrontan hoy

problemas como el de la causalidad, el papel del entorno, el papel del observador, el cambio o la neutralidad, debe no poco a las aportaciones de esta escuela que nació - aunque su desarrollo europeo se haya alejado notablemente de ese origen - más como intento de generar un sistema capaz de dar cuenta del modo en el que podían resultar efectivas las intervenciones realizadas desde las diferentes escuelas, que de constituirse en una nueva (133).

Estas terapias se inspiraron en las ideas derivadas de la Teoría General de sistemas de Von Bertalanffy, en la posterior conjunción de éstas con la cibernética de Wiener y en la última década con el construccionismo. Supusieron un cambio de paradigma con respecto a las demás técnicas terapéuticas tradicionales, que comparten importantes asunciones epistemológicas como son: 1- los determinantes de la conducta de una persona residen dentro de la persona, dentro del límite de la piel de una persona, 2- la conducta humana opera de acuerdo con las leyes de la causalidad, es decir que la causa precede al efecto, 3- la causalidad se basa en la energía, 4- la conducta de una persona, sobre todo la sintomática tiene un propósito y es adaptativa., 5- todas asumen básicamente que existe una realidad objetiva que puede ser descubierta, es decir, los clínicos creen descubrir que hace realmente a la persona pensar sentir y actuar como lo hacen. Con el modelo sistémico, la conducta pasó a ser descrita en términos de relaciones interpersonales en un contexto. El interés se desplazó del individuo a la familia, considerada como un sistema “sin piel”, de la causalidad lineal a la circular, de la energía a la información, pauta, neguentropía. Ésto no quiere decir que se niegue la existencia de una vida mental interior o intrapsíquica, o que el abordaje interaccional sea el “verdadero”, sino que éste ofreció un camino totalmente novedoso e igualmente válido de entender y tratar la conducta problemática (134)

Desde los presupuestos sistémicos iniciales, en que el individuo y la familia son vistos como "sistemas" o conjunto de elementos en interacción, se ha pasado con la llegada de las ideas

provinientes del constructivismo y en particular del constructivismo social a considerar el *significado* como un proceso fluido de narrativas en constante cambio que son derivadas socialmente y que existen en el lenguaje. Con la incorporación de las ideas construccionistas: A través de la terapia familiar se crea un ambiente terapéutico en el cual cada individuo es capaz de compartir sus percepciones, ideas y creencias (135).

El foco terapéutico se centra en la creación de preguntas y de un medio terapéutico que pueda cumplir la tarea de conseguir un ambiente que facilite a las personas la oportunidad de tener nuevas y diferentes experiencias perceptivas, para las cuales están preparados. Cada miembro de la familia es estimulado a plantear su propia realidad en presencia de los otros miembros de la familia.

Probablemente la aportación mas conocida de esta escuela sea el desarrollo de diversos modelos de terapia familiar (133-138) desarrollados a partir de sus primeros trabajos sobre el papel de las relaciones familiares en el desarrollo de los trastornos mentales graves (139). De hecho, y a pesar de que los planteamientos originales mas bien se orientan a abrir la posibilidad de la terapia familiar que a propugnarla como alternativa ideal, durante los años últimos años setenta y primeros ochenta el abordaje sistémico y el encuadre familiar se han hecho casi inseparables. En los últimos años se ha producido un progresivo movimiento a la consideración del nivel individual y a la integración de conceptos cognitivos o incluso psicoanalíticos.

La muy abundante investigación desarrollada desde esta perspectiva (que ha dado para mantener simultáneamente revistas como Family Process, Journal of Strategic and Systemic Therapies o Therapie Familiale) ha sido, sobre todo, investigación de proceso. No hay estudios controlados de eficacia comparada sobre problemas bien definidos con otras intervenciones.

#### Psicoterapia interpersonal

La escuela interpersonal se basa en las ideas de Meyer y Sullivan y, aunque es poco

conocida en nuestro país, ha desarrollado buena parte de la investigación sobre eficacia de intervenciones psicoterapéuticas llevada a cabo en los Estados Unidos de América.

Su principal campo de aplicación ha sido la terapia de la depresión sobre la que ha desarrollado un método manualizado (13) que ha sido una de las cuatro modalidades de tratamiento comparadas en el estudio del Instituto de Salud Mental americano (140). Además de haber resultado más eficaz que el placebo y tanto como las otras alternativas (medicación y terapia cognitiva) en la resolución de los episodios depresivos, la terapia interpersonal ha demostrado ser eficaz en la prevención de recidivas en depresión recurrente Frank (141-143) y que su eficacia está en relación con la pureza (142, 144) del método interpersonal descrito en el manual de 1984 (13). Recientemente se trabaja sobre la aplicación sistemática del modelo a otros trastornos diferentes de la depresión (13, 145).

La investigación sobre psicoterapia interpersonal tiene la ventaja de estar realizada en ámbitos clínicos y con poblaciones clínicas. Hay abundante literatura sobre su utilización conjunta con psicofármacos (146).

En este mismo volumen se exponen algunas reflexiones sobre la utilización de la terapia interpersonal de la depresión en nuestro país (147)

### **Psicoterapia e integración**

Como hemos señalado repetidamente, durante los últimos 15 años se ha experimentado un crecimiento sin precedentes de las producciones que pretenden trascender o superar los límites impuestos a la práctica psicoterapéutica por cada una de las escuelas y recurrir a aportaciones de las otras para dar cuenta de aquellos fenómenos que cada una no es capaz de explicar o resolver satisfactoriamente. Este movimiento, que ha sido denominado ecléctico, integrador, convergencia, pluralismo, aproximación, unificación o prescripcionismo, ha sido certeramente calificado como una **metamorfosis en la salud mental** (148).

Ya en los años sesenta un 40% de los psicólogos clínicos americanos se autodefinían como eclécticos (149). Esta cifra aumentó hasta un 55% (150, 151) en los años setenta y sigue en aumento en los estudios más recientes (152). Un fenómeno semejante ha tenido lugar con los psiquiatras y trabajadores sociales (153) con funciones clínicas en los Estados Unidos y se ha detectado también en Europa (154).

La cantidad de libros y manuales de psicoterapia de orientación ecléctica o integradora ha ido también en aumento (25, 98, 155-169) desde que surgieran los precursores de los setenta (170-173).

Paralelamente se han desarrollado organizaciones como la Society for the Exploration of Psychotherapy Integration y han surgido revistas como el Journal of Psychotherapy Integration. El eclecticismo y la integración en psicoterapia han estado presentes también en las revistas generales y han llegado a provocar declaraciones de principio en revistas que surgieron precisamente como expresión de escuelas concretas como International Journal of Short-Term Psychotherapy.

En un excelente trabajo de revisión en el que Norcross (154) actualiza lo expuesto en un trabajo publicado en el *American Journal* en 1989 (153), propone las siguientes razones para explicar este vertiginoso ascenso del movimiento ecléctico integrador.

- 1.- El resultado equivalente de las diferentes terapias puesto de manifiesto por un trabajo investigador cada vez más amplio y sofisticado
- 2.- Ninguno de los modelos es plenamente satisfactorio para todos los pacientes y todas las situaciones
- 3.- La proliferación en el número de terapias específicas
- 4.- La existencia de descripciones más específicas y operativas de la práctica clínica (a través de los manuales y del uso de los sistemas audiovisuales de

registro)

5.- El creciente interés por las formas breves de intervención

6.- La interacción entre profesionales de diferentes orientaciones en las clínicas dedicadas a trastornos específicos o en los centros públicos

7.- Un conglomerado de factores políticos y socioeconómicos ligados a la crisis y la exigencia de eficiencia

8.- La actuación de los grupos organizados y revistas a los que antes nos referíamos.

En este mismo trabajo Norcross y Arkowitz (154) nos proponen la consideración de cuatro modelos de integración, cada uno de los cuales se ha ocupado de diferentes problemas y ha evidenciado diferentes hechos. Nos ocuparemos sucesivamente de los cuatro

#### 1)eclecticismo técnico

Se trata de una estrategia consistente en escoger para cada caso la técnica de intervención que ha resultado en el pasado mas eficaz para personas y problemas semejantes sin intentar generar una teoría que pretenda dar cuenta de la actuación de todas ellas. Sus dos representantes mas genuinos son Lazarus y Beutler.

La **terapia multimodal** de Lazarus (160) pretende seleccionar técnicas en base a la evidencia empírica de su efecto sobre problemas detectados tras una cuidadosa evaluación de aspectos del funcionamiento humano como la conducta, la afectividad, las sensaciones, la imaginación, las cogniciones, las relaciones interpersonales y la biología. En el apartado sobre las fases intermedias del proceso psicoterapéutico en este mismo volumen se recogen con mas detalle sus propuestas. Lazarus se define como un ecléctico que ha desarrollado un sistema para seleccionar intervenciones de diferente fundamento pero sin olvidar su postura anclada en una visión basada en las teorías del aprendizaje y que debe mucho al constructivismo social de

Bandura (174-175).

El **eclecticismo sistemático** de Beutler (156, 176, 177) pretende optimizar los resultados buscando la combinación mas acertada entre una serie de características del paciente, del terapeuta y de la relación establecida entre ellos. Tal tentativa ha guiado alguna investigación proceso-resultados (178). El procedimiento es discutido en este trabajo en el capítulo sobre la psicoterapia como proceso en el apartado dedicado a la búsqueda de pautas disfuncionales durante las fases intermedias.

## 2)factores comunes

Se trata de una aproximación que busca detectar las **semejanzas** en la teoría o la práctica entre las diferentes terapias sobre el supuesto de que estas pueden ser, al menos en parte, responsables de los similares resultados obtenidos por todas ellas.

Suelen citarse como antecedentes de esta orientación los trabajos de Fiedler (179-180) en los que este autor puso de manifiesto que los terapeutas con muchos años de experiencia en las diferentes orientaciones coincidían entre sí en mayor medida que con los novicios de su propia escuela tanto a la hora de definir una relación terapéutica ideal como en las observaciones de sesiones reales.

Sin embargo el verdadero padre de toda la investigación sobre factores comunes es Jerome Frank (181-184). Este autor pretende que las diversas psicoterapias no representan sino variaciones de los procedimientos tradicionales de ayuda psicológica. Para él las diversas psicoterapias producen su efecto porque proporcionan:

- 1) una relación de confianza cargada emocionalmente.
- 2) un encuadre que refuerza las expectativas de recibir ayuda del cliente y su confianza en el terapeuta como sanador.
- 3) un esquema racional que explica los síntomas y propone estrategias para su resolución.

4) una serie de procedimientos que terapeuta y cliente aceptan como medio de resolver los problemas de éste.

Según Frank el esquema racional propuesto para explicar los problemas (el **mito**) y los procedimientos aceptados por terapeuta y cliente (el **ritual**) proveen nuevas experiencias, evocan expectativas de ayuda, proveen oportunidades para ensayos y prácticas, y fortalecen la relación terapéutica.

El otro gran representante de esta escuela, James Prochaska (1966, 1985-1987) ha estudiado los factores comunes de los diferentes procesos terapéuticos. Sus ideas son desarrolladas con amplitud en el apartado correspondiente a las teorías sobre el cambio en las fases intermedias dentro del capítulo sobre el proceso psicoterapéutico de este mismo trabajo.

Norcross (1984) propone la siguiente agrupación de factores comunes estudiados por 50 autores:

- 1.- características del cliente (como expectativas, esperanza y confianza)
- 2.- características del terapeuta (como favorecimiento de la esperanza y las expectativas, afecto, consideración y empatía)
- 3.- procesos de cambio (catarsis, adquisición y práctica de nuevas conductas, provisión de explicaciones, introspección o toma de conciencia y aprendizaje emocional e interpersonal)
- 4.- estructuras terapéuticas (técnicas o rituales, revisión del mundo interno y exploración de aspectos emocionales, adherencia a la teoría y encuadre sanador)
- 5.- aspectos relacionales (alianza terapéutica)

Lambert y Bergin (1994) proponen otra agrupación diferente que recogemos en el **cuadro 4.**

### 3) integración teórica

Los intentos de conciliar los hallazgos de las teorías del aprendizaje con los del



psicoanálisis explicando uno en términos de las otras han contado entre sus mentores con alguna de las grandes figuras del primer psicoanálisis como French (188) o Alexander (189) que, en un artículo que Marmor y Woods (162) tuvieron el acierto de reimprimir, incluye también referencias a la psicología gestáltica. Sin embargo estas escuelas se han desarrollado, generalmente, de espaldas, ignorando mutuamente los hallazgos y problemas planteados por la otra.

Hay un acuerdo general (154, 173) en considerar el libro de Dollard y Miller de 1950 (190) como el primer intento sistemático de integración teórica de psicoanálisis y conductismo que iba más allá de la mera labor de traducción de los conceptos de uno al lenguaje del otro y que se traducían en propuestas concretas para la práctica de la psicoterapia. El más claro representante de esta corriente es Wachtel (168, 173, 191, 192), que ha propuesto una verdadera teoría de síntesis en la que pretende hacer con los neofreudianos una operación semejante a la que estos realizaron con Freud e incorporar a su reflexión todos los hallazgos de los terapeutas conductistas bajo el rótulo de **psicodinámica cíclica**. Recientemente se han desarrollado diversos intentos de integración de psicoterapias analíticas y cognitivas (193-196). Tanto las propuestas de Wachtel como las de Ryle se desarrollan en el apartado dedicado a la definición de las pautas disfuncionales en las fases intermedias del proceso psicoterapéutico en este mismo trabajo.

#### 4) integración con teorías e investigaciones en psicología básica.

Esta última modalidad de integración de las señaladas por Norcross y Arkowitz (154), se orienta a integrar las consecuencias de los hallazgos obtenidos por las diferentes escuelas psicoterapéuticas sobre la base de teorías psicológicas básicas. Estos autores citan algunos ejemplos de tentativas efectuadas sobre la psicología cognitiva académica o sobre la psicología social (125-132). Entre los trabajos más influyentes de esta corriente se encuentran los últimos de Horowitz (81).

## 2.- LA PSICOTERAPIA COMO PROCESO

Hablar de las psicoterapias en general (o, al menos, de las - muchas - que se atienen a nuestra definición) supone postular para ellas una estructura (o, como mínimo, una característica) común que nos ha de servir de guía para dar cuenta ordenadamente de las diferencias y similitudes entre las diferentes propuestas. Esto puede parecer algo artificial en algunos momentos. Pero nos ha parecido una alternativa preferible a convertir nuestra exposición en una yuxtaposición de discusiones de alternativas estructuradas según lógicas diferentes.

Seguiremos un esquema basado en la idea de que las psicoterapias pueden ser entendidas como un proceso en el que (2) - distinguiremos cuatro fases: 1) indicación, 2) iniciales, 3) intermedias y 4) terminación. Lo que sigue es, en gran medida una discusión de las conclusiones de un trabajo anterior (2) con lo que sobre estos temas hemos encontrado en la literatura.

### FASE DE INDICACIÓN

La fase de indicación comprende desde el primer contacto con el paciente hasta el momento en el que decidimos iniciar una intervención psicoterapéutica. Se trata de un proceso que obedece a reglas diferentes en el sector privado y en la práctica pública. La **figura 1** representa el proceso que esta fase conlleva en la práctica pública.

En primer lugar hay que considerar que en las condiciones actualmente vigentes en el sistema nacional de salud de nuestro país, los profesionales de salud mental no recibimos demanda espontánea sino pacientes para los que el médico de atención primaria ha hecho una indicación de atención en el nivel especializado (que actúa en **segunda línea** respecto a la atención primaria de salud). Por ello, la primera pregunta a plantearse es si paciente requiere efectivamente atención en el nivel especializado (de no ser así el caso es devuelto, con la consiguiente valoración razonada, al médico de atención primaria). Las condiciones para la

indicación de atención psiquiátrica especializada distan de ser obvias. La mera demanda de este tipo de atención por parte del paciente (que pudiera ser suficiente en ciertos contextos privados) no es, en este, ni suficiente ni necesaria (pensemos en los tratamientos involuntarios). La atención por parte de un servicio público es un derecho que ejerce por medio del uso de unos recursos limitados. Corresponde a los responsables de los servicios determinar sobre que problemas y en que medida se aplican los recursos disponibles. En el caso que nos ocupa esta determinación ha de resultar de un acuerdo entre los profesionales de atención primaria y los especialistas en salud mental. En función de la disponibilidad, tiempo, actitudes, capacidades, formación de cada uno de ellos pueden considerar preferible diferentes soluciones. Hay lugares en los que la gravedad es un criterio de derivación y lugares en los que está claramente establecido que lo determinante es el tipo de intervención requerida, con lo que, por ejemplo, las depresiones melancólicas (que responden bien al tratamiento con antidepresivos) serán asumidas con mas probabilidad por la atención primaria que los duelos patológicos o las depresiones reactivas (que no responden a los fármacos y se benefician de intervenciones psicoterapéuticas mas complejas) aunque estas sean de menor gravedad (197). Según hemos planteado en otro lugar (2) "la decisión - de derivar o no - se basa - o, mejor, debería basarse - en que se requiere ( o no) una intervención cuya complejidad rebasa las posibilidades de manejo en atención primaria". Los factores a considerar suelen ser características del paciente (diagnóstico, pero también edad, estado de salud, momento del ciclo vital, expectativas, disposición para uno u otro tipo de trabajo...) y del contexto (apoyo social, responsabilidad sobre otros, presencia de estresores y modificabilidad de los mismos...) y su concordancia con el repertorio de habilidades que cada profesional es capaz de poner en juego.

Un segundo elemento a considerar en el proceso de indicación es la posibilidad de que lo que se requiera sea una intervención en algún recurso de nivel terciario (un hospital o un entorno

residencial protegido, por ejemplo). El riesgo de suicidio, la disponibilidad de soporte social y la concurrencia de circunstancias somáticas son los factores que deben considerarse para tomar esta decisión (rara ya que mientras que un 2 por ciento de la población es atendido anualmente en los servicios de salud mental sólo un 0.06% requiere el uso de recursos terciarios).

Una vez claramente establecido que un paciente va a ser atendido en el nivel psiquiátrico especializado se plantean **simultáneamente** las preguntas sobre la viabilidad de un tratamiento farmacológico o psicoterapéutico (que en absoluto son excluyentes).

Los criterios a considerar para la viabilidad de una u otra modalidad de tratamiento tal y como fueron descritos por nuestro grupo (2) se resumen en los **cuadros 5 y 6**. Nótese que en ninguno de los casos es preciso que el cuadro o trastorno de base responda al tratamiento. Nadie se escandalizaría de que en un momento se utilizaran neurolépticos o ansiolíticos para mejorar la inquietud psicomotriz o los problemas de conducta de un sujeto con una demencia a pesar de que estos no actúan sobre este trastorno. Del mismo modo las intervenciones psicoterapéuticas que se realicen sobre un sujeto esquizofrénico o con lo que se conoce como un trastorno *borderline* de la personalidad no tienen porque pretender erradicar de esos sujetos tales condiciones (la esquizofrenia o el trastorno de la personalidad). Modificar ciertos síntomas o la repercusión que el trastorno tiene sobre la calidad de vida del sujeto es un fin más que legítimo. Como puede observarse en los cuadros 5 y 6 las consideraciones para la indicación de una u otra modalidad de tratamiento son muy parecidas. La posibilidad de tratamiento psicoterapéutico está sometida, sin embargo, a una condición adicional a la que ya hacíamos referencia en el apartado dedicado a las definiciones como **la posibilidad de construir una versión del problema presentado por el paciente en el que este aparece como implicado personalmente en el origen, el mantenimiento o las posibilidades de resolución del mismo**.

La versión puede ser aportada desde un inicio por el paciente

*"no se como lo hago pero cuando tengo que entrar en su despacho - el del jefe - me entra la sensación de que va a descubrir que he hecho algo mal y paso ya como pidiendo disculpas. Al salir me siento idiota y cuando estoy sola me pongo a llorar"*

Es mas frecuente que el paciente no disponga de entrada de tal versión de su problema y ésta resulte de un trabajo de exploración y establecimiento de acuerdos del que intentaremos dar cuenta al hablar de las fases iniciales.

Nos parece importante señalar que la versión aceptada por el paciente, si bien tiene que cumplir necesariamente esta condición de concederle un papel, no tiene por qué coincidir con la idea global que del problema se hace el terapeuta. Una paciente con unos ataques de pánico cuyo significado en su biografía sólo pudo ser establecido avanzado el curso la terapia inició la misma convencido de que en origen de sus crisis había un desrreglo hormonal pero

*"De lo que sí me doy cuenta es de que el miedo a que el ataque repita me pone en guardia y me asusto, y me noto mal y entonces me asusto aún mas y mi organismo responde de una manera que facilita que se repita el ataque. Lo que yo creo que podría hacer aquí es aprender a controlar ese círculo vicioso"*

Este paciente no se sentía implicado en el origen de su trastorno pero se concedía un cierto papel - y por consiguiente una capacidad de influir - sobre su mantenimiento o sobre su curso (que le parecía que empeoraba por el modo en que se enfrentaba a su problema). La condición a la que nos estamos refiriendo puede cumplirse aun con menos de esto. Un paciente con un trastorno somatoforme muy grave que, cuyo inicio pudo ser puesto a lo largo de un año de tratamiento con su historia personal de pérdidas, inició su proceso terapeutico sin cuestionar su firme convencimiento inicial de que sus padecimientos eran consecuencia de la mala práctica médica de la que había sido objeto pero que:

*"Ahora veo que, si ustedes me ayudan a hacerlo, yo podré aprender a vivir con mi*

*enfermedad de otro modo y a controlar mis mareos y mis dolores para poder, por lo menos, volver a salir a la calle"*

Como sucedía en este caso, para iniciar el proceso no es preciso que el sujeto se sienta personalmente involucrado en el origen, ni, siquiera, en los mecanismos que perpetúan el trastorno. A veces basta con que considere que puede hacer algo para modificar su evolución. El sujeto de nuestro último ejemplo estaba convencido de que sus dolores y mareos no habían tenido nada que ver con él hasta la fecha pero creía que podía aprender con nosotros algo que le sirviera para *controlarlos* o siquiera *para llevarlos mejor*, en el futuro.

El paciente que no acepta, tras las entrevistas iniciales, una lectura del problema en la que esté, de algún modo, personalmente implicado, no es abordable con psicoterapia.

*"Le he dicho ya varias veces que mi vida de pareja, familiar y laboral no puede ir mejor, que me gusta como soy y que yo sería feliz sino tuviera este maldito mareo y como falta de aire, así que no se empeñe en preguntar mas, ni me quiera comer el coco; si sabe de alguna pastilla que me lo pueda quitar, me la da y, si no, me lo dice y me aguanto por lo menos hasta que la medicina avance un poco mas"*

La indicación de tratamiento farmacológico se completa con una definición precisa de éste. Tal definición puede establecerse en términos de **qué sustancia, en que dosis, con que objetivo y por cuanto tiempo** se va a utilizar. Esta definición es un poco mas complicada cuando se refiere a una intervención psicoterapéutica. En otro trabajo (2) establecimos una serie de parámetros que permitirían situar la intervención que planeamos realizar y que puede servir como guía para formular preguntas útiles en esta fase (**cuadro 7**). Sin embargo no vamos a detenernos ahora en este tipo de definiciones porque van a ser mejor entendidas una vez que hallamos desarrollado las fases intermedias del proceso terapéutico.

En cualquier caso el convencimiento de que un determinado problema presentado por un

paciente (sobre el que ya se ha determinado que debe ser abordado en el nivel de atención psiquiátrica especializada) sea susceptible de tratamiento farmacológico y/o psicoterapéutico no significa que éste deba ser automáticamente aplicado. Caso de ser abordable por ambos procedimientos debe plantearse la cuestión de la **eficacia** (resultados) y la **eficiencia** (relación coste/beneficio) de ambos antes de determinar si se va a utilizar uno, otro o una combinación de ambos abordajes. Existe literatura que informa de mejores resultados de terapias combinadas que de cualquiera de ellas aislada (140, 146, 198). Además pueden utilizarse combinaciones que pueden permitir el abordaje de diferentes aspectos de un problema complejo. existen buenas y extensas revisiones de este tema (146, 198) que no es objeto directo de este trabajo. En nuestro medio la combinación es la norma mas que la excepción 32% frente a un 26% de psicoterapias sólo - 15% individuales, 3% de familia o pareja y 8% de grupo) en adultos y es mas frecuente que la farmacoterapia en niños y adolescentes (en los que un 74% son intervenciones psicoterapéuticas puras - 40% individuales, 15% de familia y 19% de grupo- 7% combinación de fármacos y psicoterapia y sólo 1% farmacoterapia sólo).

En definitiva la fase de indicación es un proceso por el que el evaluador concluye que el sujeto que ha sido derivado a los servicios de salud mental por el médico de atención primaria requiere efectivamente atención especializada y esta incluye alguna intervención psicoterapeutica como único componente del tratamiento o en combinación con algún fármaco.

## **FASES INICIALES**

Frecuentemente se conoce este momento de la terapia como fase de **evaluación**. Hemos preferido el término mas general de **fases iniciales** en consideración de que, si bien la evaluación es una tarea central en este momento de la terapia no es, ni mucho menos la única (2).

Efectivamente esta fase concluye con la consecución de tres objetivos 1) la evaluación y

correspondiente **formulación del caso** 2) la construcción de la **alianza de trabajo** y 3) el **contrato**. Las posiciones psicoanalíticas extremas en las que para que el proceso terapéutico comience no es preciso que nadie disponga de una idea más o menos precisa sobre la naturaleza del problema - y aún consideran que tal visión sería más un obstáculo que un instrumento para el buen fin de este proceso - no son de aplicación en el trabajo en la psiquiatría pública, con lo que no entraremos a discutirlos. Fuera de ellas casi nadie considerará que podamos dar por concluida este momento inicial sin haber cumplido el primero de estos objetivos.

La necesidad de cumplir el segundo objetivo - establecimiento de una **relación terapéutica** - es - una vez que se enuncia obvia: de nada nos sirve una apreciación muy exacta del problema a tratar sino se dan las condiciones (de confianza, de acuerdo sobre la naturaleza de la tarea y sobre los respectivos roles a asumir en ella por el terapeuta y el paciente) que nos han de permitir trabajar. Sin embargo nos pareció necesario explicitarlo porque a pesar de que todo terapeuta con cierta experiencia se ha visto en alguna ocasión renunciando a obtener alguna información o ralentizando el proceso de adquirirla para salvaguardar esta relación o, incluso, ha salido muy satisfecho de alguna primera entrevista en la que casi ni ha podido averiguar la naturaleza del problema sólo porque ha conseguido remover los obstáculos que inicialmente tendía el paciente a cualquier intento de aproximación productiva, es frecuente que este objetivo se omita en los textos introductorios.

El tercer objetivo - el establecimiento de un **contrato** - sí que es más controvertido y nos ha dado pie a muchas - y productivas - discusiones cuando lo hemos expuesto en cursos y seminarios sobre la materia. En nuestro país casi ningún terapeuta establece - ni siquiera en el sector privado - un contrato escrito. Un contrato verbal que, por lo menos establezca el monto de los honorarios, el horario, qué sucede en caso de urgencia y qué se espera de cada una de las partes, parece inevitable en el marco de la práctica privada. Pero la situación es menos clara en la



práctica pública (podría parecer que la atención psicoterapéutica se atiene a un contrato general sobre uso de servicios ofertados por el estado) y hemos oído a muchos compañeros sostener que ellos *no hacen contrato*. Nuestra postura al respecto es que el contrato es un elemento central en la práctica de la psicoterapia. Hasta el extremo de que nos parece, sencillamente, **imposible trabajar sin contrato** o, dicho de otro modo, **no creemos que sea verdad que estos compañeros trabajen sin contrato**. Lo que es posible es **no hacer explícito - a veces ni siquiera hacer consciente - el contrato que se firma**. Nuestra hipótesis es que allí donde alguien pretende trabajar sin contrato lo que existe es un **contrato implícito**. En el peor de los casos mas o menos en los siguientes términos:

*"No se muy bien que le pasa, pero, le veré a usted cuando tenga sitio en mi agenda, durante un lapso de tiempo que depende del follón que tenga en la sala de espera y mientras usted no se cure, se desespere o tenga dinero para pagarse un buen psiquiatra, con el fin de enterarme de si usted mejora o muere a causa de la medicación que le he prescrito. Tampoco se si hago todo esto porque me parece usted una mujer maravillosa o porque me pagan para ello"*

Es importante hacer manifiesto algo diferente y las fases iniciales deben terminar con una discusión explícita de un contrato que se convierte, así, en un instrumento terapéutico y de control del proceso. Las fases iniciales se extienden, por tanto, desde el primer contacto hasta el contrato.

Un contrato debe referirse al menos a tres áreas diferentes. En primer lugar debe referirse al **foco**. Se trata de acordar una versión del problema que puede ser compartida por terapeuta y paciente y que permita organizar el trabajo. Para conseguir esto el terapeuta debe hacer partícipe al paciente de su **hipótesis** sobre que le pasa a través de una exposición fundamentada que generalmente va a incluir alguna referencia a la base teórica que lo sustenta. Este tipo de

referencia que nunca fue extraña a los practicantes de la modificación de conducta, se ha impuesto también en los manuales de terapias cognitivas (12), interpersonales (13) o psicodinámicos (25, 83, 88). Esta exposición debe incluir una estimación **pronóstica** y servir para justificar una **propuesta de tratamiento**.

En segundo lugar el contrato debe referirse al **encuadre**. Este debe definirse en términos de personas incluidas en el proceso (individual, de pareja, de familia, de grupo...), lugar en el que va llevarse a cabo, posición (cara a cara o no, en la mesa o en los sillones...), horario, frecuencia y duración de las sesiones, manejo de incidencias como retrasos, citas perdidas o canceladas, urgencias o citas extras y duración previsible (ilimitado, con pretensión de brevedad, con fecha de terminación fija, con número de sesiones predeterminado....). Deben explicitarse las normas básicas que han de regular la actividad del paciente (asociación libre, cumplimiento de las tareas para casa...) y del terapeuta (contestará o no a todas las preguntas, preguntará directamente o no, dará o no opiniones o consejos...).

Por último, el contrato debe establecer los **objetivos** del tratamiento y explicitar las expectativas de ambos participantes. Los objetivos, deben ser limitados, realistas y evaluables (*vamos a trabajar para conseguir que pueda subir al autobús sin sufrir estos ahogos*), huyendo de definiciones vagas y formulaciones muy generales (*ser mas feliz*). Definir correctamente unos objetivos supone considerar sus costos y los riesgos que entraña su prosecución y establecer unos marcadores de logro que nos permitan saber en que medida nos aproximamos o no a ellos. El **cuadro 8** resume estos requisitos del contrato.

Estamos convencidos de que el establecimiento de un contrato de estas características supone enormes ventajas en la práctica de la psicoterapia en el sector público. Nuestra recomendación es que cada terapeuta se familiarice con un contrato tipo que adapte a las características de cada paciente. El momento de establecer el contrato suele aportar mucha

información sobre expectativas y actitudes del paciente. El haber explicitado las condiciones de tratamiento reglamentado facilita la referencia al encuadre que, en ocasiones se convierten en un elemento central de la terapia.

El proceso de **evaluación** ha sido objeto de atención detallada en casi todos los prontuarios de psicoterapia y refleja las hipótesis de base sobre los mecanismos del cambio que se busca. Strupp y Binder (88), por ejemplo, establecen que este proceso se refiere a cuatro **tipos de información**

- 1.- **naturaleza de la "enfermedad" previa y actual** incluyendo detalles sobre síntomas, historia de "enfermedades" relevantes de los miembros de la familia, tratamientos anteriores y examen formal del estado mental
- 2.- **historia de relaciones pasadas**, incluyendo una historia familiar detallada
- 3.- información sobre **relaciones actuales**
- 4.- observaciones de **transacciones en la relación terapéutica**

Cada propuesta de psicoterapia especifica los procedimientos por los que se obtiene la información relevante para la definición de las pautas disfuncionales a las que nos referiremos detalladamente en las fases intermedias.

A nosotros nos parece útil considerar la evaluación en una serie de áreas a las que corresponden unas preguntas:

- 1.- evaluación del **problema**. (*¿Que pasa?*)
- 2.- evaluación de la **demanda** (*¿Por qué ahora?*)
- 3.- evaluación de las **posibilidades de tratamiento** (*¿Que será capaz de hacer para lograr lo que quiere?*)
- 4.- evaluación de las **posibilidades de relación terapéutica** (*¿Cómo podríamos - él y yo- trabajar para lograr eso?*)

5.- evaluación de la **contratransferencia** (*¿Que problemas me puede provocar esto?*)

6.- evaluación del **contexto** (*¿Como repercutiría esto en el entorno y viceversa?*)

En un trabajo previo (2) establecimos cuatro orientaciones para estas **tareas exploratorias**

1. **Problema** (síntomas, afectos, cogniciones, conductas, biografía, circunstancias concomitantes...)

2. **Ámbito de manifestación** (pasado, presente, relación terapéutica...)

3. **Posibilidades de tratamiento** (predisposición para el cambio, motivación, experiencias de tratamientos anteriores...)

4. **Factores limitantes y facilitadores** (nivel cultural, capacidad de verbalización, sistemas de apoyo...)

Lo que importa establecer es que, en cualquier caso, las tareas durante esta fase no son exclusivamente exploratorias. En otro lugar (2) incluimos otras dos: la **explicación o interpretación de prueba** y la **definición de los roles de terapeuta y paciente**.

Las explicaciones o interpretaciones de prueba son *intervenciones orientadas a proporcionar una demostración de la capacidad del paciente de trabajar en diferentes registros y a servir de base para el acuerdo de un foco en el contrato*. Su empleo, habitual también en las terapias tradicionales más prescriptivas, ha ido haciéndose rutinario en las propuestas más expresivas hasta convertirse en un elemento central de las fases iniciales para terapeutas como Davanloo (79) o Strupp y Binder (88)

La **definición de los roles de terapeuta y paciente** es crucial, ocurre en estas fases tempranas y depende sólo en escasa medida de lo que se explicita en el contrato. se trata de hacer surgir entre dos personas desconocidas una relación **compatible con el trabajo y aceptable por ambas partes**. Esto sucede en cualquier encuentro terapéutico y ha sido bien analizado, por

ejemplo por Beitman (1955). Este primer encuentro terapeuta-paciente se juega en primer lugar en un terreno interpersonal. Las características externas (aspecto, cultura, sexo, edad, estilo de comunicación, signos externos denotadores de valores - medallas, insignias, adornos, vestido, periódico que se lee...) de ambos participantes pueden hacer anticipar el curso de la relación determinando un grado de simpatía preliminar. Pero este encuentro se verifica también en un registro **experto/lego**. El paciente ha de reconocer en el terapeuta la competencia necesaria para poder ponerse confiadamente en sus manos. Esta operación es mas complicada en el sector público ya que en el sector privado es precisamente la suposición de esa competencia lo que lleva al paciente a un determinado terapeuta y en el sector público no se elige el terapeuta (la pertenencia al sistema público no es generalmente admitida como una buena garantía por la mayoría de los que acuden a él). Pero la verdadera dificultad adicional en la asistencia pública es que esta relación se juega también en el registro **administración/usuario**. El paciente es un ciudadano con derecho al tratamiento que el Estado le garantiza *a través* del terapeuta. La situación se complica aún mas si, además, el terapeuta tiene que determinar, por ejemplo, si el paciente debe estar de baja laboral o no. Una buena alianza de trabajo sólo puede establecerse cuando se consigue hacer prevalecer el registro experto/lego sobre los otros dos.

Hacer esto correctamente requiere una atención específica al problema. La exploración de las expectativas e ideas preconcebidas del paciente sobre el tratamiento, sus métodos y sus posibilidades deben ser exploradas sistemáticamente. La pregunta sobre como cree el paciente que podríamos ayudarle y cómo se imagina el tratamiento no debería omitirse nunca. Se deben prestar particular atención a los indicadores indirectos de la evolución de la relación (postura, miradas, comentarios) y buscar retroinformación sobre las iniciativas del terapeuta. El terapeuta debe explorar también sus sentimientos de entrada sobre el paciente y preguntarse por el modo en que podrían posteriormente influir en el curso de la terapia.

Los **problemas** mas frecuentemente encontrados en estas fases y las maniobras comunmente utilizadas para afrontarlos pueden encontrarse en otro texto (2) publicado en este mismo volumen.

## **FASES INTERMEDIAS**

*En ellas se dirime la parte sustancial de la terapia ya que las fases iniciales no persiguen sino sentar las condiciones de posibilidad para las intermedias y la fase de terminación permitir que los logros conseguidos en ellas puedan mantenerse o ampliarse sin el apoyo continuado del terapeuta (2).* De acuerdo con esto, estas fases están guiadas por dos objetivos. El primero es **acordar (entre terapeuta y paciente, la definición de unas pautas disfuncionales**, (que se definirán en el terreno de la conducta observable, del pensamiento, de las emociones o cualquier otro) que van a ser objeto del cambio. El segundo objetivo es **propiciar la acción de algun(os) factores terapeutico(s) sobre estas pautas disfuncionales** a través de unas **técnicas** y unas **estrategias** (2).

De cara a la exposición nos ha parecido útil recopilar según un esquema común las propuestas realizadas por autores considerados de referencia por las diversas escuelas, expuestos según un esquema común. La selección no pretende ser exhaustiva sino ilustrativa y útil para el posterior desarrollo de la idea de una estructura común a todas ellas.

El esquema a seguir se resume en el **cuadro 9**. Expondremos primero las propuestas realizadas desde algunas de las escuelas psicoterapéuticas clásicas (psicodinámica, cognitiva, conductual, existencial y sistémica) para introducir después las propuestas planteadas desde lo que hoy se conoce como *eclecticismo técnico* (utilización de técnicas provenientes de diversas escuelas según un procedimiento sistemático de selección) y, por fin, las de lo que por contraposición a este eclecticismo, se conoce como *integración teorica* (intentos de construir una teoría capaz de dar cuenta, a la vez, de los resultados obtenidos por intervenciones basadas en las

diversas escuelas. Hemos seleccionado algunos autores representativos de cada orientación, y expondremos sus propuestas según un esquema común que da cuenta de: 1) concepción de los trastornos mentales, 2) definición de la pauta disfuncional, 3) factores terapéuticos, 4) tipo de relación terapeuta/paciente, 5) actividad del terapeuta y 6) formato de psicoterapia propuesto.

## A.- DEFINICIÓN DE LAS PAUTAS DISFUNCIONALES

### 1.- PROPUESTAS ESPECÍFICAS

Desarrollaremos en este apartado propuestas efectuadas desde las diferentes escuelas. En la exposición hemos evitado, en la medida de lo posible, el uso de los tecnicismos propios de cada una de ellas.

#### **1.1. En clave psicodinámica**

Los psicoanalistas han sido, por principio, renuentes a proponer formalizaciones de sus intervenciones. Rompen de un modo claro con esta tradición los psicoanalistas implicados en el trabajo de atención psiquiátrica en las condiciones impuestas por las compañías de seguros como Bellak (76-77) y los primeros proponentes de psicoterapias dinámicas breves (Malan y el grupo heredero de Balint (24, 74) en la Tavistock, en Inglaterra y Sifneos (86, 87) y Mann (84,85) en Estados Unidos). Los psicoanalistas que han desarrollado investigaciones con una metodología rigurosa - como el proyecto Penn, liderado por Luborsky (14, 83, 90, 91, 199, 200)) y los proyectos Vanderbilt encabezados por Struppp y Binder (88) - han desarrollado versiones manualizadas de sus intervenciones que constituyen una suerte de *tercera ola* en este terreno.

##### 1.1.1. David Malan (24)

#### **Concepción de los trastornos mentales**

Los síntomas neuróticos o conductas mal adaptadas resultan de la utilización disfuncional de diversos mecanismos de defensa puestos en marcha para evitar el dolor o el conflicto psíquico o para controlar impulsos inaceptables. Tales síntomas tienen una función expresiva a la vez que

defensiva (por ello son interpretables).

### **Definición de la pauta disfuncional**

La pauta disfuncional se define en términos de **triángulo del conflicto** (sentimiento o impulso, angustia, defensa) y **triángulo de las personas** (actual, pasado y transferencia) La **figura 2** representa estos triángulos. Un determinado impulso inaceptable provocaría angustia, frente a la que se ponen en marcha determinados mecanismos de defensa que resultan disfuncionales y dan lugar al síntoma. Esto debe detectarse e interpretarse (poniendo de manifiesto estos tres ejes del triángulo del conflicto (impulso angustia y defensa) en cada uno de los escenarios que constituyen el triángulo de las personas (en las relaciones actuales del paciente, en su relación con sus figuras parentales y en su relación con el terapeuta, en la transferencia).

### **Factores terapéuticos**

El principal es traer a la conciencia y expresar los sentimientos ocultos, después de haber puesto de manifiesto la defensa que se articula contra la angustia que despierta (triángulo del conflicto) en cada vértice del triángulo de las personas.

### **Tipo de relación terapeuta/paciente**

Ante todo es el lugar de la transferencia

### **Actividad del terapeuta**

Por un lado está la actividad de **escucha** (clave de la labor analítica) y **atención al rapport** (que Malan entiende como sensor hasta el extremo de plantear la intensificación del rapport como indicador del acierto de una interpretación) y, por otro, la actividad de **interpretación** (en términos de los dos triángulos).

### **Formato de psicoterapia propuesto**

El formato propuesto es el de una psicoterapia breve (20-40 sesiones) sin límite prefijado



de tiempo (aunque sí se expresa la intención de brevedad y el carácter focal), con 1 sesión semanal, que se realiza cara a cara.

*Ricardo es un hombre de 32 años que busca tratamiento tras haber golpeado a su pareja. A lo largo de su vida esta situación se ha repetido otras tres veces forzando la ruptura de las relaciones anteriores. Según cuenta, el objetivo más importante en su vida es conseguir construir una familia y quiere evitar que la conducta agresiva anterior se repita. Espontáneamente relata ser hijo de una madre soltera que se dedicaba a la prostitución y que le abandonó y maltrató físicamente en numerosas ocasiones, acusa'ndole de ser él el culpable de su prostitución. Inició tratamiento con una terapeuta mujer con la que desde un principio estableció una relación oscilante entre la dependencia, actitud de desvalimiento y la irritación y el incumplimiento de horarios y citas. En este caso el paciente utiliza el mecanismo de actuación a través de la agresión, como defensa ante la creciente angustia por los sentimientos suscitados en la relación de pareja y que tienen que ver, tal como descubre en el curso de la terapia, con el miedo a exponerse al abandono, hecho que, simultáneamente, provoca con su conducta agresiva. Se cierra así el triángulo del conflicto que ha de manifestarse en los tres vértices del otro triángulo, el de las personas. El conflicto se manifestó, en el pasado, en la relación con su madre, en la actualidad en la relación con su pareja y, en la relación transferencial, con la terapeuta, a la que agrede con su conducta y cuya capacidad para mantener la relación y no abandonarle pone a prueba.*

#### 1.1.2. **Habib Davanloo** (78, 79)

##### **Concepción de los trastornos mentales**

Al igual que en Malan, supone que los síntomas neuróticos o conductas mal adaptadas resultan de la utilización disfuncional de diversos mecanismos de defensa puestos en marcha para

evitar el dolor o el conflicto psíquico o para controlar impulsos inaceptables. Tales síntomas tienen una función expresiva a la vez que defensiva.

### **Definición de la pauta disfuncional**

Igual que Malan, en términos de triángulo del conflicto y triángulo de las personas. Los impulsos señalados por Davanloo son con mas frecuencia de naturaleza hostil que erótica

### **Factores terapéuticos**

El principal es la interpretación de los dos triángulos, pero Davanloo aporta como fundamental su técnica de **desbloqueo del inconsciente** a través del **reto a la resistencia**. En palabras del propio Davanloo, *"...resumiendo el complicado proceso de terapia antes descrito puede agruparse en dos fases generales. La primera es la fase preinterpretativa que consiste en el reto y la presión ejercida sobre la resistencia, con la consiguiente intensificación de la transferencia, y que culmina en la vivencia por parte del paciente de sus sentimientos de transferencia. Esto provoca el desbloqueo del inconsciente y la movilización de la alianza terapeutica inconsciente. La fase interpretativa puede entonces comenzar, primero con el análisis de la resistencia residual y finalmente con la exploración del pasado y el descubrimiento del núcleo neurótico"*.

### **Tipo de relación terapeuta/paciente**

Es, ante todo, el lugar de la transferencia. Davanloo, con un estilo muy asertivo - y muy personal-, construye una relación muy cálida, capaz de albergar sentimientos hostiles muy intensos y muy vívidos.

### **Actividad del terapeuta**

Como en el caso de Malan las actividades son **escucha** y **atención al rapport**, **interpretación** y, además, **reto a la resistencia**

### **Formato de psicoterapia propuesto**

Psicoterapia breve entre una y veinte sesiones de duración variable (Con el fin de llevar a cabo el *desbloqueo* una primera sesión no es raro que dure 4 horas y puede durar hasta 8).

### 1.1.3. Lester Luborsky (83, 91)

#### **Concepción de los trastornos mentales**

Los síntomas son resultado de **conflictos intrapsíquicos** que se expresan en problemas relacionales (por su capacidad de transferencia). Estos conflictos son inconscientes y se mantienen así por la existencia de una **resistencia**.

#### **Definición de la pauta disfuncional**

Lo hace en términos de **tema relacional del conflicto nuclear** (TRCN) - la traducción relacional de este conflicto inconsciente - que puede ser expresado en **una frase** con 2 componentes:

- (1) una afirmación sobre las **deseos o intenciones del paciente**.
- (2) una afirmación sobre las **consecuencias** en términos de **respuesta del self** y **respuesta de los otros**.

El esquema completo sería el de la **figura 3** y el resultado una frase del tipo de "*yo quiero.....de....., pero.....(por mi parte), y..... (por la suya)*".

*En el caso de Ricardo, descrito anteriormente, el paciente expresó un **deseo**: conseguir una relación de intimidad con su pareja. Para el la **respuesta del otro** es el abandono, ante el cual, la **respuesta del yo** es la angustia y la conducta agresiva. El terapeuta identificará este tema conflictivo nuclear en cada secuencia relacional que el paciente le relate durante las entrevistas y ello constituirá el foco de su trabajo*

#### **Factores terapéuticos**

Se define como una terapia de **apoyo/expresión** y reconoce los 3 tipos de factores: 1)

**expresivos** (toma de conciencia), 2) **de apoyo** (alianza terapéutica) y 3) **incorporación de los beneficios de la terapia** a la vida del paciente (que tiene mucho que ver con el manejo de la terminación). En cualquier caso se trata de una psicoterapia psicoanalítica y el concepto clave es el de **interpretación** (en términos de TRCN).

### **Tipo de relación terapeuta/paciente**

El terapeuta es activo tanto en facilitar el proceso de toma de conciencia por parte del paciente; como en que experimente la relación con el terapeuta y el tratamiento como útiles.

### **Actividad del terapeuta**

Las actividades del terapeuta pueden referirse a cada uno de los componentes de la terapia. Así, por el componente expresivo, el terapeuta se mueve de acuerdo con un esquema en cuatro fases: 1) escucha, 2) comprensión, 3) respuesta y 4) vuelta a escuchar. Por el componente de apoyo actúan 1) el encuadre, 2) la actitud de comprensión empática y 3) el hecho de presentarse el terapeuta como una figura de ayuda. Por fin por el componente de consolidación de los beneficios está todo el trabajo de terminación.

### **Formato de terapia propuesto**

Se trata de una psicoterapia manualizada centrada en un proyecto de investigación (el proyecto Penn). No es una psicoterapia breve, aunque existe una versión "breve" que se incluye en el mismo manual.

#### **1.1.4. Strupp y Binder (88)**

### **Teoría de los trastornos mentales**

Los propios autores (responsables de los proyectos Vanderbilt) la resumen en estos términos *"los problemas de los pacientes son consecuencia de unas relaciones interpersonales inadecuadas que pueden formalizarse en forma de una narración que implica acciones humanas, inmersas en un contexto de transacciones interpersonales, organizadas en un patrón*

*psicodinámico cíclico, que ha sido una fuente de problemas, que se repite a lo largo de la vida, y que, en la actualidad, es origen de dificultades".*

### **Definición de la pauta disfuncional**

Como en el caso de Luborsky se resume en una historia que, en este caso, organiza los siguientes elementos: 1) Problema que se presenta, 2) Actos de uno mismo, 3) Expectativas de reacción de los otros, 4) Reacciones observadas en los otros y 5) Introyección (trato que se da el paciente a si mismo).

### **Factores terapéuticos**

La terapia persigue **facilitar una experiencia vital constructiva** que (a través del conjunto de transacciones interpersonales que constituyen las terapias) produzca una mejoría en el auto-concepto del paciente y en la calidad de sus relaciones interpersonales.

### **Tipo de relación terapeuta/paciente**

Esta relación se considera como *"un laboratorio para estudiar **in vivo** las dificultades que el paciente tiene en su vida, así como el medio de corregirlas"*

### **Actividad del terapeuta**

La actividad básica consiste en la escucha empática, interpretación psicodinámica de las dificultades del paciente en términos de historia de su vida y la definición de su carácter autodestructivo, especialmente si ocurren en las inmediaciones de las transacciones contemporáneas terapeuta-paciente.

### **Formato de terapia propuesto: (Psicoterapia Dinámica de Tiempo Limitado).**

Es una psicoterapia manualizada, utilizada en los proyectos Vanderbilt 1 y 2, que se define (en palabras de los autores) como *"una aproximación a la psicoterapia individual que integra conceptos clínicos de una variedad de perspectivas psicodinámicas y cuyo fin es alcanzar unos objetivos determinados en 30-50 sesiones"*.

### 1.1.5. **Bellak y Small** (76,77)

#### **Teoría de los trastornos mentales**

Para estos autores "*los síntomas son intentos de resolver un problema que concierne a la continuidad entre la infancia y la edad adulta, el pensamiento despierto y el sueño, el consciente y el inconsciente que conllevan ansiedad, conflicto y déficit*" (77).

La Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia (PBIU) se centra en lo que ha sido aprendido de forma deficiente y precisa ser desaprendido y reaprendido de forma mas eficaz. Se basa en los desarrollos psicoanalíticos de la Psicología del Yo y la teoría de los mecanismos de defensa.

#### **Definición de la pauta disfuncional**

Para la definición de las pautas desadaptativas estos autores proponen la utilización de un *mapa de las funciones del Yo* (77) que reproducimos en el **cuadro 10**. Además, estos autores proporcionan pautas específicas para trastornos específicos (por diagnósticos). El **cuadro 11** muestra algunas de sus propuestas.

#### **Factores terapéuticos**

Definen el principal factor terapeutico como *desaprendizaje y reaprendizaje de forma eficaz de lo deficientemente aprendido*. Para ello utilizan el apoyo, la interpretación, la transferencia y, en ocasiones, la exposición.

#### **Tipo de relación terapeuta/paciente**

La definen claramente como la del *médico que interviene en la urgencia/paciente en crisis*.

#### **Actividades del terapeuta**

Son la escucha, interpretación, apoyo y, utilización de la transferencia (que solo se analiza si es negativa).

### **Formato de terapia propuesto** (Psicoterapia Breve, intensiva y de urgencia).

Se adapta a los requerimientos de la compañía para la que trabajaron los autores (5 sesiones mas una de seguimiento para personas en crisis con cualquier diagnóstico).

### **1.2. En clave cognitiva**

Los terapeutas cognitivos se han caracterizado siempre por una definición clara de lo que consideran pautas disfuncionales, de su relación con las quejas del paciente y de sus hipótesis sobre los mecanismos que provocan el cambio. Seleccionaremos aquí a dos de sus teóricos (aunque podíamos igualmente haber seleccionado a Michaelbaum o cualquier otro)

#### **1.2.1. Aaron T Beck (12)**

#### **Concepción de los trastornos mentales**

En palabras del propio Beck *"los afectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que este tiene de estructurar su mundo. Sus "cogniciones" (fenómenos verbales o gráficos en su corriente de conciencia) se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores"*. La patología tiene que ver con formas distorsionadas de interpretar la realidad debidas a cogniciones o supuestos erroneos o a la utilización de procesamientos aberrantes.

#### **Definición de la pauta disfuncional**

El manual de 1983 se ocupa específicamente de la depresión y ofrece un modelo para este trastorno en términos de:

- (1) Pensamientos automáticos (triada depresiva: pensamientos negativos acerca de sí mismo de su experiencia del mundo y del futuro)

*Ya no valgo para nada, sólo soy un estorbo para mi familia (...) No encuentro que haya nada por lo que valga la pena seguir viviendo (...) Lo he fastidiado todo y ya no tiene remedio (...)*

(2) Esquemas cognitivos (supuestos depresógenos: patrones cognitivos que se activan por determinado tipo de experiencias)

*Si no me sale todo bien es que soy una auténtica mierda (...) Si cometo algún fallo dejará de quererme*

(3) Errores en el procesamiento de la información (inferencia arbitraria, abstracción selectiva, sobregeneralización, maxi o minimización, personalización, pensamiento dicotómico).

*He suspendido el examen de conducir, está claro que no sirvo para nada (...)  
Hemos fracasado debido exclusivamente a que yo no estuve suficientemente atento...*

### **Factores terapéuticos**

Se procura la aplicación de la lógica y las reglas de evidencia (del método científico) para que el paciente compruebe el carácter equivocado de sus pensamientos y esquemas y los sustituya por otros.

### **Tipo de relación terapeuta/paciente**

Beck la define como **empirismo colaborativo**: ambos colaboran en el diseño y evaluación de experimentos orientados a refutar los esquemas equivocados. Del terapeuta se solicitan 3 características: aceptación, empatía y autenticidad.

### **Actividad del terapeuta**

El terapeuta aplica dos tipos de técnicas: **técnicas conductuales** (programación de actividades, registros de dominio y agrado, asignación de tareas graduales, práctica cognitiva (ejecución imaginaria), entrenamiento en asertividad y rol-play) y **técnicas cognitivas** (explicación de la teoría, detección de pensamientos automáticos, examinar y someter a prueba los pensamientos automáticos, técnicas de reatribución, búsqueda de soluciones alternativas o



empleo del contador de pulsera). El estilo del terapeuta se basa en el uso de la **pregunta**.

### **Formato de terapia propuesto**

Psicoterapia normalizada definida como un procedimiento activo directivo, estructurado y de tiempo limitado.

#### 1.2.2. Albert Ellis (1957, 2011)

### **Concepción de los trastornos mentales**

En palabras de Ellis y Abraham *"Lo que podríamos llamar problemas psicológicos surgen principalmente de percepciones y concepciones erróneas en el punto A (acontecimientos o experiencias activantes), (...) también de reacciones emocionales insuficientes o excesivas a tales experiencias activantes (...) y pueden comprender (...) patrones de comportamiento disfuncional" (es decir incluye elementos cognoscitivos, emotivos y conductuales)."*

### **Definición de la pauta disfuncional**

La definición de la pauta disfuncional se hace en términos de lo que Ellis ha llamado A-

B-C-D-E:

A: experiencias activantes

B: creencias conscientes o inconscientes (Beliefs)

C: consecuencias o reacciones emocionales de esas creencias

D: discutir, descubrir, debatir, discriminar estas creencias y sentimientos durante la terapia

E: efecto de discutir las creencias sobre la vida del paciente

*Sagrario llevaba tres días presa de la desesperación, llorando, sin dormir, ni comer, sin ir al trabajo y sin querer ver a nadie (C) desde que su médico le prescribió un análisis de sangre (A) porque estaba*

*convencida, de que si se lo hacía se descubriría que tenía una enfermedad, que con toda seguridad sería leucemia y que ella no sería capaz de aguantar la quimioterapia, que en cualquier caso sería inútil porque a ella se le habría detectado demasiado tarde para poder salvarla, con lo que no valía la pena seguir viviendo (B). El médico que la atendió con un cuadro de hiperventilación hubo de hacerle ver que carecía de datos que le autorizaran a pensar que su médico sospechaba que tuviera una patología diferente del cuadro catarral por el que ella consultó, que no había motivos para pensar que la patología si la hubiera fuera grave y que nada indicaba que pudiera tener leucemia (D). No fue preciso discutir que la leucemia puede, con frecuencia, tratarse con éxito, que nada indicaba que caso de que ella la tuviera fuera a detectar demasiado tarde, ni que el padecer una enfermedad grave o saber que uno tiene limitada su esperanza de vida no significa que no valga la pena seguir viviendo (que también son ideas irracionales) para conseguir que Sagrario consiguiera relajarse, accediera a hacerse el análisis (que resultó normal salvo una discreta leucocitosis con desviación a la izquierda) y pudiera volver a su domicilio (E)*

### **Factores terapéuticos**

El cambio se produce a través de los efectos de esta discusión (punto E). Los factores terapéuticos consisten en la discusión, descubrimiento, debate y discriminación de las creencias (punto D). A través de esta se pretende construir una personalidad **racional**.

### **Tipo de relación terapeuta/paciente**

Es una relación de colaboración en la que el terapeuta actúa como sofista o como Sócrates

haciendo desplegarse la racionalidad del paciente.

### **Actividades del terapeuta**

Lo específico de este tipo de terapia es la **discusión socrática**. Comparte con las terapias conductuales la **asignación de tareas** que pueden ser tareas cognoscitivas o emotivas en la consulta o en vivo

### **Formato de psicoterapia propuesto**

Diversos formatos desde la intervención breve en Atención Primaria a la psicoterapia a largo plazo.

## **1.3. En clave conductual**

### **1.3.1 Burrhus F Skinner (202)**

#### **Concepción de los trastornos mentales**

No existen trastornos mentales, sino conductas problema, que no son síntoma de una enfermedad de etiología orgánica o intrapsíquica sino que han sido aprendidas de acuerdo con las mismas leyes con que se aprenden las conductas normales. Así, toda conducta desadaptada puede ser explicada en virtud de una historia previa de condicionamientos y puede adaptarse de nuevo a través de procesos de aprendizaje adecuados. La conducta problema es definida en términos de exceso/deficit en frecuencia, intensidad y/o duración en un contexto situacional concreto.

#### **Definición de las pautas disfuncionales**

La conducta problema es una conducta **operante**, emitida libremente por el organismo, que se ha instaurado y se mantiene por sus consecuencias ambientales. Si un tipo de respuesta se refuerza en presencia de un **estímulo discriminativo**, en el futuro, este tipo de respuesta tendrá mas probabilidad de ocurrir en presencia de este estímulo.

#### **Factores terapéuticos**

Cambio en la conducta problema mediante la manipulación de antecedentes y consecuentes a dicha conducta.

### **Tipo de relación terapeuta paciente**

Es una relación experto/lego basada en la prescripción. Se considera que la eficacia del tratamiento depende de las técnicas utilizadas y no de la relación terapéutica. La relación es un vehículo para la implantación de las técnicas conductuales. Este objetivo requiere una actitud empática y colaboradora. El terapeuta es también un reforzador social y un modelo.

### **Actividad del terapeuta**

La actividad básica es la instrucción al cliente en la tecnología conductual apropiada para resolver su problema. Se utilizan técnicas como reforzamiento, castigo, control de estímulos, extinción...

### **Formato de psicoterapia propuesto (Análisis conductual aplicado)**

El final de la terapia suele estar marcado por la consecución de los objetivos y la frecuencia de las sesiones por las técnicas empleadas. 20 sesiones es un formato frecuente.

#### **1.3.2. Joseph Wolpe (203)**

### **Concepción de los trastornos mentales**

Las conductas problema se consideran conductas de respuesta, es decir, elicitadas por un estímulo condicionado según el esquema del condicionamiento clásico. Wolpe utiliza el concepto de generalización del estímulo de Hull e introduce una variable mediacional (la **ansiedad**, un constructo que no es del orden de la conducta observable sino una inferencia) para explicar la conducta neurótica.

### **Definición de la pauta disfuncional**

En términos de **condicionamiento clásico** que establece que cuando un estímulo incondicionado (EI) o no aprendido, que da lugar a una respuesta incondicionada (RI) es seguido

repetidamente de un estímulo neutro, éste se transforma en un estímulo condicionado (EC) adquiriendo así la capacidad de provocar una respuesta condicionada (RC) que es similar a la respuesta incondicionada.

*En el ejemplo clásico del perro de Pavlov, la presencia de la comida (EI) produce la salivación en el perro (RI). Si a EI se le asocia de forma repetida el ruido de una campanilla, se llega a conseguir que, ante el sonido de la campanilla (EC), sin que está presente la comida, el perro inicie la salivación (RC).*

### **Factores perapeuticos**

El tratamiento persigue la **extinción** de la RC. Wolpe enriquece el arsenal de estrategias derivadas del condicionamiento clásico con la idea de la **inhibición recíproca**, que consiste en la provocación de una respuesta antagónica a la ansiedad (como la relajación) en presencia de los estímulos ansiosos.

### **Tipo de relación terapeuta/paciente**

Como en el caso de Skinner es una relación prescriptiva, instrumento para el adiestramiento en técnicas como exposición, desensibilización sistemática, relajación...

### **Actividad del terapeuta**

El terapeuta enseña al cliente las técnicas adecuadas.

### **Formato de psicoterapia propuesto**

Se procuran intervenciones breves (de hecho Wolpe adaptó el procedimiento de relajación propuesto por Jacobson- que requería entre 100 y 200 sesiones - para poder ser desarrollado en no mas de 7).

#### **1.3.3. Albert Bandura (204)**

### **Concepción de los trastornos mentales**

La conducta problema se desarrolla y se mantiene en base a tres sistemas reguladores que interactúan entre sí 1)el condicionamiento clásico, 2)el condicionamiento operante y 3)ciertos procesos cognitivos mediacionales que explican fenómenos como el aprendizaje vicariante (por imitación) observable en primates y otros mamíferos.

### **Definición de las pautas disfuncionales**

En términos de condicionamiento clásico (conducta respondiente a estímulo condicionado) u operante (conducta mantenida por sus consecuencias).

### **Factores terapeuticos**

Añade al arsenal utilizado por los terapeutas basados en las teorías del condicionamiento clásico y el condicionamiento operante la estrategia del **modelado** (a través de la observación de un modelo) y posterior puesta en práctica de lo aprendido (modelado participante)

### **Tipo de relación terapeuta/paciente**

Igual que en el resto de las terapias de conducta es una relación experto/lego, pedagógica y basada en la prescripción.

### **Actividad del terapeuta**

Semejante a la del resto de las terapias de conducta mas las relativas a la práctica del modelado por el que durante la **fase de adquisición** debe facilitar al cliente la observación de las conductas del modelo (filmado o *in vivo*) y ayudarle a procesar y retener sus observaciones y durante la **fase de ejecución de conductas** debe supervisar la puesta en practica de lo aprendido

### **Formato de psicoterapia propuesto**

Son terapias breves centradas en objetivos bien delimitados.

## **1.4. En clave sistémica**

Las diferentes escuelas de terapia sistémica, pese a sus importantes diferencias, siguen compartiendo un interés común por la descripción de la conducta en términos de relaciones

interpersonales y en un contexto determinado que incluye al propio observador. Desde el primitivo interés por los sistemas y las curvas de feed-back que engloban la conducta del sujeto, surgieron propuestas concretas de terapia breve. Algunas de ellas han ido evolucionando al incorporar las ideas derivadas del constructivismo social y las narrativas, como señalábamos en otro lugar.

En este apartado nos referiremos sólo a dos de los grupos que explícitamente hicieron su propuesta de terapia en formatos breves:

#### I.4.1 **Watzlawick, Weakland y Fish. Proyecto de Terapia Breve del MRI (205)**

##### **Concepción de los trastornos mentales.**

La conducta disruptiva es una reacción comunicativa a una particular relación familiar disfuncional, más que la evidencia de una enfermedad en la mente del individuo. El individuo está atrapado en la relación disfuncional, de forma que no puede librarse por sí mismo. Los esfuerzos por liberarse aumentan la fricción, la ansiedad y los síntomas aparecen. En cada individuo o sistema relacional hay una reacción natural de oposición, es decir resistencia a los intentos de cambio.

##### **Definición de la pauta disfuncional**

La queja del cliente es el problema y no un síntoma de algo más. Definen de forma concreta el problema y lo asocian a patrones de conducta observable repetitivos en las relaciones alrededor del problema. Estos círculos repetitivos, aunque son un intento de resolver el problema, terminan por reforzarlo.

La terapia breve aporta cuatro criterios para definir un problema: 1- Estoy sufriendo o siento un malestar, 2- atribuyo mi dolor a la conducta de otros o a mí mismo. 3- he intentado cambiar esta conducta y 4- he fracasado. La dificultad inicial se convierte en problema cuando el mal manejo lleva al cliente a utilizar “más de la misma solución”. Se crea un círculo vicioso que

aumenta la severidad y cambia las características de la dificultad inicial.

La terapia breve describe cuatro formas de mal manejo de los problemas: 1- intentar ser "deliberadamente espontáneo" (por ejemplo cuando hay trastornos del sueño) .2- buscar un método que no implique riesgo, cuando cierto riesgo es inevitable (por ejemplo, ante situaciones que requieren la toma de decisiones) 3- confirmar la sospecha del acusador, mediante la autodefensa (por ejemplo en trastornos paranoicos) 4-Intentar conseguir el acuerdo entre dos personas a través de la oposición.

### **Factores terapéuticos**

Subrayan el valor terapéutico de la paradoja en la comunicación humana y el valor del doble vínculo terapéutico. No les interesan los triángulos u otros acontecimientos familiares que ocurren de forma simultánea al problema, a menos que sean presentados también como problema por la familia al terapeuta, en ese caso se incluyen en el plan terapéutico y en la definición del problema. Proponen reestructuración y paradoja frente a soluciones de lógica y sentido común. Cuando un terapeuta se enfrenta a un individuo o familia atrapado en un patrón de conducta disruptiva hay dos cuestiones que se plantea: ¿Que es lo que hace que esta conducta persista?, ¿Qué es necesario que cambie?

La conducta problema esta vinculada inextricablemente a la conducta de resolución del problema, punto clave para entender cómo persiste. El foco de interés se desplaza hacia el desarrollo de habilidades para el cambio, proponen la reestructuración (que es una técnica dirigida a cambiar la visión que el paciente tiene del problema) y paradoja, frente a soluciones de sentido común. Son muy conocidas las intervenciones paradójicas o la prescripción del síntoma, que supone pedir al cliente que aumente la conducta sintomática. Hay que estudiar cual es el patrón de solución intentada. Por ejemplo, ante un paciente con la solución de forzar la espontaneidad , en un problema de sueño, se le pide que incremente esa conducta, por ejemplo



pidiéndole que permanezca despierto y que anote todos sus pensamientos.

La definición que se hace del problema es anormativa, es decir el problema es el sufrimiento del sujeto, no se plantea que haya una conducta "normal" a partir de la cual se desvía el sujeto. La responsabilidad del terapeuta es el diseño de estrategias para neutralizar los mecanismos de resistencia de sus pacientes. Una vez que se resuelven los síntomas el individuo o familia queda libre para proseguir su propio camino de desarrollo.

### **Tipo de relación terapeuta/paciente**

El terapeuta ha de tener en cuenta dos áreas en su relación con el paciente:

- 1.- la posición del cliente: El terapeuta se preguntará primero si el sujeto es un cliente para el tratamiento. Un cliente es una persona que busca tratamiento y adopta la postura “estoy sufriendo por mi conducta o la de otros, soy incapaz de cambiar y busco su ayuda”. Hay que distinguirlos de los “mirones de escaparates”( por ejemplo, una pareja que acude a terapia presionada por un juez). Pero hay que tener en cuenta que un mirón puede convertirse en un cliente, a través del trabajo del terapeuta dirigido directamente a la ausencia de una verdadera motivación para trabajar la queja actual. Si nadie en la familia es un cliente, no se puede hacer el tratamiento. Se pueden mantener conversaciones que simulen un tratamiento, pero en realidad es solo una pérdida de tiempo.
- 2- La capacidad de maniobra del terapeuta. Denota su libertad para usar su capacidad de juicio, citar a diversos miembros de la familia, preguntar, determinar la frecuencia de las citas.

A través de este análisis el terapeuta descubre las direcciones del tratamiento que el paciente apunta y cómo utilizarlas.

### **Actividad del terapeuta**

Tiene la responsabilidad para el diseño y encuadre de objetivos. El modelo es anormativo y no incluye una lista de tareas correctas a realizar, aunque sí hay pasos que deben incluirse como: 1- identificar que miembros de la familia están motivados y citarlos para un entrevista inicial, 2- recoger datos claros y específicos acerca de las características del problema y de las soluciones intentadas, 3- fijar un meta específica, Se fija una meta pequeña, fácil de conseguir por el paciente, de forma que aumente su esperanza en la posibilidad de cambio. Las metas se formulan como aumento en conductas positivas, más que como reducción de negativas 4- diseñar un plan para promover el cambio, que siempre incluye un estudio de las soluciones previas intentadas,

### **Formato de terapia propuesto**

Intervenciones breves, que terminan cuando se resuelve el síntoma y el paciente muestra que es capaz de manejarse por sí mismo. El terapeuta trabaja con el paciente, la pareja o la familia, según la disponibilidad para el tratamiento y su implicación en el problema. (206)

1.4.2. **Mara Selvini y los antiguos asociados de Milán** (Prata, Boscolo y Cecchin) (207-210)

### **Teoría de los trastornos mentales**

Resalta la importancia de definir las reglas familiares, que conforman un juego familiar y presta atención a los conceptos de poder y control de la relación. El juego o proceso familiar es la formulación de patrones de interacción familiares específicos repetitivos.

Selvini (207) llega a describir un proceso en seis estadios que desemboca en el estallido psicótico o la conducta anoréxica. Describe a lo largo de una secuencia temporal, el progresivo enredo de la hija/o en la situación de estancamiento relacional de los padres.

### **Factores terapéuticos**

Se proponen largos intervalos entre las sesiones como forma de dificultar la dependencia y el enredo del terapeuta en la situación familiar y como forma de facilitar la puesta en marcha de

los propios recursos de la familia. Se utilizaron prescripciones, rituales, connotaciones positivas y técnicas de prescripción invariable. Actualmente Selvini le da más importancia a la propia conducción de la entrevista como herramienta para propiciar el cambio en sí misma. A través del cuestionamiento circular, se van abriendo nuevas perspectivas para la familia (208-209) propiciadoras del cambio.

### **Tipo de relación terapeuta/paciente**

Las sesiones se hacen con una frecuencia de una cada tres semanas (terapia larga breve). Una parte del equipo lleva a cabo la supervisión in vivo a través de un espejo unidireccional. El terapeuta directo puede interrumpir la sesión a instancias de los supervisores o por propia iniciativa.

En la evolución de los componentes del antiguo grupo de Milán se observa un cambio desde una relación terapeuta-paciente más desigual y distante, a una relación más colaborativa.

### **Actividad del terapeuta**

El terapeuta es activo y directivo. Entra en la sesión con un nivel de información sobre la familia, facilitada por la elaboración de la ficha relacional. Su trabajo es hacer hipótesis acerca del juego familiar e intentar falsarlas durante la sesión. En caso de que la hipótesis no sea válida, construirá otra e intentará de nuevo ponerla a prueba a través de la falsación.

Los principios generales de conducción de la entrevista son los de : hipotetización, circularidad y neutralidad. La coordinación más correcta de la sesión llevó a los terapeutas a la enunciación de estos principios básicos. El primero era la elaboración de hipótesis o "hipotetización" basadas en las informaciones que previamente posee el terapeuta, ya que desde el primer contacto y gracias a la ficha relacional nunca entra a la sesión con un nivel de información cero. La hipótesis no es más que una guía que garantiza la actividad del terapeuta durante la sesión, y le permite obtener nuevas informaciones que la refutarán o no. El segundo

principio del que hablábamos es el de "circularidad", que exige al terapeuta dirigir su investigación sobre la base de las retroalimentaciones de la familia en respuesta a sus propias intervenciones. Se interroga preferentemente a terceros sobre la relación diádica que nos interesa. Las relaciones deben indagarse por diferencias: ¿quién está más unido a la madre?, ¿que hace tu padre cuando tu madre se enfada con Juan?. El tercer principio es el de "neutralidad", que afecta al terapeuta y según el cual el efecto final de todas las alianzas que ha establecido a lo largo de la entrevista entre los diferentes miembros sea cero (208, 209)

El tono del terapeuta es el de un encuestador ingenuo que solicita información de la familia para comprender su organización.

La meta de la entrevista es utilizando el *feed-back* introducir nueva información. El terapeuta hace preguntas en orden a introducir diferencias en el sistema de creencias de la familia, que puedan, a su vez, afectar a la conducta de la familia. Los cambios en la conducta de la familia son el resultado de como la familia decide actuar en respuesta a la nueva información. La forma de cuestionar en sí misma es una poderosa arma terapéutica. El cuestionamiento circular pasó de ser una técnica para obtener información a ser considerado una técnica de inducción de cambio.

### **Formato de terapia propuesto**

El formato de terapia preferido es el familiar, aunque cuando no es posible trabajar con la familia, o no es conveniente, se trabaja con la pareja o con el individuo (211).

### **1.5. En clave existencial**

#### **1.5.1 Irvin D Yalom (212)**

### **Concepción de los trastornos mentales**

Los problemas de salud mental manifiestan un conflicto que emana del enfrentamiento del individuo con las condiciones básicas de existencia. Este enfrentamiento produce angustia y

ante ella se organizan reacciones de defensa.

### **Definición de la pauta disfuncional**

Los síntomas se conciben como angustia o defensa frente a la angustia que surge ante las 4 **preocupaciones** esenciales: 1) la muerte, 2) la libertad, 3) el aislamiento y 4) la falta de sentido de la existencia.

### **Tipo de relación terapeuta/paciente**

El terapeuta practica el **método fenomenológico** *poniendo entre paréntesis* su perspectiva del mundo y entrando en la experiencia del paciente. Desde allí le ayuda a reconstruir su experiencia del mundo.

### **Factores terapéuticos**

El tratamiento actúa a través de la toma de conciencia y la aceptación de las preocupaciones básicas.

### **Actividad del terapeuta**

Son la escucha empática, interpretación, apoyo y la propuesta de experiencias o ejercicios estructurados

### **Formato de terapia propuesto**

La terapia se concibe como un largo proceso que, frecuentemente contiene terapia individual y de grupo.

## 2.- PROPUESTAS ECLÉCTICAS

Son propuestas en las que de lo que se trata es de establecer un procedimiento sistemático para seleccionar intervenciones adecuadas para cada problema independientemente de la teoría en base a la cual sus inventores diseñaron la intervención. Por contraposición a los integradores, a los que nos referiremos luego, los psicoterapeutas eclécticos no intentan integrar teorías, sino,

intervenciones que han demostrado ser eficaces. Se diferencian de lo que podríamos llamar eclecticismo *silvestre* o *sincretismo* precisamente en que proponen un **sistema** para realizar esta selección de intervenciones. Los autores no son ateóricos (se adscriben a una línea de pensamiento) pero su sistema puede ser utilizable por terapeutas de otra adscripción.

### 2.1. Arnold A Lazarus -(160, 213)

#### **Concepción de los trastornos mentales**

No existe una teoría única capaz de dar cuenta de la totalidad de los problemas por los que las personas se someten a psicoterapia. Define un eclecticismo técnico que permite al terapeuta escoger entre las intervenciones disponibles la más adecuada para cada cliente. Teóricamente Lazarus (que trabajó con Wolpe) suscribe una teoría del aprendizaje social y cognitiva que debe mucho a Bandura.

#### **Definición de las pautas disfuncionales**

Define el problema en siete dimensiones (**modalidades de funcionamiento**) que se resumen en el acrónimo **BASIC ID** que se explica a continuación.

#### **Factores terapéuticos**

Se corresponden con cada **modalidad de funcionamiento** del BASIC ID

Behavior (conducta): refuerzo positivo y negativo, castigo, contracondicionamiento, extinción.

Afecto: reconocimiento, clarificación y aceptación de sentimientos, abreacción.

Sensación: disminución de la tensión, gratificación sensorial.

Imaginación: imágenes de desempeño, cambios en la imagen de uno mismo.

Cogniciones: restauración cognitiva, toma de conciencia.

Interpersonales (relaciones): modelado (desarrollo de la asertividad y otras habilidades sociales), dispersión de convivencias insanas.

Drugs (fármacos)/biología: detección de enfermedades somáticas, suspensión de tóxicos, nutrición y ejercicio, psicofármacos.

### **Tipo de relación terapeuta/paciente**

Es una relación de colaboración entre experto y cliente mas parecida a la de los técnicos de modificación de conducta.

### **Actividad del terapeuta**

Determinada por el tipo de problema a abordar. El **cuadro 12** esquematiza un ejemplo.

### **Formato de psicoterapia propuesto (Terapia multimodal)**

Generalmente breve y sobre objetivos bien delimitados.

## **2.2. Larry E Beutler (156, 176, 177)**

### **Concepción de los trastornos mentales**

Todos (o muchos de) los enfoques psicoterapéuticos pueden ser útiles a algunos individuos. Las intervenciones pueden ser puestas en marcha independientemente de su base teórica. El eclecticismo debe operar como una teoría del cambio que determina la oportunidad de una variedad de intervenciones técnicas.

Las preguntas clave que deben plantearse son, pues, a) ¿En que dimensiones pueden colaborar mejor un terapeuta dado y un paciente concreto? b) Dado este acoplamiento ¿Cual es la intervención mas adecuada para este paciente? y c) ¿Que consideraciones van a guiar la sucesión de intervenciones a lo largo del tratamiento?

Teóricamente Beutler considera la psicoterapia como un proceso de influencia social o persuasión, en el cual la teoría del terapeuta determina el contenido de la persuasión, su arsenal tecnológico los medios y la calidad de la relación los límites.

Beutler considera que las categorías diagnosticas no sirven para guiar estas opciones por lo que propone un sistema propio para hacer esta operación (ver el apartado siguiente)

### **Definición de las pautas disfuncionales**

Para poder guiar la selección los problemas que traen los pacientes deben considerarse en 4 dimensiones:

**Gravedad** del problema (concebida como un *continuum* referido a la capacidad de mantener el malestar y la ansiedad dentro de límites manejables)

**Complejidad** del problema (concebida como una *dicotomía* entre simples hábitos o respuestas contingentes y por otro lado problemas complejos estructurados como temas recurrentes o patrones de conducta)

Nivel de **reactancia** (tendencia a responder oponiéndose a las demandas externas)

Estilo de **afrentamiento**. A su vez en función de éste, los pacientes pueden responder a cuatro perfiles 1)internalizadores (tendientes a la autoinculpación, y autodevaluación, a la compartimentación de los afectos y a la idealización de los otros), 2)externalizadores (atribuyen su malestar a objetos externos o a los otros), 3)represivos (no reconocen los aspectos dolorosos de las situaciones) y 4)cíclicos (fluctúan de estilos internalizadores a externalizadores y de defensas activas a pasivas).

Cruzando **reactancia** y **afrentamiento** se generan una **tipologías** que sirven para orientar la selección de intervenciones.

*Así, por ejemplo, un sujeto internalizador con bajo nivel de reactancia tenderá al atocastigo y el aplanamiento afectivo mientras un internalizador con alto nivel de reactancia tenderá al autocontrol periodicamente roto en accesos de rabia. Un externalizador con bajo nivel de reactancia presentará con mas facilidad conductas pasivo-agresivas, mientras un externalizador con alto nivel de reactancia será mas proclive a los rasgos paranoides....*



### **Factores terapéuticos**

Se trata de un proceso de **persuasión** que se lleva a cabo a través de una **experiencia emocional correctiva**.

### **Tipo de relación terapeuta/paciente**

Depende del ajuste entre las variables del terapeuta y del paciente que se consigue tras el proceso de evaluación. Se tiende a buscar un tipo de relación que equilibre la capacidad de mantener el vínculo interpersonal con la de confrontar y modelar actitudes en base a una experiencia emocional correctiva.

### **Actividad del terapeuta**

Depende del tipo de intervención elegida. se determina el tipo de intervención mas adecuada para cada día terapeuta/paciente. Variable en extensión de los objetivos, nivel de experiencia buscado, directividad del terapeuta, preferencia por el material intra o extra-terapia...

### **Formato de terapia propuesto (Psicoterapia Ecléctica Sistemática)**

Contrato de 20 sesiones que puede ser sustituido por uno de 5. La terminación es más una fase que el final del tratamiento. La puerta siempre queda abierta para nuevas intervenciones.

### 3.- PROPUESTAS DE INTEGRACIÓN

Se trata de propuestas que han intentado partir de consideraciones teóricas provenientes de varias escuelas para diseñar intervenciones. Vamos a distinguir dos tipos de propuestas: por un lado las que, en base a una teoría del cambio, proponen un procedimiento para la construcción de un foco (como es el caso de Wachtel, de Horowitz, de Ryle o de Prochaska), por otro las que, en base, a la experiencia clínica proponen - al menos para algunos trastornos - la consideración de unos focos prefijados (como sucede con el grupo de Klerman y Weissman (13) o con Budman y Gurman (169)).

#### 3.1. CON FOCO A CONSTRUIR

### 3.1.1. **Paul L Wachtel** (168, 173, 191, 214,)

#### **Concepción de los trastornos mentales**

Los trastornos mentales consisten en la repetición de determinadas pautas de actuación que resultan disfuncionales. En palabras de Wachtel (191) *"...el término **cíclico** señala una característica central del enfoque: las dificultades de las personas son entendidas no como un efecto directo de ciertas experiencias del pasado, sino como el resultado de círculos viciosos que se repiten a sí mismos. La experiencia temprana es importante porque ubica a la persona sobre un curso de la vida y hace que ciertas clases de experiencias posteriores sean más probables que otras. No obstante, son los efectos acumulados de muchas experiencias y la forma en que las consecuencias de nuestras acciones hacen que otras acciones similares tengan probabilidad de ocurrir, lo que explica principalmente los problemas y patrones de personalidad que nosotros vemos en los adultos con problemas (o sin ellos). Como otras teorías **psicodinámicas**, la psicodinámica cíclica da un énfasis considerable a los motivos inconscientes, las fantasías inconscientes y los conflictos motivacionales. Sin embargo estos procesos "internos" no se analizan exclusivamente en términos del pasado de una persona sino como productos de su vida presente y de sus relaciones actuales. A su vez, las circunstancias y relaciones en las que la persona se encuentra, no son meras "variables independientes" que influyen sobre su estado psicológico, son una función de sus características psicológicas duraderas conscientes e inconscientes. Así, en lugar de simples relaciones de causa-efecto se postula que existe un círculo de causas y efectos que se determinan entre sí en secuencias autoperpetuadoras. Ninguna parte de este círculo es más central o más esencial (...). La esencia es el círculo mismo"*.

#### **Definición de las pautas disfuncionales**

En términos de pauta psicodinámica cíclica (ver apartado anterior). En cualquier caso, según advierte Wachtel, *"...en la práctica, la comprensión completa de los círculos de dificultad*

*no siempre es fácil de alcanzar, y, para propósitos terapéuticos, no siempre es necesaria (...) la intervención en cualquier punto del círculo puede interrumpirlo y empezar así, un círculo benigno que se autoperpetúa y crea las condiciones para su propio desarrollo (... aunque generalmente suele...) ser crucial intervenir en más de un punto del círculo..."*

### **Factores terapéuticos**

Se conciben también de modo cíclico. El elemento central es del orden de la **experiencia emocional correctiva**. Incluyen elementos como la **exposición** (no sólo a situaciones o estímulos externos sino, también a experiencias de afectos o intenciones), la **adquisición de habilidades y mecanismos de afrontamiento**, el *insight*, la **identificación** con los valores y normas del terapeuta, el **trabajo de elaboración y resolución del conflicto**, y la emergencia de **consecuencias conductuales nuevas**.

### **Tipo de relación terapeuta/ paciente**

La relación entre terapeuta y paciente es uno más de los escenarios en los que pueden manifestarse los círculos viciosos. El terapeuta es más activo que en otras terapias dinámicas y menos neutral en el sentido de estar explícitamente comprometido con la mejoría del paciente.

### **Actividades del terapeuta**

Además de la actividad de interpretación en términos clásicos de conflicto y de pauta psicodinámica cíclica se utilizan técnicas de modificación de conducta como la desensibilización o el entrenamiento en habilidades.

### **Formato de psicoterapia propuesto (Psicoterapia dinámica cíclica)**

Terapia conducida generalmente con formato de una sesión semanal y de duración breve.

#### 3.1.2. **Mardi J Horowitz** (81)

### **Concepción de los trastornos mentales**

Los trastornos mentales se corresponden bien con los **estados mentales** displacenteros

provocados por la activación (por el estrés) de esquemas del yo o modelos de relación antes latentes, o bien con el uso persistente de modelos de relación disfuncionales, lo que conlleva diferentes modos de discrepancia entre las situaciones a las que realmente se enfrenta el sujeto y los modelos con los que las entiende.

### **Definición de las pautas disfuncionales**

Comprende los siguientes elementos:

- 1) **Estados mentales** Son pautas de experiencias y comportamientos. Podrían clasificarse por su nivel de control en normomodelados, inframodelados (de expresión excesivamente impulsiva o falta de control) y sobremodelados (en que el sujeto parece excesivamente irónico, acorazado o artificioso)
- 2) **Organización del yo** Incluye, a su vez constructos como **autoconcepto**, **autoesquemas** (motivacionales, de relación yo/mundo y de valor) y **autoorganización**.
- 3) **Modelos de relación y rol**. Se estructuran organizando tres elementos: (**deseo, respuesta del otro y respuesta del yo**)

Con estos elementos se configura un modo de "*guión*": una secuencia de probable interacción interpersonal que pone en relación esquemas sobre el Yo y los otros. Las figuras 4, 5 y 6 ejemplifican este proceso

En definitiva, se trata de **estados mentales** caracterizados por determinadas visiones de uno mismo y de los otros que pueden considerarse como **modelos de relación de roles** con un particular 1) concepto de uno mismo, 2) concepto de un objeto, 3) objetivo (deseado o temido) de uno mismo respecto al otro y 4) expectativas sobre las intenciones, objetivos y respuestas de las otras personas.

### **Factores terapéuticos**

Toma de conciencia de la existencia de los esquemas disfuncionales y sustitución por

otros mas adecuados a las situaciones reales. Mas que de experiencia emocional correctiva Horowitz prefiere hablar de **experiencia relacional correctiva** o de **experiencia de aprendizaje nuevo**.

### **Tipo de relación terapeuta/paciente**

Considerada un lugar donde se manifiestan los modelos de relación de roles que perturban al paciente y pueden analizarse *in vivo*.

### **Actividades del terapeuta**

Escucha empática, análisis e interpretación de los estados y esquemas mentales y de los modelos de relación de roles que se ponen de manifiesto en la relación terapeuta/paciente. Selección de técnicas en función del nivel de control (análisis y reducción de controles y propiciación de afectos en sobremodelados, técnicas para favorecer la autorregulación en inframodelados).

#### **3.1.3. Anthony Ryle (193-194)**

### **Concepción de los trastornos mentales**

Son entendidos como "...manifestaciones de uso del uso persistente de estrategias restrictivas o perniciosas..." en los repertorios utilizados para afrontar sus problemas. Tales restricciones pueden deberse a 1) experiencias restringidas, 2) restricciones en la autoreflexión, 3) desintegración de la autorreflexión, 4) errores de atribución, 5) experiencias inaceptables, 6) silenciamiento y 7) reducción de la ansiedad a través de defensas.

### **Definición de la pauta disfuncional**

El **problema** que va a ser objetivo de la terapia (PO) se pone en relación con unos **procedimientos** del problema objetivo (PPO) que deben implicar en un **Modelo de Secuencia Procedimental** (MSP) los siguientes elementos 1) percepción, 2) apreciación en términos de conocimiento, valores, otros planes y predicción sobre las consecuencias, 3) actuación (efectiva o

no), 4) evaluación de las consecuencias (sobre todo en términos de respuesta de los otros) y 5) confirmación o revisión de los objetivos. La descripción debe incluir sus implicaciones en el terreno de los sentimientos y comunicación y control sobre los otros. En esta secuencia se pueden encontrar con frecuencia tres tipos de procedimientos que Ryle denomina como **trampas**, **dilemas** y **obstáculos**. La **figura 8** representa estas tres modalidades procedimentales.

### **Factores terapéuticos**

El cambio se consigue a través de nuevas formas de entender las cosas, nuevas experiencias y nuevos comportamientos de forma que los cambios en cada de una estas esferas se reflejan en las otras. La terapia cognitivo-analítica enfatiza, sobre todo, las nuevas formas de entender.

### **Tipo de relación terapeuta/paciente**

Es una relación de colaboración. La relación puede utilizarse como un lugar en el que se manifiestan los procedimientos y los repertorios de roles recíprocos de cada paciente para hacérselos patentes. El terapeuta está atento a sus reacciones contratransferenciales porque le informan de los roles recíprocos que el paciente pone en juego.

### **Actividad del terapeuta**

El terapeuta reformula la demanda, lo que pone de manifiesto en un escrito que presenta al paciente en la sesión cuarta. Interpreta los problemas del paciente en términos de esta reformulación y utiliza la prescripción de tareas para casa para facilitar esa comprensión.

### **Formato de psicoterapia propuesto (Terapia cognitivo-analítica)**

Es una terapia estructurada en 16 sesiones que se ha utilizado tanto en el ámbito privado como en el del Servicio Nacional de Salud británico

## **3.2. CON FOCO PREFIJADO**

### **3.2.1. Gerald Klerman (13, 144)**

## **Concepción de los trastornos mentales**

Su propuesta de tratamiento de la depresión no parte de una concepción general de los trastornos mentales sino de la constatación por la psiquiatría social de la influencia sobre el inicio y curso de estos trastornos de una serie de factores interpersonales y de la experiencia clínica. Por ello puede ser utilizada desde diversas perspectivas teóricas aunque su orientación básica es deudora de la escuela de psiquiatría interpersonal americana que parte de Meyer y Sullivan. En el manual de 1984 los autores (13) presentan su propuesta como *"...un enfoque pluralista y empírico, construido sobre la experiencia clínica y la evidencia experimental..."*. Aclaran específicamente que *"aunque muchos de sus principios derivan de la óptica general de la psiquiatría interpersonal, la terapia interpersonal (TIP) de la depresión es un tratamiento psicológico diseñado específicamente para las necesidades de los pacientes deprimidos..."*

## **Definición de la pauta disfuncional**

La depresión es un trastorno que puede entenderse (o cuyo curso puede modificarse) atendiendo a la capacidad de los pacientes de resolver problemas interpersonales que pueden agruparse en cuatro grandes categorías: **1) duelo, 2) disputas interpersonales, 3) transiciones de rol o 4) déficits interpersonales.**

## **Factores terapéuticos**

Los autores no proponen una teoría estructurada de curación aunque se trasluce que la aplicación de las estrategias y técnicas de la TIP supone una actuación sobre las relaciones interpersonales y las emociones actuales del paciente para permitirle afrontarlas de un modo más satisfactorio.

## **Tipo de relación terapeuta/paciente**

En palabras de Klerman *"...el terapeuta actúa como abogado del paciente, no es neutral..."*. La relación terapéutica no se lee como lugar de la transferencia sino que se define en

unos términos mas tradicionales de relación médico/enfermo en el que el médico juega un papel activo.

### **Actividades del terapeuta**

El terapeuta aplica las estrategias y técnicas descritas en el manual de terapia interpersonal de la depresión (13). De acuerdo con estas estrategias durante las **fases iniciales** colabora con el paciente para abordar específicamente la depresión, relacionar el cuadro con el contexto interpersonal en que se produce, identificar las áreas problema en las que se va a trabajar durante las fases intermedias y explicar los conceptos básicos de la terapia y hacer el contrato. Durante las **fases intermedias** trabaja sobre una o dos de las areas problema seleccionadas en función de lo evaluado. Las áreas posibles son **duelo, disputas interpersonales, transiciones de rol y deficits interpersonales**. Se relaciona el área escogida con la sintomatología del paciente y se aplican las técnicas con la guía establecida en el manual. Durante la **fase de terminación** se procura una discusión explícita del final del tratamiento y el reconocimiento de esta terminación como un momento de posible duelo y se promueven movimientos hacia el reconocimiento explícito por parte del paciente de su capacidad de independencia. Los autores enfatizan el hecho de que esta terapia se caracteriza por sus estrategias no por sus técnicas así como que, para llevarla a cabo es preciso manejar las técnicas mas específicas y técnicas generales de entrevista y manejo clínico. Dividen las técnicas utilizadas en exploratorias, propiciación de afectos clarificación, análisis comunicacional, uso de la relación terapéutica , modificación de conducta y técnicas auxiliares.

### **Formato de psicoterapia propuesto (Terapia interpersonal de la depresión)**

Se trata de una terapia breve (en torno a 20 sesiones) focalizada (en una o dos áreas problema), centrada en relaciones actuales (y no pasadas), planteada en el terreno de lo interpersonal (y no de lo intrapsíquico ni de lo cognitivo o conductual) y en el que se reconoce un



papel a la personalidad (como condicionante del pronóstico, conformadora de formas específicas de relación terapéutica o causa de problemas interpersonales recurrentes) pero no considera que su objetivo sea modificarla.

### 3.2. **Budman y Gurman** (1969)

#### **Concepción de los trastornos mentales**

Los autores explicitan las siguientes asunciones 1) los pacientes, para llegar a serlo, han debido sufrir alguna deficiencia de aprendizajes en algún momento de su desarrollo temprano, 2) las personas y su ambiente están en interacción constante y se influyen mutuamente, 3) el ambiente interpersonal nunca es neutral (o amplifica los efectos del manejo de estresores por el paciente o exacerba estos), 4) los factores casuales pueden jugar un papel importante en el curso de la vida (no todo está determinado por la personalidad, el carácter o el apoyo social), 5) la experiencia siempre se entiende por el individuo (al menos en parte) en función de su estadio de desarrollo vital y, por último, 6) poco o ningún tratamiento puede llevarse a cabo si el paciente no está preparado para el cambio.

#### **Definición de la pauta disfuncional**

Estos autores se refieren a cinco focos que consideran los más comunes (para todo tipo de trastornos susceptibles de ser tratados con terapia breve): **1) pérdidas, 2) disincronías evolutivas, 3) conflictos interpersonales, 4) presentación de síntomas y 5) trastornos de la personalidad**. A esto añaden la necesidad de considerar la existencia de abuso de sustancias. La **figura 7** representa el proceso de elección de foco para este tipo de psicoterapia.

#### **Factores terapéuticos**

La terapia es considerada como un acontecimiento que se inscribe en la vida del paciente capaz, como cualquier otro, de modificar el significado de sus experiencias anteriores y tener efectos sobre su futuro.

### **Tipo de relacion terapeuta/paciente**

La definición de la relación es flexible y depende de las necesidades del paciente individual. El terapeuta no es neutral, desarrolla un alto grado de actividad y procura intencionadamente la brevedad de la terapia.

### **Actividad del terapeuta**

Se trata de un alto nivel de actividad que incluye la completa gama de intervenciones propuestas desde las diversas escuelas (de la interpretación a la asignación de tareas para casa, pasando por la hipnosis, implicación de familiares o la terapia de grupo)

### **Formato de psicoterapia propuesto (psicoterapia breve)**

Se trata de una psicoterapia breve (alrededor de 20 sesiones) organizada alrededor de un foco Interpersonal- evolutivo(*Developmental*)-existencial (I-D-E)

## **B.- PROPICIACIÓN DEL CAMBIO**

El cambio en psicoterapia se atribuye a la acción de algun(os) factores terapéuticos. En realidad la atribución a diferentes factores del resultado de la terapia es lo que diferencia de un modo mas contundente a las diferentes escuelas terapéuticas (las diferencias en la técnica sólo buscan favorecer la acción de esos hipotéticos factores). Hasta el momento la investigación sobre resultados en psicoterapia no ha conseguido demostrar diferencias significativas en cuanto a resultados entre las psicoterapias de las diferentes escuelas y resolver así el veredicto del pájaro Dodo (83). Pero es que, además, y en contra de lo que se ha dado frecuentemente por sobreentendido en la discusión sobre factores terapeuticos la comparación de los resultados de las diferentes formas de psicoterapia (diseñadas cada una para facilitar la acción de un(os) hipotético(s) factores terapéuticos no es, en absoluto la metodología adecuada para dilucidar cuales son los ingredientes eficaces de la psicoterapia.

En primer lugar **no hay por qué dar por sentado que lo que es verdaderamente eficaz de un determinado tipo de intervención psicoterapéutica es lo que la teoría que la fundamenta supone que es**. Una primera aproximación crítica al mito que supone lo contrario, vino de la mano de teóricos de la psicoterapia que en los primeros años cincuenta, intentaron dotarse de una teoría capaz de explicar, no ya el por qué funcionaban las intervenciones que ellos postulaban, sino por qué funcionaban intervenciones basadas en supuestos diferentes cuando no antagónicos. Un hito en este sentido es el trabajo de Dollard y Miller (190) en el que intentan dar cuenta de los modos de acción de las terapias de base psicoanalítica en términos de teoría del aprendizaje. Sus conceptualizaciones del **conflicto**, la **represión**, o la **perlaboración** en términos de aprendizaje son brillantísimas y sugerentes y, como ha señalado con razón Wachtel (173) (cuya *psicodinámica cíclica* debe no poco a estos pioneros de la integración) han sido desprovechadas probablemente porque el clima de la época no estaba maduro para una reflexión tan poco ortodoxa. En esta misma línea se encuentra el trabajo de los primeros sistémicos que, en una actitud diametralmente opuesta al sectarismo de alguno de sus epígonos, quisieron ver en su aportación la posibilidad de dar cuenta de los aportes de toda la psiquiatría *americana* (o sea, para su concepto, de toda la psiquiatría) (133). La *teoría de la comunicación* se postuló entonces no como una rival de las otras escuelas sino como capaz de proporcionar una síntesis de los fragmentos privilegiados por cada una de ellas.

El cuestionamiento radical del mito que supone que lo que hace eficaz una psicoterapia es lo que postula la teoría en base a lo cual se construyó se ha planteado, sin embargo, desde lo que hoy conocemos como **teoría de los factores comunes en psicoterapia**. El precursor indiscutible de este planteamiento es, sin duda, Jerome Frank (181-184). Este autor plantea que lo que convierte en eficaces a todas las formas de psicoterapia es la presencia de una serie de elementos

que todas ellas comparten. En su opinión estos son 1) una relación emocional, de confianza con una persona que ayuda, 2) un ambiente de cura (que sirve para afirmar el prestigio del terapeuta y para dar seguridad), 3) un esquema racional, conceptual, que Frank prefiere llamar **mito** y 4) un **ritual** que requiere una participación activa de terapeuta y paciente. Frank cree que el esquema racional para explicar los problemas del paciente (el mito) y los procedimientos aceptados por ambos (el ritual) 1) refuerzan la relación terapéutica, combatiendo la sensación de alienación del paciente, 2) activan y mantienen las expectativas de ayuda del paciente, 3) ofrecen nuevas expectativas de aprendizaje, 4) activan las emociones, 5) aumentan la sensación de dominio o autoeficiencia y 6) dan una oportunidad para la práctica. Esta teoría de los factores comunes ha dado lugar, más recientemente a algunas de las propuestas más conocidas de integración entre las que son paradigmáticas las de Garfield (1957, 215) y Beitman (1955)

En segundo lugar **los factores que inducen el cambio, probablemente no son los mismos para todos los pacientes ni para todos los problemas.** A David Malan, cuyo convencimiento de la bondad de la psicoterapia psicoanalítica no le impide ser observador, no le escandaliza reconocer en su magnífico manual (24) que nunca ha visto desaparecer un ritual de lavado con este tipo de psicoterapia (con lo que probablemente no será insensato ofrecerle a quien los sufra algo del orden de la *exposición con prevención de respuesta*). Hay pacientes a los que les cuesta menos detectar pensamientos irracionales que trabajar con emociones y otros a quienes les pasa lo contrario. Y hay díadas terapeuta/paciente en las que resulta más difícil trabajar en la transferencia determinados problemas. Por ello cada vez resulta más indiscutible la aseveración de Kazdin de que la pregunta relevante en la evaluación de la eficacia de las psicoterapias no es ni si la psicoterapia (en general) es o no eficaz ni si tal forma de psicoterapia es (en general) más eficaz que tal otra sino *¿"que intervención, aplicada por quien, es más eficaz para este individuo concreto, con tal problema específico y en tal circunstancia determinada?"*

(216)

Por último puede haber **mas de un procedimiento de producir el mismo cambio**. Este tema ha sido seriamente discutido por algunos de los creadores de la terapia cognitivoconductual de la depresión reflexionando también sobre los efectos de la terapia interpersonal para el mismo trastorno (217). Pero quizás la discusión mas bonita es la que sigue - y viene ilustrada por- el experimento llevado a cabo por Fairburn (218) que echó mano de un procedimiento de terapia interpersonal buscando un *control* para probar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual de la bulimia\* y acabó proponiendo un modelo de tratamiento (interpersonal) de este trastorno que había demostrado ser casi tan eficaz a corto plazo y tanto o mas en el seguimiento como la terapia cognitivo conductual. Fairburn se inclina por la hipótesis de mecanismos diversos para producir el mismo efecto mas que por la existencia de *factores comunes* que el trató de eliminar suprimiendo de las formas originales de terapia interpersonal los elementos que pudieran recordar a la cognitivo-conductual y proscribiendo la referencia explícita a la alimentación a los terapeutas interpersonales .

En cualquier caso lo que se procura en el curso de las fases intermedias de la psicoterapia es maximizar los efectos de algun(os) factor(es) terapéuticos que ser consideran capaces de inducir el cambio.

En un trabajo previo (2) nos parecieron destacables los factores terapeuticos que se

---

\* Fairburn buscaba un formato de tratamiento que permitiera disponer de un grupo control en el se diera atención a los pacientes pero se excluyeran lo que él consideraba que eran los factores activos del tratamiento cognitivo-conductual. Escogió el manual de tratamiento interpersonal **para la depresión** de Klerman porque estaba bien estructurado. Los terapeutas que lo aplicaban tenían la consigna adicional de evitar la discusión directa de la conducta alimentaria. Los resultados al final de las 18 sesiones de tratamiento eran discretamente mejores con la terapia cognitivo-conductual, pero las pacientes que habían recibido terapia interpersonal continuaron mejorando y puntuaron mejor que las que habían sido sometidas a terapia cognitivo-conductual en el seguimiento (218)

enumeran en el **cuadro 13** y que se explican a continuación.

El **aprendizaje de nuevas conductas o estrategias de afrontamiento** (como habilidades sociales, relajación) es el objetivo explícito de la modificación de conducta o de algunas intervenciones cognitivo-conductuales. Sin embargo, como señala acertadamente Wachtel (1973) se trata de un mecanismo que opera en terapias de cualquier orientación aunque no sea su objetivo explícito. En una terapia psicodinámica, por ejemplo, la resolución de los conflictos que impiden la ejecución de determinadas tareas permite emprender éstas con lo que el aprendizaje se produce por "ensayo y error", *espontáneamente*. Wachtel (1973) plantea la legitimidad de facilitar este proceso mediante la utilización de técnicas que agilizan este aprendizaje.

Igualmente, la **modificación o corrección de cogniciones acerca del mundo o de uno mismo o de mecanismos cognitivos** es el objetivo explícito de las terapias cognitivo-conductuales o la terapia racional-emotiva., pero es un requisito de todas las terapias que suponen la prescripción de alguna forma de comportamiento (un paciente se somete a la exposición porque ha adquirido por su contacto con el terapeuta una visión diferente de su trastorno y de sí mismo), y un momento de las que promueven el *insight* ("*en situaciones que me recordaran aquello me sentía culpable, pasaba a considerarme responsable de todo lo que funcionaba mal*")

El **reconocimiento o experiencia de emociones** que han estado negadas es un factor terapéutico que es el objetivo central de las terapias gestálticas o experienciales pero que ha sido reconocido como un elemento terapéutico (siquiera subsidiario) incluso por los fundadores del psicoanálisis. En cualquier caso este reconocimiento y esta experiencia se concibe también como un **momento** de la operación a la que se atribuye el efecto en estrategias interpersonales, psicodinámicas o racional-emotivas. Lo mismo sucede en el uso como un terreno para el aprendizaje de la relación terapéutica (propugnado explícitamente por terapeutas dinámicos como Strupp y Binder (1989) o Wachtel (1973), para casos en los que no existen otras relaciones en las que

ensayar nuevos patrones por terapeutas interpersonales como Klerman (13) y conceptualizado mucho antes como parte del proceso de **experiencia emocional correctora** por Alexander (219)

El **establecimiento de nexos entre emociones, experiencias internas y circunstancias externas** es el principal factor terapéutico hipotetizado por las terapias que se consideran interpretativas, porque este es, precisamente el carácter de la interpretación. Tales nexos, sin embargo, se producen de forma *espontánea* cuando un paciente ha cambiado comportamientos o ideas irracionales acerca de sí mismo y de sus relaciones con los demás como es el objetivo de terapias de otra base teórica. Lo que las teorías en las que se basan las terapias interpretativas (como el psicoanálisis o el existencialismo) han propugnado son pautas mas o menos generales para establecer estos nexos y hacerlos patentes cuando están ocultos para el sujeto. Las propuestas modernas de psicoterapia de estas inspiraciones (como las de Luborsky (83), Strupp y Binder (88) o Yalom (212, 220)) ofrecen procedimientos operativos para construirlos.

La **experiencia emocional correctora** por la que lo vivido en la relación con el terapeuta viene a desmentir lo predecible por la experiencia previa del paciente (lo que se consigue con una actividad del terapeuta regida o no explícitamente por este propósito), es un concepto vinculado a los primeros intentos de construir una vía, basada en los principios del psicoanálisis pero diferenciada de la cura tipo, para hacer psicoterapia y hacerla con un formato breve (219). Lo que la *aceptación empática* propugnada por los seguidores de la *terapia centrada en el cliente* proporciona al paciente es también un tipo de experiencia de una forma de relación interpersonal diferente de la esperada (221).

El **aprendizaje interpersonal** ha sido definido, sobre todo, como un factor terapéutico en las intervenciones de grupo en las que ocuparía un papel semejante a la experiencia emocional correctora en la psicoterapia individual (212, 220, 222, 223). Se refiere al mismo tipo de experiencia pero en la relación con los otros miembros del grupo (o de la familia en el caso de la

terapia familiar).

La **sugestión** (bronce del que Sigmund Freud quiso diferenciar *el oro puro del psicoanálisis*) es un factor de cambio que no goza de buena prensa en la literatura sobre psicoterapia. Pero su mala prensa, probablemente, se debe a que lo que uno tiene que demostrar es que los efectos de su trabajo no se deben *sólo* a la sugestión. La sugestión es un factor, sin embargo, importante que opera con mucha mas frecuencia de la que nos gusta reconocer.

La **modificación del entorno significativo del paciente** es con mucha frecuencia el factor principal en el tratamiento de niños o de personas que sufren trastornos que responden mal a cualquier tipo de tratamiento (esquizofrenia, demencias...) pero es considerado como factor determinante en el abordaje de cualquier tipo de problema por ejemplo por los terapeutas sistémicos y por muchos de los practicantes de la modificación de conducta.

Cada uno de estos factores supone el énfasis en unos elementos diferentes para ayudar al paciente a considerar (a narrarse) su historia de un modo diferente\*. Muchas de las propuestas de escuelas basadas en la preeminencia de alguno de estos factores han reformulado sus hipótesis en términos de narrativas (224-226). Desde esta óptica general de las narrativas se han propuesto también formulaciones enteramente originales como las de Sluzky (19). Éste propone un nivel de análisis centrado en **microprácticas** para explicar cómo *"el terapeuta favorece los relatos nuevos, como la transformación de las narrativas empieza a configurarse a nivel del discurso, a través de la conversación terapéutica"*, es decir para explicar *como* se lleva a efecto el tercer paso de la secuencia antes referida (favorecer relatos o relaciones entre relatos alternativos). En

---

\*En realidad el primero de ellos (aprendizaje de nuevas conductas o estrategias de afrontamiento) no constituye el material para la construcción de una historia personal alternativa tanto como la presupone: puedo invertir un esfuerzo en estos entrenamientos porque lo que *en realidad* me pasa es que no he aprendido a hacer tal cosa de modo satisfactorio. O, en todo caso, lo hago porque ahora creo que con esta ayuda soy capaz de aprender algo que me sirve para superar un problema del que, hasta ahora, era una víctima pasiva.



palabras de Sluzky *"los relatos sobre problemas, síntomas o conflictos - las mil y una respuestas a la pregunta "¿Que le trae a la terapia?" o "¿Que puedo hacer por usted? - se organizan alrededor de **personajes** y de sus muchos atributos, relaciones y vicisitudes; las **tramas** y hechos, y el grado de capacidad de acción de los participantes, el **escenario** y la incidencia que tiene en la trama; los **corolarios éticos** y los juicios de valor derivados del relato, y los **corolarios de comportamiento** o consecuencias inevitables para los participantes. Además, las historias **pueden ser contadas** de una manera en que el narrador - y complementariamente los otros - se ubican como protagonistas, testigos o interpretes de los hechos y con varios grados de competencia y credibilidad"*.

La tarea principal del terapeuta ha de ser ofrecer al paciente familia o grupo relatos alternativos que puedan ser reconocidos como propios a partir de los antiguos y que ofrezcan acceso a nuevas soluciones. Habrá de escuchar el relato del paciente y encontrar a través de la negociación y el consenso vías a la transformación. En este empeño, utilizará esquemas interpretativos o técnicas propuestas desde orientaciones cognitivas, conductuales, sistémicas o existenciales. La multiplicidad de posibles variaciones dentro de este marco general es lo que hace del encuentro terapéutico un encuentro idiosincrático (19).

Sin embargo cuando se analizan los episodios que caracterizan la evolución de una sesión, puede notarse que muchos terapeutas siguen un esquema basado en los siguientes elementos: (19)

- 1-Encuadrar el encuentro. Proponiendo elementos relacionados con el poder y la responsabilidad (quien tiene derecho para definir el problema, en quien recae el mérito o las culpas etc..). Normalmente de forma implícita.
- 2-Generar y representar los relatos dominantes: naturaleza y contexto del problema y conflictos.

3-Favorecer relatos o relaciones entre relatos alternativos

4-Realzar e ilustrar las nuevas historias. Refuerza los nuevos relatos, para alcanzar un consenso preliminar sobre las nuevas historias.

5-Afianzar los nuevos relatos. Recomendando rituales para después de la sesión o tareas específicamente diseñadas para reafirmar los nuevos relatos.

El comportamiento del terapeuta se guía por una serie de posturas (empatía, franqueza, curiosidad, connotación positiva) y guías conceptuales (privilegiando relatos, por ejemplo sobre la familia de origen, ciclo vital, secretos, cultura etc..) pero el proceso tiene lugar de forma idiosincrática.

Pero ¿cómo favorece el terapeuta nuevos relatos?. Para Sluzski, la contestación debe encontrarse en un nivel de análisis nuevo centrado en las micro-prácticas y que permite una conceptualización de las transformaciones que la terapia procura en seis dimensiones que se resumen en el **cuadro 14**.(19)

### 1-Transformaciones en el tiempo

Estáticas/fluctuantes. Cambios entre una descripción que no presenta fluctuaciones temporales (Ante las que el terapeuta puede preguntar: "*¿Las peleas aumentaron o disminuyeron cuando se casó tu hermana?*") y otras que lo presentan (El terapeuta pregunta: "*¿Siempre se producen peleas en casa de su suegra?*").

Se utiliza la "búsqueda de excepciones" (*¿Que pasa cuando no hay peleas?*) o la muestra de competencia (*¿Como ha hecho para reducir la intensidad de las peleas?*) y patrones y escenarios alternativos ("*Cree que cesarían las peleas si se trasladaran a casa de su suegra?*").

Otras veces interesa poner de relieve una condición constante que es ocultada por las fluctuaciones (*¿Existe algún tema común a todas esas peleas?*)

La introducción de comparaciones entre el antes y el ahora o el después introduce en las

personas una experiencia de evolución

Nombre/verbos: transformación de estados en acciones (*bajo que circunstancias...*) o la búsqueda de excepciones. Es importante transformar los rótulos diagnósticos en comportamientos.

Dar nombre puede inducir a asumir responsabilidades ("*Cuando empezó la discusión: ¿Quién empezó la agresión física?*")

No histórico/histórico. La introducción de la historia permite la generación de hipótesis explicativas, cambios en la puntuación, connotaciones, detección de fluctuaciones, excepciones y patrones.

*Marido: Los problemas entre mi mujer y yo son por la conducta de mi hijo*

*Terapeuta: ¿Antes no había problemas entre ustedes? (y dirigiéndose a la mujer) Pero usted afirmaba que había tensión con su marido desde que se casaron...*

Cuando el relato está excesivamente anclado en circunstancias pasadas, preguntas que promuevan un cambio desde una perspectiva histórica a otra ahistórica (¿Por qué consulta ahora?) *Dice usted que está triste desde hace 20 años pero antes nunca consultó por ella ¿Que la impulsó a venir a la consulta ahora?*

## 2-Transformaciones en la dimensión espacial

No contextual/contextual: La diferencia entre una historia que carece de escenario y otra que lo tiene. El paciente puede venir con el síntoma fuera de contexto y el terapeuta preguntar en que circunstancias se hace más perceptible el problema: *Durante los días que pasaste en casa de tu amiga ¿Vomitabas con la misma frecuencia que en casa de tus padres?*

## 3-Transformaciones en la dimensión causal:

Causa/efecto: noción de la "puntuación arbitraria de la secuencia de hechos".

*Dice usted que los problemas entre usted y su mujer se iniciaron tras la toxicomanía de*

*su hijo. Pero para él sus discusiones continuas en la casa son uno de los motivos que le llevaron a buscar una huida en la droga. (cada miembro "puntúa" el inicio del problema en momentos diferentes)*

#### 4-Transformaciones en la interacción:

Intrapersonal/interpersonal. Si el narrador se refiere a las cualidades personales de otro individuo (*Ella es una cabezota*) puede preguntar el terapeuta: *¿Tú como reaccionas a su tozudez?*

Por el contrario si la historia se centra exclusivamente en patrones interpersonales omitiendo las cualidades personales de los sujetos, preguntar por dichas cualidades puede ser útil.

Intenciones/efectos: cambios entre atribución de intención a una persona durante un hecho dado y discusión del efecto del comportamiento de tal persona o de la dinámica de la situación. Por ejemplo: *¿Cual fue el efecto de ese comportamiento en tí? ¿Y en los demás?*

Síntomas/conflictos: cambios entre un relato basado en expresiones de *trastorno mental* y otro basado en *comportamientos recíprocos*.

*Padre: "Y, de repente empezó a romper las cosas de su cuarto..."*

*Terapeuta: "Pero eso fue después de enterarse que su hermano le cambiaba el cuarto para estudiar mas cómodo ¿No?"*

Roles/Reglas: cambios entre descripciones que asignan a las personas posiciones y conductas sancionadas socialmente y narrativas que incluyen reglas interactivas. *¿Con quien se comporta tu hermeno de esa manera?*

Por otra parte hay roles bien definidos en nuestra cultura que merecen ser destacados en una narrativa que los soslaya, para generar cambios en las implicaciones previas (Por ejemplo el género): *"¿Que significa ser mujer en tu familia?"*

5- Transformaciones en los valores de la historia Cambios en la atribución de valores, y la

colocación de atributos(bueno y malo, avaro. generosos, sabio, ignorante)

Buena/mala intención

Sano/insano (o loco/cuerdo)

Legítimo/ilegítimo

*Una mujer casada con un hombre diagnosticado de PMD decía: no sé que parte de su comportamiento es debido a la enfermedad y cual no.*

#### 6-Transformaciones en la manera de contar la historia

Pasiva/activa: cambios en un relato en el cual el narrador es el objeto y otros los actores y otro en el que el narrador es un agente activo y por tanto responsable. Una transformación de pasivo a activo es una forma poderosa de expandir el relato (cuando los pacientes se definen como víctimas de síntomas o de relaciones en las cuales la pasividad no ha sido impuesta por la fuerza física, opresión económica o ideológica). este cambio de postura es indeseable cuando el actor es un niño, una mujer abusada, un anciano frágil etc.. En estos casos conviene favorecer primero la descripción de pasividad o victimización a través de la evaluación de falta de alternativas en aquel momento como forma de devolver cierto poder al sujeto.

Interpretaciones/ descripciones: si el narrador se centra en suposiciones o conjeturas, el entrevistador puede pedirle que describa lo que ocurrió como si hubiera estado allí. O al revés *"¿Y que crees que te motivó a comportarte de esa manera?"*

Incompetencia/competencia. Si el paciente se describe así mismo como ignorante o incompetente, el terapeuta puede destacar la sabiduría que encierra dicha confesión o en otros casos puede ser conveniente provocar cierto grado de incertidumbre.

\*\*\*

El problema que el terapeuta del sector público afronta con cada paciente está en determinar en que términos formular el foco, con qué material construir la narrativa alternativa y-

consecuentemente- que técnicas utilizar. La elección del terreno en el que plantear estas tareas depende de la consideración de cuatro factores (2): 1) tipo e intensidad de los síntomas, 2) estilo de comunicación del paciente y del terapeuta, 3) momento de disposición al cambio y 4) características del contexto.

Hay **síntomas** que orientan a la formulación en determinados términos y/o a la utilización de determinadas técnicas. El abordaje de sintomatología fóbica grave sin considerar la exposición podría tacharse de insensato sino de falta de ética (puesto que los resultados obtenidos con exposición son claramente mejores que los de cualquier abordaje que no la incluya). Por el mismo tipo de consideraciones sobre la eficacia demostrada, el diagnóstico de bulimia o el de depresión pueden orientar a la utilización de intervenciones cognitivo-conductuales o interpersonales a terapeutas que las dominen (caso de dominar ambas la elección entre ellas dependerá de la consideración del resto de los factores). Hay intervenciones muy movilizadoras claramente contraindicadas en pacientes con grave riesgo de suicidio que orientará a actitudes más de apoyo...

El **estilo de comunicación** del paciente determina las posibilidades de trabajar en una u otra esfera. Hay pacientes a los que va a costar hacer ponerse en contacto con sus sentimientos pero que van a ser capaces de resolver el problema que les trae a nosotros implicándose en llevar a cabo nuestras prescripciones y pacientes que van a ser incapaces de identificar cogniciones disfuncionales pero tienen gran facilidad para trabajar con sus afectos. Con los terapeutas, obviamente sucede lo mismo, como sabe cualquiera que se haya visto implicado en la formación en técnicas de entrevista o intervenciones psicoterapéuticas de médicos o psicólogos residentes. Evidentemente en una relación como la terapéutica se trata de dos partes y se trata de encontrar un terreno (conducta, cogniciones, afecto...) en el que ambos participantes se muevan con la suficiente comodidad.

El **momento de disposición al cambio** es un factor central en la elección del tipo de intervención. En primer lugar hay momentos (como los que Caplan (19) calificara de críticos) en los que el sujeto es particularmente receptivo a cualquier tipo de intervención de ayuda. Budman y Gurman (169), por ejemplo, consideran la elección del momento como el elemento central que posibilita la utilización de intervenciones breves. Estadíos muy tempranos de disposición al cambio (como los que Prochaska y DiClemente (187) llaman de *precontemplación*) imposibilitan la utilización de intervenciones mas prescriptivas y obligan a un trabajo (al menos preliminar) mas centrado en el reconocimiento del problema.

El **contexto** puede determinar el tipo de intervención a elegir o por condicionar los mecanismos de perpetuación del problema o por hacer inaceptables o inviables determinado tipo de intervenciones o por ofrecer facilidades para llevar a cabo alguna de ellas.

\*\*\*

Las diferencias de resultado entre distintas formas de terapia no son tan pronunciadas como las que teóricamente cabría esperar. ésto puede ser debido a tres posibilidades: a) que las terapias comparadas puedan realmente conseguir objetivos similares a través de procesos diferentes; b) que existan diferencias que no hayan sido detectadas en otras investigaciones pasadas por haber utilizado estrategias de investigación inadecuadas; c) que diferentes terapias incorporen factores comunes que son curativos, aunque no hayan sido tenidos en cuenta por la teoría de cambio central a una escuela particular. La última hipótesis es la que ha recibido más atención y la de más relevancia para la práctica clínica (228).

La demostración, a través de la investigación, de la efectividad de muchas psicoterapias, abre la puerta a la siguiente generación de preguntas, aquéllas que atañen al mecanismo de cambio ¿Qué es lo que facilita la mejoría del paciente en psicoterapia? (229)

### **Tipos de cambio**

Los terapeutas sistémicos hicieron un intento de análisis de las teorías del cambio basándose en dos teorías de la lógica matemática: la teoría de los grupos y la de los tipos lógicos

Sin pretender un rigor matemático, la teoría de los grupos, que surge en el siglo XIX, dice que un grupo está constituido por miembros iguales en cuanto a una característica común. Cualquier combinación de dos o más miembros, será también un miembro del grupo. Esta condición supone una invarianza y explica cambios dentro del grupo, pero hace imposible que cualquier cambio o miembro se situe fuera del grupo. La teoría de los grupos nos permite pensar acerca de los cambios que pueden tener lugar dentro de un sistema que, en sí, permanece invariable. Lo que no nos puede proporcionar esta teoría es un modelo para aquellos tipos de cambio que trascienden a un determinado sistema o trama de referencia (205).

La teoría de los tipos lógicos, igual que la de grupos, denomina miembros a los componentes de la totalidad y clase, en lugar de grupo, a la totalidad misma. Un axioma central de esta teoría es “ cualquier cosa que comprenda o abarque a todos los miembros de una colección, no tiene que ser un miembro de la misma” Con esta teoría no nos ocupamos de lo que sucede en el interior de una clase es decir, entre sus miembros, pero nos obliga a pensar en la relación entre un miembro y la clase y en lo que puede ocurrir cuando se produce un salto de un nivel lógico al superior (205, 230). Por ejemplo cuando un miembro es tomado por la clase entera.

Si aceptamos esta distinción se deduce que existen dos tipos diferentes de cambio: uno que tiene lugar dentro de un determinado sistema, que en sí permanece inmodificado, y otro, cuya aparición cambia el sistema mismo. Al primero se le denomina **cambio 1** y al segundo **cambio 2**. Cambio 2 es el cambio del cambio- Por ejemplo, un paciente con una fobia a los ascensores que le impide subir a un piso 14, puede aceptar un traslado en el trabajo que le facilita un despacho en un segundo piso. En este caso la persona ha aliviado su angustia alejándose de la situación temida



(cambio 1). El problema reaparecerá cuando las circunstancias que lo atenúan momentáneamente cambien y el o ella se vea de nuevo obligado al ascensor. En un segundo supuesto la persona puede, sola o buscando ayuda, desafiar sus miedos enfrentándose al objeto de angustia. Cambia la solución intentada previamente (la evitación), que en sí misma se había convertido en un problema y modifica las reglas de funcionamiento del sistema-problema (cambio 2)

Dentro de un grupo, solo se pueden producir cambios tipo 1, es decir de un miembro a otro, pero el sistema no solo no se modifica, sino que a este nivel cuanto "más cambian las cosas, más siguen permaneciendo iguales". Cuando lo que se produce es un cambio en su estructura u orden interno, estamos ante un nivel de cambio 2. En el cambio 1 los elementos se modifican, en el 2, las reglas de transformación son las que sufren cambios (205)

### **Mecanismos del cambio**

La vida, a nivel general, es una especie de lucha entre la tendencia al caos, la dispersión, la entropía y, por otra parte, el mantenimiento del orden, la organización, la estructura, la conservación.

En un sistema, individual, familiar o social, junto a los mecanismos estabilizadores o morfostáticos, que tienden a neutralizar la desviación están los mecanismos morfogenéticos, responsables de los fenómenos como la evolución o los cambios sociales. Perturbaciones procedentes del exterior o del interior del sistema pueden llegar a producir un cambio de estado de éste (231), evolucionando hacia una situación diferente imposible de predecir a priori. Es decir, familias en crisis (o alejadas del equilibrio) o llegadas a un punto de bifurcación (oportunidades para un cambio vital) pueden evolucionar hacia una nueva estructura libre de sus síntomas indeseables. La intervención del terapeuta puede considerarse como una especie de catalizador que aporta nueva información que ayude al sistema a la creación de esa nueva estructura

## El proceso del cambio

Prochaska y DiClemente (1987) fundamentan su abordaje transteórico en tres elementos: el proceso, el estadio y el nivel de cambio. En cuanto al primer elemento, identificaron al menos diez **procesos** distintos de cambio: 1- aumento de la conciencia, 2- auto liberación; 3- liberación social; 4- contracondicionamiento; 5- control de estímulos; 6- autoreevaluación; 7-reevaluación ambiental; 8- manejo de la contingencia; 9- alivio dramático; 10-relaciones de ayuda

Las personas en su ambiente habitual utilizan estos 10 procesos diferentes de cambio para modificar problemas. La mayoría de los sistemas terapéuticos utilizan solo 2 o 3. Los objetivos de un abordaje integrador incluyen preservar las ideas más valiosas de los sistemas terapéuticos principales, dar orden a la diversidad caótica del campo de las psicoterapias, ofrecer una alternativa susceptible de ser investigada y comparada y generar un abordaje sistemático.

Para estos autores, junto con el análisis del proceso que tiene lugar para conseguir el cambio, está la evaluación del **estadio** (el segundo elemento). Éste refleja los aspectos motivacionales y temporales del cambio. El cambio intencional no es un proceso de todo o nada sino un movimiento gradual a través de estadios específicos. No ser conscientes de este fenómeno ha llevado a algunos de los teóricos de la terapia a asumir que todos los pacientes están en el mismo estadio de cambio y preparados para el mismo proceso de cambio.

Prochaska y DiClemente identificaron cinco estadios básicos de cambio: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento

Desde su perspectiva un estadio de cambio representa tanto un periodo de tiempo como un conjunto de tareas necesarias para moverse hacia el siguiente estadio.. Mientras que el tiempo gastado en cada estadio puede variar, las tareas a llevar a cabo son invariables. Ciertos procesos de cambio son más relevantes y se aconseja potenciarlos durante estadios particulares de cambio. Una vez acarado el estadio de cambio en que está el paciente, el terapeuta podrá conocer que

técnicas debe aplicar, para ayudarle a progresar hacia el siguiente estadio.

Para ayudar a las personas a pasar de un estadio de **precontemplación** (durante el cual el individuo procesa menos información sobre su problema, gasta menos tiempo y energía en reevaluarse a sí mismo, experimenta menos reacciones emocionales a los aspectos negativos del problema, está menos abierto a los otros), se sugieren varios procesos de cambio que son de ayuda: 1-intervenciones que tiendan a aumentar la conciencia , como observaciones, confrontaciones e interpretaciones, los pacientes han de ser más conscientes de los aspectos negativos del problema para poder moverse hacia el estadio de contemplación. 2- proceso de alivio dramático, proporciona al paciente la experiencia afectiva . Acontecimientos vitales como la muerte de un ser querido puede movilizar a los precontempladores

En el estadio de **contemplación** los pacientes están más abiertos a las intervenciones para aumentar la conciencia, tales como observaciones, confrontaciones e interpretaciones.. Pueden beneficiarse de intervenciones educativas y son más libres de reevaluarse a sí mismos cognitiva y afectivamente. El proceso de reevaluación incluye un análisis sobre los valores que los pacientes intentan fomentar y cuales abandonar. Los contempladores también evalúan los efectos de sus conductas en el ambiente

El movimiento desde el estadio de precontemplación al de contemplación y a través de éste implica un aumento del uso de procesos de cambio afectivo, cognitivo y evaluativo. Para **preparar más adecuadamente a los sujetos para la acción**, se requieren cambios en cómo piensan y sienten acerca de sus problemas de conducta y cómo valoran sus estilos de vida.

Durante el estadio de **acción** es importante que el paciente actue desde un sentimiento de auto-liberación. Necesitan aceptar que las fuerzas coercitivas forman parte de su vida como las fuerzas que le impulsan a la autonomía. Tener confianza en que los propios esfuerzos de uno, juegan un papel crítico en triunfar en situaciones difíciles. Pero la auto-liberación también

depende de que el paciente sea suficientemente competente con procesos de conducta tales como el contracondicionamiento y el control de estímulos, para manejarse con circunstancias externas adversas. Según se desarrolla la acción el terapeuta proporciona una alianza de ayuda en la cual se convierte en consultor del cliente como promotor de sus propios cambios. Este estadio que es particularmente estresante requiere más comprensión y apoyo

También esencial es la preparación para el **mantenimiento**. Requiere una evaluación abierta de las condiciones bajo las cuales hay más probabilidad de recaída Quizá más importante es el sentimiento de que uno se va convirtiendo cada vez más en la persona que quiere ser.

Por fin, el tercer elemento básico en el modelo de Prochaska y DiClemente es el de los **niveles de cambio**. La realidad no suele presentar los problemas simples y bien definidos Los síntomas y síndromes ocurren en niveles de funcionamiento humano interrelacionado.. Los niveles de cambio representan una organización jerárquica de cinco niveles distintos, pero conectados entre sí: 1) problemas sintomáticos, situacionales, 2) cogniciones maladaptativas, 3) conflictos interpersonales actuales, 4) conflictos en el sistema familiar, 5) conflictos intrapersonales.

A estos autores les parece crítico para el proceso de cambio que terapeuta y cliente se pongan de acuerdo en el nivel al que atribuyen el problema y en que nivel o niveles se implican en el trabajo conjunto.

En el abordaje transteórico, prefieren intervenir en primer lugar en el nivel sintomático, porque el cambio tiende a ocurrir más rápidamente en este nivel y representa la primera razón por la que un individuo entra en terapia.. Según bajamos en la jerarquía descrita, más relacionado estará el problema con el sentido del *self*. Cuanto más profundo sea el nivel, que necesita ser cambiado, más larga y compleja será la terapia y mayor la resistencia del paciente.

Los niveles no están aislados unos de otros, cambio a un nivel es probable que produzca

cambio en otro nivel. El terapeuta ha de estar preparado para intervenir en cualquiera de los cinco niveles, aunque la preferencia es hacerlo en primer lugar en el nivel más alto y más contemporáneo, según el juicio y la evaluación clínica

En resumen, el abordaje transteórico busca la integración terapéutica y el cambio aplicando procesos específicos en estadios específicos, de acuerdo con un nivel particular de identificación del problema.

Tres estrategias básicas se emplean para intervenir a través de múltiples niveles de cambio. La primera es una estrategia de **movimiento de niveles**. La terapia puede centrarse primero en los síntomas del paciente y si el tratamiento es posible llevarlo a cabo y el paciente progresa adecuadamente a través de los estadios del cambio, se termina el tratamiento sin tener que moverse a un nivel más complejo. Si este abordaje no fuera efectivo, la terapia tendrá que moverse a un nivel más complejo. El movimiento es de un nivel más alto a uno más bajo.

La segunda opción es la **estrategia de “nivel clave”** (Key level), si la evidencia apunta hacia un nivel clave en que el paciente puede ser comprometido, el terapeuta trabajará exclusivamente a este nivel..

La tercera alternativa es la **estrategia de “máximo-impacto”**. Se utiliza en casos muy complejos donde es evidente que están implicados múltiples niveles, como causa, efecto o responsables del mantenimiento. Se llevan a cabo intervenciones con objeto de promover el cambio a través de un impacto máximo de forma sinérgica y no secuencial.

Dependiendo de qué nivel y que estadio estemos trabajando , diferentes sistemas terapéuticos jugarán un rol más prominente. Por ejemplo, conductismo a un nivel sintomático, terapia racional emotiva y cognitiva a un nivel de cogniciones maladaptativas, terapia de pareja y transaccional a un nivel de conflictos interpersonales, terapia estratégica en el nivel familiar y psicoanalítica y existencial a un nivel intrapersonal (187)

El papel del terapeuta es el de maximizar los esfuerzos de autocambio, facilitando procesos infrautilizados, disminuyendo procesos excesivamente utilizados, corrigiendo procesos aplicados incorrectamente, enseñando nuevos o desconocidos procesos y redirigiendo los esfuerzos del cambio hacia estadios y niveles apropiados para conseguirlo.

La evaluación de los niveles de cambio requiere una entrevista clínica que explore cada uno de los niveles. Es importante establecer a que nivel o niveles el paciente percibe el problema, tanto como los niveles que el clínico considera implicados en el problema.

*Una mujer acude a consulta relatando asfixia, mareo, incapacidad para alejarse de su casa durante un tiempo prolongado o grandes distancias e imposibilidad para salir sola de casa. Uno de sus hijos la acompaña continuamente cuando sale, aún a riesgo de retrasarse en su curso escolar. La paciente, con antecedentes alérgicos, interpreta el problema como crisis de broncoespasmo que dificultan su respiración y que la han atemorizado hasta un punto de crear un problema psicológico. El terapeuta ha explorado, pues, el nivel al que la paciente percibe el problema. Prosigue la indagación a nivel relacional, interpersonal y descubre que M está viviendo en la actualidad la trágica situación de la agonía en casa de su esposo, diagnosticado de un cáncer de pulmón en estadio terminal. De modo sorprendente la paciente no es capaz de hacer una conexión entre sus síntomas y dicha situación. En este caso fue adecuado iniciar un tratamiento centrado en los síntomas, que se siguió, casi de inmediato por una facilitación de la expresión de sentimientos. Terapeuta y paciente se comprometieron en el objetivo de ayudar a la segunda en la elaboración del duelo.*

El terapeuta evalúa también el proceso de cambio que está siendo utilizado por el paciente. Explora que es lo que éste está haciendo para resolver el problema, con que frecuencia lleva a cabo estas actividades y que intentos ha hecho en el pasado por resolverlo

El abordaje transteórico puede ser utilizado en un formato breve o largo. La longitud de la terapia, el encuadre y modalidad vienen determinados por el estadio del cambio, nivel y tipo de procesos empleados más que por un predeterminado programa del terapeuta. Así una intervención familiar puede ser utilizada para mover a un precontemplativo alcohólico hacia un estadio de contemplación en que tome conciencia de su problema, y de acción, iniciando el tratamiento de su dependencia..

Duración y tiempo de la terapia dependerá del nivel y estadio de cambio del problema. Individuos con problemas circunscritos y en la fase de acción, con frecuencia modifican su problema en un breve periodo de tiempo. Una sesión de terapia más larga o más intensa que incluya otros significativos puede ser necesaria para individuos en fase de precontemplación con el objeto de vencer sus defensas. Sesiones menos frecuentes pueden ser más apropiadas para aquellos en fases de contemplación o mantenimiento

Contraindicaciones para utilizar este abordaje serían aquellas situaciones donde un cambio intencional no fuera la primera meta:

*Un hombre con sintomatología depresiva acude a la consulta afirmando desear ayuda para reconstruir su matrimonio. Sigue queriendo a su mujer y considera que los compromisos adquiridos por el matrimonio son para toda la vida. Relaciona su desánimo con los conflictos entre ellos que se han intensificado en los últimos meses. Sugiere que el carácter tremendamente dominante de su mujer es la causa de todo el problema, pero que él está dispuesto a amoldarse en aras de proseguir el proyecto familiar en el que se embarcaron años atrás. El terapeuta decide convocar a la mujer a la próxima entrevista. Su objetivo será evaluar la posibilidad de un trabajo de pareja. Los dos se muestran, en la siguiente sesión, dispuestos a iniciar un tratamiento a éste nivel. Durante las entrevistas siguientes, tras una breve fase de mejoría o más bien de “tregua”, continúan las descalificaciones mutuas y los boicoteos continuos al plan*

*terapéutico. El terapeuta reconstruye la situación desde la demanda. La amenaza actual de separación de la mujer tras una relación pasada de malos tratos y sumisión, fuerza al marido a jugar la carta del tratamiento. A través de la intervención hay un objetivo de descalificar la separación como producto de la mente enferma de la mujer, a la que nunca le concederá lo que ella desea que es separarse. La mujer viene al tratamiento con el secreto anhelo de demostrar la imposibilidad de cualquier esfuerzo, incluido el de un experto, por mejorar su relación y plantea con fuerza, en un lenguaje no verbal, la exigencia de una separación que el marido explícitamente descarta de forma radical. La exasperación de éste va en aumento cuando según se muestra más atento y cariñosa con ella, ésta le responde con más rabia, señalándole una y otra vez la inutilidad de sus esfuerzos y el camino de la separación. El terapeuta hace una intervención que explicita esta situación y declara la no indicación de tratamiento. Admite que la evaluación de la posibilidad de un tratamiento de pareja fue errónea. Si bien el nivel más conflictivo se sitúa en la relación diádica, los objetivos de cada uno de los miembros son muy distintos a los declarados como deseo de reconstrucción de la relación. En este tipo de parejas, la intervención psicoterapéutica es enredada dentro de la dinámica de pareja más general y además de perder su potencial poder terapéutico, se hace interminable.*

En el abordaje transteórico, el interés se centra en identificar que procesos serían más efectivos en ayudar a moverse una persona de un particular estadio de cambio al siguiente con respecto a cierto nivel o niveles de cambio. La decisión de utilizar un proceso particular está determinada por múltiples variables.

Si el terapeuta intenta trabajar a un nivel distinto del que requiere el estadio del paciente se arriesga el fracaso de la terapia. Así, un terapeuta implicado en facilitar los procesos de toma de conciencia del paciente, puede frustrar a una persona lista para la acción en un nivel sintomático. Un conductista puede sentirse continuamente frustrado por un paciente



precontemplativo que no cumple sus instrucciones. El terapeuta de familia que insiste en que el cambio tenga lugar a través de la intervención familiar fracasará en implicar a un paciente miembro crítico precontemplativo.

El terapeuta debe ser consciente de sus preferencias por particulares estadios, procesos o niveles. Muchos tienen grandes habilidades para algunos de ellos y para otros no. También ha de ser consciente de sus limitaciones. Respetar la posición del cliente en los estadios de cambio es un importante primer paso en el encuentro entre terapeuta y paciente.

El terapeuta es visto como un experto en el cambio. La relación consultor-cliente necesita ser modelada de acuerdo con los problemas particulares del paciente. Un paciente que no es consciente de su problema, no es visto como resistente al terapeuta o no colaborador, sino resistente al cambio. El terapeuta debe ser consciente de la ansiedad que provoca la perspectiva del cambio y tomar el papel de un consultor que ayuda al cliente a explorar el problema. Se convierte así en un aliado más que en otra persona que presiona hacia el cambio.

En el estadio de contemplación, el terapeuta debe tener cuidado de no ser impaciente. Si bien no ha de potenciar la contemplación crónica, tampoco han de fomentar la culpa o el cambio prematuro. El terapeuta puede provocar a los pacientes haciendo explícitos los pros y los contras.

Durante los estadios de acción y mantenimiento, el terapeuta puede asumir una relación de enseñar más formal. Los esfuerzos iniciales pueden necesitar aún el apoyo en la confianza que despierta el terapeuta, al que se tiende a idealizar. Sin embargo, tan pronto como fuese posible es importante que el paciente vaya desarrollando autoconfianza e independencia del terapeuta. Para terapeutas que, a su vez, necesitan ser necesitados, esto puede suponer un problema.

Diferentes procesos son más relevantes para producir el cambio en diferentes estadios.

El problema teórico importante es que el cambio intencional, tal como ocurre en terapia, es sólo un tipo de cambio que puede mover a las personas. Acontecimientos ambientales o crisis

de desarrollo pueden producir cambios en la vida de las personas por otras vías. El abordaje transteórico se centra en facilitar el cambio intencional, pero reconoce y a veces se apoya en otros tipos de cambio. El terapeuta debe ayudar al cliente a identificar también las fuerzas ambientales o de desarrollo que le empujan al cambio

Cuando el cliente se empieza a mover hacia el estadio de contemplación su capacidad de introspección y entendimiento es crítico para progresar. Si el insight es histórico-genético, interactivo, cognitivo, o situacional dependerá del nivel de cambio que se necesite

Por ejemplo, moverse de la contemplación a la acción implica los procesos de concienciación y auto-evaluación. El movimiento hacia la acción requiere la adquisición de habilidades y su utilización como estrategias primordiales para el progreso terapéutico.

## **FASES FINALES**

La preocupación por las fases finales o la *terminación* de la terapia ha venido de la mano del interés por las formas breves de terapia. El final de la intervención psicoterapéutica no implica necesariamente el final de la relación entre el terapeuta y el paciente. Puede dar lugar al establecimiento de unas **sesiones de seguimiento**, o en el caso de trastornos crónicos o recidivantes, o de existencia de estresores crónicos o de factores de personalidad que predisponen a recaídas puede dar paso a una terapia de mantenimiento (con un contrato, unos objetivos y una forma de trabajo diferentes) (2).

Estas fases se guían por la prosecución de una serie de **objetivos** como son:

1. Evaluar conjuntamente el resultado de la terapia y acordar la conveniencia de terminar
2. Evaluar y potenciar la generalización de los efectos beneficiosos de la terapia y la capacidad de funcionamiento independiente.
3. Prever los efectos del final de la terapia, la separación del terapeuta y el afrontamiento de problemas previsibles sin apoyo profesional.

4. Prever recaídas y circunstancias que justificarían una nueva consulta.

Para lograr estos objetivos el terapeuta acomete una serie de **tareas como son** (2)

1. Revisar el curso de la terapia, los logros conseguidos y la capacidad del paciente para afrontar los pendientes.

2. Revisar la evidencia de capacidad de funcionamiento del paciente independiente del terapeuta

3 Modular el proceso de retirada de apoyo según los requerimientos de cada paciente (disminución de la cantidad o intensidad de las intervenciones o de la directividad, distanciamiento de las sesiones...)

4. Abordar los aspectos de dependencia o *beneficio secundario* (bajas, rol de enfermo...) vinculados a la terapia

5. Afrontar los posibles aspectos de duelo ligados al fin de la terapia

6. Prever problemas futuros y estrategias de afrontamiento

7. Definir condiciones de una nueva

### 3.- COMENTARIOS FINALES

La práctica clínica en el sector público de algún modo **obliga** a una postura abierta a diferentes mentalidades y escuelas e **impone** un cierto eclecticismo o actitud integradora. O dicho de otro modo: las escuelas perviven con su sectarismo intacto porque han arbitrado procedimientos de selección de pacientes y perpetuación de su discurso que son inviables cuando se tiene la responsabilidad de atender la patología de toda una población.

El futuro de la psicoterapia (entendida como un procedimiento para tratar trastornos mentales) se jugará donde se lleve a cabo la atención a los trastornos mentales en general.

La pregunta planteada no sólo en nuestro país sino en todo el mundo desarrollado es cuál es el porvenir del sistema público de atención a la salud y cuál va a ser el lugar que la atención a los problemas de salud mental va a ocupar dentro de este.

Aunque en los Estados Unidos no cabe hablar propiamente de un sistema público, lo cierto es que la introducción del *managed care* con su referencia a la *relación coste/eficacia* y la necesidad de justificar la *necesidad médica* de cada intervención ha desatado allí una interesante polémica. En un reciente artículo Bennett (232) revisa los tres sistemas de referencia utilizables para determinar la *necesidad de atención* (la nosología, el principio de maximización de capacidades y el de bienestar social). Finalmente plantea la siguiente definición

*...la atención es médicamente necesaria cuando existe un trastorno diagnosticable y el paciente tiene una disminución funcional o está clínicamente inestable debido a ese trastorno y cuando existe un tratamiento con eficacia probada para restaurar la normalidad o reducir la incapacidad.*

Bennet cree reconocer la necesidad de psicoterapia en tres contextos diferentes 1) como

coadyuvante en tratamientos que incluyen otros elementos (esquizofrenia, trastorno bipolar, adicciones, recuperación del trauma o abuso...), 2) como tratamiento específico de trastornos definidos (cita los ejemplos de la terapia interpersonal y la cognitivo-conductual en el tratamiento de una serie de trastornos afectivos) y 3) un a modo de *uso compasivo* cuando no existe una modalidad de tratamiento preferible y, en cambio existe una base racional para sospechar que la psicoterapia puede ser de ayuda.

En el mismo número de *Psychiatric Services*, Borenstein (233) discute la viabilidad de los tratamientos psicoterapéuticos en el marco del *managed care*. Los datos existentes muestran que cuando se oferta a una población la posibilidad de recibir gratuitamente psicoterapia sólo un 4.3% la utiliza alguna vez en la vida y que el número medio de sesiones de psicoterapia recibida por los usuarios americanos está entre 4 y 8 (que se eleva hasta 11 cuando se ofertan gratis). Para este autor la psicoterapia es un instrumento básico de la atención psiquiátrica y no existen datos que aconsejen la introducción de restricciones a su uso en los planes de salud.

Argumentos semejantes se esgrimieron en la polémica que precedió a la inclusión de la *psicoterapia individual y de grupo* en el Catálogo de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud español. Ni que decir tiene que este concepto corre serio riesgo ante futuras revisiones del catálogo.

En nuestra opinión es preciso realizar un trabajo capaz de justificar la presencia de las intervenciones psicoterapéuticas que debería ajustarse a los siguientes ejes

- 1) proporcionar una definición rigurosa sobre ***qué son las intervenciones psicoterapéuticas***
- 2) proponer ***intervenciones integrales*** que incluyan aspectos psicológicos, biológicos y sociales para los trastornos que lo requieran (psicosis, adicciones...) y diseñar procedimientos para secuenciarlos y combinarlos, y medir su eficacia.

- 3) proponer *intervenciones específicas para trastornos específicos* (depresión, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos de la conducta alimentaria...) y evaluar su eficacia
- 4) delimitar cuales son los *ingredientes activos* de las terapias en uso
- 5) habilitar *sistemas de formación* en estas intervenciones para los clínicos que van a trabajar en el sistema público.

No hay, hasta la fecha, mucho trabajo hecho en este sentido. Quizás las prioridades en un sistema en proceso de reforma han sido otras, pero parece llegado el momento en que estas líneas de trabajo pueden comenzar a abrirse.

**CUADRO 1: REVISIONES META-ANALÍTICAS DE RESULTADOS CON DEPRESIÓN** (tomado de Lambert y Bergin 1994 (9), reproducido con permiso de John Wiley and Sons, Inc, all rights reserved)

| autores  | diagnóstico/tratam   | nº estudios | magn. efecto |
|--|----------------------|-------------|--------------|
| Dobson (1989)(28)                              | depresión/ter cognit | 10          | 2.15         |
| Nietzel, Russel, Hemmings y Gretter (1987)(29) | depresión unipolar   | 28          | 0.71         |
| Quality Assurance Project (1983)(30)           | depresión            | 10          | 0.65         |
| Robinson, Berman y Neimeyer (1990)(31)         | depresión            | 29          | 0.84         |
| Steinbrueck, Maxwell y Howard (1983)(32)       | depresión            | 56          | 1.22         |

**CUADRO 2: REVISIONES META-ANALÍTICAS DE RESULTADOS CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD** (Lambert y Bergin 1994 (9), reproducido con permiso de John Wiley and Sons, Inc, all rights reserved)

| Investigadores   | diagnostico/tratam                     | n° estudios | magn efecto  |
|--|--|-------------|--------------|
| Allen, Hunter y Donohue (1989) (33)                        | asiedad ante hablar en público         | 97          | 0.51         |
| Christensen, Hadzi-Pavlovic, Andrews y Mattick (1987) (34) | TOC/exposición                         | 5           | 1.37         |
| Clum (1989) (35)   | pánico, agorafobia/terapia de conducta | 283         | 70%          |
|  | no terapia                             | 46          | 30%          |
| Hyman, Feldman, Harris, Levin y Maloy (1989) (36)          | relajación                             | 48          | 0.58         |
| Jorm (1989) (37)   | ansiedad y neuroticimo                 | 63          | 0.53         |
| Mattick, Andrews, Hazdi-Pavlovic y Christensen (1990) (38) | agorafobia vs lista de espera          | 51          | 1.62<br>0.02 |
| Quality Assurance Project (1982) (39)                      | agorafobia                             | 25          | 1.2          |
| Quality Assurance Project (1985a) (40)                     | ansiedad                               | 81          | 0.98         |
| Quality Assurance Project (1985b) (41)                     | TOC/exposición                         | 38          | 1.34         |
| Trull, Nietzel y Main (1988) (42)                          | Agorafobia                             | 19          | 2.10         |



**CUADRO 3: REVISIONES META-ANALÍTICAS DE RESULTADOS CON TRASTORNOS Y TÉCNICAS DIVERSOS** (Lambert y Bergin 1994 (9), reproducido con permiso de John Wiley and Sons, Inc, all rights reserved)

| investigadores   | diagnóstico/tratamiento                   | n° estudios | magn efect |
|--|---|-------------|------------|
| Andrews y Harvey (1981) (43)                               | neurosis                                  | 81          | 0.72       |
| Andrews, Guitar y Howie (1980) (44)                        | tartamudeo                                | 29          | 1.30       |
| Asay, Lambert, Chistersen y Beutler (1984) (45)            | demanda de varios centros de salud mental | 8           | 0.82       |
| Balestrieri, Williams y Wilkinson (1988) (46)              | misceláneo                                | 11          | 0.22       |
| Barker, Funk y Houston (1988) (47)                         | misceláneo                                | 17          | 1.25       |
| Benton v Schroeder (1990) (48)                             | esquizofrenia                             | 23          | 0.70       |
| Blanchard, Andrasik, Ahles, Teders y O,Keefe (1980) (49)   | cefalea                                   | 35          | 40-80%     |
| Bowers y Clum (1988) (50)                                  | terapia de conducta                       | 69          | 0.76       |
| Christersen, Hazli-Pavlovic, Andrews y Mattick (1987) (34) | terapia de conducta                       | 10          | 1.16       |
|  | control                                   | 4           | 0.04       |
| Crits-Cristoph (1992) (51)                                 | terapia dinámica breve                    | 11          | 86%<br>50% |
| Dush, Hirt y Schroeder (1983) (52)                         | modif. autoafirmación                     | 69          | 0.74       |
| Giblin, Sprenkle y Sheehan (1985) (53)                     | terapia familiar                          | 85          | 0.44       |
| Hahlweg y Markman (1988) (54)                              | t. de pareja conductista                  | 17          | 0.95       |
|  | intervención premarital                   | 7           | 0.79       |
| Hazelrigg, Cooper y Borduin (1987) (55)                    | terapia/interacción fam                   | 7           | 0.45       |
|  | autocalificación                          | 6           | 0.50       |
| Hill (1987) (56)   | tratamiento paradójico                    | 15          | 0.99       |
| Holroyd (1990) (57)  | cefalea/biofeedback                       | 22          | 47.3%      |
| Laessle, Zoettle y Pirke (1987) (58)                       | bulimia                                   | 9           | 1.14       |

|  |                         |     |      |
|--|-------------------------|-----|------|
| Landman y Dawes (1982) (59)              | misceláneo              | 42  | 0.90 |
| Lyons y Woods (1991) (60)                | ter. racional emotiva   | 70  | 0.98 |
| Markus, Lange y Pettigrew (1990) (61)    | terapia de familia      | 10  | 0.70 |
| Miller y Berman (1983) (62)              | t. cognitivo-conductual | 38  | 0.83 |
| Nicholson y Bergman (1983) (63)          | neurosis                | 47  | 0.70 |
| Prouf y De Martino (1986) (64)           | terapias de escuela     | 33  | 0.58 |
| Quality Assurance Project (1984) (65)    | esquizofrenia           | 5   | 0.00 |
| Shapiro y Shapiro (1982) (66)            | misceláneo              | 143 | 1.03 |
| Shoham-Salomon y Rosental (1987) (67)    | tratamiento paradójico  | 10  | 0.42 |
| Smith, Glass y Miller (1980) (68)        | misceláneo              | 475 | 0.85 |
| Svartberg y Stiles (1980) (69)           | terapia dinámica breve  | 7   | 55%  |
|  | no tratamiento          | 7   | 45%  |
| Wampler (1982) (70)                      | comunicación marital    | 20  | 0.43 |
| Weisz, Weiss, Alicke y Klotz (1987) (71) | adolescentes            | 108 | 0.79 |

**CUADRO 4: listado de factores terapéuticos comunes entre las diversas terapias que se han asociado con resultados positivos (Bergin y Garfield 1994)**

| <b>de apoyo</b>   | <b>de aprendizaje</b>   | <b>de acción</b>  |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>*catarsis</li> <li>*identificación con el terapeuta</li> <li>*mitigamiento de la soledad</li> <li>*relación positiva</li> <li>*tranquilización</li> <li>*liberación de tensión</li> <li>*estructura</li> <li>*alianza terapéutica</li> <li>*participación activa terapeuta/cliente</li> <li>*experiencia del terapeuta</li> <li>*calidez, respeto, empatía</li> <li>aceptación y autenticidad del terapeuta</li> <li>*confianza</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>*consejo</li> <li>*experiencia afectiva</li> <li>*asimilación de experiencias problemáticas</li> <li>*cambio de las expectativas sobre eficacia personal</li> <li>*aprendizaje cognitivo</li> <li>*experiencia emocional correctora</li> <li>*exploración de las referencias internas</li> <li>*retroinformación</li> <li>*introspección</li> <li>*razonamiento</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>*regulación de la conducta</li> <li>*destreza cognitiva</li> <li>*estimulación a enfrentar miedos</li> <li>*asunción de riesgos</li> <li>*esfuerzos de adiestramiento</li> <li>*modelado</li> <li>*confrontación con la realidad</li> <li>*experiencias con éxito</li> <li>*perlaboración</li> </ul> |

**CUADRO 5: INDICACIÓN DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

(Fernández Liria, Hernández Monsalve, Rodríguez Vega, Benito Cano y Mas Hesse1997)

---

- 1.- cuadro clínico que responde a fármacos
  - 2.- síntomas cuya modificación alteraría el curso o el impacto del trastorno que responden a fármacos
  - 3.- existencia de contraindicaciones
  - 4.- aceptación del tratamiento
-

**CUADRO 6: INDICACIÓN DE TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO**

(Fernández Liria, Hernández Monsalve, Rodríguez Vega, Benito Cano y Mas Hesse 1997)

---

- 1.- cuadro clínico que responde a psicoterapia
  - 2.- existen aspectos del problema por el que se consulta que son modificables por la psicoterapia y modificarían la evolución o el impacto del trastorno
  - 3.- existe o se puede construir una versión del problema (aportada o aceptada por el demandante) que plantea
    - un conflicto en relación consigo mismo
    - un conflicto en relación con otros significativos
    - un conflicto con acontecimientos (supone la capacidad del paciente de colocarse como implicado personalmente en el problema o la resolución del mismo)
  - 4.- expectativas del paciente
  - 5.- factores limitantes
    - edad y etapa del ciclo vital del paciente
    - accesibilidad
    - aspectos culturales
    - actitud y susceptibilidad ante el cambio
-

- 
- 1.- Encuadre Individual  
Familiar  
Grupal
  - 2.- Énfasis sobre Afecto  
Conducta  
Pensamiento
  - 3.- Énfasis sobre experiencias \* Interpersonales \* con el mundo exterior  
\* Intrapélicas \* díada paciente-terapeuta
  - 4.- Relaciones \* pasadas  
\* presentes  
\* con el terapeuta
  - 5.- Con referencia \* al discurso explícito  
\* a un discurso implícito
  - 6.- Con énfasis en la comunicación \* verbal  
\* no verbal
  - 7.- Sobre una definición \* longitudinal  
\* transversal
  - 8.- Grado de uso de cada actividad del terapeuta
  - 9.- Conceptualización de la relación terapéutica  
\* lugar de experiencia emocional  
\* colaboración  
\* relación prescriptiva
  - 10.- Actuación preferente sobre \* el sujeto  
\* el contexto
  - 11.- Definición del encuadre (rígido, flexible, fijo, variable...)
- 

**CUADRO 7: CARACTERIZACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA: CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO** (Fernández Liria, Hernández Monsalve, Benito Cano, Mas Hesse y Rodríguez Vega 1997)

## CUADRO 8: CONTRATO EN PSICOTERAPIA

---

### 1.- FOCO

Devolución

**hipótesis** del terapeuta (razonada)

estimación **pronóstica**

justificación de una **propuesta de tratamiento**

Acuerdo de una versión conjunta (terapeuta/paciente) del problema

### 2.- ENCUADRE

. individual/pareja/familiar/grupo

. lugar/posición

. frecuencia/duración de las visitas

. manejo de incidencias

-retrasos

-citas perdidas/canceladas

-prolongación derivación

-urgencias/citas extra

.ilimitado (¿hasta cuando?, ¿hasta conseguir que?), por tiempo predeterminado (nº de sesiones determinado, nº de horas determinado)

.normas del paciente (asociación, tareas para casa...)

.normas del terapeuta (directividad, respuesta a preguntas, consejos...)

### 3.- OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

---

**CUADRO 9: Esquema de los modelos de definición de pautas disfuncionales revisados en este texto**

---

**4.1.1 Propuestas específicas**

- . En clave **psicodinámica**
  - Malan/Davanloo y los 2 triángulos
  - Luborsky
  - Strupp y Binder
  - Bellak y Small
- . En clave **cognitiva**
  - Beck
  - Ellis
  - Michelbaum
- . En clave **conductual**
  - Skinner
  - Wolpe
  - Bandura
- . En clave **existencial**
  - Yalom
- . En clave **sistémica**
  - Waltzlawick
  - Selvini

**4.1.2 Propuestas eclécticas**

- Lazarus
- Beutler

**. 4.1.3 Propuestas de integración**

- con foco prefijado
    - Klerman
    - Budman y Gurman
  - con foco a construir
    - Wachtel
    - Horowitz
    - Ryle
-



**CUADRO 10: Mapa de las funciones del Yo propuesto por Bellak y Siegel (1983)**

| Función del yo   | Componentes  |
|--|--|
| 1. Prueba de calidad   | Distinción entre estímulo interno y externo<br>Exactitud de percepción<br>Conciencia reflexiva y prueba de realidad interna  |
| 2. Juicio  | Anticipación de consecuencias<br>Manifestación de esta anticipación en la conducta<br>Propiedad emocional de esta anticipación.  |
| 3. Sentido de realidad y de la propia identidad.                         | Grado de desrealización<br>Grado de despersonalización<br>Autoidentidad y autoestima<br>Claridad de límites entre la propia identidad y el mundo   |
| 4. Regulación y control de las tendencias, afectos e impulsos.           | Dirección de la expresión del impulso<br>Afectividad de los mecanismos de defensa  |
| 5. Relaciones objetales  | Grados y clase de relación<br>Primitivas (narcisistas, anaclínicas o elecciones de objeto simbióticas).<br>Grado en el cual otros son percibidos independientemente de uno.<br>Constancia objetal  |
| 6. Proceso del pensamiento   | Memoria, concentración y atención<br>Habilidad para conceptualizar<br>Proceso primario-secundario  |
| 7. Regresión adaptativa al servicio del yo.                              | Regresión moderada de la agudeza cognoscitiva<br>Configuraciones nuevas  |
| 8. Funcionamiento defensivo.   | Debilidad o intrusión de las defensas<br>Exito y fracaso de las defensas   |
| 9. Barrera a los estímulos   | Umbral del estímulo<br>Efect. del manejo para estímulos de entrada excesivos   |
| 10. Grado de libertad del deterioro de los aparatos autónomos primarios. | Grado de libertad del deterioro de los aparatos autónomos primarios.<br>Grado de liber. del deterioro de la autonomía secundaria.  |
| 11. Funcionamiento sintético-integrativo.                                | Grado de ajuste de las incongruencias<br>Grado de relación con los eventos   |
| 12. Competencia-supremacía.  | Competencia (qué tan bien se desempeña el sujeto en la actualidad en relación a su capacidad existente de interactuar con un superior activo e influir su ambiente)<br>El papel subjetivo (el sentimiento de compet. del sujeto respecto a un superior activo y afectando su ambiente).<br>Grado de discrep. entre los otros dos componentes (es decir, entre la competencia actual y el sentido de ésta). |

**CUADRO 11: PROPUESTA PARA LA CARACTERIZACIÓN DE DIVERSOS TRASTORNOS POR BELLAK Y SIEGEL (1983)**

---

**DIEZ FACTORES ESPECIFICOS EN LA PSICOTERAPIA DE LA DEPRESION**

1. Problemas en la regulación de la autoestima
2. Supery o severo
3. (Intra)agresión
4. Pérdida
5. Desilusión
6. Decepción
7. Hambre de estímulos (oralidad)
8. Dependencia de nutrientes narcisistas externos
9. Negación
10. Perturbaciones en las relaciones objetales: la unidad diádica y condiciones teóricas de sistemas.

**DIEZ FACTORES ESPECIFICOS EN EL MANEJO TERAPEUTICO DE PACIENTES SUICIDAS**

1. Situaciones o factores precipitantes (depresión pánico)
2. Contenido, especificidad y primitividad de los planes y fantasías.
3. Intentos (o planes) previos y circunstancias que los rodean
4. Antecedentes familiares de suicidios, depresión o ambos
5. Si es agudamente suicida, abandone la neutralidad terapéutica
6. Trabaje con la visión en túnel
7. Trato para un aplazamiento y uso de otras variables involucradas en el "acting out".
8. Trabaje con factores pertenecientes a la depresión o pánico
9. Consiga personas significativas para el paciente dentro de la situación: recursos comunitarios.
10. Fármacos, hospitalización

**DIEZ FACTORES ESPECIFICOS EN EL MANEJO TERAPEUTICO DEL PANICO**

1. Establezca la causa inconsciente del pánico endógeno
  2. Continuidad entre el pánico inmediato, factores precipitantes y antecedentes.
  3. Explicación intelectual como parte del establecimiento de la continuidad.
  4. Pánico exógeno: significado inconsciente del suceso externo
  5. Relacione el pánico exógeno con los factores endógenos, haciéndolo egodistónico.
  6. El pánico endógeno como parte de una psicosis incipiente
  7. Esté completamente disponible para el paciente
  8. Proporcione una estructura
  9. Interprete la negación
  10. Utilice catarsis o catarsis mediata
-

**CUADRO 12: TIPO DE INTERVENCIÓN SEGÚN LA MODALIDAD DE FUNCIONAMIENTO DE LAZARUS (Lazarus 1992)**

| <b>Modalidad</b>                       | <b>Problema</b>  | <b>Intervención</b>   |
|--|--|---|
| <b>B</b> Conducta<br>(Behaviour)       | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Indecisión</li> <li>* Tendencia a lloriquear o retirarse ante la frustración</li> <li>* Volatilidad y explosividad</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Control de contingencia</li> <li>* Modelado y juego de roles de asertividad</li> <li>* Relajación y adiestramiento en comunicación</li> </ul>                            |
| <b>A</b> Afecto                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Ansiedad</li> <li>* Depresión</li> <li>* Celos</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Relajación, inoculación del estrés</li> <li>* Desempeño imaginario; incremento de actividades reforzadoras</li> <li>* Inundación y reestructuración cognitiva</li> </ul> |
| <b>S</b> Sensación                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Tensión (en mandíbula y nuca)</li> <li>* Dolor lumbar</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Entrenamiento en relajación</li> <li>* Ejercicios ortopédicos</li> </ul>   |
| <b>I</b> Imaginación                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Imágenes de soledad o fracaso</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Diseño de varias respuestas de desempeño</li> </ul>  |
| <b>C</b> Cognición                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Perfeccionismo, pensamiento negativo, pensamiento dicotómico, autoinculpación</li> </ul>                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Reestructuración cognitiva</li> </ul>  |
| <b>I</b> Interpersonal                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Pasivo-agresivo, no asertivo, con pocos amigos</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>* habilidades sociales y asertividad</li> </ul>  |
| <b>D</b> Farmacos<br>(Drogas)/biología | <ul style="list-style-type: none"> <li>* poco ejercicio, sobrepeso</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Programa de vida sana</li> </ul>   |

**CUADRO 13: Factores terapéuticos** (Fernández Liria, Hernández Monsalve, Rodríguez Vega, Benito Cano y Mas Hesse 1997)

---

- 1.- Aprendizaje de nuevas conductas o estrategias de afrontamiento (habilidades sociales, relajación...)
  - 2.- Modificación o corrección de cogniciones acerca del mundo o uno mismo o de mecanismos cognitivos
  - 3.- Reconocimiento o experiencia de emociones
  - 4.- Establecimiento de nexos entre emociones, experiencias internas y circunstancias externas
  - 5.- Experiencia emocional correctora en la relación con el terapeuta (incluye la aceptación empática)
  - 6.- Aprendizaje interpersonal
  - 7.- Sugestión
  - 8.- Modificación del entorno significativo del paciente (incluye reglas, estructuras, pautas disfuncionales...)
-

**CUADRO 14: Dimensiones y cambios transformativos en las narrativas. (Sluzki 1992)**

| TRANSFORMACIONES     |   |
|----------------------|---|
| Dimensiones          | Cambios   |
| En el tiempo         | estático/fluctuante<br>nombres/verbos<br>ahistórico/histórico                       |
| En el espacio        | no-contextual/contextual  |
| En la causalidad     | causa/efecto  |
| En las interacciones | intra/interpersonales<br>intenciones/efectos<br>síntomas/conflictos<br>roles/reglas |
| En los valores       | buena/mala intención<br>sano/enfermo<br>legítimo/ilegítimo                          |
| En el contar         | pasivo/activo<br>interpretaciones/descripciones<br>incompetencia/competencia        |

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Goldberg D, Huxley P. Common mental disorders. A bio-social model. London: Routledge 1992.
- 2.- Fernández Liria A, Hernández Monsalve M, Rodríguez Vega, Benito Cano T y Mas Hesse J. Teoría y práctica de la psicoterapia en la atención pública a la salud mental; resultados de un grupo de consenso. (En esta misma publicación)
- 3.- Mahoney MJ. The modern psychotherapy and the future of psychotherapy. En Bongar B, Beutler LE (eds). Comprehensive textbook of psychotherapy. New York: Oxford University Press 1995, 474-488.
- 4.- Zeig JK, Munion WM. What is psychotherapy? Contemporary perspectives. San Francisco: Jossey-Bass, 1990
- 5.- Schneider PB. Propédeutique d'une psychotherapie. Paris: Payot 1976 (Trad cast: Propedéutica de una psicoterapia. Valencia: Nau Llibres 1979)
- 6.- Lindhardt A. La psicoterapia en la formación en psiquiatría. Informe de la Unión Europea de Médicos Especialistas. sección de Psiquiatría. Octubre de 1994. Mimeografiado.
- 7.- Tizón JL. Una propuesta de conceptualización de las técnicas de psicoterapia. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría 1992; 12: 283-294.
- 8.- Eysenck HJ. The effects of psychotherapy: An evaluation. Journal of Consulting Psychology 1952: 16: 319-324.
- 9.- Lambert MJ, Bergin AE. The effectiveness of psychotherapy. En Bergin AE, Garfield SL. Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Wiley, 1994
- 10.- Fernández Liria A. Investigación en psicoterapia (I): el pájaro Dodo en el umbral del siglo XXI. Psiquiatría Pública 1993; 5: 354-362.
- 11.- Fernández Liria A. Investigación en psicoterapia (II): especificidad e integración. Psiquiatría Pública 1994; 6: 3-14.
- 12.- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive treatment of depression: a treatment manual. New York: Guilford. 1979. (Trad cast: Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclée de Bouver, 1983)
- 13.- Klerman GL, Rousanville B, Chevron E, Neu C, Weissman MM. Interpersonal psychotherapy of depression (IPT). New York. Basic Books. 1984.
- 14.- Luborsky L, Singer B, Luborsky L. Comparative studies of psychotherapy. Is it true that "everyone has won and all must have prizes"? Archives of General Psychiatry 1975; 32: 995-1007.

- 15.- Lázaro Carreter F, Correa Calderón E. *Cómo se comenta un texto literario*, 28ª edición. Madrid: Cátedra, 1990
- 16.- Barthes R. S/Z. Paris: du Seuil 1970 (trad cast S/Z. Madrid: Siglo XXI, 1980)
- 17.- Foucault M. *Naissance de la clinique*. Paris: Press Universitaires de France 1963 (trad cast: *El nacimiento de la clínica*, 3ª edición. Mexico: Siglo XXI 1977)
- 18.- Anderson H, Goolishian HA. Human Systems as linguistic systems: preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process* 1988; 27: 371-391
- 19.- Sluzki CE. Transformations: A bluepoint for narrative changes in therapy. *Family Process* 1992; 217-223 (trad cast. *Transformaciones: una propuesta para cambios narrativos en psicoterapia*. *Revista de psicoterapia* 1995, 22-23: 53-70.
- 20.- Villegas M. La construcción narrativa de la experiencia en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia* 1995; 22-23: 5-20.
- 21.- Lazarus AA, Fay A. Psicoterapia breve ¿Tautología u oxímoron? En Zeig JK y Gilligan SG (eds) *Terapia breve: mitos, métodos y metáforas*. Buenos Aires: Amorrortu 1994. 63-81.
- 22.- Zeig JK and Gilligan SG. *Terapia Breve. Mitos métodos y metáforas*. En Zeig JK y Gilligan SG (eds) *Terapia breve: mitos, métodos y metáforas*. Buenos Aires: Amorrortu 1994. 15-21
- 23.- Sledge WH, Moras K, Hartley D, Levine MA. Effects of time.limited psychotherapy on patient drop-out rates. *Am J Psychiatry* 1990,147,10:1342-7.
- 24.- Malan DH. *Individual psychotherapy and the science of psychotherapy*. London: Butterworths. 1979 (trad cast; *Psicoterapia individual y la ciencia de la psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós 1983)
- 25.- Ryle A. The practice of CAT. En Ryle A (ed) *Cognitive analytic therapy; developments in theory and practice*. Chichester: Wiley 1995
- 26.- Butler G, Low J. Short-term Psychotherapy, en *The Handbook of Psychotherapy*, Clarkson P and Pokorny M, Routledge, NY, 1994, 208-225.
- 27.- Haley J. ¿Por qué no hacemos terapia prolongada?, en Zeig JK y Gilligan SG (eds) *Terapia breve: mitos, métodos y metáforas*. Buenos Aires: Amorrortu, 1994; 27-44
- 28.- Dobson 1989. A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1989; 6: 165-170
- 29.- Nietzel MT, Russell RL, Hemmings KA, Gretter ML. Clinical significance of psychotherapy for unipolar depression: a meta-analytic approach to social comparison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1987; 156-161.

- 30.- Quality Assurance Project. A treatment outline for depressive disorders. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 1983; 17: 129-146
- 31.- Robinson LA, Berman JS, Neimeyer RA. Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. Psychological Bulletin 1990; 100: 30-49
- 32.- Steinbrueck SM, Maxwell SE, Howard GS. A meta-analysis of psychotherapy and drug therapy in the treatment of unipolar depression with adults. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1983; 51: 856- 863.
- 33.- Allen, M., Hunter, J.E., Donhue, W.A.. Meta-analysis of self-report data on the affectiveness of public speaking anxiety treatment techniques. Communication Education, 1989; 38, 54-76.
- 34.- Christensen H, Hadzi-Pavlovic D, Andrews G, Mattick R. Behavior therapy and tricyclic medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A quantitative review. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1987; 55, 701-711.
- 35.- Clum GA. Psychological interventions vs. drugs in the treatment of panic. Behavior Therapy 1989; 20: 429-457.
- 36.- Hyman RB, Felman, RB, Feldman HR, Harris RB, Levin RF, Malloy GB. The effects of relaxation training on clinical symptoms: A meta-analysis. Nursing Research, 1989; 38: 216-220.
- 37.- Jorm AF. Modifiability of trait anxiety and neuroticism: A meta-analysis of the literature. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 1989; 23: 21-29.
- 38.- Mattick RP, Andrews G, Hadzi-Pavlovic, D, Christensen H. Treatment of panic and agoraphobia. The Journal of Nervous and Mental disease, 1990; 178: 567-573.
- 39.- Quality Assurance Project. A treatment outline for agoraphobia. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 1982; 16: 25-33.
- 40.- Quality Assurance Project. Treatment outlines for the management of anxiety states. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 1985; 19: 138-151.
- 41.- Quality Assurance Project. Treatment outlines for the management of obsessive-compulsive disorders. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 1985; 19, 240-253.
- 42.- Trull TJ, Nietzel MT, Main A. The use of meta-analysis to assess the clinical significance of behavior therapy for agoraphobia. Behavior Therapy 1988; 19, 527-538.
- 43.- Andrews G, Harvey R. Does psychotherapy benefit neurotic patients: A re-analysis of the Smith, Glass, Miller data. Archives of General Psychiatry 1981; 38: 1203-1208.
- 44.- Andrews G, Guitar B, Howie P. Meta-analysis of the effects of stuttering treatment. Journal



of Speech and Hearing Disorders 1980; 45, 287-307.

45.- Asay TP, Lambert MJ, Christensen ER, Beutler LE. A meta-analysis of mental health treatment outcome. Unpublished manuscript, Brigham Young University, Department of Psychology. 1984. (citado en Lambert y Bergin 1994)

46.- Balestrieri N, Williams P, Wilkinson G. Specialmental Health treatment in general practice: A meta-analysis. *Psychological Medicine* 1988; 18, 717.

47.- Barker S., Funk, SC, Houston BK. Psychological treatment versus nonspecific factors: A meta-analysis of conditions that engender comparable expectations for improvement. *Clinical Psychology Review*, 1988; 8, 579-594.

48.-Benton MK, Schroeder HE. Social skills training with schizophrenics: A meta-analytic evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1990; 58, 741-747.

49.- Blanchard, E.B., Andrasik, F., Ahles, T.A., Teders, S.J.; O'Keefe, D. (1980). Migraine and tension headache: A meta-analytic review. *Behavior Therapy*, 11, 613-631.

50.- Bowers T, Clum G. Relative contributions of specific and nonspecific treatment affects: Meta-analysis of placebo-controlled behavior therapy research. *Psychological Bulletin* 1988; 103: 315-323.

51.- Crits-Christoph P. The efficacy of brief dinamic psychotherapy: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 151-158

52.- Dush DM, Hirt ML, Shroeder HE. Self statement modification with adults: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1983; 94, 408-442.

53.- Giblin P, Sprenkle DH, Sheehan R. Enrichment outcome research:A meta-analysis of premarital, marital and family interventions, *Journal of Marital and Family Therapy* 1985; 11, 257-271.

54.- Hahlweg K, Markman HJ. Effectiveness of behavioral marital therapy: Empirical status of behavioral techniques in preventing and alleviating marital distress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1988; 56, 440-447.

55.- Hazelrigg. M.D., Cooper, H.M., Borduin, C.M. (1987). Evaluating the effectiveness of family therapies: An integrative review and analysis. *Psychology Bulletin*, 101, 428-442.

56.- Hill KA. Meta-analysis of paradoxical interventions, *Psychotherapy* 1987; 24: 266-270.

57.- Holroyd KA. Pharmacological versus non-pharmacological prophylaxis of recurrent migraine headache: A meta-analytic review of clinical trials, *Pain* 1990; 42: 1-13.

58.- Laessle RG, Zoetle C, Pirke KM. Meta-analysis of treatment studies for bulimia. *International Journal of Eating Disorders* 1987; 6: 647-653.

- 59.- Landman, J.T., Dawes, R.M. Smith and Glass conclusions stand up under scrutiny. *American Psychologist*, 1982; 37, 504-516.
- 60.- Lyons LC, Woods PJ. The efficacy of rational-emotive therapy: A quantitative review of the outcome research. *Clinical Psychology Review* 1991; 11, 357-369.
- 61.- Markus E, Lange A, Pettigrew TF. Effectiveness of family therapy: A meta-analysis. *Journal of Family Therapy* 1990; 12: 205-221.
- 62.- Miller RC, Berman JS. The efficacy of cognition behavior therapies: A quantitative review of the research evidence. *Psychological Bulletin*, 1983; 94, 39-53.
- 63.- Nicholson RA, Berman JS. Is follow-up necessary in evaluating psychotherapy? *Psychological Bulletin* 1983; 93, 261-278.
- 64.- Prout, H.T., De Martino, R.A. (1986). A meta-analysis of school-based studies of psychotherapy. *Journal of School Psychology*, 24: 285-292.
- 65.- Quality Assurance Project. Treatment outlines for the management of schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1984; 18: 19-38
- 66.- Shapiro DA, Shapiro D. Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 1982; 92: 581-604.
- 67.- Shoham-Salomon V, Rosenthal T. Paradoxical interventions: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1987; 55, 22-28.
- 68.- Smit ML, Glass GV, Miller TI. *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press. 1980
- 69.- Svarberg M, Stiles TC. Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1991; 59, 704-714.
- 70.- Wampler KS. Bringing the review of literature into the age of quantification: Meta-analysis as a strategy for integrating research findings in family studies. *Journal of Marriage and the Family* 1982 44, 1009-1023.
- 71.- Weisz JR, Weiss B, Alicke MD, Klotz ML. Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: A meta-analysis for clinicians. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1987; 55, 542-549.
- 72.- Balint E, Norell R (comp). *Six minutes for the patient; interactions in general practice consultation*. London: Tavistock Publications, 1973 (Trad cast: *Seis minutos para el paciente*. Buenos Aires: PAIDOS. 1979)
- 73.- Balint M, Balint E. *Psychotherapeutic techniques in medicine*. London: Tavistock

Publication, 1961 (Trad cast: Técnicas psicoterapéuticas en medicina. México: Siglo XXI, 1961)

74.- Balint M, Ornstein PH, Balint E. Focal Psychotherapy. London: Tavistock, 1972 (Trad cast: Psicoterapia focal. Buenos Aires: GEDISA, 1985)

75.- Castelnuovo-Tedesco P. The twenty-minute hour. A guide to brief psychotherapy for the physician. Washington: American Psychiatric Press, 1965.

76.- Bellak L, Small L. Emergency psychotherapy and brief psychotherapy. New York: Grune & Stratton, 1965 (trad cast: Psicoterapia breve y de emergencia. México: Pax-México, 1970)

77.- Bellak L, Siegel H. Handbook of intensive, brief and emergency psychotherapy (B.E.P.) New York: CPS Inc, 1983 (Trad cast: Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. México: Manual Moderno, 1986)

78.- Davanloo H (ed). Short-term dynamic psychotherapy. New York: Jason Aaronson, 1980.

79.- Davanloo H: Unlocking the unconscious. John Willey & Sons. Chichester. 1990. (Trad cast: Psicoterapia breve. Madrid: DOR,S.L. 1992)

80.- Horowitz MJ: Stress response syndromes. New York: Jason Aaronson, 1976.

81.- Horowitz MJ: Introduction to psychodynamics, a new synthesis. London: Routledge, 1988.

82.- Horowitz MJ, Marmor C, Krupnick J et al: Personality styles and brief psychotherapy. New York: Basic Books, 1984.

83.- Luborsky L. Principles of psychoanalytic psychotherapy; a manual for supportive-expressive treatment. New York: Basic Books, 1984

84.- Mann J, Goldman R: A casebook in time-limited psychotherapy. Washington: American Psychiatric Press. 1982.

85.- Mann J: Time-limited psychotherapy. Mass: Harvard University Press, 1973.

86.- Sifneos PE: Short-Term anxiety-provoking psychotherapy. New York: Plenum, 1987

87.- Sifneos PE: Short-Term anxiety-provoking psychotherapy. A treatment manual New York: Basic Books 1992 (trad cast: Psicoterapia breve con provocación de angustia; manual de tratamiento. Buenos Aires: Amorrortu.

88.- Strupp HH, Binder JL. Psychotherapy in a new key. New York: Basic Books 1989 (Trad cast: Una nueva perspectiva en psicoterapia. Bilbao: Desclée de Brouwer 1993)

89.- Binder JL, Strupp HH. The Vanderbilt approach to time limited psychotherapy. En Crits-Christoph P, Barber JP. Handbook of short- term dynamic psychotherapy. New York: Basis Books 1991; 137-165

- 90.- Luborsky L, Crits-Christoph P. Measures of psychoanalytic concepts; last decade of research from "The Penn Studies". *Int J Psycho-anal*, 1988; 69: 75-86
- 91.- Luborsky L, Crits-Christoph P, Mintz J, Auerbach A. Who will benefit from psychotherapy. New York: Basic Books, 1988.
- 92.- Luborsky L, Mark D. Short-Term Supportive-Expressive Psychoanalytical Psychotherapy. En Crits Christoph P, Barber JP. *Handbook of short-term dynamic psychotherapy*. New York: Basic Books 1991, 110-136
- 93.- Fried D, Crits Christoph P, Luborsky L. The first empirical demonstration of transference in psychotherapy. *J Nerv Ment Dis* 1992; 180: 326-331.
- 94.- Demos VC, Prout MF. A comparison of seven approaches to brief psychotherapy. *International Journal of Short-Term Psychotherapy* 1993; 8: 3-22.
- 95.- Crits- Christoph P, Barber JP. *Handbook of short- term dynamic psychotherapy*. New York: Basic Books 1991
- 96.- MacKenzie KR. Recent developments in brief psychotherapy. *Hospital and Community Psychiatry* 1988; 39: 742-752.
- 97.- Ursano RJ, Hales RE. A review of brief individual psychotherapies. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 1507-1517.
- 98.- Budman SH, Stone J. Advances in brief psychotherapy. A review of recent literature. *Hosp Community Psychiatry* 1983; 34: 939-946.
- 99.- Howard KI, Kopta SM, Krause MS, Orlinsky DE. The dose-effect relationship in psychotherapy. *Am Psychol* 1986; 41: 159-164.
- 100.- Crits-Christoph P. Long-term effects of behavioral treatment of chronic headache. *Behavior Therapy* 1992; 18: 375-385.
- 101.- Koss MP, Butcher JN. Research on brief psychotherapy. En: Gardfield SL, Bergin AE, eds. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley. 1986; 627-670.
- 102.- Hoglend P, Sorlie T, Sorbye O, Heyerdahl O, Amio S. Long-term changes after brief dynamic psychotherapy: Symptomathic versus dynamic assessments. *Acta Psychiatr Scand*, 1992; 86: 165-172.
- 103.- Sperry L, Gudeman JE, Blackwell B, Faulkner LR. *Psychiatric case formulations*. Washington: American Psychiatric Press, 1992.
- 104.- Emmelkamp PMG. Behavior therapy with adults. en Garfield SL, Bergin AE: *Handbook of psychotherapy and behavioral change IIIrd edition*. New York: John Wiley & Sons. 1986.

- 105.- Emmelkamp PMG. Behavior therapy with adults. en Garfield SL, Bergin AE: Handbook of psychotherapy and behavioral change IVth edition. New York: John Wiley & Sons. 1994.
- 106.- Hollon SD, Beck AT. Cognitive and cognitive-behavioral therapies. en Gardfield SL, Bergin AE. Handbook of Psychotherapy and behavior change IIIrd Edition. New York: John Wiley. 443-481.
- 107.- Ellis A. The essence of rational psychotherapy: A cohomprensive approach to treatment. New York: Institute for rational living. 1970.
- 108.- Goldfried MR, DeCanteceo ET, Weinberg L. Systemathic rational reestructuring as a self control technique. Behavior Therapy 1974; 5: 247-154.
- 109.- Meichenbaum D. Cognitive-behavior modification. New York: Plenum, 1977.
- 110.- Coyne JC. A critique of cognitions as causal entities with particular reference to depression. Cognitive Technique and Research 1982; 6: 3-13
- 111.- Coyne JC, Gotlib I. The role of cognition in depression. A critical appraisal. Psychological Bulletin 1983; 94: 472-505.
- 112.- Eaves G, Rush AJ. Cognitive patterns in symptomatic and remitted unipolar depression. Journal of abnormal Psychology 1984; 96: 31-40
- 113.- Firth J, Brevin CR. Attributions and recovery from depression: A preliminary study using cross-lagged correlation analysis. British Journal of Clinical Psychology 1982; 21: 229-230.
- 114.- Gotlib IH, Cane DB. Construct accesibility and clinical depression: A longitudinal investigation. Journal of Abnormal Psychology 1987; 96: 34-40.
- 115.- Persons JB, Rao PA. Longitudinal study of cognitions, life events, and depression in psychiatric inpatients. Journal of Abnormal Psychology 1985; 94: 51-63.
- 116.- Riskind J, Rholes W. Cognitive accesibility and the capacity of cognitios to predict future depression: A theoretical note. Cognitive Therapy and research 1984; 8: 1-12.
- 117.- Silverman JS, Silverman JA, Eardley DA. Do maladaptative attituudes cause depression? Arch Gen Psychiatry 1984; 41: 28-30.
- 118.- Simons AD, Gardfield SL, Murphy GE. The process of change in cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. Arch Gen Psychiatry 1984; 41: 45-51.
- 119.- Haaga DA, Beck AT. Perspectiva constructivista del realismo depresivo: implicaciones para la teoría y terapia cognitivas. Revista de Psicoterapia 1993; 13: 29-40
- 120.- Barsky AJ, Geringer E, Wool CA. A cognitive-educational training for hypochondriasis. Gen Hosp Psychiatry 1988; 10: 322-327.

- 121.- Warwick HMC, SalKovskis PM. Hypochondriasis. Behavior research and therapy 1990; 28: 105-117.
- 122.- Hollon SD, Beck AT. Cognitive and cognitive behavioral therapies. En Bergin AE, Garfiel SL. Handbook of psychotherapy and behavior change, IVth Edition. New York: Wyley 1994; 428-466.
- 123.- Linehan MM, , Tuteck DA, Heard HL Armstrong HE. Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal patients. Am J Psychiatry 1994; 151: 1771-1776.
- 124.- Green MF. Cognitive remediation in schizophrenia: is it time yet?. Am J Psychiatry 1993; 150: 178-187.
- 125.- Wolfe BE. Introduction to the Special Issue: Cognitive Science and Psychotherapy. Journal of Psychotherapy integration 1994; 4: 285-290
- 126.- Westen D. Implications of cognitive science for psychotherapy: promises and limitations. Journal of Psychotherapy integration 1994; 4: 387-400
- 127.- Coyne JC. Possible contribution of "cognitive science" to the integration of psychotherapy. Journal of Psychotherapy integration 1994; 4: 401-416
- 128.- Mahoney MJ. Cognitive psychology and contemporary psychotherapy: the self as a organizing theme. Journal of Psychotherapy Integration 1994; 4: 417-424
- 129.- Sechrest L, Smith B. Psychotherapy is the practice of psychology. Journal of Psychotherapy Integration 1994; 4: 1-30.
- 130.- Stricker G. Psychotherapy, Psychology and Science. Journal of Psychotherapy Integration 1994; 4: 31-38
- 131.- Davison GC. Issues in psychotherapy as the practice of psychology. Journal of Psychotherapy Integration 1994; 4: 39-46
- 132.- Elliot R. Alternative prescriptions for integrating psychotherapy with psychology. Journal of Psychotherapy Integration 1994; 4: 47-54
- 133.- Ruesch J, Bateson G. Communication: the social matrix of psychiatry. New York: Norton, 1951 (Comunicación: la matriz social de la psiquiatría. Buenos Aires: Paidos 1965)
- 134.- Slovic, LS, Griffith JL. The current face of family therapy, en Rutan JS. Psychotherapy for the 1990s, New York: Guildford Press, 1992
- 135.- Hoffman L. Constructing realities: An ars of lenses. Fam Process 1990; 29: 2-12.
- 136.- Haley J, Hofmann L. Techniques of family therapy. New York. Basic Books. 1968.

- 137.- Minuchin S. Families & family therapy. Harward: The President and Fellows, 1974 (Trad cast: Familias y terapia familiar. Gedisa)
- 138.- Selvini M, Boscolo L, Cecchin G, Pratta G. Paradosso e contrapadosso. Milano: Feltrinelli. 1974 (trad cast: Paradoja y contrapadoja. Barcelona: Paidos 1988)
- 139.- Bateson G, Jackson DD, Haley J, Weakland JH. Toward a theory of schizophrenia. Behavioral Science 1956; 1: 251-264. (trad cast: Hacia una teoría de la esquizofrenia. En Bateson G, Ferreira AJ, Jackson DD, Lidz T, Weakland J, Wynne LC, Zuk G. Interacción familiar. Buenos Aires: Tiempo contemporáneo, 1971, 19-56)
- 140.- Elkin I. The NIMH treatment of depression collaborative research program: where we began and where we are. En Bergin AE, Garfield SL. Handbook of psychotherapy and behavior change (IV edition). New York: Wiley 1994.
- 141.- Frank E, Kupfer DI, Perel JM. Early recurrence in unipolar depression. Arch Gen Psychiatry. 1989; 46: 771--775.
- 142.- Frank E, Kupfer DJ, Wagner EF, McEachran AB, Cornes C. Efficacy of interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment of recurrent depression. Contributing factors. Arch Gen Psychiatry 1991; 48: 1053-1059.
- 143.- Frank E, Kupfer DI, Perel JM, Cornes CL, Jarrett DJ, Mallinger A, Thase ME, McEachran AB, Grochoncinsky VJ. Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. Arch Gen Psychiatry. 1990; 47: 1093-1099.
- 144.- Klerman GL, Weisman MM (eds). New applications of interpersonal psychotherapy. Washington, American Psychiatric Press, 1993.
- 145.- Fernández Liria A, Rodríguez Vega B, Dieguez Porres M, Morales Hevia N y González Suárez N. La terapia interpersonal de la depresión y las psicoterapias en el fin del milenio. En prensa
- 146.- Beitman BD, Klerman GL (Eds). Integrating pharmacotherapy and psychotherapy. Washington: American Psychiatric Press 1991
- 147.- Dieguez Porres M, Morales Hevia N, González Suarez N. Terapia interpersonal de la depresión: un modelo de psicoterapia para el sector público. En este mismo volumen
- 148.- London P. Metamorphosis in psychotherapy: slouching toward integration. Journal of integrative and eclectic psychotherapy 1988; 7: 3-12.
- 149.- Kelly EL. Clinical psychology 1960; report of survey findings. Newsletter .Division of clinical psychology. 1961; Winter 1-11.
- 150.- Garfield SL, Kurtz R. Clinical psychologist in the 1970's. American Psychologist 1976; 31:

1-9.

151.- Garfield SL, Kurtz R. A study of the eclectic views. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1977; 445: 78-83.

152.- Norcross JC, Prochaska JO, Gallagher KM Clinical Psychologist in the 1980s: I. Demographics, affiliations and satisfactions. *Clinical Psychologist* 1989; 42: 138-147

153.- Beitman DB, Goldfried MR, Norcross JC. The movement toward integrating the psychotherapies: an overview. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 138-146.

154.- Norcross JC, Arkowitz H. the evolution and current status of psychotherapy integration. In Dryden W. *Integrative and eclectic therapy. A handbook.* Buckingham: Plenum, 1992.

155.- Beitman BD. *The structure of individual psychotherapy.* New York: Guilford Press, 1987.

156.- Beutler LE. *Eclectic psychotherapy: A systematic approach.* New York: Pergamon 1983.

157.- Garfield SL. *The practice of brief psychotherapy.* New York. Pergamon Press, 1989.

158.- Bergin AE, Garfield SL. *Handbook of psychotherapy and behavior change.* New York: Wiley 1994.

159.- Goldfried MR (ed). *Converging themes in the practice of psychotherapy.* New York: Springer. 1982.

160.- Lazarus AA. *The practice of multimodal therapy: systematic, comprehensive and effective psychotherapy.* New York: Mc-Graw Hill, 1981

161.- Malugani M. *Le psicoterapie brevi.* Roma: Città Nuova. 1987 (Trad cast: *Las psicoterapias breves.* Madrid: Herder, 1990)

162.- Marmor J, Woods SM. *The interface between the psychodynamic and behavioral therapies.* New York: Plenum 1980.

163.- Norcross JC (ed). *Handbook of eclectic psychotherapy.* New York: Bruner/Mazel, 1986.

164.- Norcross JC y Goldfried MR. *Handbook of psychotherapy integration.* New York: Basic Books, 1992.

165.- Prochaska JO. *Systems of psychotherapy: a transtheoretical analysis.* Homewood, Ill: Dorsey, 1984.

166.- Prochaska JO, Di Clemente CC. *The transtheoretical approach: crossing the traditional boundaries of therapy.* Homewood: Dow Jones-Irwin 1984.

167.- Karasu TB. *Wisdom in the practice of psychotherapy.* New York: Basic Books 1992.



- 168.- Wachtel PL. Therapeutic Communication; principles and effective practice. New York: Guilford 1993
- 169.- Budman SH, Gurman AS. Theory and practice of brief therapy. New York: Guildford, 1988
- 170.- Birk L, Brinkey-Birk A. Psychoanalysis and behavior therapy. Am J Psychiatry 1974; 131: 499-510.
- 171.- Marmor J. Dinamic psychotherapy and behavior therapy. Are they irreconciliable? Archives of General Psychiatry 1971; 24: 22-28.
- 172.- Marmor J. The future of psychodynamic therapy. Am J Psychiatry 1973; 130: 1197-1202.
- 173.- Wachtel PL Psychoanalysis and behaviour therapy; towards an integration. New York: Basic Books, 1977
- 174.- Lazarus AA. Different types of eclecticism and integration: let's be aware of the dangers. Journal of Psychotherapy integration 1995; 5: 27-39
- 175.- Lazarus AA. The practice of multimodal therapy. Baltimore: Johns Hospkins University Press 1989
- 176.- Beutler LE, Clarkin JF. Systematic treatment selection: toward targeted therapeutic interventions. New York: Brunnel/Mazzel 1990
- 177.- Beutler LE, Consoli AJ. Systematic Eclectic Psychotherapy. En Norcross JC y Goldfried MR. Psychotherapy integration. New York: Basic Books 1992. 264-299.
- 178.- Beutler LE, MohrDC, Grawe K, Engle D, McDonald R. Looking for differential treatment effects: cross-cultural predictors of differential therapeutic efficacy. Journal of Psychotherapy Integration 1991; 1: 121-142.
- 179.- Fiedler FE. The concept of the ideal therapeutic relationship. Journal of consulting Psychology 1950; 14: 239-245.
- 180.- Fiedler FE. Comparisons of therapeutic relationships in psychoanalytic, nondirective, and Alderian therapy. Journal of Consulting Psychology 1950; 14: 436-445
- 181.- Frank JD. Persuasion and Healing. Baltimore: John Hopkins University Press, 1961.
- 182.-Frank JD. Therapeutics factors in psychotherapy. Am J Psychiatry 1971; 25: 350-361.
- 183.- Frank JD. Persuasion and healing (2nd edition). Baltimore: John Hopkins University Press. 1973.
- 184.- Frank JD. Therapeutic components shared by all psychotherapies. In Harvey JH, Parks MM (eds). Psychotherapy research and behavior change (Vol 1): The master lecture series. Whashington: American Psychological Association. 1982: 5-37.(trad cast: Elementos terapéuticos

compartidos por todas las psicoterapias. En Mahoney MJ, Freeman A. *Cognición y psicoterapia*. Barcelona: Paidós 1988)

185.- Prochaska JO. The transtheoretical approach, in Norcross JC (ed). *Handbook of eclectic psychotherapy*. New York: Brunel/Mazel, 1986.

186.- Prochaska JO, Rossi JS, Wilcox NS, Change processes and psychotherapy outcome in integrative case research. *Journal of Psychotherapy Integration* 1991; 1: 103-120.

187.- Prochaska JO, DiClemente CC. The transteoretical approach. En Norcross JC y Goldfried MR. *Psychotherapy integration*. New York: Basic Books 1992. 330-334.

188.- French TM. Interrelations between psychoanalysis and the experimental work of Pavlov. *Am J Psychiatry* 1933; 89: 1165-1203.

189.- Alexander F. The dynamics of psychotherapy in light of learning theory. *Am J Psychiatry* 1963; 120: 440-448.

190.- Dollard J, Miller NE. *Personality and psychotherapy*. New York: McGraw-Hill, 1950 (trad cast: *Personalidad y psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer 1977)

191.- Wachtel PL. Integrative psychodynamic therapy. En Linn SJ, Garske JP (eds): *Contemporary Psychotherapies*. Columbus: Merrill 1985; 287-329. (Trad cast *Psicoterapias contemporaneas*. Bilbao: Desclee de Brouwer 1988 363-416)

192.- Wachtel PL. *Action and insight*. New York: Guilford, 1987

193.- Ryle A. *Cognitive-analytic therapy: active participation in change: a new integration in brief psychotherapy*. Chichester; John Wiley. 1990.

194.- Ryle A (ed) *Cognitive analytic therapy; developments in theory and practice*. Chichester: Wiley 1995

195.- Ryle A, Cowmeadow P. *Cognitive-analytic therapy*. in Dryden W (ed) *Integrative and eclectic therapy: a handbook*. Buckingham: Open University Press, 1992.

196.- Mirapeix C. Una concepción integradora de la psicoterapia: mas allá del dogmatismo de escuela. *Psiquis* 1993; 14: 95-111.

197.- Espina JA, Vazquez V. Protocolo para el diagnóstico y tratamiento de la depresión en atención primaria. *Psiquiatría Pública* 1994; 6: 191-198.

198.- Beitman BD, Hall MJ, Woodward B. Integrating pharmacotherapy and psychotherapy. En Norcross JC, Goldfried MR (Eds). *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books 1992.

199.- Luborsky L, DeRubies RJ. The use of psychotherapy treatment manuals: A small revolution in psychotherapy research stile. *Clinical Psychology Review* 1984; 4: 5-14.

- 200.- Luborsky L, Chandler M, Auerbach AH, Cohen J, Bachrach HM. Factors influencing the outcome of psychotherapy: a review of quantitative research. *Psychological Bulletin*. 1971; 75: 145-185.
- 201.- Ellis A, Abrahams E. Brief psychotherapy in medical and health practice. New York: Springer 1978 (trad cast. Terapia racional emotiva. Mexico: Pax 1980)
- 202.- Skinner BF. Science and human behavior. New York: Macmillan, 1953 (trad cast Ciencia y conducta humana. Barcelona: Fontanella, 1970.
- 203.- Wolpe J. Psychotherapy by reciprocal inhibition. Standford: Standford University Press, 1958 (trad cas: Psicoterapia por inhibición recíproca. Bilbao: Desclee de Brouwer 1975
- 204.- Bandura A. Social learning theory. Englewood Cliffs (New Jersey): Prentice Hall, 1977 (Trad cast: Teoría del aprendizaje social. Madrid: Espasa-Calpe 1982)
- 205.- Watzlawick P, Weakland, JH, Fisch R. Cambio. Ed. Herder, Barcelona, 1982, 21-33.
- 206.- Segal L. Brief therapy: The MRI Approach, en Gurman AS y Kniskern, Handbook of Family Therapy, New York: Brunner-Mazel, 1991, 171-200.
- 207.- Selvini, M. "The anorectic process in the family: a six stage model as a guide for individual therapy". *Fam Proc*, 1988; 27: 129-148.
- 208.- Selvini, M., Boscolo, L., Cechin, G.f., Prata, G. "Hypothesizing, circularity, Neutrality: Three guidelines for the conductor of the session". *Family Process*, 1980, 19, 1.
- 209.- Selvini-Palazzoli, M, Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A.M. Invención de la prescripción invariable. En *Los Juegos Psicóticos en la Familia*, ed. Paidós, 1º ed. española, 1990, 32-51
- 210.- Selvini-Palazzoli, M, Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A.M. Coordinación de las sesiones y proceso terapéutico, En *Los Juegos Psicóticos en la Familia*, ed. Paidós, 1º ed. española, 1990, 213-233
- 211.- Viaro, M. "Session-intersession sequences in the treatment of chronic anorexic-bulimic patients: Following the model of "family games". *Family Process*, 1990; 29 289-296
- 212.- Yalom ID. Existential psychotherapy. New York: Basic Books 1980 (Trad cast. Psicoterapia existencial. Barcelona: Herder 1984)
- 213.- Lazarus AA. Multimodal Therapy: Technical eclecticism with minimal integration. En Norcross JC y Goldfried MR. Psychotherapy integration. New York: Basic Books 1992. 231-263
- 214.- Wachtel PL. Ciclical Psychodynamics and Integrative Psychodynamic Therapy. En Norcross JC y Goldfried MR. Psychotherapy integration. New York: Basic Books 1992. 335-370

- 215.- Garfield SL. Psychotherapy: an eclectic approach. New York: John Wiley & Sons, 1980.
- 216.- Kazdin AE. The evaluation of psychotherapy: research design and methodology. En Garfield SL, Bergin AE. Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Wiley 1986; 23-68
- 217.- Hollon SD, DeRubies RJ, Evans MD. Causal mediation of change in treatment for depression: discriminating between nonspecificity and noncausality. Psychol Bull 1987; 192: 139-149.
- 218.- Fairburn CG. Interpersonal Psychotherapy for bulimia nervosa. En Klerman GL, Weissman MM. New applications of interpersonal psychotherapy. Washington: American Psychiatric Press 1993, 353-378
- 219.-Alexander F, French TM. Psychoanalytic therapy: principles and applications. New York: Ronald Press 1946
- 220.- Yalom ID. The theory and practice of group psychotherapy. 2nd Edition. New York. Basic Books 1975 (Trad cast. teoría y práctica de la psicoterapia de grupo. Mexico: Fondo de Cultura Económica 1986)
- 221.- Raskin NJ. Client-centered therapy. En Linn SJ, Garske JP (eds): Contemporary Psychotherapies. Columbus: Merrill 1985. (Trad cast Psicoterapias contemporaneas. Bilbao: Desclee de Brouwer 1988: 203-246)
- 222.- Vinogradov S, Yalom ID. A conciser guide to group psychotherapy. Washington: American Psychiatric Press, 1989.
- 223.- Yalom ID. The theory and practice of group psychotherapy. 3rd Edition. New York. Basic Books 1985
- 224.- White M, Epston D. Medios narrativos para fines terapéuticos. Barcelona: Paidós, 1993
- 225.- Linares JL. Identidad y narrativa. Barcelona: Paidós, 1996
- 226.- Friedman S. The new language of change. New York: Guilford Press, 1993.
- 227.- Caplan G. Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books 19 (trad cast. Principios de psiquiatría preventiva. Buenos Aires: Paidós. 1964
- 228.- Strupp HH and Howard KI. A brief History of psychotherapy research. in Freedheim DK. History of Psychotherapy. A century of change. American Psychological Association, 309-334, 1992
- 229.- Lambert MJ and Bergin AE. Achievements and limitations of psychotherapy research. in Freedheim DK. History of Psychotherapy. A century of change. American Psychological Association 1992, 360-389
- 229.- Lambert MJ and Bergin AE. Achievements and limitations of psychotherapy research. in Freedheim DK. History of Psychotherapy. A century of change. American Psychological Association 1992, 360-389

Association 1992, 360-389

230.- Nardone G, Watzlawick P. El arte del cambio. Barcelona: Herder, 1995.

231.- Wittezaele JJ, García T. La escuela de Palo Alto. Barcelona: Herder, 1994.

232.- Bennet MJ. Is psychotherapy ever medically necessary? *Psychiatric Services* 1996; 47: 966-970.

233.- Borenstein DB. Does managed care permit appropriate use of psychotherapy? *Psychiatric Services* 1996; 47: 971-974.

**TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA PSICOTERAPIA EN LA ATENCIÓN PÚBLICA A LA SALUD MENTAL; RESULTADOS DE UN GRUPO DE CONSENSO**

Alberto Fernández Liria\*  
Mariano Hernández Monsalve\*\*  
Beatriz Rodríguez Vega\*\*\*  
Teresa Benito Cano \*\*\*\*  
Josefina Mas Hesse\*\*\*\*\*

- \* Psiquiatra. Servicios de Salud Mental del Area 3. Universidad de Alcalá de Henares (Madrid)
- \*\* Psiquiatra. Servicios de Salud Mental de Alcobendas (Madrid)
- \*\*\* Psiquiatra. Hospital La Paz. SSM de Alcobendas. Universidad Autónoma de Madrid
- \*\*\*\* Psicólogo. Servicios de Salud Mental de Fuenlabrada (Madrid)
- \*\*\*\*\* Psiquiatra. Hospital de Día. Instituto psiquiátrico José Germain (Madrid)

**DIRECCIÓN DE CONTACTO**

Alberto Fernández Liria  
Fernán González 79, 6º C  
28009 MADRID  
Tel/fax 409 4069

## INTRODUCCIÓN

El catálogo de prestaciones que, en materia de psiquiatría y salud mental, oferta el Sistema Nacional de Salud español incluye la *psicoterapia* (1). La *psicoterapia* individual, familiar o de grupo, sola o en combinación con fármacos, aparece como definición de un 73% de los actos asistenciales llevados a cabo sobre la población adulta en los Centros de salud Mental de la Comunidad de Madrid en los que existe un registro acumulativo de casos psiquiátricos. Para la población infanto-juvenil este porcentaje se eleva hasta el 92%.<sup>1</sup>

Ni el catálogo de prestaciones ni el glosario del registro acumulativo definen el término *psicoterapia*. En la literatura científica pueden encontrarse múltiples definiciones, frecuentemente contradictorias, generalmente pensadas para encuadres y objetivos muy diferentes de los de la atención psiquiátrica pública y, consecuentemente, poco ajustados a la realidad de lo que se practica en el sector público. Tampoco existe un consenso entre los profesionales que trabajan en este sector respecto a que es lo que denominan psicoterapia.

La sensación de que el trabajo en el sector público impone una serie de restricciones en formas de actuar que se considerarían idóneas, es expresada con frecuencia por profesionales del sector público que sienten que, en él, sólo pueden practicar de forma imperfecta lo que han aprendido en una formación orientada a la práctica en otros encuadres. En una encuesta realizada en 1989 (3) entre psiquiatras y psicólogos del sector público de la zona sur de Madrid, un 66% de los que respondieron consideraban que la práctica pública, tal y como la ejercían en ese momento, limitaba las posibilidades de trabajo que se desprendían de su formación. En esa misma encuesta, un 76% declaraba que fundamentaban su práctica en mas de una orientación

---

<sup>1</sup>Para este estudio hemos consultado los datos de los registros acumulativos de los centros de salud mental de Alcalá, Fuenlabrada, Leganés y Torrejón correspondientes a los años 1993-1995. Estos centros se han seleccionado por disponer de sistemas de registro fiables y operar en distritos en los que el uso de los recursos privados de atención a la salud mental es excepcional.

teórica y el 93% aseguraba utilizar o prescribir técnicas basadas en diferentes concepciones teóricas en función de indicaciones terapéuticas. A la vez, y como contrapartida, un 96% opinaba que la práctica pública puede favorecer el desarrollo de aspectos originales en la(s) teoría(s) en la que se inspiraba y un 90% consideraba que una psiquiatría pública avanzada exigiría modificaciones en las técnicas existentes y/o nuevas técnicas. Sin embargo esta situación no ha sido objeto de reflexión seria en los medios de los que la comunidad profesional dispone.

El presente trabajo parte de algunas hipótesis que creemos conveniente explicitar

1.- Aunque de escasa fiabilidad (por incluir, probablemente, concepciones de *psicoterapia* muy diferentes y muy laxas), los datos de los registros indican que los profesionales atribuyen todo o parte del resultado de su trabajo a factores que son diferentes o exceden el manejo clínico de los psicofármacos (que se registra con un código diferente) y **utilizan el término psicoterapia** para denominar esa actuación.

2.- El trabajo en el sistema público determina unas condiciones **distintas** pero no necesariamente **peores**, que las del sector privado para la práctica de la psicoterapia. Estas condiciones incluyen - entre otras muchas - la de obligar a utilizar la alternativa menos mala (en lugar de rechazar el caso) en situaciones de difícil abordaje (que en otros casos se resuelven sencillamente seleccionando pacientes diferentes, que se adaptan mejor a los requerimientos de la técnica que se va a practicar).

3.- Estas condiciones distintas exigen unos **recursos teóricos y unos instrumentos de análisis también distintos**. El problema no es que la práctica en el sector público obligue a forzar los sistemas teóricos que estamos mas acostumbrados a utilizar, sino que estamos acostumbrados a utilizar sistemas



teóricos que no son adecuados (mas que forzándolos mucho) para dar cuenta de nuestra práctica.

4.- Es preciso **inventariar las intervenciones que constituyen la práctica de la psicoterapia en el sector público** y sus supuestos explícitos como requisito previo a la propuesta de una teoría capaz de dar cuenta de ellas.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Para realizar este trabajo de inventario de las intervenciones que constituyen la práctica real de la psicoterapia en el sector público y de los supuestos implícitos de la misma se reunió **un grupo de terapeutas con práctica en el sector público en Madrid** con el objeto de alcanzar un consenso sobre cuales eran, en que consistían, en que circunstancias se utilizaban y a que asunciones teóricas respondían tales intervenciones. El trabajo requería reuniones regulares durante un período prolongado (de hecho se reunió desde finales de 1994 a finales de 1996) por lo que era una ventaja el que los integrantes del grupo fuéramos de la misma ciudad. Por otro lado, el grupo no pretendía ser representativo de los clínicos que trabajan en el sector público (no se trataba de llevar a cabo una encuesta sobre opiniones sino un trabajo de investigación) sino estar compuesto por profesionales dispuestos a convertir su práctica en un entorno tipo (centro de salud mental u hospital de día) en el centro de sus reflexiones sin dejarse llevar por consideraciones de escuela. Estuvo integrado de principio a fin por los cinco firmantes que trabajamos en centros diferentes (tres centros de salud mental, un hospital general y un hospital de día), tenemos titulaciones diferentes (psiquiatras y psicólogo) y nos hemos formado inicialmente en escuelas diferentes aunque todos estamos actualmente interesados, en términos generales, por las tendencias a la integración de diferentes escuelas en la práctica de la psicoterapia.

Se hizo un plan de trabajo en el que se planteaba acordar un esquema simple para

organizar la discusión, hacer un trabajo de introspección sobre la práctica de cada uno y consensuar lo que era común a todos y, finalmente, dibujar los requisitos o líneas generales de un modelo que pudiera dar cuenta de todo ello.

Se acordó un esquema en el que se discutieran primero los conceptos generales y luego aspectos relevantes para una hipotética estructura común de las intervenciones practicadas que se podría resumir en cuatro fases: 1) fase de indicación (proceso por el que se toma la decisión de llevar a cabo una intervención psicoterapéutica sobre un paciente concreto), 2) fase temprana, 3) fases intermedias y 4) fase de terminación. Se levantó un acta de cada sesión que fue enviada antes de la siguiente a cada participante.

A continuación se exponen los acuerdos alcanzados en este grupo estructurados según el esquema seguido en su discusión. No se han reflejado posiciones sobre las que no se alcanzó consenso ni las discusiones habidas hasta conseguirlo.

## **RESULTADOS**

### **Definición y conceptos generales**

Acordar una definición que nos dejara suficientemente satisfechos y reflejara con cierta precisión nuestra práctica diferenciándola a la vez de otras, nos llevó varias sesiones. Finalmente acordamos que, para nuestros fines íbamos a definirla en los siguientes términos:

**La psicoterapia es un proceso de comunicación interpersonal entre un profesional experto y un sujeto necesitado de ayuda por problemas de salud mental que tiene como objeto producir cambios para mejorar la salud mental del segundo.**

Acordamos utilizar el término **terapeuta** para designar al experto y **paciente** para designar sujeto necesitado de ayuda.

Esta definición **excluye** otra serie de prácticas que pudieran, en alguna medida, ser consideradas afines, como son:

\* **Otras relaciones de ayuda** (amigos...) en los que el que la da no es un profesional experto.

\* **Consejo médico o psicológico** en el que el experto se limita a poner a disposición del cliente información que le permite realizar una elección cuya realización no está impedida por patología mental<sup>2</sup>.

\* **Manejo clínico** de un tratamiento medicamentoso, en el que el objetivo es garantizar las condiciones (de información confianza en el médico, expectativas, adherencia al tratamiento) que permiten optimizar el efecto e la medicación prescrita.

Como nota adicional convinimos que la psicoterapia supone la **posibilidad de construir una versión del problema presentado por el paciente en el que este aparece como implicado personalmente en el origen, el mantenimiento o las posibilidades de resolución del mismo.**

La psicoterapia es un **proceso** en el que cabe distinguir las diversas fases señaladas en la introducción. La discusión y la exposición subsiguiente se atenderá a estas fases.

### **Fase de indicación**

Es el proceso por el que se decide si un sujeto que demanda atención en los Servicios de Salud Mental va a ser tratado con psicoterapia. En nuestro caso, por imperativos del modelo con el que trabajamos (integrados en el sistema sanitario como atención especializada, en segunda línea respecto a la atención primaria de salud), este sujeto ha sido necesariamente **remitado por la atención primaria.**

La *fase* puede representarse como una **serie de preguntas** que articulan un **árbol de decisiones** (ver figura 1)

---

<sup>2</sup> Es consejo si se dice algo como "debe dejar de fumar porque en su caso - bronquitis crónica - fumar entraña tales y cuales riesgos". Hay psicoterapia si se inicia una intervención para resolver el problema de que el cliente **no puede dejar de fumar aunque conozca los peligros y quiera hacerlo.** Lo mismo será aplicable en el caso de un consejero matrimonial.

En primer lugar se trata de establecer **si es precisa una intervención** -psicoterapéutica o no - **en el nivel de atención especializado en psiquiatría**. La respuesta depende, obviamente, de los criterios de derivación acordados con atención primaria. La decisión se basa en que **se requiere (o no) una intervención cuya complejidad rebasa las posibilidades de manejo en atención primaria**, en función de la consideración de

- 1) factores del paciente,
- 2) factores de su contexto y
- 3) de la disponibilidad de atención primaria, los servicios de salud mental (incluye aspectos relativos a tiempo, actitudes y formación) y los acuerdos entre ambos.

Una segunda pregunta se refiere a si la situación planteada **requiere hospitalización u otro recurso terciario**, y, por tanto no va a ser asumida en el contexto del centro de salud mental donde se recibe la demanda. Como puede verse en la figura 1, esta decisión conlleva consideraciones sobre

- 1) riesgo de suicidio,
- 2) disponibilidad de soporte social y
- 3) concurrencia de circunstancias somáticas que hagan preciso la atención en un marco diferente.

Las preguntas sobre la **posibilidad - o no - de un tratamiento farmacológico** y la **posibilidad -o no- de un tratamiento psicoterapéutico** deben plantearse en un mismo nivel de decisión (ya que en absoluto son excluyentes).

Para que esté indicado un tratamiento farmacológico sea posible preciso que

- 1) se admita que el cuadro clínico que presenta el paciente suele responder a tratamiento con determinados fármacos. O bien, que, aún no siendo así
- 2) el cuadro incluya síntomas que sí responden a tratamiento farmacológico y cuya

modificación alteraría el curso o el impacto del trastorno sobre la vida del paciente. Hay que valorar así mismo

- 3) la posible existencia de contraindicaciones y
- 4) la aceptación de este tipo de tratamiento por parte del paciente.

Un tratamiento psicoterapéutico será posible si:

- 1) existe evidencia de que el cuadro clínico que presenta el paciente responde a psicoterapia. O bien , aunque no sea así,
- 2) existen ciertos aspectos del problema por el que se consulta que serían modificables por la psicoterapia y su alteración mejoraría el curso o atenuaría el impacto del trastorno.

Además es preciso que

- 3) exista o se pueda construir una versión del problema (aportada o aceptada por el demandante) que plantea
  - un conflicto en la relación consigo mismo
  - un conflicto en relación con otros significativos
  - un conflicto con acontecimientos.

Este requisito supone la capacidad del paciente de colocarse como implicado personalmente en el problema o la resolución del mismo. Hay que considerar así mismo las

- 4) expectativas del paciente respecto al tratamiento, así como la presencia de posibles
- 5) factores limitantes (edad y etapa del ciclo vital del paciente, accesibilidad, aspectos culturales - incluida la concordancia con el terapeuta - y actitud y susceptibilidad ante el cambio)

El que un problema o trastorno sea susceptible de tratamiento de una u otra

modalidad no implica necesariamente que este tratamiento esté indicado. La **indicación** de uno, otro o la combinación de ambos supone - además - consideraciones sobre su eficacia y eficiencia (relación coste -en términos también de sufrimiento, esfuerzo etc.-y eficacia) relativas.

Una intervención farmacológica se caracteriza en términos de preparado, posología, dosis, tiempo de prescripción y recomendaciones sobre el uso y manejo de efectos secundarios. La caracterización de una intervención psicoterapeuta es más complicada y requiere la consideración de muchos factores. El **cuadro 1** propone un marco para caracterizar una intervención a través de la consideración de once **notas o características del proceso psicoterapéutico**.

Otro modo de caracterizar una intervención psicoterapéutica es por el tipo de actividades que realiza el terapeuta. El **cuadro 2** recoge las **actividades del terapeuta** consensuadas por nuestro grupo.

### **Fases iniciales**

Ocupan entre una y seis sesiones. Culminan con el establecimiento de un contrato terapéutico que determinará el modo en el que van a transcurrir las siguientes sesiones.

Se definen por perseguir los siguientes **objetivos**:

1. **formulación** del caso
2. construcción de la **alianza de trabajo**
3. **contrato**

En el se establecen los siguientes extremos

\* foco

(acuerdo de una versión del problema compartida por terapeuta y paciente  
y que permite organizar el trabajo)

\* encuadre

- espacio
- tiempo
- otras normas

\* expectativas

Durante la fase se acometen los siguientes tipos de **tareas**:

1. Exploratorias (permiten la formulación)

En función del objeto de la exploración puede distinguirse entre las dirigidas a

1. **Problema** (síntomas, afectos, cogniciones, conductas, biografía, circunstancias concomitantes...)
2. **Ámbito de manifestación** (pasado, presente, relación terapéutica...)
3. **Posibilidades de tratamiento** (predisposición para el cambio, motivación, experiencias de tratamientos anteriores...)
4. **Factores limitantes y facilitadores** (nivel cultural, capacidad de verbalización, sistemas de apoyo...)

2. Explicación o interpretación de prueba

Son intervenciones orientadas a proporcionar una demostración de la capacidad del paciente de trabajar en diferentes registros y a servir de base para el acuerdo de un foco en el contrato

3. Definición de roles de terapeuta y paciente

No es necesariamente explícita. Han de resultar en una relación complementaria y transitoria con un fin definido en el contrato

La frecuencia de las diferentes **técnicas** o **actividades del terapeuta** en esta y en

las otras fases se especifican en el **cuadro 2**.

En cuanto a las características de la **relación terapéutica** en esta fase, cabe señalar que el sector público facilita unos *marcadores de contexto* que facilitan la definición de la relación (como una relación de atención a la salud). Aunque estos marcadores hacen superfluas algunas de las actuaciones o medidas precisas para definir la relación psicoterapéutica en la práctica privada, en nuestra especialidad, la naturaleza de lo que se oferta y de lo que se espera por parte del usuario está menos claro que en otras especialidades médicas o quirúrgicas (Se trata de un tipo de prestación que, en su formulación actual, es de inclusión reciente entre las ofertadas por el sistema de salud).

Durante este período se negocia **una relación compatible con el trabajo y aceptable por ambas partes**. En tal intento de definición conjunta no se parte de cero, sino de una serie de **prejuicios** que deben ser explorados y sometidos a crítica. Por ello en las primeras entrevistas suele preguntarse por la idea que el paciente se hace sobre cómo puede recibir ayuda del terapeuta. A este respecto en nuestro grupo comentamos que terapeutas formados por nosotros en esta costumbre y que posteriormente se han desplazado a trabajar a otros entornos culturales en los que el contexto define a priori de un modo más marcadamente biomédico la relación, nos cuentan que, allí, los pacientes se extrañan ante esta pregunta.

Esta negociación es compleja ya que se juega en un nivel interpersonal pero también en el de la relación experto/lego y en el de la de administración/usuario. Se trata de hacer prevalecer el funcionamiento en el registro experto/lego que permite establecer la alianza de trabajo.

El grupo discutió sobre los **problemas** más frecuentemente afrontados durante esta fase. Se señalaron cinco. En primer lugar es relativamente frecuente **que el paciente acuda a la consulta con una idea preconcebida de cual pueda ser la ayuda que va a recibir** que resulte incompatible con las condiciones de trabajo en la práctica pública o inadecuado para la resolución de su problema. Este tipo de situación requiere un trabajo de **reformulación de la**



**demanda.** Si esto no se consigue puede acabar con la quiebra de la relación y hacer imposible la psicoterapia.

Puede ocurrir también que las **características personales** (aspecto, cultura, sexo, edad, estilo de comunicación, exposición de valores) del terapeuta resulten inaceptables para el paciente o las mismas características o la naturaleza del problema (abusos, violencia...) aparezcan como inmanejables por motivos personales del terapeuta. Estas circunstancias pueden hacer aconsejable un cambio de terapeuta.

En tercer lugar puede ocurrir que después de un tiempo prudencial de trabajo **no se consigan acordar unos objetivos** para una intervención psicoterapéutica. Ello puede deberse a que el terapeuta no considere indicación de intervención psicoterapéutica en el sector público los objetivos perseguidos por el paciente - del tipo de "desarrollo personal", "conocerse mejor..."- o bien a que el paciente no acepte involucrarse en una intervención psicoterapéutica. Esta situación puede ser motivo de fin de la intervención, de indicación de otra modalidad de atención o de posposición de la fijación de objetivos.

En ocasiones aunque haya posible marcar objetivos, **no se consigue acordar un foco o, aun con este fijado, no se consigue acordar el encuadre** (individual, familiar o de grupo) que al terapeuta le parecería mas adecuado para hacer frente al problema. En tal situación se procede a **intentar formular el foco en otro registro** (afecto, cogniciones, conducta, relaciones, síntomas...), o a **acordar un encuadre compatible con el tratamiento** aunque no sea el ideal (nótese que en la práctica privada la no aceptación del encuadre propuesto de entrada por el terapeuta supone con frecuencia - piénsese por ejemplo en la práctica habitual de psicoanalistas o sistémicos - la no conclusión del contrato.

Por último, en ocasiones, **no se consigue una definición de los roles terapeuta/paciente** compatible con el trabajo psicoterapéutico (bien porque no se consigue hacer prevalecer el

aspecto de relación profesional sobre el personal, bien porque se interponen aspectos burocrático-administrativos). En tales condiciones no es posible la psicoterapia por lo que caso de clara indicación, es preferible proponer un cambio de terapeuta.

### **Fases intermedias**

En ellas se dirime la parte sustancial de la terapia ya que las fases iniciales no persiguen sino sentar las condiciones de posibilidad para las intermedias y la fase de terminación permitir que los logros conseguidos en ellas puedan mantenerse o ampliarse sin el apoyo continuado del terapeuta.

Como puede observarse en el cuadro 4, el primer **objetivo** de estas fases es **acordar la definición de unas pautas disfuncionales** que van a ser objeto del cambio. Estas pautas pueden definirse en muy diferentes términos que darán lugar a intervenciones muy diferentes.

En primer lugar pueden definirse **en la conducta observable** como cuando se trata de determinar exactamente, por ejemplo los comportamientos que se implican en la actuación de una persona con agorafobia y las circunstancias con las que se relacionan.

Pueden definirse también **en el pensamiento** como cuando se formula un cuadro depresivo en términos de estado afectivo provocado por una serie de pensamientos automáticos vinculados a unas determinadas ideas (supuestos depresógenos) disfuncionales sobre la realidad, la propia identidad o el futuro o a unos errores en los procesamientos de la información que el sujeto recibe de su entorno.

Frecuentemente interesa definir estas pautas en términos de **relaciones interpersonales** como cuando se pone en relación un ánimo depresivo con disputas provocadas por expectativas no compartidas en relaciones importantes para el sujeto deprimido, se señala la repetición de determinados patrones de relación por ejemplo ante figuras de autoridad o en situaciones interpersonales que entrañan rivalidad o se interpreta la conducta de una hija anoréxica como un

sacrificio que ella realiza para permitir que su familia pueda seguir disfrutando de un funcionamiento satisfactorio.

La definición de patrones no tiene porque referirse a fenómenos percibibles por un observador externo. Cuando señalamos por ejemplo como un determinado **afecto** que resulta inaceptable provoca ansiedad y es sustituido defensivamente por otro (y como esto sucede ante determinada situación de la vida actual del paciente, sucedió en la relación con sus figuras paternas y se repite en la relación con el terapeuta) señalamos también una pauta disfuncional.

La elección de uno u otro terreno para la definición de estas pautas depende de

- Tipo e intensidad de los síntomas
- Estilo de comunicación del paciente y del terapeuta
- Momento de disposición al cambio
- Características del contexto

El segundo de los objetivos de las fases intermedias recogido en el **cuadro 4** es **propiciar la acción de algún(os) factor(es) terapéuticos sobre estas pautas disfuncionales** a través de la utilización de unas **técnicas** y **estrategias** adecuadas.

Las diversas intervenciones psicoterapéuticas que integran el proceso pretenden activar unos hipotéticos **factores terapéuticos**. La pretensión de activar unos u otros también permitiría una caracterización mas que de las intervenciones de las teorías psicoterapéuticas. Nuestro grupo reconoció los factores terapéuticos que se resumen en el **cuadro 5**.

La selección de uno u otro de los factores para un caso depende de características del paciente y el terapeuta, características de la relación y del momento y actitud frente al cambio del paciente.

Durante esta fase se han de afrontar las siguientes **tareas**

1. **Apertura de nuevos significados** de los patrones definidos como problemáticos.

Estos nuevos significados han de tener como característica la de otorgar al paciente un papel en la evolución de los mismos. Este efecto se consigue a través de operaciones como introducir un nexo de continuidad donde hay solución de continuidad, contextualizar en espacio y tiempo... Es un trabajo continuo que se concreta sobre el material nuevo que va apareciendo no algo que se hace de una vez por todas.

2. **Desarrollo, actualización y concreción del contrato** en un proceso terapéutico a través de la secuenciación de las técnicas.

3. **Observación y evaluación del grado de ajuste del proceso** a lo previsto o a lo deseable.

Respecto a los avatares de la **relación terapéutica** en este momento de la terapia hay que reseñar que drante estas fases se debe ir produciendo una progresiva responsabilización por parte del paciente sobre el proceso terapéutico, lo que suele traducirse en una progresiva reducción de las actividades del terapeuta. El trabajo en el registro experto/lego se impregna de lo que en la literatura se conoce como fenómenos transferenciales y contratransferenciales que pueden constituir o no (según el plan terapéutico en marcha) elementos del tratamiento pero que deben ser siempre contemplados para no convertirse en obstáculos del mismo. En el caso particular de la psicoterapia en el sector público, la relación se puede ver también también conformada por problemas en el bipolo administración /usuario.

### **Fases finales**

Comienzan en un momento en el que los objetivos explícitos de la terapia han sido básicamente logrados (lo que marca el final de las fases intermedias)

El fin de una terapia termina con una relación tal y como está pactada en el contrato para dar lugar a una de las siguientes alternativas

1. el final de la relación terapeuta/paciente

- 2 un contrato sobre sesiones de seguimiento (tipo "nos veremos en 6 meses para ver como va")
3. una terapia de mantenimiento ("a partir de ahora nos veremos sólo una vez al mes para evitar nuevas recaídas")

Esta última opción está indicadas si

- a.- se trata de un **trastorno crónico o recidivante**,
- b.- existen **estresores crónicos**.
- c.- hay **factores de personalidad** que predisponen a recaídas

Estas fases se guían por la prosecución de una serie de **objetivos**

1. Evaluar conjuntamente el resultado de la terapia y acordar la conveniencia de terminar
2. Evaluar y potenciar la generalización de los efectos beneficiosos de la terapia y la capacidad de funcionamiento independiente.
3. Prever los efectos del final de la terapia, la separación del terapeuta y el afrontamiento de problemas previsibles sin apoyo profesional.
4. Prever recaídas y circunstancias que justificarían una nueva consulta.

Para lograr estos objetivos el terapeuta acomete una serie de **tareas como son**

1. Revisar el curso de la terapia, los logros conseguidos y la capacidad del paciente para afrontar los pendientes.
2. Revisar la evidencia de capacidad de funcionamiento del paciente independiente del terapeuta
- 3 Modular el proceso de retirada de apoyo según los requerimientos de cada paciente (disminución de la cantidad o intensidad de las intervenciones o de la directividad, distanciamiento de las sesiones...)
4. Abordar los aspectos de dependencia o *beneficio secundario* (bajas, rol de enfermo...)

vinculados a la terapia

5. Afrontar los posibles aspectos de duelo ligados al fin de la terapia

6. Prever problemas futuros y estrategias de afrontamiento

7. Definir condiciones de una nueva atención

## COMENTARIO FINAL

El trabajo llevado a cabo por nuestro grupo plantea un **esquema** sobre el que pueden conceptualizarse, describirse y discutirse las intervenciones psicoterapéuticas llevadas a cabo tanto en el sector público como en los otros encuadres en los que se llevan a cabo actividades encuadrables en nuestra definición de psicoterapia.

Se trata de un esquema **común**, capaz de referirse a intervenciones que son formalmente diferentes debido a características del problema a abordar, del paciente o del terapeuta. La propuesta de un esquema común no indica ninguna pretensión de uniformización de las intervenciones ni, necesariamente la aceptación de la hipótesis de la existencia de unos **factores comunes** a todas las intervenciones psicoterapéuticas a los que cupiera atribuir una parte importante (sino la fundamental) de sus resultados. Un esquema común permite, precisamente, poner de manifiesto tanto las similitudes existentes entre intervenciones basadas en diferentes escuelas, como las especificidades de cada una de ellas. Dicho de otro modo: nos parece una condición de posibilidad de una discusión rigurosa sobre nuestro trabajo clínico y sus resultados, que, de otro modo se ve coartada por estar pensados y expresados tanto unos como otros en términos que imposibilitan la comunicación entre el Babel de las escuelas.

En los últimos años ha habido propuestas semejantes a la nuestra que se revisan en otra parte de este mismo volumen (4). La nuestra tiene la característica de estar gestada a partir de un inventario realizado en la práctica pública donde un esquema común es necesario no sólo para permitir la comunicación entre practicantes de diferentes escuelas sino, sobre todo, para optar

entre distintas intervenciones adecuadas para pacientes diferentes a los que, ineludiblemente, ha de atenderse.

El esquema propuesto no proporciona - ni es subsidiario de - una **teoría** acerca de por qué funciona la psicoterapia. Pero tampoco asume la creencia - que algunos tienen - de que es posible hacer psicoterapia sin una teoría desde la que explicar su modo de acción. De lo que estamos convencidos es de que es más útil ser capaces de explicar por qué funciona - en la medida en que lo haga - lo que hacemos, que idear sistemas que funcionarán si pudieran aplicarse en condiciones que, probablemente, no van a darse. De momento hemos intentado dar cuenta de los que hay tratando de huir del prejuicio que nos lo hace ver como aborto de otra cosa.

Un esquema así permitiría construir un sistema para seleccionar las intervenciones a realizar sobre cada paciente en función de la eficacia demostrada por intervenciones semejantes sobre problemas parecidos. Creemos haber perfilado algunas líneas que esbozan un sistema semejante. Elaborar una teoría capaz de explicar cómo actúa cada una de estas intervenciones nos parece una tarea posterior que no hemos acometido en este trabajo y que sólo puede realizarse seriamente si se vincula a un trabajo de investigación en la clínica.

En todo caso este es un trabajo preliminar que consideramos que debería sentar una base para tres líneas de trabajo posterior 1) la evaluación de eficacia (relativa) de intervenciones, 2) la sistemática de selección de intervenciones y 3) una teoría del cambio capaz de dar cuenta del efecto de intervenciones basadas en supuestos diferentes.

- 1.- Catálogo de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 1995
- 2.- Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. La perspectiva integradora en psicoterapia: una reflexión desde la práctica pública. En este mismo volumen
- 3.- Desviat M, Fernández Liria A, Mas Hesse J. Técnica y práctica psiquiátrica. En Desviat M (coord). Epistemología y Práctica psiquiátrica. Madrid: AEN 1990. 237-260.
- 4.- Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. La perspectiva integradora en psicoterapia: una reflexión desde la práctica pública. (en esta misma publicación)



- 1.- Encuadre Individual  
Familiar  
Grupal
- 2.- Énfasis sobre Afecto  
Conducta  
Pensamiento
- 3.- Énfasis sobre experiencias \* Interpersonales \* con el mundo exterior  
\* díada paciente-terapeuta  
\* Intrapsíquicas
- 4.- Relaciones \* pasadas  
\* presentes  
\* con el terapeuta
- 5.- Con referencia \* al discurso explícito  
\* a un discurso implícito
- 6.- Con énfasis en la comunicación \* verbal  
\* no verbal
- 7.- Sobre una definición \* longitudinal  
\* transversal
- 8.- Grado de uso de cada actividad del terapeuta
- 9.- Conceptualización de la relación terapéutica  
\* lugar de experiencia emocional  
\* colaboración  
\* relación prescriptiva
- 10.- Actuación preferente sobre \* el sujeto  
\* el contexto
- 11.- Definición del encuadre (rígido, flexible, fijo, variable...)

**CUADRO 1: CARACTERIZACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA:  
CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO**

## 1.- VERBALES

- 1.- Silencio
- 2.- Escucha
- 3.- Actividades facilitadoras
  - 3.1. Ruidos facilitatorios (Ahá, ejem, uhú...)
  - 3.2. Reflejo
  - 3.3. Técnicas de apoyo a la narrativa
- 4.- Señalamiento (se nombra un hecho)
- 5.- Aclaración (se describe y acuerda la naturaleza de un hecho)
- 6.- Explicación e interpretación (se confiere un significado diferente al hecho al que se refiere)
 

refiere a un significado *personal* en la interpretación y a un significado accesible por la condición de experto del terapeuta en la explicación
- 7.- Resumen y recapitulación
- 8.- Pregunta (no es toda formulación interrogativa)
  - cerrada
  - abierta
  - vehículo de señalamiento, interpretación o sugerencia
- 9.- Informar sobre servicios y oportunidades
- 10.- Actividades de cortesía
- 11.- Aconsejar
- 12.- Prescripción
  - fármacos
  - conductas
  - fantasías (fantasía guiada)
  - tareas para casa
- 13.- Referencia al encuadre
- 14.- Autoalusión
- 15.- Expresión de afectos o pensamientos propios del terapeuta
- 16.- Contestación/no contestación (a preguntas)
- 17.- Búsqueda de acuerdos

## 2.- No verbales

- 1.- postura
- 2.- mirada
- 3.- gesto
- 4.- tono de voz

## CUADRO 2: CARACTERIZACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA: ACTIVIDADES DEL TERAPEUTA

- 1.- Aprendizaje de nuevas conductas o estrategias de afrontamiento (habilidades sociales, relajación...)
- 2.- Modificación o corrección de cogniciones acerca del mundo o uno mismo o de mecanismos cognitivos
- 3.- Reconocimiento o experiencia de emociones
- 4.- Establecimiento de nexos entre emociones, experiencias internas y circunstancias externas
- 5.- Experiencia emocional correctora en la relación con el terapeuta (incluye la aceptación empática)
- 6.- Aprendizaje interpersonal (ponerse en el lugar del otro)
- 7.- Sugestión
- 8.- Modificación del entorno significativo del paciente (incluye reglas, estructuras, pautas disfuncionales...)

**CUADRO 5. CARACTERIZACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA:  
FACTORES TERAPÉUTICOS**

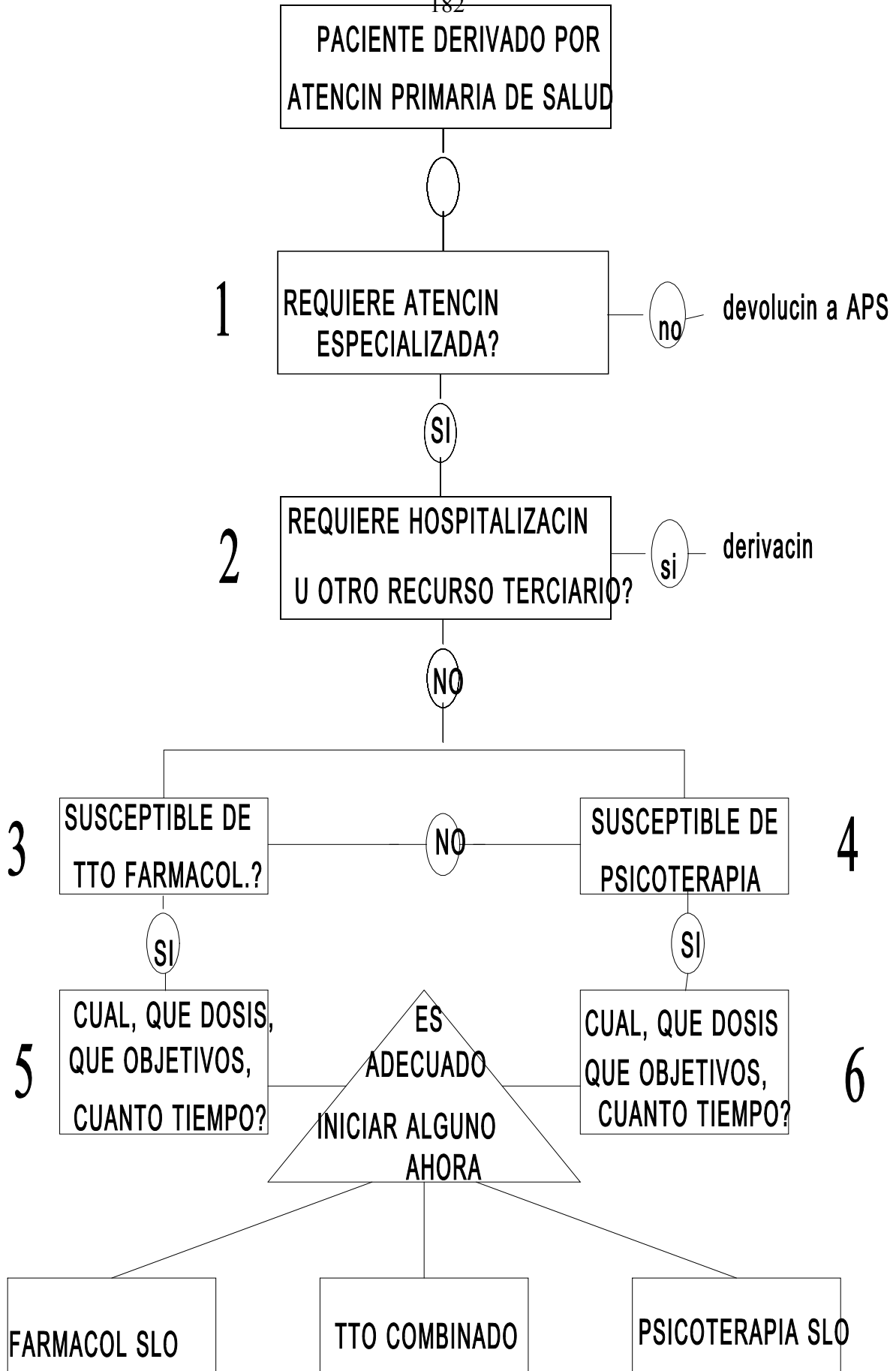
|                              | iniciales | intermedias | finales |
|------------------------------|-----------|-------------|---------|
| Silencio                     | +         | ++          | +       |
| Escucha                      | +++       | +++         | +++     |
| Actividades facilitadoras    | ++        | +           | +       |
| Señalamiento                 | ++        | +++         | ++      |
| Aclaración                   | +++       | ++          | ++      |
| Explicación e interpretación | ++        | +++         | ++      |
| Resumen y recapitulación     | ++        | +++         | +++     |
| Pregunta                     | +++       | +           | ++      |
| Información sobre servicios  | +++       | +           | ++      |
| Actividades de cortesía      | +         | +           | +       |
| Aconsejar                    | +         | +           | +       |
| Prescripción                 | +         | +++         | ++      |
| Referencia al encuadre       | +++       | ++          | +       |
| Autoalusión                  | +         | +           | ++      |
| Expresión de afectos propios | +         | +           | +       |
| Contestación a preguntas     | ++        | +           | ++      |
| Búsqueda de acuerdos         | +++       | +           | +++     |

**CUADRO 3: FRECUENCIA DE LAS ACTIVIDADES VERBALES DEL TERAPEUTA SEGÚN LAS FASES DE LA TERAPIA**

**CUADRO 4: OBJETIVOS DE LAS FASES INTERMEDIAS****1. Acordar la definición de unas pautas disfuncionales**

en la conducta observable  
en el pensamiento  
en las relaciones interpersonales  
en los afectos  
en la relación terapéutica

**2. Propiciar la actuación de algun(os) factor(es) terapeuticos a través de la utilización de técnicas y estrategias adecuadas**



**FIGURA 1: PROCESO DE INDICACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA**

**INTEGRACIÓN DE PSICOTERAPIAS EN UN  
HOSPITAL DE DÍA:  
valoración de tratamientos**

Josefina Mas Hesse\*

(\*) Psiquiatra, Hospital de Día del Instituto Psiquiátrico José Germain



## **I-INTRODUCCION**

**I.1.- PRESENTACIÓN** En este capítulo se pretende describir la actividad terapéutica de un hospital de día determinado -el hospital de día del Instituto Psiquiátrico José Germain,- explicar el entramado de actividades que lo constituye, presentar los resultados de preguntar a los pacientes sobre la utilidad que han tenido en su tratamiento cada una de las distintas actividades y la importancia de cada uno de los factores terapéuticos en el grupo, confrontando su opinión en ambas cuestiones con la de los terapeutas

**I.2.- EL HOSPITAL DE DÍA DEL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO JOSÉ GERMAIN** se abrió en 1992, viniendo a completar una red de servicios de salud mental bastante completa y organizada en torno a dos centros de salud mental, elementos básicos del sistema en los que se centralizan los tratamientos.

Su equipo está formado por dos psiquiatras, 1 psicóloga, 2 enfermeros, un administrativo y cada 3 meses rotan 1-2 médicos o psicólogos en formación. El horario es de 9 a 17 h., para el personal y de 10 a 17.00 para los pacientes, 5 días a la semana. Pueden derivar los profesionales de los CSM de tres áreas (VIII, XIX, X).

Desde sus inicios tiene encomendadas las dos funciones básicas de los hospitales de día. El tratamiento durante crisis como alternativa al ingreso hospitalario y el tratamiento intensivo y limitado en el tiempo, ambos para situaciones en las que el ambulatorio es insuficiente y la hospitalización no es imprescindible. Los criterios de exclusión son alcoholismo o abuso de sustancias excepto cuando complican trastornos psicóticos (si no, deben hacer antes un tratamiento de desintoxicación), necesidad de cuidados institucionales durante 24 horas y falta de motivación o interés que impida su asistencia.

Aunque los pacientes pueden entrar en el hospital de día para contención o para terapia a

medio plazo, los límites entre las dos poblaciones no están siempre bien delimitadas, las demandas de contención son para casos que requieren generalmente estancias más largas que las habituales en una unidad de hospitalización breve, y, además, cuando el paciente tiene capacidad para ello se incorpora después de esta fase a tratamiento terapéutico en hospital de día. Por otra parte, pacientes en tratamiento intensivo pueden tener períodos de descompensación en los que necesitan más contención y menos estimulación o exigencia y durante los cuales pueden participar en menos actividades.

Dentro del conjunto de tratamientos y actividades posibles en el hospital de día cada paciente participa en unos u otros en función de sus posibilidades y de los objetivos terapéuticos, con un programa individualizado que va cambiando siguiendo su evolución.

**I.3.- LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA.** La estructura que más caracteriza al hospital de día es la **Comunidad Terapéutica** que es el sistema que engloba todo el conjunto de actividades que se dan e interaccionan en su interior, produciendo un proceso terapéutico con unas características determinadas y diferentes al de la suma de técnicas empleadas. El elemento más específico de la comunidad terapéutica deriva de que en ella los pacientes conviven entre sí y con el personal tratante durante muchas horas cinco días a la semana y de que esta convivencia puede convertirse en un elemento terapéutico muy potente si se crea un ambiente "suficientemente bueno". Entendemos por tal el medio en el que se repiten las pautas relacionales habituales y a partir de ellas se puede iniciar un proceso de cambio, reconociéndolas, analizando el impacto que los comportamientos disfuncionales tienen sobre los demás, buscando qué situaciones o emociones las desencadenan, y permitiendo y potenciando el ensayo de nuevas formas de relación que lleven a superar ciertas pautas patológicas. Si, como escriben Strupp y Binder<sup>i</sup>, las dificultades que el paciente tiene en su vida, así como el medio de corregirlas, aparecen como en un laboratorio en la relación entre el terapeuta y el paciente, en el hospital de

día este "laboratorio" se amplifica en un entramado de relaciones muy complejo, los "campos transferenciales multifocales" de que hablaba Oury<sup>ii</sup>. Pero sabemos que el ambiente del hospital de día puede ser terapéutico o no, y que puede ser incluso antiterapéutico. ¿Cómo crear un ambiente terapéutico?. Trabajo en equipo, democracia, colaboración en el tratamiento, permisividad, reglas claras, establecimiento de relaciones significativas, y estructuración del tiempo son principios básicos que establecieron los pioneros de las comunidades terapéuticas<sup>iii</sup> y que han sido asumidos con pequeñas modificaciones en los hospitales de día actuales que pretenden crear un medio terapéutico.

#### **I.4.- ACTIVIDADES EN EL HOSPITAL DE DIA DEL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO JOSÉ GERMAIN.**

I.4.1- ENTREVISTAS CON EL TERAPEUTA INDIVIDUAL: La coordinación y dirección del tratamiento de cada paciente está adjudicada a un terapeuta (psicólogo o psiquiatra), con quien el paciente mantiene entrevistas regulares. Esto no significa que en todos los casos se realice terapia individual, aunque sí es una modalidad de tratamiento frecuente. El material de la terapia incluye, además de las cuestiones más habituales, los avatares del hospital de día. En este espacio se intenta llegar con el paciente a una definición de sus problemas relacional e imbricada con su funcionamiento en el hospital de día. Jugamos con la ventaja de que puede dar mucha más información sobre alguien verle actuar en un contexto tan variopinto como este que deducir su funcionamiento por su discurso y relación con nosotros en un tratamiento individual.

En las entrevistas individuales se estimula a los pacientes a llevar al grupo terapéutico las cuestiones que se van descubriendo o revelando.

#### **I.4.2- MEDICACIÓN**

Siempre que es necesario, y ocurre en la mayoría de los casos, se realiza tratamiento

psicofarmacológico. Se pretende utilizar la dosis mínima eficaz para controlar síntomas y recaídas pero sin disminuir más de lo imprescindible las capacidades del paciente. Aunque la medicación facilita el tratamiento terapéutico, a veces impone restricciones que todos los miembros del equipo deben ser capaces de detectar, sabiendo qué conducta seguir ante ellas.

#### I.4.3- GRUPO TERAPEÚTICO.

Funciona como el catalizador e impulsor de la vida en el hospital de día, del que se considera como elemento fundamental. En él se habla de todas las cuestiones que los pacientes encuentran vinculadas a sus problemas actuales. Como en la terapia individual el grupo está fuertemente influido por el resto del tiempo compartido en el hospital de día. No son personas que se conocen sólo se conocen del grupo, sino personas que están juntas muchas horas, compartiendo experiencias fuertes y que pronto aprenden a conocerse y desenmascarar sus falsos discursos sociales. Aunque hay una tendencia a que los compañeros del grupo terapéutico formen subgrupos dentro del hospital, no necesariamente ocurre esto, por lo que pueden encontrarse personas que se apoyan o personas con conflictos entre ellas.

La agresividad verbal, a veces tremenda, surge con facilidad en los grupos, debido tanto a la convivencia estrecha como a las patologías individuales. Este es un fenómeno al que los terapeutas deben estar especialmente atentos, evitando, sobre todo con los pacientes más frágiles, expresiones de agresividad propia o ajena que después no puedan tolerar y generen posibles fantasías de agresión o temor a la pérdida de control. Es importante que los terapeutas ofrezcan apoyo y seguridad en estas situaciones. En el caso de que surja la agresividad no puede negarse y es mejor un análisis exhaustivo de lo ocurrido lo que con frecuencia ayuda a situar las cosas en un plano menos dramático y a dirigir la atención a las características propias que llevan a sentirse herido y después agredir con tanta facilidad.

Durante el grupo se estimula a los pacientes a compartir experiencias, a compartir o

discutir estrategias de afrontamiento, a establecer un feed-back opinando sobre lo que dicen o hacen los demás, con un objetivo básico de apoyo. Con frecuencia opinar sobre los demás se considera de mala educación en nuestra sociedad y sólo se hace con fines agresivos, por lo que es fundamental transmitir que haciéndolo se puede ayudar a los compañeros a conocerse y a cambiar. Las distorsiones de los hechos deben ser identificadas por los miembros del grupo, ayudando así a los implicados a tener un mayor contacto con la realidad. Son especialmente útiles las que se dan dentro de la sesión.

Con respecto a la cuestión de grupos homogéneos o heterogéneos, en el hospital de día los grupos son necesariamente heterogéneos por el tipo de pacientes que se admite. Se intenta que coincidan personas con una capacidad de expresión verbal y de tolerancia a los comentarios ajenos similar, y que tengan algo en común como síntomas, situación social, forma de vida.

Hay un compromiso de asistencia -si no pueden venir deben avisar- y de confidencialidad que en general aceptan e integran en las reglas de convivencia, penalizando a aquellos que no las cumplen. Raramente lo que se habla en el grupo traspasa los límites de éste, y cuando ocurre es un tema grave que amenaza su supervivencia y debe ser tratado. A veces cuesta entender este celo por guardar en el grupo lo que se habla en él, cuando hay muchos temas importantes y delicados que se tratan fuera. Pero el miedo a la capacidad destructiva, propia y ajena, sobre todo si son conocidos a fondo, es una constante y el que los temas del grupo no salgan fuera funciona como una garantía de seguridad.

Un problema que a veces entraña el marco de convivencia en que se incluyen estos grupos es que algunos miembros sobre todo los más sanos, cuiden en exceso su imagen ante los demás, por el deseo de caer bien o ser aceptado fuera del grupo. Hay que tener en cuenta que la relación en el hospital de día es intensa y que puede ir más allá de sus límites, formándose grupos o diadas que intenten recomenzar juntos su vida social y queden en su tiempo libre. Aunque no es lo

habitual, surgen amistades duraderas e incluso parejas. Todo esto, que no es en absoluto desalentado por los profesionales puede provocar dificultades para el trabajo grupal y debe ser tenido en cuenta. Para paliarlo una regla de los grupos es que todas las cuestiones importantes que ocurran entre sus miembros fuera de las sesiones sea comentado en estas.

Se hacen dos sesiones semanales, de 60-90 minutos de duración, adaptando el tiempo a las posibilidades de los participantes. Los terapeutas son psicólogos o psiquiatras, uno o dos en cada grupo según las necesidades de cada momento. Se intenta que los grupos coincidan en sus horarios, de manera que se realicen varios al mismo tiempo para distorsionar al mínimo la vida comunitaria.

#### I.4.4- RELAJACIÓN

Se utiliza el entrenamiento en respiración y el método de Jacobson, por ser el más accesible al amplio abanico de pacientes del hospital de día. El método está adaptado, con períodos más largos para pasar de una fase a otra. Es un actividad en la que participa un número elevado de pacientes y, excepto algún caso que no lo ha tolerado, se obtienen buenos niveles de relajación tras las sesiones tanto en psicóticos como en neuróticos. Para comprobarlo, y para estimularlos últimamente hemos usado algunas medida objetivas de biofeed-back. Se anima a los pacientes con problemas de ansiedad a continuar el entrenamiento en casa y a utilizar la relajación en situaciones estresantes.

Al inicio estaba dirigida por un psiquiatra y uno de los enfermeros, pero progresivamente y según han ido aumentando estos su formación, se han ido haciendo cargo del entrenamiento, con supervisión cada cierto tiempo por de un especialista en relajación.

#### I.4.5- PSICOPINTURA/PSICOESCRITURA

En esta actividad pueden entrar todos los pacientes cuya conducta no sea muy disruptiva. Participa un porcentaje alto de pacientes, aunque no siempre están los mismos. El compromiso

no es tan fuerte como en el grupo terapéutico, y el número de miembros en cada sesión puede variar. Cada día se escoge un tema, con sugerencias de todos los participantes, aunque es frecuente que deleguen en el coordinador. Por tanto, cada sesión tiene sentido en sí misma, sin continuidad de lo que se trata entre uno y otro. Se escribe o dibuja lo que sugiere el tema, pasando después a comentar entre todos la producción propia y ajena, estimulándose el feed-back entre participantes.

Están coordinados por un psicólogo y alguno de los MIR - PIR que rotan por el hospital de día.

I.4.6- ACTIVIDADES dirigidas a estimular las relaciones y a adquirir la capacidad de disfrutar del tiempo libre, a encontrarse mejor con el propio cuerpo, a interesarse por lo que ocurre en el mundo.

En este punto se amalgaman actividades diversas, pero con el denominador común de buscar en lo lúdico el disfrute de las relaciones con otros, con uno mismo, con actividades que pueden ser placenteras etc. mientras se estimula la capacidad de escucha y atención (cine, música.), se mejora la situación corporal (baile, trabajo corporal), se aumenta el interés por la cultura o por los acontecimientos sociales (salidas culturales, lectura y comentario del periódico), se comparte información sobre cuidados de salud o sobre medicación y trastornos mentales (taller de salud).

Como ha ocurrido con la relajación, son los enfermeros quienes se han ido haciendo progresivamente cargo de estas actividades, al principio con más apoyo de psicólogos y psiquiatras y después solos.

Muchas de estas actividades van cambiando con los gustos del grupo de pacientes que hay en cada momento, ya que lo fundamental no es la actividad en sí sino los objetivos lúdicos y relacionales que se persiguen, además de una estructuración del tiempo. Esta estructuración es

menos rígida cuando el grupo es más maduro y puede disfrutar más de tiempos libres durante los que organizan tertulias, generalmente alrededor de un café. Cuando se da este fenómeno lo estimulamos, no cortando las interacciones espontaneas con una avalancha de actividades, pero otras veces hay grupos incapaces de autoorganizarse, y en cuanto hay un tiempo libre se produce una desbandada inconexa en el interior del hospital, en la que reproducen su aislamiento y dificultad de relación con los otros. Esta es una situación que hay que manejar con tacto, no permitiendo que ocupe mucha parte de la vida del hospital pero tampoco tapándola artificialmente, negando su existencia ni alterando la necesidad de descanso y tranquilidad que a veces resulta importante, para algunos entre una y otra actividad y, para los más agudos, durante largos períodos del día.

#### I.4.7- GRUPO GRANDE

Es un grupo característico de las comunidades terapéuticas, que puede tomar diversas formas de funcionamiento y centrarse en problemas muy diferentes<sup>iv</sup>. En el hospital de día de Leganés se hace semanalmente, con una duración de una hora y una estructura asamblearia. Incluye todo el personal y todos los pacientes y en él se tratan diversos temas. Habitualmente se tratan cuestiones organizativas cotidianas y es el lugar de presentaciones y despedidas. Uno de los temas más conflictivo, aunque menos frecuente, es el de los problemas relacionales o de comportamiento que afectan a la vida del hospital en su conjunto: aparición de chivos expiatorios, conductas muy disruptivas, ruptura de normas básicas, dependencia excesiva, pasividad, o cualquier fenómeno que sea contrario al desarrollo de un medio terapéutico. No surgen sólo problemas de los pacientes, también ellos pueden plantear quejas con respeto a uno o varios miembros del equipo tratante y en este grupo se escuchan y analizan en un plano de realidad, e intentando entender porqué aparece la queja no tanto desde la interpretación al paciente o desde su patología- que sería negar su discurso y su capacidad de reconocer la



realidad- como en nuestra conducta y en la interacción cotidiana. Estos temas relacionales, deben ser manejados con sumo cuidado, afrontando los temas que se suscitan pero no permitiendo situaciones agresivas ni humillantes para ninguno de los participantes.

#### **I.4.8- RELACIONES CON OTRAS PERSONAS QUE SE HAN CONOCIDO EN EL HOSPITAL DE DÍA.**

Esta cuestión es de un nivel distinto a los demás, ya que las relaciones se dan en prácticamente todas las actividades anteriores, pero se dan también fuera de ellas, y son sólo uno de sus aspectos, representando por otra parte una característica fundamental de la experiencia de hospital de día. Es equivalente a preguntar por la influencia del medio terapéutico.

#### **I.4.9- ENTREVISTAS FAMILIARES**

Engloba actividades distintas, desde entrevistas, que se mantienen con casi todas las familias a terapias familiares que sólo se hacen con una indicación concreta. Las intervenciones básicas, que varían en función de las características de cada paciente, y que pueden entremezclarse si es preciso, son: 1.- Apoyo a la familia y alianza con ella para la consecución de los objetivos terapéuticos. 2.- Psicoeducación explicando cuestiones básicas de la enfermedad y disminuyendo expectativas y exigencias inadecuadas o por el contrario evitando la excesiva acomodación familiar a un rol de enfermo del paciente muy incapacitante que le pone por debajo de sus posibilidades reales. 3.-Terapia familiar sistémica, incidiendo sobre disfunciones familiares que perpetúan el trastorno mental del paciente designado.

### **I.5. FASES DEL TRATAMIENTO**

Aunque las fases de los tratamientos en general están más descritas en ---- refiero aquí algunas peculiaridades del hospital de día:

I.5.1- FASE DE EVALUACIÓN: incluye la fase de indicación o no de hospital de día, que se resuelve en 1 o 2 entrevistas individuales y/o familiares y la fase temprana, que dura

alrededor de un mes, durante la cual los pacientes mantienen entrevistas y participan en algunas actividades, se establecen las necesidades y posibilidades de cada uno y se fijan objetivos terapéuticos, programa individualizado de tratamiento y tiempo previsto de estancia. Es la época en que se dan más deserciones, el momento en que deciden si se comprometen o no con un tratamiento tan intensivo y exigente.

I.5.2.- Con esto se pasa a la FASE INTERMEDIA de búsqueda de pautas disfuncionales y cambio. Se inicia con un contrato terapéutico, que se revisa periódicamente. Es importante señalar al empezar el tratamiento qué es lo que queremos conseguir, qué nos comprometemos y que se compromete el paciente a hacer, así como dejar muy claro que es una terapia limitada en el tiempo. Esta fase dura de 4-10 meses.

I.5.3.- FASE DE TERMINACIÓN. Durante aproximadamente los últimos dos meses se hace una valoración de lo conseguido con el tratamiento y el grado en que se han alcanzado los objetivos propuestos, empezándose un trabajo de separación del hospital de día y reconexión con el terapeuta del Centro de Salud Mental. Durante esta fase van dejándose actividades, que al final se limitan a entrevistas/terapias individuales y familiares, grupo terapéutico y, aunque no siempre, grupo grande. Es una fase durante la que se hacen planes de futuro, que es importante animar aunque manteniendo siempre una actitud realista para evitarles fracasos inútiles.

**I.6.- HOSPITAL DE DIA DENTRO DE UNA RED.** Los pacientes llegan derivados por su terapeuta del CSM. El tratamiento en hospital de día es una parte de su proceso terapéutico y es importante conseguir la continuidad de cuidados con el trabajo iniciado antes de la derivación y el que se desarrollará tras el alta. Esta cuestión no es en absoluto fácil ni está adecuadamente resuelta aún. En el intento de lograrlo se ha puesto en marcha un entramado complejo, con informes de derivación y alta protocolizados, coordinaciones periódicas con el CSM, y objetivos y tiempo de tratamiento consensuados entre profesionales de hospital de día y

de CSM, así como mantenimiento en hospital de día de la idea de limitación temporal y de seguimiento posterior en el CSM. Pero se echa de menos la existencia de un acuerdo entre profesionales sobre como actuar con los pacientes y qué tipo de tratamiento administrar en los distintos momentos de su trastorno mental.

## **II.- MATERIAL Y MÉTODO**

### **II.1.- ENTREVISTAS A PACIENTES**

Se entrevistó a 30 pacientes que acababan de terminar el tratamiento y que habían participado en el programa de terapia intensiva. Se descartaron por tanto todos los que estuvieron en contención y que, ya sea porque se preveía un tiempo de tratamiento en hospital de día muy corto, ya sea porque por sus dificultades personales lo impedían, no fueron considerados aptos para entrar en los grupos terapéuticos. Han estado en el hospital de día entre 6 y 15 meses, con una media de 11.8 meses. La mayoría había comenzado el tratamiento en su CSM y lo ha continuado después allí.

Se utilizó la entrevista descrita por I. Yalom en "Inpatient Group Psychotherapy"<sup>v</sup> con algunas modificaciones para adaptarla al hospital de día. Consiste en pedir al paciente que puntúe las actividades realizadas según la utilidad que hayan tenido para su tratamiento y que clasifique con el mismo criterio los factores terapéuticos explicando después sus razones para puntuarlos así. Hay también una serie de preguntas sobre las actitudes de los profesionales y el funcionamiento del hospital de día.

La entrevista se inicia presentándoles 50 cartas que deben distribuir en 9 cajas, cada una de las cuales representa una de las actividades terapéuticas realizadas. Deben dar más o menos cartas a cada actividad en función de lo que piensen que les ha ayudado en su tratamiento. (Las propuestas se agrupan en los mismo puntos con que se han expuesto las actividades del hospital

de día).

A continuación se les pide que ordenen jerárquicamente, en función de lo que consideren que han influido o no en su tratamiento, los 10 factores terapéuticos del grupo, conceptualizados y explicados, siguiendo a I. Yalom<sup>vi</sup>.

Se constató que era muy difícil que adjudicaran cartas a los factores terapéuticos de la misma manera que habían hecho con las actividades y se simplificó la demanda, pidiendo que señalaran primero los dos más importantes y después los dos menos y que ordenaran por último todos los factores jerárquicamente, de más a menos útiles para su tratamiento.

Después de esta primera parte se les pide que expliquen porqué han valorado así las actividades y los factores terapéuticos y se hace una entrevista semiestructurada siguiendo de nuevo a I. Yalom, para que comenten diversos aspectos de su experiencia en el hospital de día. El material resultante de esta última no va a ser expuesto aquí. Toda la conversación se graba y transcribe después.

Como los grupos terapéuticos en un hospital de día no son actividades aisladas, sino que están inmersas en un sistema terapéutico complejo en el que todos los elementos son interdependientes, valorar uno solo no deja de ser un artificio dudoso. Pese a esto hemos aislado las preguntas sobre factores terapéuticos en el grupo por considerar que éste actúa como un catalizador de las demás actividades, facilitando las relaciones entre pacientes al ser uno de los lugares más específicamente destinados a expresar y verbalizar las cuestiones que pueden aparecer en otros espacios.

Las entrevistas las han realizado personas que no conocían a los pacientes, asegurándoles la confidencialidad de sus respuestas para evitar distorsiones debidas al miedo a los profesionales, o al deseo de agradarles o castigarles.

Las entrevistas se han realizado entre mayo del 94 y septiembre del 96.

## **II.2.-DESCRIPCION DE LA POBLACION ENTREVISTADA**

Son pacientes con **edades** comprendidas entre 16 y 45 años siendo las más habituales (76.9 %) de 20 a 30.

Los **diagnósticos** más frecuentes son esquizofrenia (32 %), seguido de trastornos de personalidad (24%), trastornos afectivos (12%) y trastornos de alimentación 8% . Los trastornos neuróticos están prácticamente siempre ligados a un diagnóstico de trastorno de la personalidad.

El juicio diagnóstico se hace durante la evaluación del paciente, con las entrevistas y la observación. No siempre coincide con el diagnóstico con el que han sido derivados. Solo se utilizan entrevistas estructuradas cuando es difícil llegar a un diagnóstico con los métodos anteriores.

El **estado civil** más frecuente es soltero.( 84%)

En cuanto al **sexo**, hay más hombres que mujeres, 2 hombres por cada 1.25 mujeres y además los hombres están más representados entre trastornos esquizofrénicos.

## **II.3.- ENTREVISTAS A TERAPEUTAS**

Cada terapeuta ha opinado cuales han sido, en su criterio, las actividades más importantes y cuales los factores terapéuticos en el grupo más potentes para el tratamiento de cada uno de los paciente que tenía asignado. Aunque con frecuencia el terapeuta individual y el grupal son distintos profesionales, la comunicación en el equipo es lo suficientemente fluida y hay la suficiente información sobre lo que ocurre en las actividades como para que el terapeuta individual pueda dar una opinión sobre lo ocurrido en el grupo.

Los terapeutas han dado también una valoración somera sobre la utilidad del tratamiento en hospital de día para cada paciente y sobre la repercusión que este podía tener en su evolución (poco impacto sobre su situación patológica, disminución de síntomas difícilmente mantenible de

manera estable, cambio importante respecto a la comprensión y manejo de su enfermedad, cambio profundo en las relaciones con los demás y con él mismo).

### **III.-VALORACION DE ACTIVIDADES POR LOS PACIENTES (TAB I)**

#### **III.1.- LA ENTREVISTA INDIVIDUAL**

La entrevista individual es la actividad que tiene la puntuación media más alta, 10,59, estando entre las dos actividades más importantes para el 68% de los entrevistados y entre las dos menos importantes para el 9,09%. Es considerada como necesaria, un lugar donde se puede confiar "confianza sin miedo", "nadie ha sabido como ella todo lo que me pasa, es un desahogo muy grande", "es muy íntimo", "contarle mis problemas, los malos momentos, los pensamientos que se me habían pasado por la cabeza y no había podido contar antes a nadie me ayudaba, me quedaba más relajado aunque no me diera soluciones", y se recibe apoyo "cuando estaba mal, en momentos de debilidad mía, me ha indicado como tenía que actuar y se ha preocupado por mí"; "era un refugio", "da apoyo, te sientes ayudado" "me daba ánimos cuando estaba mal"; un espacio en el que se les responsabiliza de su tratamiento "me daba obligaciones", "me hacía responsable", donde se puede pensar con calma sobre lo que ocurre, donde se empieza a hablar de lo que pasa, cuando aún no se confía en el grupo o se tiene dificultades para relaciones multitudinarias "hablaba mejor con mi terapeuta, me costaba menos que en el grupo", "me ha servido para empezar a comunicarme", "me expresaba mejor individualmente, con mucha gente no lo aguanto". Los que han tenido poco tiempo individual con frecuencia se quejan "muy rápido, poco diálogo, me cortaba", "es muy útil y necesario para ver como funciona uno, pero en mi caso el tiempo era mínimo". Aunque excepcionalmente (dos pacientes) hay tambien protestas por desacuerdos con el terapeuta sobre lo que les ocurría "ni me he sentido entendido ni la entendía", "yo no estoy de acuerdo con psicólogos ni psiquiatras".

### **III.2.- MEDICACIÓN.-**

La medicación tiene una puntuación media de 4.5, con un 27,27% de los entrevistados que la consideran una de las cuestiones más importantes del tratamiento y un 54.54% que la consideran de las menos importantes. Entre estos últimos, la mitad le ha dado una puntuación de cero. Es aceptada pero está mal considerada. Algunos sólo presentan quejas "muy alta, me sentaba muy mal", "no me gusta, me altera", "la veo absurda, no te ayuda, te deja agilipoyada", "me ha puesto peor", "lo tomo sólo por compromiso familiar", "eso no me va a curar", "no me gusta, me siento con sueño y alicaído". Otros la valoran como fundamental para poder cambiar "me ha ayudado bastante, sobre todo cuando estaba con una crisis, y tomándola regularmente me encuentro mejor cada día"; "la he tolerado muy bien", "ayuda a soportar los problemas, a relacionarse y borrar cosas de la cabeza", "tenía alucinaciones y oía voces y me las ha quitado", "sin medicación no puedo hacer nada", "poniendo de tu parte la medicación es lo que te cura, es lo más importante, sin medicación no te curas", "no dependía de mí actuar de una u otra manera, la medicación me ha beneficiado de manera global". Para los demás es una ayuda al conjunto del tratamiento "te ayuda un poco pero lo más importante es una misma", "cuando tomo la medicación me encuentro un poco mejor, pero no es lo fundamental".

### **III.3.- LA RELAJACIÓN**

La relajación tiene una puntuación media de 4.5, con un 32% que la sitúa entre las dos actividades más importantes para su tratamiento y un 36,9% que la sitúa entre las dos menos importantes. Entre éstos casi la mitad le da cero puntos, acumulando, tras la medicación, el mayor número de ceros de todos los ítems. Obtiene, pues, una valoración muy dispersa. Es considerada por algunos como forma de aumentar el control sobre sí mismo, y muchos la practican fuera de las sesiones del hospital "me ayuda a dormir", "ahora te relajas cuando estas nervioso", "antes era muy nerviosa, ahora consigo tranquilizarme", "me ayuda, cuando estoy

tenso me relajo", "al principio era desagradable, no podía controlar mis pensamientos. Después he aprendido a controlarme un poco más", "es una buena experiencia y es útil", "aprovecho en casa lo que he aprendido aquí", "te encamina a estar bien contigo" y sus detractores con frecuencia no han logrado relajarse, abandonando antes de conseguirlo porque las sensaciones que se producían les resultaban muy poco confortables y no las han tolerado "un petardo", "me ponía más nervioso", "pensaba más en mis problemas".

#### **III.4.- PSICOPINTURA Y PSICOESCRITURA.-**

Psicopintura y psicoescritura tienen una puntuación media de 4,36, con muy pocas personas que lo consideren entre lo más importante (sólo un 4,54%) y pocas entre lo menos (un 13,63%). Es uno de los ítems en que se ha respondido más regularmente con puntuaciones medias. Se valoran como actividades encaminadas a expresar lo que se piensa o siente "son medios de expresar lo que te pasa", "expresas tus sentimientos", "me ayudaba a pensar y desbloquearme", "estimula la actividad mental, la imaginación", "puedes expresar en un papel lo que sientes y te viene bien", "vale mucho para poderme expresar cuando salga sobre un tema u otro", a relacionarse y escuchar "como grupo terapéutico pero en grande, con menos intimidad", "nos relacionamos, comentamos sobre lo que hemos hecho", "los demás te dan su opinión y eso es útil". Los que la rechazan la consideran una actividad infantil, escolar aunque las dos mayores dificultades que señalan son no saber expresarse por estos métodos y bloquearse al querer hacerlo perfectamente.

#### **III.5.- ACTIVIDADES**

Las actividades tienen una puntuación media de 4.77, con un 22,72% que las consideran de lo más importante para su tratamiento en el hospital de día y un 13,63% que las consideran de lo menos importante. La mayoría las juzga de manera positiva por haberles ayudado a estar entretenidos en grupo "hemos hecho cosas que me gustan, las hemos organizado, nos hemos



preocupado unos de otros", diferenciando entre las que a cada uno le gustaba más o menos. Coinciden varios en valorarlas como un espacio para ensayar relaciones sociales o funcionamiento en actividades que tendrán que realizar fuera "te encamina a salir de tus problemas, y relacionarte con los demás", "te ayudan para cuando salgas fuera relacionarte con la gente, ser directo, sentirte mejor, yo ahora me relaciono mejor", "ser capaz de hacer cosas en público sin arrepentirte", también se valora por su capacidad de despertar intereses "yo ahora sigo leyendo", "te despierta las ganas de vivir, el interés".

### **III.6.- EL GRUPO GRANDE.-**

El grupo grande tiene la puntuación más baja, 2,13, con un 13,63% que la considera de lo más importante para su tratamiento y un 18,18% que lo considera de lo menos importante. Se valora, más que como ayuda en el tratamiento, como herramienta para participar en la organización del hospital de día y para resolver problemas internos, "se organiza el hospital de día", "se solucionan un montón de problemas", "se exponían todas las pegadas ocurridas en el hospital de día, si había pasado una pelea o algo gordo, o si queríamos cambiar una actividad o salir de excursión". Alguno ha valorado además poder decir libremente lo que pensaba de las actividades y poder quejarse de lo que le molestaba "se dicen las cosas como son y se acuerdan cosas", "ha sido importante hablar en público, casi nunca lo había conseguido. Hubo momentos malos, confrontaciones, debates con algún terapeuta. Logré inhibirme de mi exigencia de hablar bien y de mis bloqueos, pensar qué se debe decir y qué no y pude exponer mis puntos de vista".

### **III.7.- RELACIONES (MEDIO TERAPÉUTICO).-**

Relaciones. (Medio terapéutico) Tiene una puntuación media de 5,31, con igual número de entrevistados que le da puntuaciones máximas y mínimas, un 22,72%. Al comentar sobre la importancia de las relaciones con los demás y sobre el grupo terapéutico han surgido espontáneamente muchos de los factores terapéuticos sobre lo que después se les preguntaría. Así

al hablar de las relaciones se han referido a la UNIVERSALIDAD "antes estaba más aislado, en mis cosas, aquí he conocido a chicos que tenían la misma enfermedad, he podido entenderlos y salir de mi propio yo", "saber que hay gente de mi edad con problemas me ha hecho comprender, recapacitar que no estoy solo en el mundo. Por la calle me aislo, veo solo gente normal, o si no lo son lo parecen y no voy a ir mostrando que tengo problemas..., aquí he visto que hay gente que tiene problemas aunque no lo parezca, pero te lo cuentan ellos"; al ALTRUISMO "era capaz de preocuparme por los demás, me ayuda estar con la gente", "satisfacción de relacionarse, poder ayudar y ser ayudado", a la COHESIÓN y a la posibilidad de EXPRESAR SENTIMIENTOS sin ser rechazados "me ayudaron a salir del aislamiento, uno de mis principales problemas", "nunca había tenido amigos tan directos como aquí", "sentirte protegido, aceptado, sin preocupaciones de que te despidan", "fuera las personas que tienen problemas se cierran. Aquí es más fácil, a los demás también les pasan cosas, hay intercambios sobre lo que nos ocurre, son más comprensivos, tienen más sensibilidad a la enfermedad"

### **III.8.- EL GRUPO TERAPÉUTICO.-**

El grupo terapéutico tiene una puntuación de 7,3, situándose así en segundo lugar tras las entrevistas individuales. Pero sólo lo consideran como una de las dos actividades más importantes un 30,21% la mitad de los que considerean entre lo más importante la entrevista individual. De lo menos importante lo consideran el 15,15%. Al referirse a él salen con frecuencia factores terapéuticos como la COHESIÓN, la EXPRESIÓN de SENTIMIENTOS, el APRENDIZAJE INTERPERSONAL y la COMPRESIÓN de sí mismo, "era muy importante, podías exponer lo que querías y quedaba en secreto, opinábamos sobre muchas cosas diferentes, muy gordas", "la cuestión de los afectos se hizo muy importante, jamás lo había trabajado de forma consciente," "al principio me agobiaba, no quería hacerlo pero me ha ayudado mucho contar a la gente mis problemas, me han escuchado y he aprendido a escuchar. También me ha

ayudado mucho contar mis sentimientos", "he estado cómoda, he podido hablar de mis inquietudes, mis intimidades y mis problemas", "al principio me costaba mucho hablar, eran más extrovertidos que yo, pero han sido muy importantes para mí", "poder hablar y compartir problemas manteniendo la privacidad", "desahogo, capacidad de conocer, comprender, relacionarse", "mis compañeros me han ayudado", "siendo como yo era mis comportamientos ya no eran agresivos y podía ayudar a los demás", "intentas ver lo que le ha sucedido a cada uno, el porqué de las cosas.., uno de los mayores problemas lo tuve con otro paciente (una pelea física), en parte gracias a él aprendí a comprenderme más..."

Alguno señala la dificultad de mantener conductas diferentes en los distintos espacios "muy difícil separar lo hablado en el grupo y lo que ocurre fuera. Provoca confusión, sentimientos de estar desarmado", pero en general han tolerado bien esta separación, sin duda artificiosa, entre el grupo y otras actividades.

### **III.9.- ENTREVISTAS FAMILIARES.-**

Las entrevistas familiares tienen una puntuación media de 3,09. Sólo un 4,55% la puntúa como una de las actividades fundamentales en su tratamiento, mientras que el 40,90% las puntúa con valores menores que el resto de actividades. Quizás por esto los comentarios sobre esta modalidad de tratamiento han sido mínimos.

## **IV VALORACION POR LOS PACIENTES DE LOS FACTORES TERAPÉUTICOS EN EL GRUPO TERAPEÚTICO (TAB II)**

La mayoría de los entrevistados (3.5:1) dice que le ha gustado participar en el grupo. No hay relación entre los diagnósticos y esta respuesta. La valoración que hacen de cada uno de los factores terapéuticos por los que se les pregunta es la siguiente:

### **IV.1.- INFUNDIR ESPERANZAS.-**

Infundir esperanzas es valorado como uno de los dos factores terapéuticos más

importantes por el 19,23 % de los entrevistados y como uno de los factores terapéuticos menos importantes por un 3,84%. La mejoría de otros provoca reacciones bien diferentes, ya que mientras a unos les anima "pensar que es útil el tratamiento al ver que otros mejoran", "partía de una situación de desesperanza", "ví que con el tratamiento aquí había esperanzas de mejorar, porque otros se ponían bien", a otros les provoca envidia "envidia sana", "tuve una época que estaba muy enfadado y la gente que se ponía bien me enfadaba", "una compañera se desesperaba al ver que otros mejoraban y ella no" y a algunos les dejaba indiferentes "no tiene porqué suponer nada lo que les pase a otros", "ver que otro se pone bien no tiene porqué significar que tú te vayas a poner bien".

#### **IV.2.- UNIVERSALIDAD.-**

Universalidad es valorado como uno de los dos factores terapéuticos más importantes por un 46,15% y como uno de los dos factores terapéuticos menos importantes por un 7,63%. Es el factor más valorado por el conjunto de los entrevistados. Es también uno de los factores que más comentan, y, en general, de forma positiva "fué útil ver a gente con la misma enfermedad que yo, antes creía que sólo me pasaba a mí", "eso me ayudó mucho", "yo cuando tuve el problema creía que era el único, encontrar a otros con el mismo problema te ayuda", "te sientes tan mal cuando piensas que eres la única persona con esa enfermedad", "en el trabajo era la única a la que le pasaban cosas raras, en el grupo ví que a otras personas también les ocurría", "no ser único, ver gente joven con problemas", "te encuentras tan mal que te crees que eres única, que lo que te pasa a tí no le pasa a nadie y eso te hace sentirte muy mal, pero cuando estás con personas con problemas parecidos y a veces iguales a los tuyos te das cuenta de que no eres único, que hay otra gente que está como tú, y eso te anima, te hace no sentirte bicho raro". Sólo una (con trastorno histriónico de personalidad) lo valora inútil "¿de qué me vale a mi saber que hay otras personas con problemas?"

### **IV.3.- DAR INFORMACIÓN O CONSEJOS.-**

Dar información o consejos es valorado como uno de los factores terapéuticos más importantes por un 19,23% y como uno de los menos por el 3,84%. Los consejos, sobre todo de los compañeros, son bien recibidos. También el compartir información sobre el trastorno mental "te ayudan para que hagas cosas", "te sitúa, te hace pensar sobre lo que tienes y los consejos a veces sirven", "un apoyo para minimizar la enfermedad", "me han aconsejado sobre como guiarme, me han dado información sobre lo que me pasa, y eso me ha ayudado mucho".

### **IV.4.- ALTRUISMO.-**

Altruismo es valorado como uno de los dos factores terapéuticos más importantes por un 11,53% y como uno de los menos por un 3,84%. A veces manifiestan una gran dificultad para ayudar a los demás que puede resultar frustrante "quería ayudar, pero me encontraba incapaz", "he procurado ayudar a los demás, pero a veces me cuesta comprenderles aunque nos pase lo mismo". La forma que refieren con más frecuencia de intentar ayudar a los demás es dar consejos o compartir experiencias "cuando alguien se encontraba mal se le daban consejos para ayudarlo", "yo procuraba contar experiencias muy desagradables para alertar a otros". El altruismo es a veces vivido como un "pago" necesidad de devolver el favor, ayudar a otros, que vean que se puede mejorar", y siempre de manera bidireccional "nos hemos ayudado mucho, muchísimo", "nos hemos ayudado unos a otros".

### **IV.5.- APRENDIZAJE INTERPERSONAL.-**

Aprendizaje interpersonal es valorado como uno de los dos factores terapéuticos más importantes por un 34,61% y como uno de los menos por ninguno. Ocupa el segundo lugar en la valoración de los pacientes de los factores terapéuticos. Comentan que en las relaciones se aprende sobre todo a descubrir el otro, sus necesidades, su importancia, se aprende tanto de los demás como de uno mismo y de como mejorar las interacciones "he aceptado muchas cosas. La

timidez, estar callado cuando otros hablan, a mí me gusta hablar y a veces tengo que callarme. Eso lo he aprendido aquí. "Te das cuenta que no eres el único con problemas, eso ayuda a pensar en el otro", "darte cuenta de lo que sientes al compartir con otros", "darte cuenta de los defectos y errores en la propia conducta", "me exijo mucho y a los demás también. Si no logro lo que me exijo me desanimo. Ahora acepto que hay preguntas sin respuesta. Tengo que aprender poco a poco a no exigirme tanto y a dejar de exigir a los demás, es una cosa que he notado y tengo que aprender a controlar", "aprender a tratar con la gente aquí facilita el poder tratarla fuera, saber como comportarse, no tener miedo al estigma de enfermedad", "aprender a guardar la compostura, a tratar a las personas con un poco más de delicadeza, comprensión y tacto, a no ser indiferente a los problemas de los demás", "en el grupo he reaprendido a escuchar", "antes la gente así (con trastorno mental) me daba miedo o pena, ahora he aprendido que es gente normal con problemas".

#### **IV.6.- EXPRESAR SENTIMIENTOS.-**

Expresar sentimientos es valorado como uno de los factores terapéuticos más importantes por un 26,92% y como uno de los menos por un 7,63%. Es uno de los factores más comentados. Se considera un éxito lograrlo y se relaciona con mejorar "ha ocurrido pocas veces, pero sí he podido expresar sentimientos, poco a poco iba perdiendo el control y dejaba escapar alguna cosa"; "he expresado emociones y sentimientos, positivos y negativos", "he sido capaz de decir como me sentía", "fui capaz de expresar sentimientos que no había expresado antes", "yo había acumulado mucha agresividad por no poder expresarme, desahogarme con mi familia o un profesional, es muy importante que las personas como nosotros, con enfermedad o trastorno mental, sepamos exteriorizar los sentimientos, no ocultarlos", "he visto que tener alguien a quien expresar lo que se siente es fundamental en la vida. Yo antes no contaba nada, ni a mis padre, por eso estar aquí me ha servido de mucho porque muchas veces esas cosas que te callas son las que

más daño te hacen, y simplemente hablarlas y saber que alguien te está escuchando y se interesa por tí sirve de mucho". Se valora que los demás escuchen respetuosamente, sólo en ese clima de confianza se puede expresar sentimientos y entender "podía porque los demás me escuchaban sin reírse de mí", "muchas veces me siento un inútil y me desanimo, cuando me pasa esto me dan tics, mis compañeros me han escuchado, me han entendido, me han ayudado", en muchos casos se prefiere no expresar sentimientos negativos "no, por miedo a hacer daño, mejor expresar sólo lo positivo", "creo que a veces quizás he sido demasiado dura con los miembros del grupo, no por hacerles daño sino porque reaccionaran, y eso ha creado en mi sentimientos de culpabilidad.., a veces no me controlo y me arrepiento después". Lo contrario también ocurre "me hubiera gustado hablar más, participar más, enfadarme con más de uno, enfadarme sin perderle el respeto, pero cortándole". A veces no se ha hablado de los sentimientos sino que se ha actuado, sobre todo la agresividad y la rabia, creando situaciones muy delicadas que han requerido después, mucho tiempo para ser comprendidas e integradas "traje un día un cuchillo, había pensado a la salida marcharme con el coche y hacer alguna tontería con el cuchillo por ahí, pero hablando con los compañeros empezaron a meterse conmigo. Terminé poniéndome muy nerviosa y saqué, el cuchillo aquí, a lo mejor si no me hubieran hecho daño no lo hubiera sacado y habría hecho alguna tontería después, ellos lo impidieron", "al principio tuve una actitud que no tengo muy claro porqué se produjo, una forma de hacerme daño y de agredir a todos, en particular a la terapeuta, hacer lo que me pedía el cuerpo, provocar situaciones tensas que habría temido por miedo al castigo.., que se te provoquen ciertos sentimientos termina siendo positivo a la larga, pero a corto plazo".

#### **IV.7.- ASUNCIÓN DE RESPONSABILIDADES.-**

Asunción de responsabilidades es valorado como uno de los dos factores terapéuticos más importantes por un 7,63% y como uno de los menos por la misma proporción de encuestados. En

los comentarios dicen que el grupo ayuda a hacerse más responsable de la propia evolución "aquí se trata de que cada uno tenga motivaciones, que cada uno se sienta realizado y tenga una conducta más o menos favorable para poder llevar este cometido, cumplir con las responsabilidades de cada día", "he tomado muchas decisiones, yo no salía solo a la calle y vengo hasta aquí solo, y estoy solo en casa, sin mi madre. Lo hemos hablado en el grupo", que abre nuevas perspectivas, sacando del excesivo centramiento en el rol de enfermo "aprender que la vida es algo más que estar en casa, comer y fumar..., pensar en actividades, trabajo, como algo necesario y beneficioso", y que es un apoyo en las decisiones "el grupo es un apoyo para tomar decisiones difíciles por la propia indecisión, la propia inseguridad".

#### **IV.8.- COHESIÓN.-**

Cohesión es valorado como uno de los dos factores terapéuticos más importantes por un 19,23% y como uno de los menos por un 3,84%. Sentirse parte de un grupo donde se es aceptado resulta fundamental. El grupo terapéutico necesita la cohesión para funcionar, pero esta es a su vez una experiencia muy valorada, nueva para muchos "me ha ayudado mucho el sentirme querido y comprendido en el grupo", "sentirme apoyado, protegido en el grupo, sin temor a que te hagan daño", "muy integrado y muy apoyado", "satisfacción por la confianza puesta en mí, por el apoyo, por la comunicación con los compañeros", "me he sentido importante y apoyada, y me encariñé bastante con los compañeros", "nunca me he sentido escuchada, al llegar aquí y sentirme escuchada y apoyada, y contar cosas que yo he hecho que no han estado bien, y en vez de dejarme a un lado, apoyarme y decirme que tampoco es tan grave lo que he hecho, ha sido muy importante para mí, porque me he sentido muy querida, como no me había sentido hasta ahora", "resultó muy positivo ver que caía bien tanto a los doctores como a los pacientes". En algún caso la confianza en otro se sigue de miedo "porque me ponía nerviosa porque había cogido mucha confianza con él y me da miedo la confianza" o desagradan algunos compañeros "me molestaba,



les veía integrados con nosotros y yo no me encontraba a gusto con ellos.

#### **IV.9.- IMITACIÓN DE CONDUCTAS.-**

Imitación de conductas no es valorado por ningún paciente como uno de los factores terapéuticos más importante, mientras que lo consideran de los menos importantes un 30,76%. Es el factor menos valorado. Su importancia no se reconoce más que excepcionalmente "quizás sí, porque ví que un compañero que tenía más facilidad para hablar en público mejoró al hablar de sus problemas", por el contrario es, en general, degradado y está entre los factores menos valorados "imitar? no,no,no,", "no me parece bien imitar a otros, además no sé para que", "cada cual tiene que ser uno mismo", "eso me parece una tontería", "no es bueno, ni para lo positivo ni para lo negativo, hay que ser uno mismo, no copias". Tienen un cierto miedo a imitar conductas enfermas, quizás relacionado con el miedo al "contagio" que con frecuencia expresan al entrar en el hospital de día "no sirve imitar conductas de los que están mal", "miedo a imitar la conducta de enfermedad mental".

#### **IV.10.- COMPRENSIÓN DE SÍ MISMO.-**

Comprensión de sí mismo es valorado como uno de los dos factores terapéuticos más importantes por el 26,92% y como uno de los dos menos importantes por nadie, pero no se comenta apenas. Algunos sí relacionan su conducta actual con sus experiencias tempranas "sí, en el grupo he tratado temas pasados, de la infancia, y parece que repercute ahora lo que pasó en la infancia", "sí, según has vivido las cosas así tienes el carácter" " a veces mi forma de reaccionar en el grupo es agresiva, otras de querer ayudar. Son mis reacciones en todas partes. Parece que mis problemas en la infancia me han hecho, para defenderme de alguna manera, ser agresiva".

#### **V VALORACIÓN DE LOS TRATAMIENTO POR LOS TERAPEUTAS.**

Sólo en un paciente se considera que la repercusión del tratamiento ha sido mínima. En general se produce una mejoría importante en la sintomatología que no se valora como definitiva

sino dependiente de la continuación de un tratamiento y el manejo de las recaídas. Este se piensa que será diferente en el futuro, ya que en un alto porcentaje (70%) se aprecia un cambio significativo en la comprensión y/o manejo de su enfermedad. Se valora que se ha producido un cambio en las relaciones con los demás y con el mismo en un 58% de los casos.

Las actividades que los terapeutas han señalado con más frecuencia para sus pacientes son terapia individual seguida de cerca por relacionarse con compañeros y grupo terapéutico.

Los factores terapéuticos en el grupo más citados por su importancia en los tratamiento han sido universalidad y aprendizaje interpersonal, seguido de expresión de sentimientos, cohesión e infundir esperanzas.

#### **VI CONCORDANCIA EN LA VALORACION DE FACTORES TERAPEUTICOS.**

Tanto terapeutas como pacientes consideran que la actividad más importante ha sido el tratamiento individual, seguido del grupo terapéutico. Los pacientes ponen en tercer lugar relacionarse con otros, mientras que para los terapeutas queda al lado del grupo en segundo lugar. Coinciden también en su valoración de los factores terapéuticos en el grupo, al considerar que el más relevante ha sido la universalidad seguida del aprendizaje interpersonal.

Al cruzar tratamiento por tratamiento la valoración de actividades hecha por terapeutas y por pacientes hay acuerdo en un 54.5% de los casos.

Al cruzar de la misma forma la valoración del peso de los factores terapéuticos en el grupo para cada paciente el acuerdo es de un 47.5%.

#### **VII DISCUSION**

VII-1.-Las actividades que los pacientes han considerado más importantes para el tratamiento en hospital de día son las mismas, y por el mismo orden, que las que aparecen en los trabajos de Yalom, publicados en "Inpatient Group Psychotherapy", en unidad de agudos: terapia individual seguida de terapia de grupo. En las publicaciones de Yalom el lugar de las relaciones

con los demás, que en nuestro trabajo quedan en tercer lugar, oscila entre el tercer y el sexto puesto.

VII-2.-Los factores terapéuticos que Yalom<sup>vii</sup>, en un metanálisis publicado en 1985, encuentra que los pacientes seleccionan con más frecuencia son catarsis, autocomprensión y aprendizaje interpersonal, seguidos de cohesión y universalidad. Los que seleccionan con menos frecuencia son dar información o consejos e identificación. Estos resultados se refieren a grupos con pacientes ambulatorios. Con pacientes ingresados los resultados son, con alguna excepción, diferentes ya que hay menos coincidencia en los factores que se consideran curativos, lo que, para Yalom refleja la heterogénea composición de los miembros de estos grupos en cuestiones como motivación, fuerza del yo, objetivos y tipo y severidad de su patología. Además muchos más pacientes ingresados que ambulatorios seleccionan instilación de esperanza y asunción de responsabilidades, lo que parece reflejar la distinta situación en que entran unos y otros a tratamiento

Los pacientes que respondieron a nuestras entrevistas coinciden con la "mayoría" de los pacientes ambulatorios al seleccionar como lo más importante en su tratamiento la universalidad, el aprendizaje interpersonal, la comprensión de sí mismo y la expresión de sentimientos<sup>3</sup>. La cohesión queda aquí en quinto lugar y a cierta distancia de los anteriores, junto a dar información y consejos y a infundir esperanzas. También coinciden nuestros entrevistados en la desvalorización de la imitación de conductas y no, como acabamos de apuntar, en la de dar información o consejos, que dejan en un lugar intermedio.

---

<sup>3</sup> La expresión de sentimientos es un aspecto de la catarsis, aunque en este último término se engloban más cuestiones.

VII-3.- En cuanto a la comparación en la valoración de los factores terapéuticos los estudios muestran que los terapeutas y sus pacientes pueden tener puntos de vista diferentes sobre cuales han sido los factores responsables de su curación. En general los terapeutas tienden a valorar más habilidades y técnica y los pacientes capacidades humanas y relacionales de sus terapeutas. Hay pocos trabajos en que se pregunte por los factores terapéuticos, clasificados y definidos como en las entrevistas que aquí se presentan, a los implicados en la terapia. Bloch y Reibstein<sup>viii</sup> lo hicieron en 1980, con miembros de grupos que llevaban funcionando seis meses, y concluyeron que tanto pacientes como terapeutas daban la mayor importancia a la autocomprensión, autorevelación<sup>4</sup> y aprendizaje interpersonal, aunque diferían en el puesto que les daban. En nuestro estudio hay una total coincidencia entre terapeutas y pacientes con respecto a los tres factores terapéuticos fundamentales en los tratamientos: universalidad, aprendizaje interpersonal y expresión de sentimientos, y no en el cuarto, que para los terapeutas son cohesión e infundir esperanzas y para los pacientes comprensión de sí mismo. Hay más divergencia, aunque sigue habiendo un acuerdo importante, al cruzar uno a uno los tratamientos, ya que al hacerlo la coincidencia en los factores que se considera que han determinado la mejoría de los pacientes es de un 47%. Al comparar estos resultados con la literatura vemos que los pacientes han valorado estos factores de manera similar a como lo han hecho la mayoría de los pacientes en los trabajos sobre el tema reseñados en el metanálisis de Yalom que hemos comentado antes, mientras que los terapeutas han valorado más infundir esperanza y cohesión, y menos comprensión de sí mismo. Vemos también que, como en el artículo de Bloch y Reibstein, hay acuerdo en la selección de los factores terapéuticos fundamentales para cada tratamiento que hacen pacientes y terapeutas, aunque nuestros resultados divergen un poco de los de estos

---

<sup>4</sup> En la discusión los autores señalan que la autorevelación puede ser considerada un aspecto de la catarsis, aunque ellos en un principio las diferenciaran.

autores, coincidiendo en aprendizaje interpersonal y autorevelación o expresión de sentimientos que pensamos pueden ser similares pero no en universalidad ni autocomprensión.

### VIII.-CONCLUSIONES-

Encontramos que en el hospital de día de Leganés hay una opinión compartida entre profesionales y pacientes sobre cuales han sido los factores más potentes en los tratamientos (universalidad, aprendizaje interpersonal y expresión de sentimientos) y diferencias en el cuarto que para los terapeutas son cohesión e infundir esperanzas y para los pacientes comprensión de sí mismo. Lo que no nos dicen estos resultados es si este acuerdo refleja una cultura común entre pacientes y profesionales (verosimilmente inducida por estos últimos) o si responde a lo que realmente ha ocurrido en el proceso terapéutico. Llama la atención la diferente valoración del lugar de la comprensión de sí mismo, el que los pacientes hayan dado más importancia que los terapeutas a su trabajo intrapsíquico.

El acuerdo al cruzar la opinión de terapeutas y pacientes de manera individualizada para cada tratamiento es también alto, ya que alcanza un 47%, acuerdo en uno de cada dos factores, teniendo en cuenta que se ha cruzado el resultado de elegir los dos factores curativos que cada uno de los implicados elegía entre 10.

La coincidencia de resultados con los de la literatura para grupos ambulatorios es especialmente interesante si tenemos en cuenta la gravedad de nuestros pacientes y el alto porcentaje de psicóticos, sin duda mayor del que suele haber en los grupos ambulatorios del tipo de los reseñados en la bibliografía.

En cuanto a las actividades del hospital de día que han sido fundamentales en los tratamientos, la opinión de pacientes y terapeutas también coincide, quedando en los tres primeros lugares terapia individual, terapia grupal y relacionarse con otros. Las respuestas de los

terapeutas han resultado un poco sorprendentes, por su contraste con lo que se esperaba. La idea era que las actividades que más se valoraban eran la terapia grupal y la terapia por el medio, y que ambas resultaban más importantes en el tratamiento en hospital de día que la terapia individual. Sin embargo, al preguntar por lo que más ha pesado en cada tratamiento, la terapia individual ha quedado en primer lugar. También hay una discrepancia con lo que se esperaba en la baja valoración de la terapia familiar, que el equipo tratante considera imprescindible en determinadas patologías. Quizás esto se explique precisamente por no indicarse esta modalidad de tratamiento en todos los casos. Pero resulta patente que la infravaloración de la terapia individual era ideológica, y no se ha sustentado al pensar lo que ha sido útil en cada tratamiento individualizado.

TABLA I0

**VALORACIÓN POR LOS PACIENTE DE LAS ACTIVIDADES**

|                               | PUNTUACIÓN<br>MEDIA | UNA DE LAS DOS<br>ACTIVIDADES<br>MÁS<br>IMPORTANTES | UNA DE LOS DOS<br>ACTIVIDADES<br>MENOS<br>IMPORTANTES |
|-------------------------------|---------------------|---|---|
| ENTREVISTA<br>INDIVIDUAL      | 10.59               | 68%   | 9.09%   |
| MEDICACIÓN                    | 4.5                 | 27.27%  | 54.54%  |
| RELAJACIÓN                    | 4.5                 | 32%   | 36.9%   |
| PSICOPINTURA<br>PSICOESCRITUR | 4.36                | 4.54%   | 13.63%  |
| ACTIVIDADES                   | 4.77                | 22.72%  | 13.63%  |
| GRUPO GRANDE                  | 2.13                | 13.63%  | 18.18%  |
| RELACIONES<br>CON OTROS       | 5.31                | 22.72%  | 22.72%  |
| GRUPO<br>TERAPÉUTICO          | 7.3                 | 30.21%  | 15.15%  |
| ENTREVISTAS<br>FAMILIARES     | 3.09                | 4.55%   | 40.9%   |

TABLA II

**VALORACIÓN POR LOS PACIENTES DE LOS FACTORES TERAPÉUTICOS  
EN EL GRUPO TERAPÉUTICO**

|                                  | UNO DE LOS DOS MÁS<br>VALORADO | UNO DE LOS DOS<br>MENOS VALORADOS |
|----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| INFUNDIR ESPERANZA               | 19.23%                         | 3.84%                             |
| UNIVERSALIDAD                    | 46.15%                         | 7.63%                             |
| DAR INFORMACIÓN O<br>CONSEJOS    | 19.23%                         | 3.84%                             |
| ALTRUISMO                        | 11.53%                         | 3.84%                             |
| APRENDIZAJE<br>INTERPERSONAL     | 34.61%                         | 0                                 |
| EXPRESAR<br>SENTIMIENTOS         | 26.92%                         | 7.63%                             |
| ASUNCIÓN DE<br>RESPONSABILIDADES | 7.63%                          | 7.63%                             |
| COHESIÓN                         | 19.23%                         | 3.84%                             |
| IMITACIÓN DE<br>CONDUCTAS        | 0                              | 30.76%                            |
| COMPRENSIÓN DE SÍ                |                                |                                   |



|       |        |   |
|-------|--------|---|
| MISMO | 26.92% | 0 |
|-------|--------|---|

1. Strupp HH, Binder JL. Una nueva perspectiva en psicoterapia. Bilbao: Desclée de Brouwer 1993
1. Oury J. Thérapeutique institutionnelle. *Encycl.Méd. Chir. Psychiatrie* 37930 G 10-1972; 12 p
1. Rappoport RN. *Community as a doctor*. Springfield Charles C Thomas, 1960
1. Karterud SW. Encuentros comunitarios y comunidad terapéutica. En Kaplan HI, Sadock BJ. *Terapia de grupo*, 3ª ed. Madrid: Ed Panamericana, 1996
1. Yalom I. *Inpatient Group Psychotherapy*. New York: Basic Books, 1985; 313-335.
1. Yalom I *Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo*. México: Fondo de cultura económica, 1975.
1. Yalom I. *The theory and practice of group psychotherapy*, 3ª ed. New York: Basic Books, 1985.
1. Bloch S, Reibstein J. Perceptions by Patients and Therapists of Therapeutic Factors in Group Psychotherapy. *Brit. J. Psychiat* 1980; 137:274-278

**PSICOTERAPIA DE GRUPO  
EN LA UNIDAD DE AGUDOS**

DR. ENRIQUE GARCIA BERNARDO

UNIDAD HOSPITALIZACION BREVE H. 12 OCTUBRE

La practica de la psicoterapia de grupo en las unidades de internamiento psiquiátrico para pacientes agudos tiene una larga historia que corre en paralelo con la historia de la difusión de los principios del psicoanálisis fuera del ámbito de la cura tipo y del estricto setting que lo acompaña. Al igual que este ha ido sufriendo toda una serie de transformaciones en su implementación técnica que han resultado imprescindibles para su adaptación a los diversos dispositivos asistenciales. La atmósfera especial de las unidades de hospitalización y las características de los pacientes en ellas ingresados obligaban a ello. En unas ocasiones esta variación dependía de la cualificación de los terapeutas , en otras de la institución hospitalaria donde se llevaba a cabo y ,también , todo hay que decirlo , de las “ modas” del momento , que hacían recaer la responsabilidad de su practica clínica sobre un aspecto u otro de la teoría que la fundaba.

Los modelos ensayados han sido múltiples y variados (1), realizados con menor o mayor fortuna y desigual conciencia crítica respecto a sus resultados e hipotéticos beneficios. En ocasiones se ha sobreestimado las capacidades de elaboración de los pacientes y en otras se ha caído en parámetros pedagógicos que aún siendo siempre deseables, tienen un lugar específico en las unidades de internamiento que no es necesariamente la psicoterapia de grupo.

Lo que sigue es un conjunto de reflexiones surgidas de la practica personal, continuada, de psicoterapia de grupo en unidades de internamiento psiquiátrico, con pacientes agudos, durante casi diez años. A pesar de que casi la mitad de ese periodo ha tenido lugar en un hospital psiquiátrico monográfico (2, 3, 4) (Leganes), y la otra en un hospital general ( 12 de Octubre),

ambos en Madrid, las diferencias que este hecho ha supuesto han sido mínimas.

Las limitaciones de espacio junto con la necesaria claridad deseable hacen que estas reflexiones no pretendan ser un desarrollo exhaustivo de la teoría y técnica de la psicoterapia de grupo en las unidades de internamiento psiquiátrico. Se limitan a repasar algunas de las peculiaridades de este tipo de psicoterapia y ofrecer algunas ideas que permitan una reflexión fructífera, crítica y creativa.

En una entrevista realizada hace unos años y publicada en la revista de la A.E.N., (5) decía el Prof. J. Guimón que en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica los psiquiatras eran más biologicistas de lo que ellos mismos creían y reconocerían. Sin entrar en el fondo de la afirmación, probablemente cierta, creo que lo es también el hecho de que lo psicodinámico en general, y la psicoterapia de grupo en particular, tienen un lugar preferente y enormemente importante desde las vertientes terapéutica, investigadora y docente.

### **UN BREVE RECUERDO HISTÓRICO**

Aunque se dispone de referencias que hablan de la práctica de grupos con finalidad terapéutica desde principios de siglo, es desde hace casi 50 años, cuando, de una manera más formal, se han venido realizando grupos basados en mayor o menor medida en las bases y principios técnicos que aporta la teoría psicoanalítica (1, 6).

En su origen predominaron más los aspectos didácticos que los estrictamente psicoterapéuticos (Lazell 1921) (7), (Marsh 1931) (8), pero es realmente desde la Segunda Guerra Mundial que se van imponiendo los grupos en Unidades de Hospitalización de Agudos (Main 1946) (9), uniéndose a los principios de la Comunidad Terapéutica y estableciendo los correspondientes paralelismos entre la dinámica grupal y la del colectivo de la comunidad en que

tenía lugar, fuera este el hospital psiquiátrico, el hospital de día o la comunidad terapéutica (Foulkes 1948) (10).

En los años 70 aparece I. Yalom (11) que describe sus objetivos de cambio interpersonal con el énfasis en el **"aquí y el ahora"**. Tanto él como K. Lewin (12) señalaban el efecto positivo de la interacción entre los pacientes y su conexión con su mejoría clínica. Desde entonces y después de múltiples pruebas técnicas diversas en cuanto a su fundamentación teórica y a su práctica, se puede hablar básicamente de dos hechos de importante repercusión clínica :

1) que los acercamientos originales bienintencionados **no eran tan eficaces** como se pensaba, con la consiguiente derivación hacia métodos más pragmáticos.

2) una circunstancia que se ha ido generalizando en los últimos años en todo el mundo, que no es otra cosa que la **reducción de los tiempos de hospitalización**, hoy en día universalmente aceptada en nuestras unidades alrededor de las dos semanas.

Este segundo factor obedece a diversas razones que desbordan el ámbito de este trabajo pero que condicionan de forma muy importante las consideraciones que siguen, ya que, en estas condiciones, el promedio de sesiones a las que va a acudir un paciente estándar es de **no más de 10** con todas las consecuencias que de ello se derivan.

Sus ámbitos de aplicación han sido múltiples, con desigual fortuna si se contemplan las ambiciones con que se comenzaba y los resultados que a la postre se obtenían. La regla que se ha ido imponiendo ha sido la del ajuste de la técnica, basado en el pragmatismo, al ámbito en que ocurría su práctica, con la consiguiente disminución realista de las expectativas originales.

Los terapeutas se han ido dando cuenta de la necesidad de establecer objetivos concretos, encuadres adecuados con normas más abiertas, técnicas flexibles exentas de rigideces inoperantes y esclerosantes, personal entrenado más adecuadamente para el encuadre específico de la unidad de internamiento, y, métodos de intervención a la medida de los pacientes a los que

va dirigida la psicoterapia

### ALGUNAS BASES TEORICAS

#### NEUROSIS VERSUS PSICOSIS

Al igual que ocurre siempre que una técnica tiene sus bases en postulados teóricos pensados, para un modelo terapéutico ideal, la cura tipo como en el caso de las derivadas de la teoría psicoanalítica, a la hora de ajustar esa técnica en situaciones diferentes a la original, se producen problemas que a veces, y creo que este es el caso, no tienen fácil solución. La **técnica de la psicoterapia** psicoanalítica de grupo pensada para su aplicación ambulatoria con pacientes predominantemente neuróticos, tiene muy poco que ver con variaciones de esa técnica aplicadas en un medio hospitalario y con pacientes fundamentalmente psicóticos.

#### PSICOGENO VERSUS DESCONOCIDO

No solo es la técnica la que se ve afectada, ya que otro tanto ocurre con los postulados que nos sirven para explicarnos la naturaleza y el origen de los problemas que pretendemos tratar. Nadie dudaría en adscribir una etiología psicógena del tipo del conflicto neurótico clásico, a un paciente que aqueja un problema de tipo histérico, y consiguientemente parecería adecuada la **indicación** de una psicoterapia de grupo entre un abanico de posibilidades psicoterapéuticas disponibles. Seguramente no vamos a encontrar tanta unanimidad si de lo que se trata es de un paciente afecto de un trastorno esquizofrénico, con abundante sintomatología clínica y con severos trastornos de conducta que han motivado su internamiento y cuyas capacidades cognitivas se encuentran lógicamente mermadas. El origen psicógeno de la dolencia de este paciente sería mas que discutible y su abordaje psicoterapéutico individual y/o grupal exclusivo, rozaría la mala práctica clínica, al dejar de lado evidencias científicas hoy en día incontestables, respecto a

la naturaleza y efecto terapéutico de otras medidas sobre estos trastornos. La utilización de una técnica psicoterapéutica grupal, de enorme utilidad práctica, deberá adaptar sus características a las posibilidades de estos pacientes huyendo de planteamientos etiológicos y atendiendo más a los patogénicos (defensas, ansiedades, mecanismos de funcionamiento mental, etc).

### CONFLICTO VERSUS DEFICIT

Si en lo que nos fijáramos, dentro del campo de la teoría y técnica psicoanalítica, fuera precisamente sobre la **etiología** del fenómeno clínico que observamos, tendríamos, básicamente, dos modelos de referencia. El primero haría hincapié en lo relativo a la naturaleza conflictual del trastorno, mientras que el otro tendería a adscribir el mismo a la idea de **déficit** (13). Este último parecería de entrada el más adecuado en todos los sentidos, al haberse acumulado suficiente experiencia tanto clínica como de efectividad terapéutica que avalan con creces la existencia de un déficit severo en la gran mayoría de los pacientes que son tratados en las unidades de internamiento psiquiátrico, a través, entre otras medidas, de psicoterapia de grupo. Como consecuencia inmediata de lo que antecede, las técnicas que vamos a emplear deberán tener estas premisas en gran consideración para adaptarse a los sujetos a los que pretende ayudar.

Otra de las consecuencias teóricas que se desprenden de las observaciones anteriores va a tener que ver con la **posición** a la que indefectiblemente va a llevar al **psicoterapeuta grupal**. Será un observador privilegiado del mundo psicótico, sus mecanismos de funcionamiento mental, sus severas restricciones afectivas, su marasmo confusional, su dramática afectividad, su incapacidad para manejar un lenguaje simbólico, su concretismo e inmediatez conceptual, su impotencia ante una realidad a la que casi nada puede oponer, sus restricciones a la hora de usar pensamiento como modulador de la acción, y muchos momentos más que resultaría prolijo

enumerar.

Frente a esto deberá intentar rescatar todo lo que de sano aún quede para ayudar a ese grupo de pacientes, pero sin perder de vista que él entenderá algunas cosas, no muchas, pero sus pacientes muchas menos, restringiendo sus intervenciones a aquellas que en cada momento sienta que son más apropiadas, según el momento evolutivo del grupo, y sus posibilidades cognitivas y de elaboración.

### CONSIDERACIONES TÉCNICAS

Siguiendo a Hochman (14) podemos distinguir, dentro del campo de las psicoterapias en general, aquellas que privilegian el **encuadre** de aquellas que hacen especial énfasis en el proceso. Hablar de un grupo terapéutico con pacientes psicóticos y en un contexto público (los pacientes no se seleccionan en absoluto) significa necesariamente hablar de encuadre, nunca de proceso. Si uno se situara en las ideas de G<sup>a</sup> Badaracco (15) referentes al proceso terapéutico con pacientes psicóticos y añadiera la psicoterapia grupal como uno de los recursos terapéuticos disponibles, estaría pensando en muchos meses si no años de tratamiento continuado, que harían posible la realización del proceso. Baste recordar aquí que estamos hablando de dos semanas de estancia media y en malas condiciones clínicas. Una vez hechas estas consideraciones la primacía del encuadre sobre el proceso parece clara.

Será pues la presencia, la actitud del terapeuta, su capacidad de contención, su “**encuadre interno**“, su experiencia para privilegiar que intervención puede aportar mayor sentido, lo que primará sobre hipotéticos contenidos de gran interés (\*) pero probablemente escaso valor terapéutico. Esto nos obligará a dejar de lado, en una suerte de negligencia selectiva, contenidos del pasado remoto, emergencias de fantasías con importante carga afectiva, contenidos inconscientes ligados a ellas, etc. Todo el material sobre el que basamos la interpretación en el tratamiento de un neurótico será aquí desestimado. Como decía en un trabajo previo, (3) bastante



sorprendente es ya que la auténtica “jaula de grillos “ que es un grupo con pacientes psicóticos sintomáticos, sea capaz de mantenerse durante el tiempo de realización del grupo relativamente en calma y con un cierto orden sin que salgamos todos despedidos de ella en un simbólico estallido.

### **CULTURA GRUPAL**

Hay que tener en cuenta, una vez mas, la brevedad de la estancia y la rapidez de la rotación. Ello obliga a la existencia de una “**cultura grupal**“ que sin duda el medio debe proveer, hablando evidentemente de uno específico estructurado como terapéutico en la cultura de los “Therapeutic Milieu“ (16). El personal de la unidad será su portador pero sobre un anclaje real en los pacientes, que en ultimo termino son los auténticos portadores de la cultura grupal. Ellos son los que van a recibir al paciente recién ingresado y llegado al grupo, le van a explicar su funcionamiento, su utilidad o inutilidad, de que se pretende que se hable, cuales son sus limites tanto verbales como de actuación son ellos los que van a apoyar al esquizofrénico que sufre su primer brote acogiéndolo, intentando que recupere mínimas referencias donde agarrarse, limites a la conducta del maníaco o esperanza al melancólico que ha intentado suicidarse.

Es sorprendente y ha sido objeto de múltiples comentarios cotidianos el observar como pacientes recién ingresados y con un alto grado de desestructuración personal, engranan en la maquinaria grupal con evidente respeto del encuadre, más aún si tenemos en cuenta que otra situación grupal (familiar y social la mayor parte de las veces), ha condicionado el ingreso.

### **YO AUXILIAR**

Lo que acabo de decir lleva implícita la idea, en ocasiones dejada de lado, de la gran capacidad terapéutica que en un grupo de psicoterapia tiene el propio grupo mas allá de las intervenciones del terapeuta. Las ideas del “**yo auxiliar**“ (17) están aquí explicitadas y

recordadas cuando al final de muchos grupos, en la reunión posterior al mismo, comentamos la enorme importancia de la intervención de uno u otro paciente que verdaderamente tuvo sentido y dijo con las palabras exactas lo que a lo mejor nosotros queríamos decir pero habíamos sido incapaces de formular. La lucidez en ocasiones de algunos pacientes en estos grupos pone la carne de gallina al ser capaces de sintonizar con un nivel de profundidad inconsciente, con el verdadero contenido latente que esta siendo expresado y que puede pasar desapercibido para un terapeuta experimentado, sobre todo si se compara con la situación clínica sintomática de ese paciente. Como observación clínica ampliamente contrastada y en este mismo sentido la capacidad del grupo en su conjunto para afinar diagnósticos con una pericia digna de elogio en esos casos fronterizos entre lo auténtico lo ficticio, lo real y lo simulado, la “personalidad “ y la psicosis clínica.

### **NATURALEZA DE LAS INTERVENCIONES**

Hay que pararse un momento y plantear la cuestión de la naturaleza de las intervenciones en un grupo con pacientes mayoritariamente psicóticos. El viejo dilema de interpretación si o no parece fuera de lugar a mi juicio a favor de la idea del no nunca. Las interpretaciones que son la herramienta fundamental de cambio en el mundo psicoanalítico quedan aquí descartadas ante su inutilidad práctica. Producen concretizaciones, en el mejor de los casos racionalizaciones franca confusión. Las razones me parecen claras si recordamos que en toda terapia verbal la herramienta simbólica es la palabra, el lenguaje que a través del código simbólico transmite lo reprimido, lo inconsciente, a través de la fantasía que en lo imaginario de su constitución se expresa en la transferencia. El mundo del psicótico que confunde fantasía y realidad, que carece en sus peores momentos del orden simbólico, que funciona de acuerdo al proceso primario con escasas oportunidades para la secundarización parece un mundo ajeno a la posibilidad de manejarse con interpretaciones. Intervenciones más simples, menos profundas y dirigidas a lo emergente del

intercambio verbal en el grupo serán las adecuadas.

### **TRANSFERENCIA**

La **transferencia**, central en el mundo psicoanalítico, aquí o esta ausente o/y es masiva y por tanto mas instalada en un orden real que imaginario con las complejísimas situaciones a que ello lleva. Basten aquí las ideas expresadas por H. Searles relativas a los procesos transferenciales de los psicóticos como modelo de complejidad y de dificultad técnica, así como sus ricas referencias sobre el uso de la contratransferencia en estos pacientes.

La “**señalización**“ dirigida al contexto grupal y que intente recoger algo de la dinámica colectiva de cada momento, señalando sus defensas básicas y sus ansiedades predominantes, junto al rescate de la realidad en todo momento parece con mucho lo mas apropiado en este tipo de grupos. La señalización así considerada es un elemento de contención de primera magnitud que estructura el grupo y por ende a sus integrantes. La interpretación, con su posibilidad de movilización y por tanto potencial regresivo, puede resultar peligrosa al producir movimientos masivos de casi imposible contención con el agravamiento consiguiente y la nula efectividad terapéutica.

### **CONTRATRANSFERENCIA**

La contratransferencia, o quizás habría que referirse mejor a “las contratransferencias“ dada la enorme gama de situaciones diversas que estos pacientes suscitan, merece un capitulo aparte. Podríamos describir momentos cercanos a funcionamientos grupales neuróticos, con situaciones en que el grupo parece estar trabajando centrado en la “tarea”, mas bien depresivo, dándose cuenta aparentemente de sus insuficiencias, elaborando sus dificultades y tratando de buscar una situación satisfactoria a sus conflictos. El terapeuta siente una cierta calma, escucha con tranquilidad, se relaja y siente la “ilusión grupal” (D. Anzieu) (18) de que todo marcha

satisfactoriamente, de que el grupo esta maduro, se da cuenta de sus conflictos y tiende a solucionarlos. Pero esto es ilusorio. De repente, súbitamente, sin previo aviso, el grupo cambia radicalmente de dirección, se produce una crisis en forma de confusión, se pierde el hilo director, no se entiende absolutamente nada y parece que el fin de la coherencia ha llegado. Algún paciente cuestiona la utilidad de estar allí reunidos perdiendo el tiempo ya que “esto no sirve para nada“ e intenta marcharse del grupo, “lo que haya que hablar se habla en el despacho” “las pastillas son las que me producen los problemas“ “aquí quienes tendrían que estar son mis padres“ “los locos son los de fuera“, etc. La dinámica grupal ha cambiado a situaciones de “lucha y fuga“ en términos de W.Bion (19) y la confusión es la tónica dominante. El terapeuta siente un despertar de su letargo parecido al que se puede sentir cuando uno pasa de 0 a 100 km. /Hora en un segundo, no entiende nada salvo su propia confusión. Debe de decir algo pero no sabe que ni cuando. Su propia capacidad de pensar esta dificultada y si no hay otro terapeuta, como muchas veces sucede, no tiene en nadie en quien delegar ese momento de desorganización del cual siente y sabe que debe de salir cuanto antes, pues el grupo esta esperando que diga algo, casi que lo que sea. Confieso que esto puede parecer muy fuerte pero confío en la benevolencia de quienes habiéndose visto en circunstancias similares lo van a entender, pues la angustia de esos momentos haría que uno saliera corriendo del grupo a donde fuera que hubiera “normales”.

En el medio de estos momentos referidos la amplia gama descrita por diversos autores Bion (19), Grinberg (20), Yalom (11), Foulkes (10), Bleger (21), Racamier (17), G<sup>a</sup> Badaracco (15), Mandelbaum, etc.. La excepción a la norma suele ser la normalidad y la tranquilidad en los terapeutas, y a partir de ahí cualquier cosa.

A veces, presa ya de un cierto callo de insensibilidad, son otros los que nos llaman la atención sobre la enorme intensidad y virulencia de los sentimientos contratransferenciales que se producen en los grupos de psicóticos. El MIR que viene a la Unidad como parte de su aprendizaje y que quizás acude por primera vez en su vida a una sesión de grupo con una

formación/información previa rudimentaria o inexistente. A los pocos minutos uno lo ve allí sentado con la bata como signo de refuerzo de su identidad, defendiéndose como puede y con cara de extrañeza o de perplejidad en el mejor de los casos. Cuando en la reunión posterior al grupo uno le pregunta, o mejor aun, él directamente te cuenta sus impresiones te das cuenta de la intensidad de un fenómeno inusual, comparado a veces, con cierta justicia, con lo que se debe sentir a la deriva en un temporal. Intentamos cuidar en la medida de lo posible estas situaciones con información y con la reunión de reorganización posterior al grupo.

### **REUNION POSTERIOR**

Es como una catarsis, una sesión de masaje después de un largo trecho en bicicleta, la recomposición necesaria después de tanta exposición. Las psicosis, vistas desde el grupo resultan fascinantes, pero como todas las fascinaciones resultan peligrosas en la medida de que bordean los límites, la raya que nos separa del otro lado, ese corredor que amenaza con no tener retorno y que tanto nos subyuga como nos asusta.

Hemos comentado en múltiples ocasiones con todo el personal la magia de algunos momentos grupales que por lo menos desde mi perspectiva constituyen quizás el observatorio mas privilegiado de la experiencia psicótica, del modo de vida psicótico, de algo que ni las descripciones clínicas de los clásicos (que todo hay que decirlo vivían en los hospitales, de ahí sus descripciones) da verdadera cuenta. Es algo que resulta a la par que mágico aterrador.

La reunión posterior del personal que ha estado en el grupo es el momento de la recomposición necesaria, de la reintegración de la identidad sometida a un fuerte shock, allí donde los comentarios de unos y otros intentan dar sentido a la experiencia vivida rescatando lo comprensible y analizando sus contenidos tanto grupales como los relativos a los pacientes individuales, sus potencialidades, capacidades, momentos evolutivos, etc.

### **DINAMICA GRUPAL.**

El grupo terapéutico es la columna vertebral de la U.H.B. (22), su verdadero eje alrededor del cual gira toda su vida. Es el lugar donde se vierten sus conflictos, las vicisitudes de su cotidianeidad. Nos habla de nuestra estructuración, nuestra capacidad de contención, nuestros conflictos y los suyos, todo va a parar a él. Allí se expresan todos los hechos reales e imaginarios sucedidos en la planta.

Su realización diaria, su continuidad, garantiza la existencia de su valor, de aquello que lo configura como el medio terapéutico que debe ser, el catalizador de sus múltiples problemas en búsqueda de soluciones más adaptativas .

Atraviesa todo tipo de problemas, los canaliza y reconduce y a pesar de sus dificultades siempre tiene lugar, a las 10:30 se reúne pase lo que pase, intentando hacerse cargo de todo aquello de lo que sea capaz. Pasará por momentos confusionales, sufrirá de negaciones, escisiones, identificaciones proyectivas masivas, deberá contener ataques a la razón, intentos de boicot, de que no se celebre, pero al menos parcialmente siempre vence pues se celebra. La dinámica grupal oscila entre el ataque, la huida, la lucha y la fuga, la dependencia, el silencio y la tormenta verbal, la coherencia y la incoherencia, pero al final siempre tiene lugar y esa es su grandeza.

### **CONSIDERACIONES FINALES.**

He pretendido ofrecerles una descripción, que alejada de una carga conceptual teórica dibuje un panorama lo más cercano posible a la realidad de lo que ocurre en un grupo terapéutico en una U.H.B. Se puede, lógicamente sofisticar sus principios, mecanismos de funcionamiento, de defensas, funcionamientos mentales, encuadre, roles, etc. Pero no era esa mi intención. Mi idea

era intentar transmitir, lo mas sencillamente posible, algunas de las cosas que suceden en estos grupos y por encima de todo dejar clara su enorme utilidad como herramienta terapéutica en una unidad de hospitalización, aquello que hace de ella la joya de la corona como canalización de lo psicológico en general y de lo analítico en particular para los pacientes afectos de patologías severas.

**BIBLIOGRAFIA**

1. Kaplan HI, Sadock BJ (ed): Comprehensive Group Psychotherapy, Edition 3. Williams and Wilkins, Baltimore. 1993
2. Melendo JJ, Gonzalez C. La Unidad de Agudos como elemento terapéutico. Revista de la AEN, nº 21.
3. García Bernardo E, Melendo JJ. Una forma de Psicoterapia Grupal en la Unidad de Agudos”, en Psicoterapia de Grupo Analítico-Vincular. Avila A (comp). Madrid: Equipo Quipú. 1993
4. Garcia Bernardo E. Reflexiones sobre la Practica de la Psicoterapia de Grupo en una Unidad de Hospitalización de Agudos”. II Congreso Nacional de la Asociación de Psicoterapia Analítica Grupal. Bilbao, Diciembre 1995 (en prensa).
5. Guimón J. Entrevista. Revista AEN 1994; 47-48: 133-140.
6. Kreeger L. The Large Group : Dynamics and Therapy. London: Maresfield Reprints.1975: 193-211.
7. Lazell E. The Group Treatment of Dementia Precox. Psychoanal Review 1921; 8: 168
8. Marsh L Group Treatment by the psychological equivalent of the revival. Ment Hygiene. 1931; 15 : 328.
9. Main S. Some Psychodynamics of large Groups. En Kreeger L. The Large Group : Dynamics and Therapy. London: Maresfield Reprints.1975: 57-86.
10. Foulkes SM. Psicoterapia Grupo- Analítica. Método y Principios ; Barcelona: Gedisa, 1981. pag 318 y siguientes.
11. Yalom ID. Inpatient Group Psychotherapy. New York: Basic Books. New York. 1983.
12. Levine B. Milieu Biopsy : The place of the Therapy Group on the hospital Ward. Int. J. Group Psychotherapy, 1980; 30 :77.
13. Kohut H. Analisis del Self. E. Amorrortu. Buenos Aires. 1971
14. Hochman J. Un punto de vista actual sobre las relaciones del psicoanálisis y de la terapia institucional”. Confrontaciones Psiquiatricas, 1989; 21: 65-78
15. García Badaraco JE. Comunidad Terapeutica Psicoanalitica de Estructura Multifamiliar. Madrid: Tecnipublicaciones, 1990; 235-276.
16. Leeman P. The therapeutic Milieu and its role in clinical management. Chapter 10. Inpatient Psychiatry. Williams and Wilkins. 2nd Ed. 1986
17. Racamier PC. Los Esquizofrénicos. .Madrid: Biblioteca Nueva 1983: 139-158



18. Anzieu D . El Trabajo Psicoanalítico en los Grupos. Mexico: Siglo XXI. 1978
19. Bion W. Experiences in Groups and other papers. London: Tavistock 1980
20. Grinberg L. Nueva Introducción a las ideas de Bion. madrid: Tecni- publicaciones, 1991: 19-52.
21. Bleger J. Simbiosis y Ambigüedad. Biblioteca de Psicología Profunda. Paidós, 1978; 82-164.
22. García Bernardo E. El Grupo Comunitario en el Hospital de Día. Psiquiatría Pública 1988; 11 (3) : 35-40.

EVALUACIÓN DE EFICACIA DE LA PSICOTERAPIA DE GRUPO EN UN ÁMBITO AMBULATORIO Y PÚBLICO (COMUNITARIO) SEGÚN INDICADORES DE "CONSUMO ASISTENCIAL" A LARGO PLAZO (5 AÑOS).

**AUTORES:**

- \* José Fco. MONTILLA GARCÍA. Psiquiatra  
Jefe de los Servicios de Salud Mental del Area 10 de Madrid.
- \* M<sup>a</sup> Luz IBÁÑEZ INDURRIA. Psicóloga.  
Servicios de Salud Mental de Getafe (Area 10 de Madrid).
- \* Carlos GONZÁLEZ JUÁREZ. Psiquiatra.  
Instituto Psiquiátrico José Germain (Area 9 de Madrid).
- \* Pilar MORENO RAYMUNDO. M.I.R. de Psiquiatría.  
Servicios de Salud Mental del Area 10 de Madrid.
- \* Margarita ALCAMÍ PERTEJO. M.I.R. de Psiquiatría.  
Servicios de Salud Mental del Area 10 de Madrid.

\* Esther GÓMEZ RODRÍGUEZ. M.I.R. de Psiquiatría.

Servicios de Salud Mental del Area 10 de Madrid.

## ÍNDICE

|   |         |
|---|---------|
| INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO. | pág. 1  |
| MATERIAL Y MÉTODOS.                       | pág. 10 |
| RESULTADOS.                               | pág. 13 |
| CONCLUSIONES FINALES Y PROPUESTAS.        | pág. 24 |
| BIBLIOGRAFÍA.                             | pág. 25 |

## INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

Los Servicios de Salud Mental de Getafe, pertenecientes a los Servicios de Salud Mental del Area Sanitaria 10 de Madrid, son los responsables desde el año 1984 de la asistencia psiquiátrica y atención a la salud mental del municipio de Getafe (localidad de aproximadamente 150.000 habitantes ubicada en el área metropolitana de Madrid). En ellos se desarrollan los programas de atención ambulatoria y de coordinación con los demás dispositivos asistenciales del Area (sanitarios generales, socio-comunitarios y resto de dispositivos que conforman la red de salud mental del Área) que aseguran el principio de continuidad de cuidados. La responsabilidad asistencial territorializada, el muy escaso uso de recursos privados -presumible por las características poblacionales, el ser un dispositivo "unificado" fruto de la integración de recursos de las diversas instituciones (Comunidad de Madrid, INSALUD y Ayuntamiento); y el estar situados al nivel de atención especializada, propician que los indicadores de incidencia, prevalencia y morbilidad administrativa sean homologables al standard. De otra parte, y a ello desde luego contribuye la interdisciplinariedad del equipo, las respuestas terapéuticas son diversificadas.

Podríamos resumir diciendo que: desde planteamientos comunitarios se atienden el total de demandas (y necesidades) del total de la población. No cabe, pues, una concepción asistencial "a la carta" (según preferencias de los profesionales) ni, por ende, respuestas terapéuticas encorsetadas en técnicas y/o teorías (doctrinas) únicas y excluyentes. Ante una demanda plural las respuestas terapéuticas han de ser por fuerza diversificadas. Valga esta "ubicación" de nuestro estudio para luego entender mejor ciertos planteamiento y conclusiones del mismo.

Desde siempre la psicoterapia de grupo ha sido, en nuestra orientación terapéutica y nuestra práctica asistencial, un instrumento muy importante. Así, en el año 1990 que es el analizado en el estudio que aportamos a esta ponencia, se realizaron **25 grupos** terapéuticos. El total de

**asistencias** (actos asistenciales recibidos por los pacientes) en grupos fue, dicho año, de **3.200**, lo que supuso el **34%** de las asistencias terapéuticas. Desde este amplio volumen de trabajo grupal/público que, además, está registrado informáticamente desde 1986 (Registro de Casos y Actividad Asistencial) nos sentimos obligados a su explotación retrospectiva. Presentamos, pues, este estudio como un primer avance de lo que queremos sea un desarrollo de líneas futuras de trabajo.

Es preocupación de las últimas políticas sanitarias y, creemos que de cualquier profesional público ubicado en un quehacer responsable de su trabajo, evaluar la eficacia de las técnicas terapéuticas aplicadas. En el reciente "**Catálogo de Prestaciones Sanitarias del Servicio Nacional de Salud**" se incluye la **Psicoterapia de grupo**. Si asumimos el quehacer psicoterapéutico como algo fundamental en las prestaciones públicas de salud mental, no debemos evitar el reto de evaluar nuestros resultados. Hemos escogido un camino apenas hollado en el campo de la evaluación de eficacia de psicoterapias: el del "**Consumo Asistencial**"... Nos explicamos: Sin entrar en los paradigmas de curación/mejoría, tan ingratos a nuestras patologías, sin embargo e intencionalmente nos hemos decidido por asumir el clásico y **médico** "lustro de curación"; dando por bueno que determinadas patologías, tras aplicarles determinadas terapias (grupales en este caso) quedarían "resueltas" tanto en cuanto no volviesen a surgir como demandas asistenciales expresas. El contexto asistencial, antes esbozado, donde nos movemos (responsabilidad asistencial territorializada, dispositivo que unifica todos los recursos públicos y presumible uso de lo privado muy escaso) creemos que relativiza las obvias críticas a este planteamiento. En otros términos: la "**independización** de los pacientes" de los servicios, dejando de percibir prestaciones tras recibir un determinado tratamiento previo, sería un indicador claro de, si no curación, al menos "mejoría suficiente" y, por ende, refrendaría la

eficacia de la terapia aplicada. Por el contrario, la "**adherencia**" a los dispositivos asistenciales y el "consumo asistencial" consecuente indicarían un status de no curación/no mejoría suficiente y el fracaso de las terapias en uso.

En definitiva, desarrollamos un estudio sobre **Evaluación de la eficacia de los grupos psicoterapéuticos en un ámbito ambulatorio y público**; usando como **indicador el "consumo asistencial" / "independización"** del paciente de los servicios especializados de salud mental.

Antes, lógicamente, queremos comentar algo de lo publicado al respecto hasta el momento. O nuestra búsqueda bibliográfica no ha sido minuciosa y/o correcta o lo publicado no es mucho pese a que queremos creer que existe una conciencia cada vez mayor, por parte de los profesionales, en cuanto a que la investigación en tratamiento grupal tiene claras implicaciones para la práctica clínica.

La psicoterapia grupal es empleada en un amplio número de situaciones clínicas con un demostrado grado de efectividad (Smith y cols. 1980 **(1)**; Shapiro y Shapiro 1982 **(2)**; Toseland y Siporin 1986 **(3)**; Parloff y Dies 1977 **(4)**; Sethna y Harrington 1971 **(5)**; Wolff y Solomon 1973 **(6)**; Budman y cols. 1988 **(7)**). Las técnicas de este tipo de terapia pueden ser modificadas para ajustarse a los diferentes recursos existentes en la red de Salud Mental. Es esta adaptabilidad a un amplio rango de encuadres, objetivos y pacientes, junto con la posibilidad de atención simultánea de un importante número de sujetos lo que le confiere una mayor eficiencia en la utilización del tiempo, espacio y personal.

La psicoterapia grupal utiliza varios factores terapéuticos o mecanismos de cambio, muchos de ellos únicos en el encuadre grupal y evaluados en numerosos estudios (Corsini y Rosenberg 1955 **(8)**; Yalom 1970 **(9)** ; Bloch y cols. 1979 **(10)**, 1981 **(11)**, 1985 **(12)**; Fuhriman y Butler 1983 **(13)**; Almenta y cols. 1994 **(14)**).

Además de los numerosos estudios existentes acerca de los fundamentos científicos de las intervenciones grupales, se está iniciando una documentación rigurosa acerca de la eficacia, seguridad y efectividad de las mismas. Así, Dies en 1979 señala que los investigadores muestran mayor optimismo acerca de la eficacia de los métodos grupales, aunque su valoración sea algo muy complejo. De las primeras tentativas realizadas hace unos 20 años (Bednar y Lawlis 1971; Bednar y Kaul 1978) no era posible extraer resultados fácilmente generalizables. No ha sido hasta hace poco tiempo (Dies 1986; Kaul y Bednar 1986; Orlinsky y Howard 1986 **(15)**) que algunos estudios han presentado la psicoterapia grupal como una modalidad rentable. Se ha explorado la cuestión de la eficacia terapéutica de los tratamientos grupales mediante el uso de diferentes métodos. Smith y cols. -1980 **(1)**- aplicaron una técnica denominada "meta-análisis" (basada en las puntuaciones promedio de cambio en medidas dependientes) dentro de su completo examen de los resultados de psicoterapia en cientos de estudios realizados en una amplia variedad de ambientes clínicos. Estos autores concluyeron que la psicoterapia de grupo era tan efectiva como los tratamientos individuales para aliviar los trastornos psicológicos.

Toseland y Siporin -1986 **(3)**- advirtieron que las conclusiones derivadas del meta-análisis se basaban en estudios separados que utilizaron diferentes modalidades terapéuticas más que en investigaciones que hacen una comparación directa entre tipos de tratamiento. en consecuencia sondearon la literatura en busca de informes en los que los tratamientos individual y de grupo se contrastaron de manera directa. Descubrieron que en las tres cuartas partes de la investigación no se identificaron diferencias significativas en efectividad. En los estudios restantes la psicoterapia de grupo se estableció como más eficaz; además demostraron una eficiencia (eficacia/coste) mayor en más del 80% de los estudios revisados. El meta-análisis posterior realizado por Tillintski -1990 **(16)**- acerca de las mismas investigaciones confirmó en términos generales estas



conclusiones. Orlinsky y Howard -1986 (15)- también escrutaron los estudios que comparaban de manera directa las intervenciones individuales y de grupo, obteniendo conclusiones similares.

En conclusión y a pesar de no existir muchos estudios en esta línea investigadora, los realizados apoyan de manera uniforme la generalización de que la psicoterapia de grupo es una manera efectiva y eficaz de intervención.

La mayoría de los estudios realizados han analizado la eficacia del abordaje terapéutico grupal a través de la percepción del cambio por el propio paciente, la valoración por los terapeutas y por las personas del entorno (Hartley y Rosenbaum 1963 (17); Lieberman y cols. 1973 (18); Dick 1975 (19); Bloch y Reibstein 1980 (20); Azim y Joyce 1986 (21)). En nuestro estudio, al igual que realizó ya Dick en 1975 (19), valoraremos como dato más objetivo del cambio terapéutico la **independización de los pacientes de los servicios psiquiátricos: la disminución del "consumo asistencial"**. Dick estudió 93 pacientes neuróticos crónicos cuyos tratamientos psiquiátricos previos no habían resultado exitosos. Planteaba que la terapia grupal analítica podía ser el agente para conseguir un cambio positivo mantenido que permitiera el cambio del status de paciente crónico al de una persona independiente de la ayuda psiquiátrica. Aunque utilizó cuestionarios a ser completados por los pacientes a los 6 meses, 18 meses y 2 años y medio de finalización del grupo consideraba que la independización de los servicios psiquiátricos y sociales corroboraban la evidencia del cambio psíquico experimentado por la terapia grupal.

Por último y antes de iniciar la exposición de nuestro estudio, creemos necesario reseñar, aunque sea de manera concisa, las características teóricas y técnicas en las que se sustentan los grupos terapéuticos realizados en nuestro Servicio.

Hemos trabajado con "**Grupos Operativos**", cuyo esquema referencial es el psicoanálisis y

la teoría de grupos formulada por Bion y Pichon Rivière. Desde tal concepción, un grupo es una estructura sostenida por tres polos: tarea (terapia), terapeuta (equipo coordinador), integrantes (pacientes).

Al inicio del proceso, esta estructura es un espacio semivacío que comienza a llenarse, una vez que se da el encuadre o conjunto de normas que pautan los encuentros y que actúa como contenedor y disparador del proceso terapéutico. Cada integrante del grupo iniciará un proceso de interacción y comunicación según los patrones internalizados en su grupo familiar y otros grupos de pertenencia. Se van, pues, condensando en la estructura grupal transferencias (con el terapeuta, con la tarea, con los otros integrantes...) que pueden ser comprendidas y analizadas en el aquí y ahora, para crear nuevas posibilidades en la organización de los vínculos.

En nuestros grupos, realizados en una institución pública, la noción de límite está siempre presente. La tarea terapéutica que nos proponemos es también limitada. No nos planteamos el análisis profundo de la estructura caracterial de los pacientes; ello no sería posible dados nuestros recursos. Lo que proponemos es el análisis de sus conflictos y su malestar con el fin de conseguir una mayor plasticidad de los mecanismos de defensa, una disminución de las ansiedades básicas (de ataque y pérdida) y una disminución o resolución de los síntomas que permita una mayor integración del yo, una mejor tolerancia a la frustración y una mejor adaptación activa a la realidad en el sentido transformador que definió Pichon Rivière. Cada integrante despliega su modo particular de inclusión en el grupo y contribuye así a la construcción de la estructura significativa específica de ese grupo, que es inconsciente, y que determinará la asunción y adjudicación de determinados roles en la dinámica del proceso. Hay, pues, un nivel latente en el funcionamiento del grupo, donde se consolidan la resistencia al cambio y la estereotipia en el afrontamiento de los conflictos. Será labor del terapeuta desvelar este nivel latente, aportando al

grupo elementos para una nueva comprensión de los fenómenos que obstaculizan el desarrollo de la tarea grupal y, paralelamente, de aquellas motivaciones inconscientes que ocasionaron detenciones o distorsiones en el proceso de maduración de cada sujeto.

Pensamos que la situación real que plantea el grupo -"curarse con otros"- facilita y estimula ciertas operaciones que debe plantearse cualquier terapia. Por ejemplo, en la situación grupal el técnico pierde la exclusividad del saber/poder con respecto a la cura, puesto que cada sujeto puede darse cuenta de que otros, iguales a él, hacen observaciones útiles que sirven para la toma de conciencia de los conflictos y para el cambio. El conocimiento sobre lo que es ser o estar sano se socializa y se asume con mayor facilidad porque ya está enunciado así desde el propio encuadre. Se frustra también, desde el encuadre propuesto, la fantasía omnipotente de identificación con un Yo ideal personificado en el terapeuta que, además, debe ser compartido con otros. La relación terapéutica propuesta en el grupo es menos regresiva que la relación dual que se da en la terapia individual, aunque también en el grupo hayan de interpretarse las depositaciones en este sentido.

El grupo, tal y como nosotros lo concebimos, plantea siempre un principio de realidad que sitúa la relación terapéutica en un contexto y un tiempo. Los grupos "generales" siempre son de **duración breve**: 3 a 6 meses; una sesión semanal de 90 minutos (más los 30 minutos posteriores para elaboración / docencia); los grupos especiales y de apoyo tienen otros encuadres. Desde el contrato terapéutico, pues, está establecido que el grupo finalizará en un plazo concreto, lo que obliga a la elaboración de los problemas en torno al duelo y la separación. Esta contextualización de la terapia, en la intersección entre lo que necesita el paciente y lo que puede ofrecer la institución, refleja la consideración del pasaje por el dispositivo terapéutico, como uno de los recursos que puede movilizar el sujeto en el proceso de su adaptación activa a la realidad, proponiéndole

por eso mismo la ruptura de la dependencia y la asunción de su autonomía.

Otra característica del grupo que favorece el objetivo de la terapia, es que ofrece para llegar a la toma de conciencia, no sólo la verbalización de los conflictos sino también la expresión comportamental que se despliega en la maya interactiva. El grupo permite, mejor que en otras relaciones terapéuticas, el análisis de la envidia, la competencia y la rivalidad, la agresividad, la omnipotencia, la pasividad, etc... Es un lugar privilegiado para el aprendizaje de la simbolización de los conflictos, cuestión imprescindible para lograr una mejor integración yoica y una disminución de las formaciones sintomáticas.

Por último, señalar que siempre empleamos la **Co-terapia**: uno o, a veces, dos terapeutas más un "observador" (MIR/PIR). Los tipos de grupos básicamente podemos dividirlos en tres: grupos generales, con heterogeneidad diagnóstica entre sus componentes, encuadrados por edad: niños, adolescentes, jóvenes, adultos-menores, adultos-maduros, mayores. Grupos especiales, con homogeneidad diagnóstica: "moderate-group" y otros grupos con psicóticos, grupos "de medicación", trastornos alimentarios, etc. Grupos de apoyo: padres de niños y de psicóticos, grupos de socialización, de relajación, etc. En el estudio que a continuación desarrollamos se excluyeron, en la selección diagnóstica de la muestra, las dos últimas categorías (grupos especiales y de apoyo).

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

El primer planteamiento fue comparar a pacientes tratados con psicoterapia de grupo en los Servicios de Salud Mental de Getafe con una población semejante en otro dispositivo similar pero, en el cual, no se usaran los grupos terapéuticos: escogimos los Servicios de Salud Mental de Leganés (Área Sanitaria 9 de Madrid / Instituto Psiquiátrico José Germain) al que consideramos homologable con los Servicios de Salud Mental de Getafe en desarrollo, recursos y

organización asistencial y que asume una población "a priori" también homologable en los socio-demográfico y sus referentes de morbilidad; además en estos Servicios no se aplicaba, en el período retrospectivo estudiado, terapia grupal a los mayores de 16 años. Para contrastar la mayor o menor eficacia de una u otras (en su conjunto) terapias nos valemos de los consumos asistenciales posteriores. Definimos un período anual de tratamientos (dentro del cual consideramos como "casos tratados" a aquellos que hubieran recibido al menos ocho asistencias terapéuticas) y los cinco años subsiguientes como período de evaluación del consumo asistencial.

**Criterios de selección de las muestras** (sobre el total de pacientes atendidos):

1. **Ambitos:** Servicios de Salud Mental de Getafe y Servicios de Salud Mental de Leganés.
2. **Período de tratamiento:** 1.9.89 a 31.8.90 (12 meses)
3. **Edad:** mayores de 16 años.
4. **Diagnósticos (CIE 9):** 300 (trastornos neuróticos); 301 (trastornos de personalidad) y 309 (reacción de adaptación), diagnósticos comunes en psicoterapias.
5. **Nº asistencias "terapéuticas":** mínimo 8.
6. **Modalidad terapéutica:**
  - 6.1. Cualquier tipo de tratamientos (ambas muestras globales: Leganés y Getafe)
  - 6.2. Terapia de grupo (sólo Getafe)
7. **Período de evaluación del "Consumo asistencial"** tras el período de tratamiento: 1.9.90 a 31.12.95 (64 meses: 5 años y 4 meses). Se contabilizan el número de actos asistenciales recibidos por cada paciente sin diferenciar la modalidad terapéutica.

**Muestras obtenidas y segregadas:**

Tenemos, por tanto, en principio 3 muestras de conjuntos de pacientes: **Dos** muestras **globales** (casos con **cualquier tipo de tratamiento**), una de los **Servicios de Salud Mental de**

**Leganés** (219 casos) y otra de los **Servicios de Salud Mental de Getafe** (242 casos); y la muestra de los **Servicios de Salud Mental de Getafe**, que recoge sólo los casos tratados con **terapia de grupo** (108 casos) siendo el resto de criterios de selección idénticos a los de las muestras globales.

Posteriormente, obtuvimos tres submuestras más: de la muestra global de **Getafe** segregamos la de los casos **no tratados en grupo** (134 casos); y la muestra de casos de Getafe **tratada en grupo** la dividimos entre los **consumidores** y **no-consumidores asistenciales**.

#### Comparaciones entre las muestras:

1º) El objetivo nuclear del estudio es confrontar los **consumos asistenciales** posteriores -como **indicadores de la eficacia terapéutica**- entre los tratados con **terapia grupal** (de Getafe) y los tratados con cualquier **otra terapia**, menos la grupal, en Leganés. También veremos al analizar estas dos muestras sus rasgos diferenciales (demográficos y diagnósticos).

2º) Pero previamente quisimos conocer si, en efecto, las **poblaciones** atendidas en ambos servicios eran **homologables**. Para ello obtuvimos también la muestra global -todos los tratamientos- de Getafe y la cruzamos con la muestra global de Leganés. De ambas muestras también estudiamos sus diferentes consumos asistenciales.

3º) Posteriormente segregamos la muestra de Getafe con tratamientos no grupales, a fin de conocer, tras cruzarla con la de los tratados en grupo, algo de bastantes interés para nosotros: las **características** de los **pacientes** a los que **incluimos "de facto" en grupo**. También estudiamos de ambas muestras sus diferentes consumos asistenciales.

4º) Por último vimos las diferentes características, entre los sometidos a terapia de grupo en Getafe, de los subgrupos consumidor y no consumidor de asistencias, tratando de encontrar

**factores de respuesta terapéutica** (favorables y desfavorables) a incorporar a la **indicación terapéutica** de los grupos.

**Indicadores y características** estudiadas en las muestras:

a) **Ítems demográficos:**

1. **Sexo.**

2. Grupos **Edad:** 17-25 / 26-35 / 36-50 / más de 50 años.

b) **Ítems clínicos. Diagnósticos:**

3. Agrupamientos diagnósticos (CIE 9<sup>a</sup>): trast. neuróticos (300), trast. de personalidad (301), reacción de adaptación (309).

4. Diagnósticos concretos. Los más representados: trast. de ansiedad (300.0) y depresión neurótica (300.4).

c) **Indicadores de "Consumo Asistencial"** (período 1.9.90 al 31.12.95):

5. Número total de casos sin consumo asistencial / **independización** de los Servicios: serían los casos que, tras el período de tratamiento, no han devengado ninguna asistencia en los 5 años siguientes.

6. Número total de casos con consumo asistencial / **adherencia** a los Servicios: serían los casos que, tras el período de tratamiento, o no fueron dados de alta o, tras recibir el alta, volvieron a requerir asistencia en el Servicio en algún momento durante los cinco años siguientes.

7. Número asistencias prestadas al total de casos de la muestra.

8. Media de asistencias/caso sobre el total de casos de la muestra.

9. Media de asistencias/caso sobre los casos con consumo asistencial.

**RESULTADOS. -Análisis y conclusiones parciales-**

1. Comparación **muestras globales (cualquier modalidad terapéutica)** Getafe/Leganés.

1.1. Características demográficas (sexo y edad) y clínicas (diagnósticos).



| TABLA I                   | LEGANES (219 casos)<br>-cualquier tto.- |      | GETAFE (242 casos)<br>-cualquier tto.- |      |
|---------------------------|---|------|--|------|
|                           | nº casos                                | %    | nº casos                               | %    |
| <b>SEXO</b>               |   |      |  |      |
| Varones                   | 57                                      | 26.0 | 56                                     | 23.2 |
| Mujeres                   | 162                                     | 74.0 | 186                                    | 76.8 |
| <b>EDAD</b>               |   |      |  |      |
| 17 - 25                   | 26                                      | 11.8 | 32                                     | 13.2 |
| 26 - 35                   | 30                                      | 13.9 | 44                                     | 18.2 |
| 36 - 50                   | 93                                      | 42.4 | 107                                    | 44.2 |
| 51 ó más                  | 68                                      | 31.0 | 53                                     | 22.0 |
| no especif.               | 2                                       | 0.9  | 6                                      | 2.4  |
| <b>DIAGNOST. (CIE 9ª)</b> |   |      |  |      |
| 300 (tras. neurót.)       | 156                                     | 71.4 | 198                                    | 81.8 |
| 300.0 (est. ans.)         | 44                                      | 20.0 | 43                                     | 17.7 |
| 300.4 (dep.neur.)         | 78                                      | 35.6 | 94                                     | 38.8 |
| 301 (tras. personal.)     | 29                                      | 13.2 | 18                                     | 7.5  |
| 309 (reac. adaptac.)      | 31                                      | 14.1 | 26                                     | 10.7 |
| No especificado           | 3                                       | 1.3  | 0                                      | 0    |

Análisis y conclusiones: son **muestras**, como presuponíamos, claramente **homogéneas** y, por tanto, técnicamente comparables;

reflejan datos en consonancia con las prevalencias/morbilidad administrativas conocidas, comunes y apropiadas a ambos Servicios y sus características. Sólo se aprecian un par de diferencias que creemos explicables:

\* El grupo de edad de mayores de 50 años está bastante más representado en la muestra de Leganés y, por contra, los de 26 a 35 años de Getafe superan, aunque con menor distancia en el interporcentual, a los de Leganés. La explicación estaría en las diferentes pirámides poblacionales

de ambas localidades en 1990, siendo la de Leganés más standard respecto a la marcadamente juvenil de Getafe.

\* Las neurosis tienen más peso en Getafe; por contra los trastornos de personalidad en Leganés. Un dato no reflejado en la tabla quizá lo explique: la histeria son 33 casos en Getafe y sólo 8 en Leganés ¿serían bastantes de los 33, diagnosticables de trastorno histérico de la personalidad?

\* Por último, quizás sorprenda que el total de casos de Leganés (219) sea algo menor que el de Getafe (242) siendo, sin embargo, su población aproximadamente un 12% mayor que la de Getafe. Además los factores de "penetración asistencial" y "patrones de uso" son homologables según los datos disponibles de 1990. Creemos que las 8 ó más asistencias recibidas en el año de tratamiento que definen a las muestras, explicaría este dato; pues como luego veremos, en Getafe en general, el número de asistencias prestadas por caso es ligeramente superior.

1.2. **"Independización"** de los pacientes de los Servicios de Salud Mental / **"consumo asistencial"** posterior (5 años):

| <b>TABLA II</b>          | <b>LEGANES -cualquier tto.- (219 c.)</b> | <b>GETAFE -cualquier tto.- (242 c.)</b> |
|--------------------------|--|---|
| Casos sin consumo asist. | 24 <b>(10.9%)</b>                        | 75 <b>(30.9%)</b>                       |
| Casos con consumo asist. | 195 <b>(89.1%)</b>                       | 167 <b>(69.1%)</b>                      |
| Nº asistencias           | 6.188                                    | 6.166                                   |
| Asist/total casos        | 28.2                                     | 25.4                                    |
| Asist/casos con consumo  | 31.7                                     | 36.9                                    |

Análisis y conclusiones: los pacientes "independizados" que no recibieron ninguna asistencia en los cinco años siguientes son mucho más numerosos, casi el triple, en Getafe (30.9%) que en Leganés (10.9%) -gráfico 1-.

En cuanto a las asistencias prestadas por los Servicios en el lustro posterior, el reparto "teórico" sobre el total de los casos en Getafe es sólo un 11% inferior al de Leganés, pese al número de "altas definitivas" mucho mayor pero, a su vez, la media de consumo asistencial "real" de la población que continua (o vuelve) es algo mayor en Getafe (un 16%).

## 2. Comparación muestra global de Leganés / submuestra tratada en grupo Getafe:

### 2.1. Características demográficas (sexo y edad) y clínicas (diagnósticos):

| TABLA III                 | LEGANES (219 c.) -cualquier tto.- |      | GETAFE (108 c.) -ttos. grupales- |      |
|---------------------------|-----------------------------------|------|----------------------------------|------|
|                           | nº casos                          | %    | nº casos                         | %    |
| <b>SEXO</b>               |                                   |      |                                  |      |
| Varones                   | 57                                | 26.0 | 19                               | 17.6 |
| Mujeres                   | 162                               | 74.0 | 89                               | 82.4 |
| <b>EDAD</b>               |                                   |      |                                  |      |
| 17 - 25                   | 26                                | 11.8 | 23                               | 21.3 |
| 26 - 35                   | 30                                | 13.9 | 22                               | 20.3 |
| 36 - 50                   | 93                                | 42.4 | 47                               | 43.6 |
| 51 ó más                  | 68                                | 31.0 | 14                               | 13.0 |
| no especific.             | 2                                 | 0.9  | 2                                | 1.8  |
| <b>DIAGNOST. (CIE 9ª)</b> |                                   |      |                                  |      |
| 300 (tras. neurót.)       | 156                               | 71.4 | 81                               | 75.0 |
| 300.0 (est. ans.)         | 44                                | 20.0 | 26                               | 24.0 |
| 300.4 (dep.neur.)         | 78                                | 35.6 | 26                               | 24.0 |
| 301 (tras. personal.)     | 29                                | 13.2 | 12                               | 11.1 |
| 309 (reac. adaptac.)      | 31                                | 14.1 | 15                               | 13.9 |
| No especificado           | 3                                 | 1.3  | 0                                | 0    |

\* **Sexo:** se incrementa aún más el peso de las mujeres en la submuestra de tratamientos grupales. Bastante típico en los grupos ¿impedimentos laborales del varón?.

\* **Edad:** en los tratados en grupo hay, respecto a los de Leganés, una clara hiperrepresentación de menores de 35 años, sobre todo en el estrato de menor edad (17 - 25 años), e hiporrepresentación de mayores de 50. No obstante, el estamento "medio", los de 36 a 50 años, y que suponen más del 40% de casos, están homogéneamente representados.

\* **Diagnósticos:** comparando la submuestra de grupos terapéuticos con el global de Leganes, la única diferencia clara es el menor número de **depresiones neuróticas** en los tratados con grupo en Getafe (24% versus 35%). Luego veremos que esto quizás tenga que ver con el pronóstico preapercibido por los profesionales responsables, tras la evaluación clínica de los casos, de la orientación terapéutica; pues los éxitos terapéuticos en grupo no parecen darse precisamente en este tipo de depresión.

En definitiva, los grupos terapéuticos se indican, ofertan y usan en los servicios de Salud Mental de Getafe, en la misma interproporcionalidad entre categorías diagnósticas, salvo las Depresiones Neuróticas, que las que presentan los pacientes de Leganés. Los grupos terapéuticos serían una herramienta "**genérica**" que no requiere esencial "segregación" diagnóstica, aunque sí un **perfil de paciente** marcado por rangos de edad y sexo determinados.

2.2. "**Independización**" de los pacientes de los Servicios de Salud Mental / "**consumo asistencial**" posterior (5 años):

| <b>TABLA IV</b>          | <b>LEGANES -cualquier tto.- (219 c.)</b> | <b>GETAFE -ttos. grupal.- (108 c.)</b> |
|--------------------------|--|--|
| Casos sin consumo asist. | 24<br><b>(10.9%)</b>                     | 51<br><b>(47.2%)</b>                   |
| Casos con consumo asist. | 195<br><b>(89.1%)</b>                    | 57<br><b>(52.8%)</b>                   |
| Nº asistencias           | 6.188                                    | 1.844                                  |
| Asist/total casos        | 28.2                                     | 17.0                                   |
| Asist/casos con consumo  | 31.7                                     | 32.3                                   |

\* Los **pacientes "independizados"**, tras su **grupo terapéutico** en el 90 en los Servicios de Salud Mental de Getafe, suben hasta ser casi el **quíntuple**, en el porcentual, en relación a los asistidos en los Servicios de Salud Mental de Leganés, con cualquier otro tipo de tratamiento; además suponen casi la **mitad de la muestra** -gráfico 1-.

\* Consecuentemente el número de asistencias "teóricas" por pacientes (en los 5 años) es mucho mayor en Leganés (28.2) que en Getafe (17.0)... aunque la media de asistencias dadas en la población consumidora es prácticamente igual. Los pacientes adheridos a los Servicios consumen igual. Con los grupos se propician muchos más "independizaciones"... pero los que fracasan se "adhieren" de igual forma.

**3. Comparación submuestras del global Getafe:** casos en terapia de grupo / casos con terapias no grupales.

3.1. Características demográficas (sexo y edad) y clínicas (diagnósticos):

| TABLA V                   | GETAFE -cualquier tto.- (242 casos) | GETAFE -ttos. grupales- (108 c.) 44.6% |      | GETAFE -ttos. no grupales- 134 casos) 55.4% |      |
|---------------------------|-------------------------------------|--|------|---|------|
|                           |                                     | nº casos                               | %    | nº casos                                    | %    |
| <b>SEXO</b>               |                                     |  |      |   |      |
| Varones                   | 23.2 %                              | 19                                     | 17.6 | 37  | 27.6 |
| Mujeres                   | 76.8 %                              | 89                                     | 82.4 | 97  | 72.4 |
| <b>EDAD</b>               |                                     |  |      |   |      |
| 17 - 25                   | 13.2 %                              | 23                                     | 21.3 | 9   | 6.7  |
| 26 - 35                   | 18.2 %                              | 22                                     | 20.3 | 22  | 16.4 |
| 36 - 50                   | 44.2 %                              | 47                                     | 43.6 | 60  | 44.8 |
| 51 ó más                  | 22.0 %                              | 14                                     | 13.0 | 39  | 29.1 |
| no especif.               | 2.4 %                               | 2                                      | 1.8  | 4   | 3.0  |
| <b>DIAGNOST. (CIE 9ª)</b> |                                     |  |      |   |      |
| 300 (tras. neurót.)       | 81.8 %                              | 81                                     | 75.0 | 117   | 87.3 |
| 300.0 (est. ans.)         | 17.7 %                              | 26                                     | 24.0 | 17  | 12.6 |

|                       |        |    |      |    |      |
|-----------------------|--------|----|------|----|------|
| 300.4 (dep.neur.)     | 38.8 % | 26 | 24.0 | 68 | 50.7 |
| 301 (tras. personal.) | 7.5 %  | 12 | 11.1 | 6  | 4.5  |
| 309 (reac. adaptac.)  | 10.7 % | 15 | 13.9 | 11 | 8.2  |

\* A destacar que las dos submuestras de la muestra global de Getafe (242 casos) son bastante semejantes en volumen (134 y 108 casos), lo que reafirma que el **uso de técnicas grupales en los Servicios de Salud Mental de Getafe** no es "experimental" ni ultraspecífico, sino una herramienta terapéutica **común y genérica**.

\* **Sexo:** incremento de las diferencias de peso en detrimento de los varones (17.6% en tratamiento de grupo versus 27.6% en otros tratamientos).

\* **Edad:** diferencias marcadas y contrapuestas en el porcentual de los dos estamentos extremos: más del triple del tramo 17-25 años en grupo que en otros tratamientos y menos de la mitad de mayores de 50. Los estamentos intermedios, que representan las 2/3 partes del total, sin embargo muy semejantes. Por tanto, los grupos se usan sin excesivas segregaciones (en edades), aunque con cierto énfasis en menores y al revés en mayores. Evidentemente las "posibilidades de elaboración terapéuticas" de jóvenes (y maduros) son a priori superiores a las de los mayores, y esto obviamente infiere en la indicación terapéutica hacia psicoterapias en general.

\* **Diagnósticos:** En los porcentuales vemos marcadas diferencias, aunque el número de casos es demasiado bajo como para sacar conclusiones, de inclusión en grupos terapéuticos de trastornos de personalidad y reacción de adaptación. Lo verdaderamente llamativo es que en grupos versus otros tratamientos hay el **doble de trastornos de ansiedad** y la **mitad de depresiones neuróticas**. Esto tendría que ver con lo antes adelantado sobre resultados terapéuticos.

De la comparación de estas muestras podemos inferir las **características de los pacientes a**

los que "de hecho" orientamos terapéuticamente hacia grupos. Dicho perfil sería en lo esencial el siguiente: mujeres; adultos (36-50 años) y "proporcionalmente" los menores de 25 años; estados de ansiedad, reacciones de adaptación; las depresiones neuróticas se evitan en términos relativos.

3.2. **"Independización** de los pacientes de los Servicios de Salud Mental / **"consumo asistencial"** posterior (5 años):

| <b>TABLA VII</b>         | GETAFE -ttos. grupal.- (108 c.) |         | GETAFE -ttos. no grup.- (134 c.) |         |
|--------------------------|---------------------------------|---------|----------------------------------|---------|
| Casos sin consumo asist. | 51                              | (47.2%) | 24                               | (17.9%) |
| Casos con consumo asist. | 57                              | (52.8%) | 110                              | (82.1%) |
| Nº asistencias           | 1.844                           |         | 4.322                            |         |
| Asist/total casos        | 17.0                            |         | 32.2                             |         |
| Asist/casos con consumo  | 32.3                            |         | 39.2                             |         |

\* Los pacientes en terapia de grupo que no vuelven a consumir ninguna asistencia tras 5 años son casi el 50%, mientras que los de la submuestra de tratamientos no-grupales sólo alcanzan el 17%. -gráfico 1-.

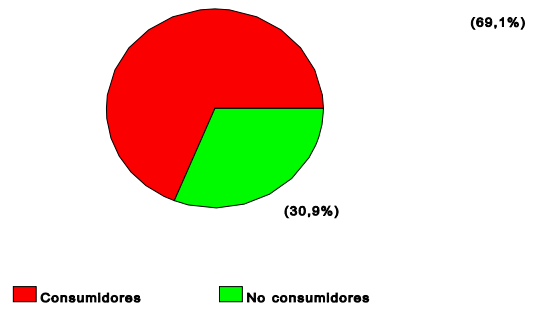
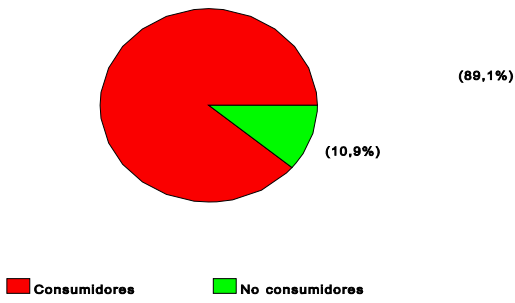
\* En cuanto a las asistencias teóricas consumidas por el total de casos de cada submuestra, lógicamente, los tratados sin grupo presentan una media por caso casi el doble (32.3) que los vistos en grupo (17.0). Las medias de consumo asistencial real por caso que persiste en el Servicio son más semejantes (32 y 39 respectivamente). Mejor quizás lo exprese la siguiente tabla:

| <b>TABLA VIII</b> | GETAFE -cualq. tto.- |        | GETAFE -tto. grup.- |         | GETAFE -tto. no grup.- |         |
|-------------------|----------------------|--------|---------------------|---------|------------------------|---------|
| Nº casos          | 242                  | (100%) | 108                 | (44.6%) | 134                    | (55.4%) |
| Nº asistencias    | 6.166                | (100%) | 1.844               | (29.9%) | 4.322                  | (70.1%) |

En conclusión: los no tratados en grupo (algo más de la mitad) consumen más de los  $\frac{2}{3}$  de las asistencias y viceversa.

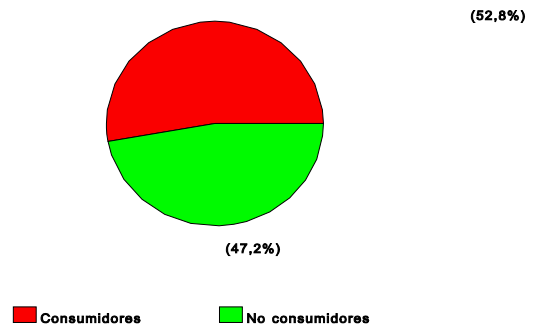


**GRÁFICO 1. CONSUMO ASISTENCIAL SEGUN MUESTRAS**



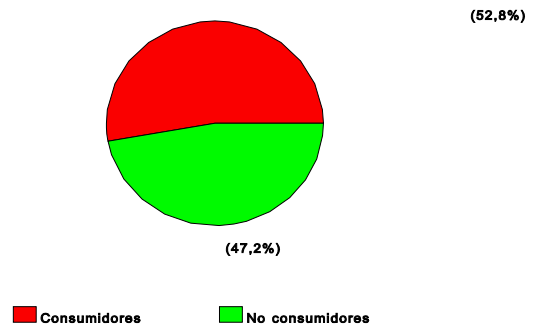
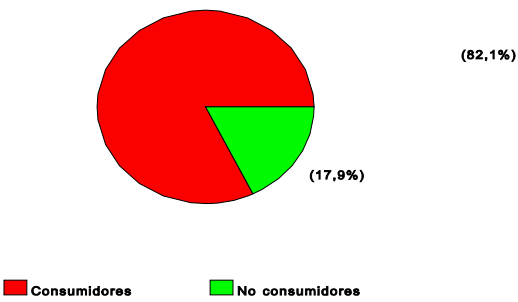
LEGANES -cualquier tto.-

GETAFE -cualquier tto.-



LEGANES -cualquier tto.-

GETAFE -tto. grupal-



GETAFE -tto. no grupal-

GETAFE -tto. grupal-

4. Comparación de las dos sub-muestras de Getafe con **tratamiento grupal**: casos sin **consumo asistencial** / casos con **consumo asistencial** (características predictoras de respuesta terapéutica favorable o desfavorable).

4.1. Características demográficas.

4.1.1. **Sexo**:

| TABLA IX | GETAFE -tto. grupo-<br>(108 casos) | Casos con consumo asist. (57<br>casos) | CASOS sin consumo asist. (51<br>casos) |
|----------|------------------------------------|--|--|
| Mujeres  | 89 (100%)                          | 49 (55%)                               | 40 (45%)                               |
| Varones  | 19 (100%)                          | 8 (42.1%)                              | 11 (57.9%)                             |

\* Curan o adquieren una "mejoría suficiente", si ello creemos exponente del no-consumo asistencial ulterior, significativamente más los **hombres** (un 58%) que las mujeres (un 45%).

4.1.2. **Grupos de edad**:

| TABLA X       | GETAFE -tto. grupo-<br>(108 casos) | Casos con consumo<br>asist. (57 casos) | Casos sin consumo asist. (51<br>casos) |
|---------------|------------------------------------|--|--|
| 17 - 25       | 23 (100%)                          | 10 (43.5%)                             | 13 (56.5%)                             |
| 26 - 35       | 22 (100%)                          | 10 (45.4%)                             | 12 (54.6%)                             |
| 36 - 50       | 47 (100%)                          | 29 (61.7%)                             | 18 (38.2%)                             |
| Mayores de 50 | 14 (100%)                          | 7 (50.0%)                              | 7 (50.0%)                              |
| Sin especif.  | 2 (100%)                           | 1 (50.0%)                              | 1 (50.0%)                              |
| Menores de 35 | 47 (100%)                          | 21 (44.6%)                             | 26 (55.4%)                             |
| Mayores de 35 | 61 (100%)                          | 36 (59%)                               | 25 (41.0%)                             |

\* Aparece claramente el factor **juventud** como predictor favorable y viceversa, aunque matizando: el tramo de edad más joven (17-25 años) resulta aún mejor que el tramo de 26 a 35 en el porcentual de no-consumidores (56.5% y 54.6% respectivamente). El tramo de 36 a 50 es el

que más casos depara de consumidores asistenciales (61%) estando los mayores de 50 años divididos justo al 50%. Si consideramos en sólo dos cohortes, mayores y menores de 35 años, vemos en definitiva cómo el diferencial interporcentual es menos marcado (11%) como exponente favorable de los jóvenes que como indicador desfavorable de los mayores (18%).

#### 4.2. Características clínicas: **diagnósticos**.

Presentamos en la siguiente tabla sólo los diagnósticos que por su número son representativos o los que, siendo poco numerosos, reflejan resultados llamativos:

| <b>TABLA XI</b>             | <b>GETAFE -tto. grupo-<br/>(108 casos)</b> | <b>Casos con consumo<br/>asist. (57 casos)</b> | <b>Casos sin consumo<br/>asist. (51 casos)</b> |
|-----------------------------|--|--|--|
| 300.0 (Estados de ansiedad) | 26 (100%)                                  | 12 (46.1%)                                     | 14 (53.9%)                                     |
| 300.1 (Histeria)            | 17 (100%)                                  | 11 (64.7%)                                     | 6 (35.3%)                                      |
| 300.3 (tr. obsev-compuls)   | 5 (100%)                                   | 1 (20.0%)                                      | 4 (80%)  |
| 300.4 (depresión neurót.)   | 26 (100%)                                  | 19 (73%)                                       | 7 (27%)  |
| 301.4 (tr. anancást. pers.) | 7 (100%)                                   | 0 (0%)   | 7 (100%)                                       |
| 309.0 y 309.1 (reac. depr.) | 13 (100%)                                  | 7 (53.8%)                                      | 6 (46.2%)                                      |
| Resto diagnósticos          | 14 (100%)                                  | 7 (50.0%)                                      | 7 (50.0%)                                      |

\* Por tanto, podríamos inferir que el tratamiento grupal es bastante eficaz en **Trastornos de Ansiedad**, siendo poco eficaz en las Depresiones Neuróticas, por el contrario supone mejores respuestas terapéuticas en las **Reacciones Depresivas**. Tampoco resulta del todo en la Histeria. Serían, quizás, los componentes endotímicos/biológicos, siempre presentes en los cuadros depresivos más refractarios a la terapia grupal que los componentes psicológicos y relacionales más presentes en las reacciones adaptativas y en los trastornos ansiosos.

\* Mención aparte los T.O.C. y el Trastorno Anancástico de la Personalidad que llamativamente tienen, con diferencia, el mayor índice de no consumo asistencial (aunque el número de casos es escaso y no es razonable tomar conclusiones). Si conformamos un solo grupo con ambos

diagnósticos, sobre 12 casos, sólo 1 (8.3%) evolucionaría como consumidor asistencial.

## CONCLUSIONES FINALES Y PROPUESTAS

1ª. En dispositivos de salud mental comunitarios/ambulatorios las psicoterapias de grupo, aplicadas a los cuadros neuróticos y afines, con su carga de morbilidad administrativa, resultan marcadamente más eficaces que el resto de terapias "en su conjunto", aplicando como indicador la independización de los pacientes de los Servicios de Salud Mental.

2ª. Por contra, las demás terapias (en su conjunto) consiguen unos muy elevados índices de adherencia (consumo asistencial) a los Servicios de Salud Mental... Cabría pensar que el contacto (terapéutico) inter-dual paciente <-> terapeuta provocaría una relación densa e inter-adherente de difícil ruptura, mientras que el contacto inter-multi-individual propio de los grupos propiciaría **conductas "autónomas" de curación**.

3ª. No obstante, los pacientes que, tras recibir tratamiento grupal, persisten adheridos a los Servicios, o lo que antes o después vuelven a ellos, "consumen" prestaciones asistenciales en proporciones semejantes a los no tratados con psicoterapia grupal.

4ª. Por consiguiente, habría que ir hacia un **uso amplio de las terapias de grupo** en cuadros neuróticos y afines (en todas las comparaciones presentadas reporta mucho mayores índices de "independización" que las otras terapias en su conjunto).

5ª. Pero habría que **adecuar** aún mejor los **criterios de indicación terapéutica de grupo**, a los **rasgos de respuesta terapéutica favorable** dimanados de estudios de eficacia.

6ª. Así, en nuestro estudio, al confrontar el análisis entre los tratados con o sin grupo en Getafe, o sea nuestros criterios de orientación terapéutica a grupo, con los resultados de consumo asistencial ("independización/curaciones") de la muestra tratada con terapia grupal; nos

encontramos con muchas características comunes entre los seleccionados para grupo y los que de él se benefician y viceversa ("excluidos" y "adherencias"/fracasos terapéuticos). Pero también aparecen algunas contradicciones.

. **Características concordantes entre seleccionados para grupo y resultados favorables:** menores de 35 años, trastornos de ansiedad y reacción de adaptación, y exclusión relativa de depresiones neuróticas.

. **Características discordantes:** no selección de varones, cuando responden mejor y amplia selección de 36 a 50 años que luego presentan la peor respuesta.

7ª. Considerando los grupos como una herramienta terapéutica común y genérica en las Neurosis y cuadros afines, habría que aplicarlos a los más de los pacientes que presentan perfiles claros de respuesta terapéutica favorable.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Smith M, Glass G, Miller T. The benefits of Psychotherapy. Baltimore, John Hopkins University Press, 1980.
2. Shapiro DA, Shapiro D. Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: a replication and refinement. Psychol. Bull. 1982; 92: 581-604.
3. Toseland RW, Siporin M. When to recommend group treatment: a review of the clinical and the research literature. International Journal of Group Psychother. 1986; 32: 171-201.
4. Parloff MB, Dies RR. Group psychotherapy outcome research 1966-1975. International Journal of Group Psychother. 1977; 27: 281-319.
5. Sethna ER y Harrington JA. Evaluation of group psychotherapy. British Journal of Psychiatry 1971; 118: 641-658.

6. Wolff MH y Solomon EC. Individual and group psychotherapy: complementary growth experience. *International Journal of Group Psychotherapy* 1973; 23: 2-
7. Budman SH, Demby A, Redondo JP, et al. Comparative outcome in time-limited individual and group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy* 1988; 38: 63-86.
8. Corsini R, Rosenberg B. Mechanisms of group psychotherapy: processes and dynamics. *Journal of abnormal and social Psychology*. 1955; 51: 406-411.
9. Yalom ID. *The theory and practice of Group psychotherapy*. Nex York Basic Books, 1970.
10. Bloch S, Reibstein J, Crouch E, Holroyd P, Themen J. A method for the study of therapeutic factors in group psychotherapy. *British Journal of Psychiatry* 1979; 134: 257-263.
11. Bloch S, Crouch E, Reibstein J. Therapeutic factors in group psychotherapy. *Arch. Gen. Psy.* 1981; 38: 519-526.
12. Bloch S, Crouch E. *Therapeutic factors in group psychotherapy*. Osford, England. Oxford University Press, 1985.
13. Fuhriman A, Butler T. Curative factors in group therapy: a review of the recent literture. *Small group of behavior* 1983; 14: 131-142.
14. Almenta E, García Robles MP, González Duro E. Factores terapéuticos en dinámica grupal. *Revista de la Asoc. Española de Neuropsiquiatría* 1994, vol. XIV, nº 47-48; 83-97.
15. Orlinsky DE, Howard KI. Process and outcome in Psychoterapy, in *Handbook of Psychotherapy and behavior change*, 3 edition. Garfield S.L. Bergui A.R. New York,

Wiley, 1986, pg. 311-381.

16. Tillintski CJ. A meta-analysis of estimated effect sizes for group versus individual versus control treatments. *International Journal of Group Psychotherapy*. 40: 215-244, 1990.
17. Hartley E y Rosenbaum M. Criteria used by group psychotherapists for judging improvement in patients. *International Journal of Group Psychotherapy* 1963; 13: 80-83.
18. Lieberman MA, Yalom ID y Miles MB. *Encounter Groups. First Facts*. Basic Books Inc. 1973.
19. Dick B. A ten-year study of out-patient analytic group therapy. *British Journal of Psychiatry* 1975, 127: 365-75.
20. Bloch S, Reibstein J. Perceptions by patients and therapists of therapeutic factors in group psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*. 1980; 137: 274-278.

21. Azim HF, Joyce AS. The impact of data-based program modifications on the satisfaction of outpatients in group psychoterapy. *Can. Journal of Psychiatry* 1986; Mar, 31(2): 119-22.



**TERAPIA INTERPERSONAL DE LA DEPRESIÓN.  
UN MODELO DE PSICOTERAPIA PARA EL SECTOR PÚBLICO**

María Diéguez Porres\*  
Nuria Morales Hevia\*  
Nieves Gonzalez Suarez\*

\*Psiquiatra. Terapeuta TIP. Madrid.

## **INTRODUCCIÓN**

La inclusión de las psicoterapias en el catálogo de prestaciones de la seguridad social pone de relieve la necesidad de una evaluación sobre eficacia y eficiencia de las mismas en relación con otros tratamientos. Por otra parte, no menos importante es encontrar formatos que cumplan la doble misión de ser adaptables al ritmo de trabajo en los centros de salud mental públicos y la de ser útiles para la formación de los futuros profesionales.

La Terapia Interpersonal de la Depresión (TIP) es un modelo de psicoterapia estandarizada en cuanto a su aplicación, para lo que cuenta con un conciso manual, y en cuanto a la formación ya que prevé un recorrido curricular determinado. Ambas características han hecho de ella un instrumento apto para la investigación a juzgar por los estudios sobre eficacia que se han realizado hasta el momento. Hasta ahora su aplicación, tanto en EEUU como en algunos países europeos, ha sido fundamentalmente en el sector privado. Es nuestro propósito en éste trabajo, mostrar una experiencia en la aplicación y, de forma incipiente, en la investigación de ésta modalidad de psicoterapia, que se ha venido desarrollando durante los últimos años en el sector público madrileño.

### **¿QUE ES LA TERAPIA INTERPERSONAL?**

La terapia interpersonal de la depresión es un modelo de psicoterapia breve creada por Klerman y sus colaboradores para el tratamiento de la depresión (Depresión Mayor según criterios DSM). Las características de ésta modalidad de psicoterapia están descritas en el primer manual de Klerman, Weissman, Rousanville y Chevron de 1984 (1), que constituye la fuente de donde parte todo su desarrollo posterior. En los 12 años que han pasado desde su publicación la TIP ha ido ampliando su campo de acción, no sólo a otros aspectos de la enfermedad (TIP de

mantenimiento, Distimias, Depresión en HIV) sino también a otras franjas de edad (Geriatría, adolescencia), otros ámbitos asistenciales (Atención primaria), otros formatos de tratamiento (TIP para trabajo en grupos) e incluso a otros trastornos mentales (bulimia nerviosa, toxicomanías, trastorno bipolar) (2).

## **DEFINICIÓN Y FUNDAMENTOS TEÓRICO Y EMPÍRICO**

"Es un psicoterapia focalizada, breve y de tiempo limitado que enfatiza las relaciones interpersonales actuales de los pacientes depresivos a la vez que reconoce el rol que los factores genéticos, bioquímicos, del desarrollo y de personalidad tienen en el origen de una vulnerabilidad a la depresión". Es además, y de nuevo en palabras de sus creadores, "un enfoque *pluralista, no doctrinario y empírico* construido sobre la base de la *experiencia clínica* y la *evidencia experimental*" (1).

Como tal enfoque pluralista, la terapia interpersonal se nutre de las múltiples corrientes teóricas y puntos de vista clínicos existentes si bien, muchos de sus principios derivan de la escuela de psiquiatría interpersonal. Esta corriente que tiene su origen en la psicobiología de Adolf Meyer (3), fue desarrollada por Harry Stack Sullivan (4-5), considerado como el máximo representante de una escuela de la que también forman parte autores como Frieda Fromm-Reichman (6), Karen Horney (7) y más tarde Arieti (8). Sullivan va más allá de la concepción de Meyer de enfermedad mental como un intento de adaptarse al ambiente definiendo la psiquiatría como el campo de las relaciones interpersonales. El y sus asociados desarrollaron toda una teoría de la conexión entre los trastornos psiquiátricos y las relaciones interpersonales a lo largo de todo el ciclo vital en la que se basa la TIP, sin que esta última sea, precisamente por su carácter no

doctrinario, una rígida aplicación de sus principios a los trastornos depresivos.

La terapia interpersonal de la depresión se concibe empíricamente a partir de los conocimientos provenientes de 5 campos de investigación en torno a la influencia de lo interpersonal en los trastornos depresivos: 1) la conexión entre **estados de ánimo normales y las relaciones interpersonales** (9-16), 2) el papel de la **experiencia infantil (17-27) y de las dificultades interpersonales en la edad adulta** - con atención a estrés y acontecimientos vitales (28-32), apoyo social (33-36)), relaciones de intimidad (37) y conflictos conyugales: (38-42) - 3) las **dificultades interpersonales como consecuencia de la depresión** (43-47), 4) la **remisión** en términos de su efecto sobre las relaciones interpersonales y 4) las **características de personalidad** como condicionante de la depresión.

## **6.- EFICACIA DE LA TERAPIA INTERPERSONAL**

Los impulsores de la terapia interpersonal se han esforzado en todo momento por demostrar su eficacia frente a placebo, frente a tratamiento farmacológico y frente a otros tipos de psicoterapia (como la terapia cognitiva).

A la luz de los diversos estudios que se han llevado a cabo hasta el momento podemos decir que la TIP ha demostrado ser tan eficaz como los tricíclicos (y la combinación de ambos mas eficaz que cualquiera de ellos) y la terapia cognitiva en el tratamiento de los episodios depresivos a corto y largo plazo y mas eficaz que el placebo y que la ausencia de tratamiento (48-50). Ha demostrado mayor eficacia que los antidepresivos solos en la prevención de recaídas, en la disminución del número de abandonos y en la mejoría del funcionamiento social en pacientes deprimidos (48-51). Ha sido tan eficaz como la terapia conductual y la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de la bulimia nerviosa y más eficaz que la terapia conductual en la

prevención de recaídas (52). Así mismo, ha demostrado ser útil en el tratamiento de pacientes toxicómanos (53), ancianos deprimidos (54) y en tratamientos de pareja con uno de los miembros deprimidos (55).

### **CARACTERÍSTICAS DE LA TIP**

El enfoque interpersonal pretende, desde sus orígenes, un acercamiento clínico a los trastornos mentales y la terapia interpersonal no es una excepción en esto. La razón no está sólo en la gran prevalencia de la depresión (para cuyo tratamiento fue diseñada en sus comienzos), sino también en el beneficio terapéutico que supone dar un diagnóstico que permite legitimizar el "rol de enfermo". Es decir: el paciente tiene una enfermedad, esta enfermedad es diagnosticable y, por lo tanto, tratable y es terapéutico para el paciente ser calificado como tal. Esta proximidad con el modelo médico supone una importante diferencia con otros enfoques psicoterapéuticos y, a nuestro juicio, la hace especialmente apta para trabajar psicoterapéuticamente en el sector público.

### **OBJETIVOS Y TAREAS DE LA TIP**

Desde la perspectiva interpersonal se asumen tres componentes en la depresión: los síntomas, las relaciones interpersonales y el ambiente social, y las características de personalidad. La TIP interviene en los dos primeros componentes sin pretender, dado que se trata de terapia breve, modificar la estructura de personalidad. El objetivo es facilitar una recuperación del episodio agudo mediante el alivio de los síntomas depresivos y ayudando al paciente a desarrollar estrategias para afrontar los problemas interpersonales relacionados con el comienzo de la depresión. Así mismo, se espera que tenga efectos preventivos contra recaídas y recurrencias. El trabajo se centra en los problemas del *aquí y ahora* y en un nivel *consciente y preconscious*. Los

factores inconscientes, la influencia de las experiencias tempranas y las características de personalidad son tenidos en cuenta pero no constituyen el foco de la terapia, como tampoco lo es la transferencia, a no ser que ésta se convierta en un obstáculo para la progresión del tratamiento.

La TIP es una terapia diseñada específicamente para el tratamiento de la depresión que puede acompañarse o no de medicación. Es una psicoterapia breve (aproximadamente 20 sesiones de una hora y con un ritmo semanal), de tiempo limitado y focalizada (los autores proponen cuatro áreas de posible conflicto: duelo, disputas interpersonales, déficits interpersonales y transición de roles).

Caracterizan la intervención tres aspectos de la misma:

### **La actitud terapéutica.**

A diferencia de otras modalidades de psicoterapia: a) el terapeuta no es neutral sino que actúa como abogado del paciente, b) la relación terapéutica no es analizada como una manifestación de la transferencia, c) el terapeuta mantiene una actitud activa.

### **Técnicas.**

No son lo distintivo de la TIP ya que muchas de ellas son comunes a otro tipo de intervenciones y la que se elija en cada momento dependerá de las necesidades del paciente y del tipo de problema interpersonal que este presente. Para la práctica de ésta terapia se requiere tener un entrenamiento en técnicas de entrevista y manejo clínico y en algunas técnicas específicas que están descritas en el manual: a) técnicas exploratorias, b) propiciación de afectos, c) clarificación, d) análisis comunicacional, e) uso de la relación terapéutica, f) técnicas de modificación de conducta, y g) técnicas auxiliares (contrato, encuadre, etc.).

### **Estrategias.**

Estas, que son lo que realmente diferencia y caracteriza a la TIP respecto de otra intervenciones, supone desarrollar el trabajo terapéutico en tres fases

Las fases iniciales irían de la 1ª a la 3ª sesión (siempre aproximadamente) y cuatro son las tareas a llevar a cabo. **Ocuparse de la depresión** incluye: una *revisión minuciosa de los síntomas*, que permite en un segundo momento *dar un nombre al síndrome e instruir* al paciente sobre la depresión y su tratamiento, lo cual nos pone en situación de poder *otorgar al paciente el rol de enfermo*. Este es también el momento de *evaluar la necesidad de medicación*. **Relacionar la depresión con el contexto interpersonal** se realiza tras un minucioso *inventario interpersonal* donde se revisan las relaciones presentes y pasadas (por este orden). **Determinar las áreas problema** se sigue de la identificación de una de ellas como foco de trabajo (de los cuatro que se describen a continuación) y, finalmente se **explican los conceptos básicos de la TIP** y se hace **un contrato terapéutico**.

Las fases intermedias. En ellas se trabaja sobre el foco elegido entre estos cuatro que propone el manual: **Duelo, Transición de roles, Disputas interpersonales y Déficits interpersonales**. El foco se habrá acordado previamente con el paciente y en general será uno o, como mucho, dos de estas áreas. El contenido de estas sesiones se especifica en el **cuadro 1**

La fase de terminación. La terminación de la terapia se aborda explícitamente algunas sesiones antes del final. Este final supone para el paciente encarar la doble tarea de dejar la relación con el terapeuta y de afrontar los problemas futuros sin su ayuda. El terapeuta debe: a) discutir

abiertamente la terminación, b) reconocer los sentimientos de duelo y propiciarlos y prevenir su interpretación como una recaída y c) ayudar al paciente a reconocer su autonomía.

El manual contempla algunas indicaciones para prolongar las sesiones (pacientes que no responden y continúan agudamente deprimidos, trastornos de personalidad, déficits interpersonales que no consiguen mantener ninguna relación, etc.). De hecho ya existe una modalidad de TIP de mantenimiento.

### **LA TIP EN ESPAÑA Y EN EUROPA**

La terapia interpersonal se ha convertido en la intervención en que más se adiestran los psiquiatras americanos (57). En Europa ha sido puntualmente practicada por algunos profesionales formados en EEUU pero no existe una producción clínica ni teórica reglada como tampoco está reglada la formación. Sólo en 1996 se ha realizado los primeros contactos de grupos dispersos por Europa y la primera presentación de sus trabajos en el X Congreso de la Asociación Mundial de Psiquiatría.

En nuestro país se ha comenzado a introducir a través de un grupo de terapeutas vinculado al sector público de Madrid que, en 1992, comenzó los primeros seminarios de formación (sobre una adaptación al castellano del manual de Klerman y cols. de 1984 (1)) y que se han venido realizando anualmente en distintos contextos (Area III de Madrid, Instituto José Germain y Universidades de Alcalá de Henares y Autónoma de Madrid). Paralelamente a estos seminarios se ha ido desarrollando una actividad clínica con esta modalidad de intervención que ha sido llevada a cabo enteramente en el sector público. Es de esta experiencia de lo que hablaremos a continuación.

### **LA PRÁCTICA DE LA TIP EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL**



Desde el primer seminario se comenzó en el centro de salud mental de Alcalá de Henares un entrenamiento en la práctica de la intervención en la que participaron sobre todo los residentes. Este entrenamiento se realizó mediante la supervisión de terapias que para este propósito se registraron en audio o video. Algunos de estos videos se utilizaron como material didáctico en posteriores seminarios. No encontramos dificultades para adaptar las orientaciones teóricas con las que cada profesional trabajaba por lo que las supervisiones se centraron únicamente en los aspectos más formales de la intervención.

Durante estos años la TIP se ha venido utilizando como una modalidad más de tratamiento de los pacientes con depresión en el centro de salud mental. La duración de las sesiones ha venido siendo, según las preferencias de cada terapeuta, de 45 o de 30 minutos, en lugar de los 60 propuestos en el manual.

Aún con estas modificaciones de la técnica, o precisamente por ellas, hemos encontrado la TIP como un instrumento útil para el tratamiento de la depresión en este marco, así como una modalidad de atención que es compatible con la dinámica de trabajo en un centro público de atención a la salud mental. Sabemos que en estos centros no es la norma citar a los pacientes semanalmente como requiere el trabajo con este modelo pero, si tenemos en cuenta que es más que posible que un paciente diagnosticado de depresión sea citado no menos de una vez al mes (en ocasiones, y dependiendo de la gravedad del caso, más de esto) y por un espacio de tiempo no inferior a media hora, también es cierto que es más que posible que lo sea durante muchos meses. El tratamiento con TIP requiere citas semanales pero durante un período medio no superior a 3 meses en la mayoría de los casos.

Durante un año hemos llevado a cabo un análisis sistemático de algunos aspectos de la

práctica de esta modalidad de atención como son: la eficacia del tratamiento, el tipo de pacientes tratados, la frecuencia y duración medias de las sesiones, etc. Lo que vamos a presentar a continuación no son más que los resultados preliminares de una investigación de la que se puedan extrapolar conclusiones, que utilizaremos para hablar, no de la eficacia, sino de la posibilidad de trabajar con este método terapéutico en un centro público de salud mental. (Este trabajo se presentó en el "Simposium de Terapia Interpersonal de la Depresión" en el X Congreso Mundial de Psiquiatría organizado por la WPA celebrado en Madrid en Agosto de 1996)

### CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES

Incluimos en el estudio a 29 pacientes que fueron remitidos al centro de salud mental de Alcalá de Henares por el médico de atención primaria que cumplían criterios clínicos de episodio depresivo moderado, recurrente o no, y que tenían una edad comprendida entre 18 y 65 años. Excluimos a todos aquellos que presentaban síntomas psicóticos, trastornos mentales orgánicos o retraso mental.

La edad media de los pacientes fue de 28 años siendo el mayor de 47 y de 20 el menor. Tres eran varones, el resto mujeres. El 50 por ciento eran casados y el otro 50 por ciento solteros. En cuanto a la situación laboral también un 50 por ciento de amas de casa y estudiantes y un 50 por ciento de trabajadores activos. Un 50 por ciento tenían estudios medios, 25 por ciento estudios superiores y 25 % estudios básicos.

Todos los pacientes fueron diagnosticados de episodio depresivo de gravedad moderada. En todos los casos salvo en uno se trataba del primer episodio. La duración previa de la sintomatología no excedió de tres meses, pero tratamos a un paciente que presentaba un cuadro depresivo de 20 meses de duración. Sólo uno de los pacientes había estado anteriormente en

tratamiento psiquiátrico y con psicoterapia de orientación cognitiva.

Teniendo en cuenta como único criterio la gravedad clínica del episodio se indicó tratamiento con TIP o con TIP más fármacos antidepresivos ( 125 mg de Imipramina o equivalente). Seis pacientes fueron tratados con TIP, el resto con TIP mas fármacos.

El encuadre utilizado con todos los pacientes fue el sugerido por el manual, es decir: breve, número y duración de las sesiones explicitado previamente y foco de trabajo pactado con el paciente durante las sesiones iniciales. La dinámica y las técnicas durante las entrevistas se ajustaron a las propuestas en el manual. En la mayoría de los casos se han realizado entrevistas de 30 minutos con una frecuencia semanal y flexibilidad en relación con las posibilidades del paciente, períodos vacacionales o posibles ausencias del terapeuta. También se fue flexible en cuanto a la duración del tratamiento ya que, aunque se hizo explícita al comienzo del mismo, en varios casos se alargó al finalizar las sesiones pactadas por que el estado clínico del paciente lo exigía o porque el momento terapéutico indicaba la conveniencia de prolongar el trabajo.

Los focos más frecuentemente elegidos fueron Transición de Roles seguido de Duelo solos o los dos simultáneamente. Disputas Interpersonales y Déficits Interpersonales fueron los menos frecuentemente elegidos y en especial el último, que sólo fue el foco elegido en dos tratamientos.

Además de la impresión clínica del terapeuta, utilizamos algunas escalas para cuantificar la severidad de la enfermedad y los acontecimientos vitales, tanto previos como en el curso de la terapia, que pudieran estar influyendo en la sintomatología o en el proceso terapéutico. Cada tres sesiones (las número 1,3, 6, 9, y 12) pasamos a los pacientes las escalas de Hamilton, Beck y Montgomery-Asberg para la depresión así como la escala de acontecimientos vitales de Paykel al

principio y al final de la terapia. Intentamos objetivar qué pacientes conseguían una mejoría y cuanto tiempo era necesario. En los pacientes tratados en los últimos meses se pasaron algunos test de personalidad cuyos resultados forman parte de un estudio, actualmente en fases iniciales, que trata de delimitar la influencia de determinados rasgos de personalidad en el proceso y eficacia de la TIP.

## **RESULTADOS**

De los 29 pacientes con los que nos propusimos un trabajo de psicoterapia interpersonal, ésta se llevó a cabo en 26. De los tres restantes uno rechazó la propuesta indicando su preferencia por un tratamiento farmacológico exclusivamente. Otro fue un paciente con antecedentes de abuso de tóxicos que llevaba un largo tiempo abstinentes antes de comenzar la terapia y que la abandonó en la tercera sesión, poco después de reiniciar el consumo. En el último caso el terapeuta decidió suspender el tratamiento ante la incapacidad del paciente de mantener el encuadre pactado.

De los 26 que si terminaron el tratamiento consideramos que 20 alcanzaron una mejoría clara, con desaparición completa de la sintomatología depresiva (objetivada tanto clínicamente como según las escalas aplicadas). 4 alcanzaron una remisión parcial de los síntomas, haciéndose necesaria la continuación del tratamiento farmacológico o psicoterapéutico. El resto de los casos (2) no mostró mejoría alguna. Dos de los pacientes que evolucionaron favorablemente tuvieron una recaída varios meses después de finalizar la TIP, que se resolvió favorablemente con el

mismo abordaje psicoterapéutico.

En resumen, **tres de cada cuatro pacientes tratados presentaron una recuperación completa**. El tiempo medio de baja laboral fue de 8 semanas independientemente de si se asoció tratamiento farmacológico. Los dos pacientes que requirieron reinstaurar el tratamiento no precisaron la segunda vez la baja laboral.

Los dos casos en los que el foco elegido fue Déficits Interpersonales fueron los que claramente no respondieron al tratamiento. Esto viene a corroborar lo que ya Klerman y cols. advierten en el manual en cuanto a la dificultad y peor pronóstico que implica la elección de este foco.

De los 20 pacientes en los que se estudiaron los rasgos de personalidad se encontraron cuatro que reunían criterios de trastorno de la personalidad según la CIE-10. Tres de estos pacientes formaban parte del grupo de peor evolución.

## **CONCLUSIONES**

No estamos, desde luego, en condiciones de presentar conclusiones definitivas sobre eficacia, pero si podemos, sin embargo, extraer ciertas conclusiones acerca de lo que supone trabajar con éste modelo de intervención en un centro de salud mental público y sugerir posibles líneas de trabajo en el futuro.

La psicoterapia interpersonal de la depresión es **aplicable** en un CSM público ya que:

\*responde a la patología más frecuentemente atendida en un centro público de Salud Mental;

\*se ajusta al modelo médico sanitario;

\*plantea el primer episodio como algo relativo a una situación vital del aquí y ahora abordable psicoterapeuticamente y facilita retomar las recaídas o recurrencias desde el mismo punto de vista desde la posición, no sólo del terapeuta, sino, lo que es más importante, desde el punto de vista del paciente;

\*el encuadre limitado evita una cronificación en la respuesta y abordaje de los trastornos depresivos desde los profesionales.

Es **adaptable** al modo de funcionamiento de un Centro de Salud Mental:

\*Esta modalidad de atención se ha mostrado útil con una disminución de la duración de las sesiones si bien es verdad que

\*Violenta el ritmo de trabajo al plantear una frecuencia semanal

Se ha mostrado **eficaz** a la luz de nuestra experiencia aunque no se puede en este momento de extrapolar ningún resultado.

En cuanto a la **eficiencia** podemos decir que el coste total en número de horas dedicadas por paciente es de 6 a 9 horas por episodio

Se ha mostrado **útil en la formación** de futuros profesionales de la salud mental

\*Como procedimiento de formación de psicoterapeutas

\*Como procedimiento de formación en técnicas de entrevista

Es cierto que tiene la desventaja, desde nuestro punto de vista, de que supone un coste personal mayor que otros tipos de tratamiento, sin que exista por el momento una compensación a tal esfuerzo. En orden a mejorar las condiciones para trabajar con este modelo en la red pública habría que realizar una serie de pasos previos como:

\*Demostrar la eficacia y eficiencia (estudio que está actualmente en marcha)

\*Desarrollar vías de incentivar la práctica como que ya se está haciendo en otras especialidades.

\*Establecer mecanismos de regulación de la demanda para adaptarla a las exigencias de este tipo de encuadre terapéutico.

Futuras líneas de investigación, algunas de ellas ya en marcha, nos orientan hacia estudios sobre: **eficacia y eficiencia; criterios de selección** de pacientes susceptibles de este tipo de tratamiento; **ampliación de aplicaciones** a otro tipo de trastornos mentales y **selección de intervenciones**.

Con todo, a éste esfuerzo por crear modelos de intervención psicoterapéutica, debería corresponder un esfuerzo paralelo en adaptar los recursos asistenciales públicos. La creciente demanda, la excesiva burocratización del trabajo, el defecto existente en la definición de los roles profesionales, etc., podrían llevarnos hacia una "aplicación imposible" de cualquier versión de psicoterapia.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1.-Klerman, G.L.; Weissman, M.M.; Rousanville, B.J.; Cevron, E.S.: Interpersonal psychotherapy of depression. Basic Books, Nueva York, 1984.
- 2.-Klerman, G.L.; Weissman, M.M.: New applications of interpersonal psychotherapy. Washington DC: American Psychiatric Association, 1993.
- 3.-Meyer. Psychobiology: A science of man. Sprigfield: Charles C Thomas 1947.
- 4.-Sullivan HS. The interpersonal theory of psychiatry. New York: Norton 1953.
- 5.-Sullivan HS. Clinical studies in psychiatry. New York: Norton 1956.
- 6.-Fromm-Reichman F. Principler of intensive psychotherapy. Chicago: Phoenix Books 1960.
- 7.-Horney K. Neurosis and human growth. New York: Norton 1950.
- 8.-Arieti S, Bempoard J. Severe and mild depression: the psychotherapeutic approach. New York: Basic Books 1978.
- 9.-Bowlby J. Attachment and Loss. London. Hogarty Press. 1969.
- 10.-Bowlby J. The making and breaking of affectional bonds: some principles of psychotherapy. Brit. J. psychiatry 1977; 130: 421-431.
- 11.-Lindeman E. Symptomatology and management of acute grief. Am. J. psychiatry. 1944; 101: 141-148.
- 12.-Clayton P, Desmarais L, Winokur G. A study of normal bereavement. Am J Psychiatry 1968; 125: 168-178.
- 13.-Maddison D, Walker W. Factors affecting the outcome of conjugal bereavement. Br J Psychiatry 1967; 113: 1057-1067.
- 14.-Maddison D. The relevance of conjugal bereavement for preventive psychiatry. Br J Med Psychology 1968; 41: 223-233.
- 15.-Walker K, McBride A, Vachon M. Social support networks and the crisis of bereavement. Soc Sci Med 1977; 11: 35-41.
- 16.-Weissman MM, Prusoff BA, DiMascio A, Neu C, Goklaney M, Klerman GL. The efficacy of



drugs and psychotherapy in the treatment of acute depressive episodes. *Am J Psychiatry* 1979; 136: 555-558.

17.-Tenant C, Bebbington P, Hurry J. Parental death in childhood and risk of adult depressive disorders: a review. *Psychol Med* 1980; 10: 289-299.

18.-Parker G. Parental characteristics in relation to depressive disorders. *Br J Psychiatry* 1979; 134: 138-147.

19.-Weissman MM, Paykel ES, Klerman GL. The depressed woman as mother. *Soc Psychiatry* 1972; 7: 98-108.

20.-Rolf JE, Gamezy N. The school performance of children vulnerable to behaviour pathology. En Ricks DF, Alexander T, Roff M (eds). *Life history research in psychopathology*. Minneapolis: University of Minnesota Press 1974.

21.-Weintraub S, Neale JM, Liebert DE. Teacher ratings of children vulnerable to psychopathology. *Am J Orthopsychiatry* 1975; 45: 839-845.

22.-Gamer E, Gallant D, Grunebaum HU, Cohler BJ. Children of psychotic mothers. *Arch Gen Psychiatry* 1977; 34: 592-597.

23.-Welner Z, Welner A, McCrary MD, Leonard MA. Psychopathology in children of inpatients with depression; a controlled study. *J Nerv Ment Disease* 1977; 164: 408-413.

24.-Orvaschel H, Weissman MM, Kidd KK. Children and depression: the childhood of depressed patients; depression in childrens *J Affective Disorders* 1980; 2: 1-16.

25.-Connell HM. Depression in childhood. *Child Psychiatry Human Develop* 1972; 4:71-78.

26.-Brumbach RA, Dietz-Schmith S, Weinberg WA. Depression in children referred to an educational diagnosis center; diagnosis and treatment and analysis of criteria and literature review. *Dis Nerv Syst* 1977; 38: 529-535.

27.-Poznanski E, Zrull JP. Childhood depression. *Arch Gen Psychiatry* 1970; 23: 8-15.

28.-Holmes TH, Goodel H, Wolf S. The nose. An experimental study of reactions within the nose of human subjects during varying life experiences. Springfield: Charles C Thomas 1950

29.-Paykel ES, Myers JK, Dietnelt MN, Klerman GL, Lindelthal JJ, Pepper MP. Life events and depression: a controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 1969; 21: 753-760.

30.-Paykel ES. Recent life events in the development of depressive disorders. Defue RA (ed). *The psychobiology of depressive disorders: implications for the effects of stress*. New York: Academic Press 1978.

- 31.-Ilfeld FW. Current social stressors and symptoms of depression. *Am J Psychiatry* 1977; 134: 161-166.
- 32.-Pearlin LI, Liberman MA. Social sources of emotional distress. En Simons R (ed). *Research in Community and Mental Health*. Greenwich: JAI Press 1979.
- 33.-Henderson S. Care-eliciting behaviour in man. *J Nerv Men Disease* 1974; 159: 172-181.
- 34.-Henderson S, Duncan-Jones P, McAuley H, Ritchy K. The patient primary group. *Br J Psychiatry* 1978.
- 35.-Henderson S. A development in social psychiatry; the systematic study of social bonds. *J Nerv Ment Dis* 1980; 168: 63-69.
- 36.-Henderson S. The social network, support and neurosis: the function of attachment in adult life. *Br J Psychiatry* 1977; 131: 185-191.
- 37.-Brown GW, Harris T, Copeland JR. Depression and loss. *Br J Psychiatry* 1977; 130: 1-18.
- 38.-Hinchliffe MK, Vaughan PW, Hooper D, Roberts FJ. *The melancholy marriage*. New York: Wiley 1978.
- 39.-Paykel ES, Myers JK, Dietnelt MN, Klerman GL, Lindelthal JJ, Pepper MP. Life events and depression: a controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 1969; 21: 753-760.
- 40.-Weissman MM, Paykel ES. *The depressed woman: a study of social relationships*. Chicago: Chicago University Press 1974.
- 41.-Brown GW, Harris T, Copeland JR. Depression and loss. *Br J Psychiatry* 1977; 130: 1-18.
- 42.-Rousanville BJ, Weissman MM, Prusoff BA, Herceg-Baron RL. Marital disputes and treatment outcome in depressed women. *Comprehensive Psychiatry* 1979; 20: 483-490.
- 43.-Coyne JC. Depression and the response of others. *J Abnormal Psychology* 1976; 85: 186-193.
- 44.-Kreitman N, Collins J, Nelson B, Troop J. Neurosis and marital interaction: IV. Manifest psychological interactions. *Br J Psychiatry* 1971; 119: 243-252.
- 45.-Merikangas K, Raneli C, Kupfer D. Marital interaction in hospitalized depressed patients. *J Nerv Men Diseases* 1979; 167: 689-695.
- 46.-Briscoe CW, Smith JB. Depression and marital turmoil. *Arch Gen Psychiatry* 1973; 28: 811-817.

47.-Weissman MM, Paykel ES, Klerman GL. The depressed woman as mother. *Soc Psychiatry* 1972; 7: 98-108.

48.-Weisman MM, Prusoff BA, Dimascio A, Neu C, Gohlaney M, Klerman GL. The efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of acute depressive episodes. *Am J Psychiatry* 1979; 136: 555-558.

49.- Elkin I, Shea T, Watkins JT, Imber SS, Sotsky SM, Collins JF, Glass DR, Pilkonis PA, Leber WR, Docherty JP, Fiester SJ, Parloff MB. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: general effectiveness of treatment. *Archives of General Psychiatry* 1989; 46: 971-982.

50.-Klerman GL, Dimascio A, Weissman MM, Prusoff BA, Paykel ES. Treatment of depression by drugs and psychotherapy. *Am J Psychiatry* 1974; 131: 186-191.

51.- Frank E, Kupfer D, Perel J, Cornes C, Jarret D, Mallinger A, Thase M, Mceachran A, Grochocinski V. Three-years outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Arch of Gen Psychiatry* 1994; 47: 1093-1099.

52.-Fairburn CG, Jones R, Pevler RC, Carr SJ, Solomon RA, O'Connor ME, Burton J, Hope RA. Three psychological treatments for bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 463-469.

53.-Rounsaville BJ, Glacer W, Wilber CH, Weissman MM, Kleber HD. Short-term interpersonal psychotherapy in methadone-maintained opiate addicts. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 629-636.

54.-Reynolds CF, Frank E, Perel JM, Imber SD, Cornes C, Morycz RK, Mazumdar S, Miller MD, Pollock BK, Rifai AH, Stack JA, George CJ, Houck PR, Kupfer DJ. Combined pharmacotherapy and psychotherapy in the acute and continuation treatment of elderly patients with recurrent major depression: a preliminary report. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 555-558.

55.-Foley SH, Rounsaville BJ, Weissman MM, Sholomskas D, Chevron ES. Individual versus conjoint interpersonal psychotherapy for depressed patients with marital disputes. *International J of Family Psychiatry*. 1990; 7: 10.

56.-Solé Puig J. Qué es y donde está la psicoterapia interpersonal. *Revista de psicoterapia* 1995; 6: 141-159.

57.-Docherty JP, et al. Psychosocial treatment research in psychiatry: A task force report of the American Psychiatric Association. Washington DC. American Psychiatric Association. 1993.

#### CUADRO ESQUEMA DE LAS FASES INTERMEDIAS

(Modificado con autorización de Solé, 1995) (56).

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

| AREA<br>PROBLEMA                | DEFINICIÓN   | OBJETIVOS- ESTRATEGIAS   |
|---------------------------------|--|--|
| <b>Duelo</b>                    | Reacción anormal, duelo retrasado, dificultades en la elaboración.   | <b>Obj</b> -Elaborar el duelo y restablecer relaciones e intereses. <b>Estrg</b> -Reconstruir la relación con el fallecido, revisar las circunstancias de la muerte, explorar sentimientos positivos y negativos y ayudar a elicitar afectos.  |
| <b>Disputas interpersonales</b> | Expectativas no recíprocas entre el paciente y otra persona significativa.   | <b>Obj</b> -Identificar la disputa, modificar patrones de <b>comunicación</b> . <b>Estrg</b> -Determinar la fase:- <i>Impasse</i> -renegociación; <i>Disolución</i> -duelo. Relacionar expectativas no recíprocas con disputas y éstas con la depresión.                                     |
| <b>Transición de roles</b>      | Dificultades para afrontar cambios requeridos por el nuevo rol: pérdida de apoyos y vínculos, manejo de emociones concomitantes, necesidad de nuevas habilidades, baja autoestima. | <b>Obj</b> -Facilitar el duelo del antiguo rol, adquirir habilidades y restaurar autoestima.<br><b>Estrg</b> -Revisar aspectos positivos y negativos de los roles antiguo y nuevo, explorar sentimientos ante pérdida y el cambio, y propiciar el desarrollo de nuevos apoyos y habilidades. |
| <b>Déficits interpersonales</b> | Relaciones interpersonales inadecuadas o insuficientes.  | <b>Obj</b> -Reducir aislamiento, fomentar nuevas <b>relaciones</b> . <b>Estrg</b> -Revisar aspectos positivos y negativos de relaciones pasadas, explorar pautas repetitivas, explorar sentimientos hacia el terapeuta (posiblemente la única relación actual)                               |

## PSICOTERAPIAS EN EL ESTADO

### *Guillermo Rendueles Olmedo*

Las dificultades diarias de las psicoterapias en el ámbito público son, a mi juicio, resultado de una difícil articulación entre las lógicas del estado burocrático, y el espíritu objetivo que necesariamente debe presidirlo, y la Lógica de lo Individual y de la subjetividad compartida, que debe regir el ámbito psicoterapéutico y que enfrenta al terapeuta de lo público a una doble lealtad, la del funcionario público con, por ejemplo, el deber de informar sobre la baja laboral de un paciente, si se debe a su vagancia, o si está justificada por depresión, y la ética de la confianza que le obliga a tolerar los engaños objetivos que tanto obsesionaron a Freud en el inicio de su carrera, pero cuya elaboración le llevo a encontrar la verdad del deseo, si mis pacientes no sufrieron un trauma real, mentirlo significa la verdad del deseo .

La figura del probo funcionario y el perspicaz terapeuta casan con dificultad, por mucho que se disfracen de confluencias de intereses entre usuarios y dispensadores de servicios en lo público. Ni siquiera la suposición de que el terapeuta se ocupa de un terreno tan íntimo, que su control es ínfimo para el Estado puede ser creíble en la modernidad , cuando el reino de la norma abarca detalles de la vida cotidiana tan pequeños como el tamaño de las tuberías, el de los pescados fritos o la edad sexual para ser sujeto penal y en todas ellas existe un funcionario que vigila, orienta o castiga.

La práctica sanitaria somática no tiene dificultad para integrarse en ese modelo de médico funcionario del estado, ya que repite la propia genealogía que ha constituido la clínica moderna por dos orígenes distintos: la gestión de la salud de la población como práctica de policía

sanitaria -vacunaciones obligatorias, vigilancia epidémica , campañas de salud, colaboración en levadas militares - y la práctica de un poder pastoral que como ha mostrado Foucault(1) exige una individuación homogenizadora , en la que cada cuerpo y cada psique se separe de su grupo natural para mostrarse como individuo, sin otra historia que contarse ni otro relato de vida, con el que orientar esta, que sus vaporosas emociones egoístas y la guía de experto que le formule los criterios de normalidad y vida sana.

Dado que ambas tareas -la policial sanitaria y la guía personal- pueden objetivizarse y la normalidad corporal incluso protocolizarse, las leyes funcionariales siguen tan intactas en la consulta del centro de salud como lo están en cualquier otra agencia estatal: ante tal demanda del usuario, tal exploración con un árbol de decisiones que pueden clarificar el desacuerdo entre el "no me atendió del paciente" y el es un querulante del medico, según un protocolo estandarizado, que descubre casi siempre conductas imprudentes o negligentes y su repetición muestra con cierta claridad incluso la impericia del medico somático. Por lo mismo, la imposibilidad de integrar en la practica médica pública técnicas no académicas -acupuntura , homeopatía -, que el mismo medico puede practicar en su consulta privada, son imposibles de aceptar en el centro de salud donde el objetivismo funcionarial exige el consenso académico previo y la unanimidad del gremio sobre la bondad de la técnica o practica terapéutica usada.

La actividad psicoterapeutica pública, rompe en la practica con este modelo protocorial del resto del sistema sanitario en el que se encuentra inserto y de ahí sus dificultades para cumplir con las sencillas preguntas que desde la medicina primaria o desde la inspección medica se le hace: ¿debe ser baja?, ¿cuanto tiempo?, ¿ debe el inspector presionarle a que trabaje o es mejor dejar que repose sus conflictos?. Todas las criticas al objetivismo y al historicismo que Popper(2) realiza bajo el epígrafe “y si decido hacer lo contrario de su pronóstico” , son

aplicables a estas tareas pronosticas e ineludibles de la psicoterapia publica: el concepto de ventaja secundaria psicoanalítico, la atención o el mimo del papel de enfermo se retroalimentan con lograr subsidios, bajas o ventajas primarias. Y además dichos *pronósticos* o *dictámenes* deben realizarse bajo un caos de escuelas , y según el centro de salud que cubra el territorio donde vive el enfermo, puede ser visto siempre en compañía de su familia o indicársele que lo importante no es su familia real sino la novela familiar que el desarrolla y por lo mismo, en unos casos debe acudir siempre acompañado de familiares y se le asignaran tareas reales y en otros casos no se dirigirá nunca su conducta y el contrato terapéutico será personal e intimo.

Todo este entramado normativo adquiere su carácter contradictorio, como trato de resaltar, no en el campo de un mercado donde es habitual la coexistencia de medicina científica con brujos o naturistas y donde el *elector racional* debe elegir con información adecuada la gestión de sus riesgos de salud , sino en el plano de lo publico, donde unos Centros de Salud Mental metaforizan la realidad de unas agrupaciones burocráticas donde el azar de una oposición hizo sedimentar profesionales con teorías y prácticas diversas, a los que la administración jerarquiza, no en función de saberes sino de habilidades gerenciales para cumplir programas y lealtades. Donde los pacientes van a ver traducidas sus quejas a unos lenguajes tan heterogéneos, que no solo los desposean aun mas del control de sus vidas , sino que al imponerles diagnósticos contradictorios los coloquen ante disonancias cognitivas difíciles de elaborar por legos, como por ejemplo la madre que al ser contradicha por la consulta de otra usuaria en otro centro , ocasiona el delicioso diálogo del estilo .. “pero si a mi me dijeron que no dijese nada cundo se orinaba el niño ¿como a ti te mandan que lo apuntes?”.

Todo ello no son sino detalles de las contradicciones centrales que la psicoterapia en el plano publico debe asumir respecto a su estatuto, ¿es la psicoterapia una relación interpersonal

subjetiva como dicen los tratados de terapia o una relación de ayuda técnico científica?, ¿puede ser la psicoterapia una practica libre de valores , una actividad que imparta cuidados psicológicos a un asesino de niñas o es una terapia moral que excluye a perversos ?. W. Bourrrougs consideró siempre un éxito la psicoterapia que le convirtió de un inútil millonario, que frecuentaba las camas de mariquitas del Gotta, en un drogadicto paradigma del yonki que jamas lamento nada de una vida, que se llevo por delante a su mujer, de un tiro en la cabeza en un juego a lo Guillermo Tell, y a su hijo, incapaz de aguantar la iniciación tan temprana a los tóxicos. ¿Hubiese eso sido considerado un éxito terapéutico en un centro de salud mental?. Si detectamos simulación o ventajas secundarias con la exageración de síntomas durante una psicoterapia ¿cuanto tiempo es bastante antes de informar a la inspección medica?. La lealtad al paciente en terapia, ¿ tolera la lealtad de los múltiples informes que las agencias del estado pueden exigirle, en cuanto funcionario que debe responder si fulanito es buena o mala madre o cuanto de disciplina militar puede tolerar un joven?, y finalmente ¿es posible limitar en el tiempo las terapias que van mal y que no progresan?, como en rehabilitación, o por el contrario ¿un proceso distímico debe ser acogido a perpetuidad con actitud de escucha sin tener en cuenta su voluntad de cura, sin enviarlo a lo privado como en odontología?.

### **Genealogía de las Practicas Psicoterapeuticas en el Estado**

Las practicas psicoterapeuticas tienen una larga tradición de ejercicio privado, al margen tanto del Estado como de la ciencia normal que solo en las ultimas décadas se ha roto. Su



inclusión en ambos universos, crea contradicciones que quizá explica la historia que va desde los márgenes de la reclusión de la locura y la indemnización de las malarias urbano industriales, que constituyó el campo psiquiátrico inaugural, a su posterior transformación en cimiento de la sociedad terapéutica, y quizás pueda darnos claridad a esa contradicción in terminus, mas arriba mencionada, de una practica de cuidado intimo pagado por el estado.

Foucault (3) ha señalado el nacimiento del sujeto como un epifenómeno de las llamadas Practicas de Cuidado de Si en la Grecia Clásica, practicas que serian el antecedente remoto de nuestras psicoterapias. Si en el esplendor de la polis, el "conócete a ti mismo" no da lugar a la practica de la autobiografía es porque no hay ninguna técnica especial para ese conocimiento, ninguna enseñanza del vivir .

Sócrates critica a los sofistas por esa doble voluntad de enseñar a ser hombre como se enseña a tirar el arco o a tañer la lira, cuando ser un buen hombre, llevar una vida buena es un efecto secundario, una consecuencia no querida de vivir cumpliendo con todos los preceptos de la ciudad. De ahí que buscar directamente ese bien, le produzca a Sócrates la misma sorpresa que a cualquier ilustrado, la búsqueda de autoestima en la consulta psicoterapeutica, cuando la única autoestima real es el efecto no buscado del trabajo y las relaciones reales bien llevadas y como en el que quiere dormir basta quererlo directamente para que desaparezca.

Unicamente cuando la Impotencia Ciudadana para gobernar y habitar su entorno social se interioriza, cuando subjetivamente existe una distancia entre Querer el bien-No poder hacerlo, se extiende frente a la urdimbre moral clásica, donde querer y hacer eran sinónimos y la mala vida era un problema intelectual: no conocer el bien o que la *hbris* anulase ese saber que una vez conocido era automáticamente querido y cumplido.

Por ello las dos máximas clásicas , el Conócete y el Cuida de ti , no son máximas

antagónicas, en cuanto la primera no se refiere a ninguna oscuridad subjetiva sino a reconocer la ecología moral, la estructura de los grupos naturales en los que el yo se formaba como fruto de la amistad, en la practica ciudadana, en el dialogo , en la fiesta y, desde luego, lejos de cualquier soliloquio privado.

Es con el crecimiento de la polis, hacia Macrociudades en las que la participación del individuo en papeles contradictorios, donde los grupos naturales se disuelven y en las que la ecología moral se substituye por tupidas redes de intereses, cuando el individuo que flota entre estas identidades múltiples , entre normas morales antagónicas sufriendo por ello múltiples fracturas con falta de continuidad entre lo intimo y lo publico cuando el Conócete resulta problemático y donde el Cuidado de Si toma un carácter psicopedagógico con el estoicismo.

Precisamente cuando el individuo ha perdido la autotransparencia, cuando tiene una conciencia impotente fruto de las mediaciones ciudadanas en las que la delegación de poder y la sumisión a lo político ha substituido a la asamblea, es cuando lo intimo y la búsqueda de una enseñanza que dé felicidad, cambia aquel orgullo ateniense que les llevaba a hacer lo que debían: por mas que los augures fuesen nefastos o los estrategas pesimistas, ningún ciudadano dudaba de ir a luchar y a vencer en Maratón. Mientras la ciudad tiene el tamaño y la estructura justa para que las relaciones cara a cara hagan a los individuos transparentes para si y para los otros, - asombra lo charlatanes, indiscretos e insolentes que son los griegos en los diálogos socráticos donde los amigos entran sin preámbulos por la casa hasta la alcoba o antes de ponerse a filosofar inquieran si se hicieron la noche anterior con los favores de fulanito-, mientras las normas sociales son pautas no contradictorias que marcan el paso vital por todos los grupos naturales , la guía vital sofista tiene escasa clientela y hay que esperar la quiebra de esos universos normativos para que el cuidado de si y el conocimiento de si se desplacen a la intimidad, donde nacerá la

compulsión a desvelar y vigilar unas vidas que se han hecho a la vez opacas para si y para los otros y donde los problemas vitales empiezan a plantearse como tales.

Si hasta entonces la máxima era: “la vida carece de problemas , si la tuya los tiene, cambia de vida”. El nuevo individuo, flotante en la gran ciudad, tiene necesidad de contarse su vida en términos secretos de biografía íntima, y por ello, de guía en esos desconocidos territorios del interior y el autointerés.

De la Acedia , del no saber el bien o aun sabiéndolo no poder hacerlo, nacen las técnicas de desarrollo de la Voluntad estoica. De la confusión de normas y de la impotencia social nace la retirada a lo íntimo. De la renuncia a la orgullosa pelea por cumplir los deseos "de ser el primero y no amar mas que a los tuyos “ a la reducción de cualquier querer, como consolución frente la desgracia. De la asamblea ciudadana a la relación con el maestro de vida y director de conciencia

El progreso y desarrollo de las técnicas de consolución y dirección espiritual estoicas por parte del Confesionario Cristiano son mas que evidentes, antes incluso que Foucault (4) lo sistematizase como el precedente, con pocas variaciones, del psicoterapeutismo. La vigilancia del pensamiento para que no se aparte del bien, los ejercicios de voluntad para querer como se debe, la ascesis pasional para no consentir con los pecados de la carne, la autolimitación del pensamiento para no preguntar lo que no debe -Dios estaba creando el infierno para quien como tu pregunta que donde estaba antes de crear el tiempo-, y sobre todo el continuo examen de conciencia como un diálogo de trabajo espiritual a la búsqueda de perfeccionar el alma, entre el superior y el monje , no necesita ser forzado en exceso, para anticipar la pareja terapéutica de nuestros días. Realmente los textos para ilustración de confesores son verdaderos tratados de introspección: mira dentro de ti, examina tu conciencia en profundidad pues puedes estar haciendo el bien externo como un filisteo sin pureza de corazón, el pecado es siempre lo

profundo, lo original del hombre y la búsqueda de la gracia son el asidero para abandonar esa intimidad empecatada, y constituyen los temas comunes para esa dirección de almas, que exigen siempre profundizar en lo subjetivo.

Llamativo resulta por su modernidad, el economicismo emocional que en estos manuales de confesión aflora, con la Penitencia y la Culpa, como estructuras que anulan el Remordimiento y la Vergüenza que dominaban para siempre al que hacia el mal en la época clásica, en sentido que la Bella Vida quedaba ya manchada sin posibilidad de compensación o como el mal hecho a alguien es, por mucho arrepentimiento posterior, irreparable.

La vigilancia institucional por el cuidador de almas, es igualmente precursor de la ética psicoterapéutica y las amenazas para la rupturas de los límites de la guía del alma para pasar al goze corporal están profusamente señalados en la figura de la Solicitud desde el Confesionario que alguna hoguera -no metafórica precisamente- encendió .

### **Amoralismo y Terapeutismo**

La guía psicoterapéutica de las vidas solo puede entenderse si previamente ha existido una quiebra de la idea de buena vida guiada por una voluntad libre, -no interferida por causas psicológicas -, es decir, la ruina del Proyecto Moral como cemento de lo social y su substitución por una Sociedad de los Individuos, donde lo Bueno es aquello que después de hecho me hace sentir subjetivamente bien, y las viejas virtudes morales, son descritas casi como rasgos patológicos de carácter -rigidez, inflexibilidad- y la Normalidad consiste en aceptar con gozo las adaptaciones que el mercado ordena.

Esa competencia entre guías vitales morales o psicoterapéuticas resulta evidente si pensamos el poco sitio que quedaría para la búsqueda de causas psicológicas de mis acciones , para el determinismo psicológico o biológico, si el Imperativo Categórico y una voluntad no mediada, fuese el pilar central para contarnos nuestras vidas. Efectivamente, seguirían existiendo fracasos vitales y vidas absolutamente desgraciadas, pero la atribución causal y el consuelo que recibirían no estarían en el plano de lo terapéutico, en la medida que dicha explicación sería aun mas invalidante, sino en el plano moral.

Si la diferencia entre el que me pisa voluntariamente y el que lo hace por descuido no es radical, y no debo reprochar y atribuir maldad al pisador voluntario, porque también él psicológicamente estaba determinado a ello, le cuesta al que me pisa conscientemente quedar reducido a lo no humano al robarle la responsabilidad de su acción. La búsqueda de determinantes psicológicos de las acciones voluntarias, no hace sino desorientar a un sujeto incapaz de responder a la sencilla pregunta de ¿A Quien Pertenece lo Que ocurre?: si me provoqué vómitos, me drogo , no me levanto de la cama y me lo cuento “con que no se porque lo hago, pero desde luego no porque yo quiero, y por ello nadie me lo puede reprochar”, entramos en una dinámica en la que tampoco el mas horrible de los crímenes es atribuible a nadie y la noción de juzgar desaparece. Como ya ocurre realmente en el sistema penal donde jueces , carceleros y otros no juzgan, ni imponen castigos, sino que administran sistemas de rehabilitación, y donde la paradoja moral propuesta por Gustavo Bueno(5) es menos disparatada de lo que parece: “la única terapia real que se podría aplicar a criminales terribles, sería una especie de eutanasia, ya que hacerles percibir el horror causado, la barbarie de sus vidas y la irreparabilidad del mal causado, les debería conducir al suicidio como la única acción que puede reinstaurar ese equilibrio moral que sus crímenes han roto”.

El psicoterapeutismo precisa en cambio de esa Laxitud Moral que ya el confesionario había establecido con el comercio de arrepentimientos, culpas y penitencias que rompe con aquel rigor vital que guiaba la buena vida, cuando una mala acción llevaba a un Remordimiento Perenne, bajo la clara idea que no hay transacción posible con el dolor causado, y que ese daño exige que me lo reproche, si es que realmente tengo conciencia, y que el borrón de ese mal ensombrecerá la belleza de la obra de arte que debe ser mi vida.

El terapeutismo ha insistido en lo anti-utilitario y patológico del sentimiento de culpa, hasta ese absurdo freudiano del delincuente por sentimiento de culpa, y del superyo perseguidor como paradigma de infelicidad, planteando un laxo economicismo psicológico, el de la inutilidad de la culpa, sin rozar siquiera el Problema del Mal, superficializando al terapeuta respecto al confesor, pretendiendo como dice el teólogo Rahner (6) "convertirse (la psicoterapia) en una forma secularizada del perdón de la culpa sin dolor de corazón".

De las metástasis a todo el sistema social de ese amoralismo terapéutico. De la conversión de jueces, pedagogos, policías, en Rehabilitadores nos ha hablado Foucault (7) con elocuencia. El marasmo actual de tratamientos psicológicos para todo y para todos, en la que las diferencias de un policía, un juez o un psicólogo son de complementaridad, no hace sino confirmar los horrores de aquellas utopías negativas en las que el Mal era banalizado al comprenderlo psicológicamente y no encontrar nada.

Cuando Hannah Arendt (8) quiere contemplar a Satán encarnado en Eichman, se encuentra con que aquella basura humana, que asesinó a millones de personas, es un estúpido burócrata al que no conmueve ni su propia ejecución.

El éxito de la psicoterapia en la moderna Gestión de Poblaciones, en el desarrollo de la sumisión a lo real, de la tolerancia o aun del amor al amo, ha nacido de un parto gemelar entre el

entronamiento del individuo en intimidad y las redes psicoterapéuticas de poderes pastorales que substituyan lo "obsoleto" de los viejos rebaños, convertidos en el uno, su familia, su televisor y su seguridad social junto a la muerte de aquella vieja Ecología Moral que conducía paso a paso al hombre por el buen hacer, la vida buena, la amistad y la buena fama dejada.

### **El Deseo de Terapia**

Rilke, Althusser, Sontag. La tolerancia estatal con la práctica de las mil y una forma de psicoterapias parece basarse en un convencimiento que quisiera discutir y que podría formularse como la Teoría del Placebo: la psicoterapia puede ser inútil pero no produce daño, es a lo sumo una práctica tonta como el naturismo o los masajes que mantiene esperanzado al enfermo. Creo que por el contrario, más allá de las actividades delictivas de algunos terapeutas, a los que el gremio ni descubrió ni propaga la indignidad de su conducta como Rosen que sigue apareciendo como terapeuta de psicoanálisis directo, cuando un detective privado le descubrió y envió a los tribunales como un sádico y peligroso estafador, la práctica honesta y técnicamente correcta de la psicoterapia, lleva a dependencias afectivas y caos cognitivos psicologizantes que arruinan vidas, centrándolas en experiencias infantiles intrascendentes, o dan orden y significaciones donde reina el azar y el caos, culpabilizando el sufrimiento causado por el cáncer o incluso amenazan las más altas producciones del genio como señalaré brevemente con estos tres personajes.

Con ello quiero discutir también el tópico postmoderno de que el "individuo en proceso de crecimiento psíquico" precisa ayuda psicoterapéutica, en la medida que dicha ayuda, por un lado, significa una renuncia a ser el autor único de la propia vida, al introducir un coautor, o cuanto menos, un corrector de estilo y un doctor en el sentido de la realidad, y por otro,

introduce Uno Mas en un campo, -el de mi intimidad - en el que ya somos legión, con lo que el caos afectivo puede aumentar o reducirse en falso al nombrarme OTRO mis buenos y malos sentimientos.

Rilke (9) padeció intensamente por su falta de apego amoroso concreto, fue una catástrofe para obtener medios económicos de subsistencia, viviendo de mecenazgos que lo avergonzaban y expreso amargas quejas sobre su incompetencia como padre y esposo, "mi hijita tiene que vivir en casa extraña , mi esposa trabaja y depende de otras personas y yo no puedo ser útil a nadie , ni ganar nada". Y sin embargo cuando varias personas que le quieren, y un terapeuta de la humanidad y el rigor técnico de Von Gebattel le ofrecen su ayuda técnica, la rechaza con las siguientes lucidas líneas: "Si no me equivoco, mi mujer esta convencida de que es una especie de dejadez mía lo que me impide hacerme analizar....; pero eso es falso ; es por decirlo así mi piedad lo que me impide aceptar esta intención ese querer poner orden en mi interior , esa cosa que no forma parte de mi vida, esas correcciones en tinta roja en las paginas escritas con mi sangre hasta ahora . Ya lo se , estoy mal pero créame estoy tan lleno de esa maravilla incomprensible e inimaginable que es mi existencia que, desde el principio aprecia imposible y no obstante continua de naufragio en naufragio..."

La búsqueda de un cambio afectivo por la psicoterapia parece entonces algo a meditar y evaluar: como dice Rilke, si cada psicoterapia promete un cambio, al anular demonios, al reconciliar mi realidad intima con ese mundo irreconciliado, ¿no se llevará también nuestros ángeles , nuestras visiones mas originales de la realidad , nuestros deseos mas transformadores, nuestras visiones mas lucidas de lo real?. Y si no me gusto como soy ¿por qué otro y no yo solo, va a corregir mis sentimientos?, ¿ por qué introducir un coautor a un guión que como la vida no tiene instrucciones para el uso y cada uno tenemos que inventarla?.



Adorno (10) se preguntaba qué horrores no habría cometido la sociedad del bienestar con personas como Van Gogh o Rimbaud, y se respondía que seguramente entre psiquiatras y asistentes sociales habrían reducido genio a sufrimiento rehabilitado socialmente.

Pero pocos casos mas aleccionadores que la adición al psicoanálisis de Althusser (11) para ilustrar las catástrofes vitales que el uso de la psicoterapia puede producir. En el Porvenir Tarda en Llegar nuestro autor muestra con una patética ingenuidad, cómo toda su vida queda presa de una interpretación familiarista que sintetiza artificialmente sus dramas vitales y su evidente trastorno afectivo bipolar. El que durante una erección preadolescente su madre le comente: "ya eres un hombre" le introduce en una espiral de autodescalificaciones y a una vida en psicoanálisis, donde el Althusser real es substituido por la fantasía terapéuticamente alimentada con continuas interpretaciones de que es un Falsario, de que toda su obra tiene un carácter reactivo a sus problemas *profundos*, que su paso del catolicismo al comunismo es una búsqueda sucesiva del nombre del padre y que sus obras son una sublimación racionalizadora, que en cualquier momento puede evidenciarse como una superchería.

La obra nos relata 20 años de vida de su autor, en los que las sesiones de psicoanálisis son el centro de interpretación de su realidad, conviviendo con electrochoques, curas insulínicas, confusas farmacoterapias y en la que, inasequible al desaliento psicoterapéutico, introduce finalmente a su mujer en un triángulo de resultados criminales.

Lo patético del relato de Althusser reside en su perseverancia en la interpretación, en la psicologización de su teoría vital y en la ausencia de coraje moral para asumir sus actos como protagonista, junto a una incapacidad para valorar lo que significó el psicoanálisis en su vida.

Althusser se asombra y queda preso del agradecimiento al ver lo poco que cobra su psicoanalista, que por ello no cabe atribuir motivo de lucro con su tratamiento. No percatándose

del mayor daño que causan relaciones idiotas, en las que los dos miembros de la misma pierden cada vez mas en un juego interminable, respecto a las relaciones malvadas en las que las perdidas de un participante enriquecen al otro jugador y hacen terminable el juego. En ese sentido, incluso el electrochoque que Ajuriaguerra le propina sin mucha justificación es menos dañino, para nuestro autor, que la psicoterapia.

Susana Sontag (12) ha resaltado en un relato autobiográfico ya desde el titulo, *Contra la Interpretación*, lo demoledor que resulta cuando se padece una grave enfermedad somática, cáncer en su caso, como interpretaciones psicológicas añaden culpa "es la inexpresividad afectiva de la vida que llevas.." al dolor y al miedo que conlleva el cáncer y la perversidad de complicar la dureza de los tratamientos de quimio con interpretaciones psicoterapeúticas .

El texto de Sontag al contraponer el imaginario social del cáncer respecto a la tuberculosis como enfermedad sublime del siglo pasado, como expresión de una bella alma que llevaba hacia una bella muerte, mientras en el cáncer la mala vida que lleva a esa larga enfermedad que nadie nombra y lleva a una muerte sucia, reconstruye de manera magistral la contribución de ese *bla bla* interpretativo, que buscaba perfiles psicológicos en las úlceras de estomago o estructuras inafectivas y pulsión de muerte en todas las *enfermedades psicomaticas*, a la credulidad psicogógica, exhorta al valor para plantar cara al absurdo vital de la enfermedad y la muerte, sin falsas atribuciones de sentido o búsquedas de órdenes simbólicos en el azar terrible de la metástasis inesperada, sin transigir tampoco en reediciones psicoterapeúticas del enseñar a morir del antiguo *ars moriendi*.

### **El Marco Psicoterapeutico en la Modernidad :**

Freud constituye el fundador indiscutible y el *garante de prestigio* de la psicoterapia como práctica sanitaria, en sentido de separarla de lo *silvestre*, de exigir unas pericias en los practicantes, junto a unas indicaciones y contraindicaciones en sus destinatarios. En esa medida, hasta la terapia más conductual reproduce la ritualización externa del marco freudiano ya que no es otro que la del contrato burgués de servicios: alguien dotado de habilidades, terapéuticas en este caso, vende sus servicios a un cliente a cambio de unas prestaciones, en el marco de unos derechos y obligaciones mutuas.

De ahí el interés de escuchar al fundador de la psicoterapia en eso que él considera casi lo único enseñable respecto a la técnica, las condiciones de comienzo y final de una psicoterapia o con el símil ajedrecístico de Freud, los movimientos de apertura y cierre del proceso analítico.

Dado que el dinero y el cobro de la psicoterapia ocupa varios apartados de esos escritos técnicos, como una de las condiciones iniciales de apertura del proceso, anticipemos ese conflicto del pago personal de la sesión psicoterapéutica como uno de los temas centrales que nos van a ocupar, respecto a la aplicabilidad de la psicoterapia gratuita en el campo público.

Escribe Freud (13) al respecto "Otra de las cuestiones que deben ser resueltas al iniciar el tratamiento es lo referente al dinero. El analítico no niega que el dinero deba ser considerado en primera línea como medio, pero afirma además que en su valoración participan poderosos factores sexuales. En apoyo de esta afirmación puede alegar que el hombre civilizado actual observa en las cuestiones de dinero la misma conducta que en las cuestiones sexuales, procediendo con la misma doblez, el mismo falso pudor y la misma hipocresía". Esa franqueza debe llevar al terapeuta según Freud a hablar del cuanto y del cómo del cobro dinerario desde la primera sesión de terapia, insistiendo nuestro autor en la inconveniencia de los tratamientos gratuitos incluso para colegas -práctica habitual- no solo por motivos de catástrofe financiera

para el terapeuta sino por los deletéreos efectos que dicha gratuidad tendrían sobre el analizado "....Habremos de preguntarnos, además, si la ventaja que procura al enfermo el tratamiento gratuito puede compensar el sacrificio médico (...sin caer en masoquismo aclararan a posteriori) Pero además el tratamiento gratuito intensifica enormemente algunas resistencias del neurótico ;por ejemplo en las mujeres jóvenes , la tentación integrada en la relación de transferencia y en los hombres jóvenes la rebeldía contra el deber de gratuidad , rebeldía procedente del complejo del padre y que constituye uno de los mas grandes obstáculos a la influencia terapéutica ..La relación terapéutica gratuita pierde así todo su carácter oral y el paciente queda privado de uno de los motivos principales para atender a la terminación de la cura".

La cita es lo suficientemente ilustrativa para afirmar que la no gratuidad no es en absoluto un accidente histórico de la práctica privada en la que el psicoanálisis nació, sino por el contrario, un factor transferencial central, de forma que cada vez que el tema de la socialización del pago se plantea -precozmente en Berlín, tardíamente en la Córdoba argentina-, la gratuidad ha sido relacionada siempre con inacababilidad del análisis por imposibilidad de elaboración de dependencia. El post análisis de Sergio, el hombre de los lobos, mantenido como enfermo profesional por las colectas del medio analítico señala esa gratuidad de sus sesiones con Freud, como fuente de factores megalomaniacos -soy el enfermo favorito- así como de fijaciones a los beneficios secundarios.

A resaltar que los analistas de fraudes científicos como Di Trochio (14) ven, en todo el comportamiento de aislar y proteger un caso paradigmático como el de Sergio, algo sospechoso para un protocolo científico normal.

Freud (13) era absolutamente consciente de que su tratamiento estaba limitado a la clase media "Para la clase media , el gasto que supone el tratamiento psicoanalítico solo aparentemente

puede resultar excesivo .Aparte de que un gasto moderado nunca es nada frente a la salud , si comparamos las continuas expensas exigidas por el tratamiento no analítico en sanatorios y consultas podemos decir que el enfermo ha hecho todavía un buen negocio.. lo mas costoso en esta vida es la enfermedad y la tontería".

La exclusión de las clases pobres es afirmada también por motivos internos, por la relación epidemiología entre síntomas, clase y tratamiento que diríamos hoy, afirmando Freud en todo caso la mezcla del análisis con la sugestión para el tratamiento de trabajadores: "Se puede no compartir la repugnancia ascética por el dinero y deplorar sin embargo que la terapia analítica resulte casi inasequible a los pobres y tanto por motivos internos como externos. Pero es cosa que no tiene gran remedio .Por otro lado quizá acierte la afirmación corriente de que los hombres a quienes las duras necesidades de la vida imponen un rudo trabajo , sucumben menos fácilmente a la neurosis .Ahora bien cuando uno de estos hombres contrae una neurosis , no se deja ya arrancar a ella pues le presta grandes servicios en su lucha por la autoafirmacion y le procura ventajas patológicas secundarias demasiado importantes .

La neurosis le ayuda a lograr de los demás la compasión que antes no logro de ellos su miseria material y le exime de combatir su pobreza por medio del trabajo .Al atacar por medios puramente psicoterapicos las neurosis de un sujeto necesitado, advertimos que lo que el demanda es una terapia actual en forma de ayuda".

Si la condición económica limita la aplicabilidad del psicoanálisis, las limitaciones clínicas y caracteriales no son menos estrictas en los escritos técnicos freudianos "...la naturaleza del método psicoanalítico crea indicaciones y contraindicaciones y no es en absoluto de aplicación ilimitada .Los casos mas favorables para su aplicación son las psiconeurosis crónicas, con sintamos poco violentos y peligrosos , esto es todas las formas de neurosis obsesiva ,

aquellas histerias de forma somática o abúlica y todas aquellas que no exigen como la anorexia , la necesidad de hacer desaparecer rápidamente el síntoma (...) Para que el tratamiento tenga amplias posibilidades de éxito debe reunir el sujeto determinadas condiciones ..una edad próxima a los 50 años crea una condición desfavorable ..las deformidades del carácter y los rasgos de una condición degenerada se hacen sentir durante el análisis (...) Debe poseer el sujeto un cierto grado de inteligencia natural y un Cierta nivel ético, con las personas de escaso valor pierde pronto el medico el interés que le faculta para ahondar en la vida anímica del paciente..."

Castell (16) ha desarrollado la tesis de que todas las terapias breves, todas las variaciones de la cura tipo para aplicarlas a amplísimas poblaciones en medios diversos -de las cárceles al aula- tienen su referente epistemológico en esta pareja ideal descrita por Freud. Todas las psicoterapias desarrollan metáforas que reproducen ese encuadre, a pesar de su lejanía real, y la pregunta clave consiste entonces en si esas amplias poblaciones que son tratadas con métodos psíquicos están recibiendo psicoterapia o no, porque quien observa las relaciones que se dan entre paciente y terapeuta, lejos de descubrir una única relación de experto, descubre una multiplicidad de relaciones que se dan bajo la etiqueta de lo *Psi*, y que a grandes rasgos serian :

- ◆ Relación científica: el paciente llega al terapeuta en cuanto este está dotado de ciencia para evaluar y pronosticar como si de cualquier otra especialidad medica se tratase y, de hecho, los rituales de etiquetado suelen cumplirse con rigor. El equivoco del tratamiento psicoterapeutico para pacientes poco versados a veces reside en que, cuando están siendo tratados - háblenme- él cree que le están evaluando.
- ◆ Relación de reparación: las crisis, en el sentido mas general del descrito por Kaplan, precisan de intervenciones de limitación, de reestructuración y de medicación que atenúe el trauma cuando este es vivido con una intensidad que lo hace no contenible por el sujeto o

sus redes de apoyo lego..

- ◆ Relación de mantenimiento: una gran parte de trastornos psiquiátricos, tanto de gran como de pequeño deterioro hacen cuerpo con el carácter y transforman la persona, que se rotula como *de los nervios*, con el mismo criterio que se personifica como reumático, “aunque en este momento no me duela nada, soy reumático y necesito revisiones periódicas de un experto que me indique que todo va en orden”. Esos paciente buscan una relación aconflictiva, similar a la que les lleva al garaje a revisar su coche antes de un viaje.
- ◆ Relación de experto: ante un conflicto legal, familiar o laboral, la exculpación de tipo psicológico exige el dictamen de un psiquiatra que determine cuanto de loco, cuanto de criminal, si bebe por que ella me vigila o lo tengo que vigilar porque se mata bebiendo, si tiene o no capacidad laboral con su trastorno psíquico. Todas esas difícilísimas evaluaciones colocan al terapeuta ante difíciles preguntas que la natural tendencia metomentodo del gremio se ha buscado.
- ◆ Relación de ayuda: la admisión de impotencia por parte del paciente, de incapaz de resolver sus circunstancias, le lleva a buscar en el terapeuta la bondad de un padre y la tutela de un cura. La relación de caridad que así se establece anula la emergencia de cualquier conflicto, empobrece y enriquece el narcisismo de la pareja aunque obviamente de forma desigual.
- ◆ Relación pedagógica: Balint ha señalado cómo toda relación medico enfermo enseña algo, aunque sea qué comer, o cómo tomar las pastillas. Pedagogía que se continúa en psicoterapia con esa petición de enséñeme a vivir, que llena nuestras consultas: desde cómo llevar embarazo sano a como criar hijos, de cómo pasar por la pubertad o la vejez. Siempre existe una petición pedagógica en la relación psicoterapeutica para si o para otro:

¿como le trato? es una consulta conductual difícil de responder cuando un familiar nos la plantea respecto al enfermo.

- ◆ Relación psicoterapéutica: en sentido estricto es la que admite la subjetividad de los dos participantes como estructura fundamental, la intimidad de la comunicación como base del material terapéutico, que supone el conflicto entre las dos personas de la relación, como elemento central de la cura sin ningún soporte institucional que medie la pareja. Es decir, se trata de una relación no con un terapeuta, sino con fulano al que abro mi intimidad porque me siento bien escuchado y en la que el colchón institucional de normas es mínimo y supone un riesgo al no garantizar, ningún sistema experto, el éxito de la relación.

### **Terapeuta -funcionario, Paciente-usuario**

Si la relación terapéutica es, como hemos descrito antes, una relación personal y una relación sometida al conflicto no reglado, ello tendrá unas contradicciones claras con el estatuto de las relaciones de servicio estatal que deben darse por principio en marcos de igualdad homogénea y libre de valores. El estado asistencial basa su funcionamiento en el servicio público que satisface necesidades generales de la población. El éxito del estado moderno es, precisamente, presentarse como una superagencia que presta un haz de prestaciones exigibles por cada individuo y que cada administración debe cumplir. En el ámbito de la salud el disparate utópico de su definición, como desarrollo de las potencialidades individuales, prefigura ya una agencia final donde todos esos incumplimientos, donde todos los malestares o faltas de



desarrollo sean recogidos. Bien en ese terreno, acotado por los trabajadores sociales, neutro y recién inventado como lo *social*, independiente de la arena económico-política, bien en el campo psiquiátrico-comunitario donde los malestares serán acogidos en sus versiones subjetivas y tratados con psicoterapia. Efectivamente, el análisis de las demandas iniciales que pueden llevar a un Centro de Salud Mental para ser tratados con psicoterapia no puede ser más heterogénea: desde algias no filiadas en el campo médico a fracasos estudiantiles, desde vicios a duelos, desde problemas de pobreza a abortos voluntarios. La sala de espera psiquiátrica no deja de ser un lugar absolutamente confuso donde todos los fracasos de otras agencias del bienestar vienen a parar para recibir consuelo psicoterapéutico.

El servicio público que recibe esas quejas heterogéneas va a tener como característica su propia heterogeneidad, su falta de objetividad para concretar su servicio. Si un reumatólogo recomienda rezar a sus pacientes para sobrellevar sus dolores, su relación no es comparable con el conflicto de valores entre un terapeuta muy religioso y una adolescente atea en un doble sentido: el reumatólogo me aplica un protocolo y si su conducta es negligente o comete impericias podré denunciarlo. Lo que no ocurre cuando los valores del terapeuta entran en conflicto con la adolescente, pues ninguno de los dos apreciará que se están peleando por definir una situación y a esa lucha la llaman resistencia, transferencia u otros términos técnicos.

El conflicto de valores se complicará más por la indefinición de los términos en que se definen mejoría psíquica o salud mental, lo que supondrá una cosa distinta según la escuela a la que pertenezca el terapeuta y la propia indefinición de conducta racional.

Si por definición la única racionalidad definible es la de los medios y las finalidades de la vida son no etiquetables en términos de racionalidad, el riesgo de morir por estar delgada es un fin como otro cualquiera -andar en moto, escalar montañas-, riesgo que en otros tiempos

pertenecería a la dirección de conciencia evaluar cuando la mortificación pasaba a ser un pecado de soberbia y que hoy tratamos desde el inicio como un trastorno alimentario.

En otros casos se trata de legalizaciones encubiertas de consumo de drogas o abortos que usan a la psiquiatría como tapadera de la falta de valor moral del gobierno de turno para liberalizar esas practicas, con lo que todo el proceso de Indicaciones Psicoterapeuticas se invierte en lo publico, respecto al paciente ideal freudiano: si aquel, debía despertar el interés moral e intelectual del terapeuta -cuando el terapeuta se duerme durante la sesión, reprocha al paciente su aburrimiento-, en el universo estatal burocrático el desinterés de reconciliar a personas *con problemas* de falta de valor o voluntad para romper con la realidad que generan sus angustias, es la norma de unas terapias que siempre acaban equilibrando ese conflicto en favor del orden: ¡que pocas indicaciones se dan en el curso de la cura de ruptura familiar o abandono de trabajos infames!.

La primera asimetría entre lo publico y lo privado, procedería de esa dificultad en el rechazo de una demanda publica que demanda adaptacionismo bajo bandera psicoterapeutica.

El tiempo es otro de los factores que asimetrizan las practicas psicoterapeuticas en el campo de lo publico. Si por psicoterapia en términos temporales entendemos dedicar 45 minutos por semana, durante mas de 40 semanas, a un paciente por mucho que acotemos los minutos y alarguemos las sesiones, si comparamos las peticiones de consulta que llegan a un CSM con el horario del terapeuta, una sencilla división nos mostrara que la inmensa mayoría de pacientes reciben un tratamiento difícil de encuadrar en los términos de psicoterapia, ya que ¿cuanto es posible acortar un tratamiento para seguir considerándolo psicoterapia? ¿se dan de verdad los flash terapéuticos cuando se dedican 15 minutos por paciente? ¿las indicaciones son en función de las necesidades del paciente o de las posibilidades del centro?. Dada la cronicidad y la

ausencia del criterio de mejoría como único patrón de alta ¿cuando se deja la relación terapéutica y se pasa a la relación de apoyo?

La demagogia de lo público consiste, en general, en no aceptar sus límites: si el odontólogo del Insalud no tiene dificultades para decir a su paciente que los empastes que necesita no se los hace el seguro, pero que se busque quien se los haga o perderá su dentadura ¿por qué no se sigue idéntico criterio en psiquiatría?. Creo la respuesta es evidente: no es seguro que tal psicoterapia privada logre la mejoría que una odontóloga puede lograr y no es seguro que tal psicoterapia recomendada sea mejor que otra de una escuela terapéutica rival, con lo que la responsabilidad de indicar fuera del sistema público sea una dificultad inasumible.

Otra dificultad insalvable para el estado es el criterio de selección de terapeutas, fuera del eclecticismo que expresaría el espectador ingenuo de un congreso sistémico de tratamiento de anorexias y que exclamase ¡ah en tres meses todos los centros públicos aplicarán estos métodos y el resto de terapias quedarán obsoletas!. El criterio, rigurosamente exacto si asistiese a un congreso sobre tratamiento de hipertensión, es falso en un campo donde a 100 km de ese congreso se celebran unas jornadas sobre tratamiento cognitivo conductual de las anorexias con resultados igualmente convincentes para el ingenuo observador.

El seleccionador de terapeutas estatales se ve entonces inmerso en curiosas paradojas: ¿pertenece él a una escuela?, ¿cómo entonces seleccionar de forma objetiva, neutral y meritosa como exige el funcionariado en el estado democrático?, ¿Cómo se valoran en una selección de ese tipo la empatía, el calor humano, la flexibilidad y el resto de rasgos de personalidad que caracterizan al buen psicoterapeuta al margen de su saber formal?. Idénticas contradicciones cuartejan la noción de equipo en el campo público donde el agrupamiento en función de méritos - antigüedad, titulación...- choca con los conceptos de escuela que, obviamente, agrupa equipos

reales del campo privado en función de escuelas teóricas e intereses económicos. El choque del orden burocrático que en medicina somática no genera mas problemas que los jerárquicos -el jefe asigna casos y todos aplican idénticas técnicas de tratamiento , con responsabilidades para quien no ejecute correctamente la tarea-choca no solo con teorías mas o menos contradictorias, sino con practicas artesanales -yo veo siempre al enfermo con su familia y yo nunca- y con factores de imposición de planes gerenciales que definen la asistencia según un modelo no compartido por la totalidad de los expertos. Así un esquizofrénico vecino de Reus en los año 80 oiría que lo mejor para su tratamiento era el ingreso y análisis en el interior de la comunidad terapéutica para recuperar el acceso del deseo a la palabra y apenas unos kilómetros mas lejos, oiría que debería huir del manicomio y adquirir red social y terapia en el centro de salud mental.

Mas allá de la caricatura quisiera remarcar cómo la técnica psicoterapeutica se implica con lo ideológico y cómo la aplicación de uno u otro modelo responde a la política de la medicina y por ello al mundo de los valores que hace danzar a los técnicos en continuas alianzas inestables, que configuran siempre unas apasionadas defensas de la verdad frente a otras practicas médicas, en las que esa verdad sabe defenderse sola y no necesita politiqueos para imponerse. Al mes de mostrarse mas eficaz tal cóctel antisida por progresista o reaccionario que sea el consejero de sanidad, dicha practica se impone.

**Etica o Legalidad:**

Quizás por ello la querrela ética esta siempre presente en las discusiones psicoterapeuticas en la medida que esa ética tiene relación con la conducta excelente, mientras que al resto de los sanantes se les exige simplemente cumplir la legalidad sin imprudencia o impericia. Excelencia que no excluye que las practicas mas abyectas se hayan dado en nuestra disciplina.

Esa cuestión se hace relevante mas allá del académico, ¿tuvo éxito mi psicoanalisis?, cuando un paciente se siente maltratado y quiere ser indemnizado por ello, ¿como determinar los criterios clínicos de mala practica en psicoterapia?. De nuevo la falta de protocolos nos obliga a recurrir a Criterios Artesanales conocidos en medicina legal como Lex Artis o Lex Artis ad hoc que en síntesis reflejarían como norma legal lo que un buen profesional hubiese hecho ante este caso. Que exigirían un consenso profesional dificilmente alcanzable en el campo de las psicoterapias donde el manejo del caso Althusser por su terapeuta fue calificado por unos como creación de un triángulo diabólico, al aceptar a su esposa en terapia, o justa confrontación con la realidad por otros. Donde el amancebamiento de Jung con una paciente fue justificado como amor de transferencia. Donde la ruptura del contrato de confidencialidad puede ser ineludible ante el riesgo suicida o inmoral .

La necesidad e imposibilidad de configurar ese consenso que permita una Lex Artis proviene seguramente de la imposibilidad de plantearse con justeza el Error en Psicoterapia lo que según los epistemólogos nos separa de la ciencia normal y nos acerca a los adivinos. Khun (17) sintetiza la diferencia entre los astrólogos y los astrónomos en el distinto método y las distintas consecuencias que tiene un error. El astrónomo no necesita mas que corregir sus observaciones o repasar el calculo. Si la conducta humana se parece en su predicibilidad al tiempo atmosférico los psicoterapeutas nos parecemos mas a los astrólogos: ante el error no se

trata de corregir el detalle sino de cambiar de escuela.

Tenemos, en síntesis, que las psicoterapias en la sanidad pública realizan una especie de Homogeneización por Decreto que transforma unas prácticas personales, artesanales, medidas por valores en una relación funcional que obligatoriamente las incluye en el reino de la objetividad. Con ello, y de forma apenas perceptible, los valores dominantes se filtran en cada acto psicoterapéutico que raramente puede escapar al Adaptacionismo: someterse a lo real, adaptarse al sentido común produce unos resultados fácilmente predecibles y la respuesta al ¿que te dijo el psiquiatra? suele tener una contestación acorde con leyes del mercado y de sumisión al orden institucional. Moderar un *character* consiste habitualmente en atenuar respuestas de contestación al entorno. No ser quijote con abandonar locuras utópicas y seguir las leyes del lucro. Buscar red social suele tener que ver más con encontrar una relación en el grupo que con participar indefinidamente en el mantenimiento de este. En conjunto los valores del Emotivismo Egoísta son los únicos que orientan esta terapia basada en una relación mediada por lo estatal y en la que sería inmoral por otro lado filtrar valores personales o inducir un pesimismo social - ninguno de sus problemas tiene solución en el actual marco y, si no lo rompe, mal le va a ir siendo mujer, gitano, negro- para el que el terapeuta público no fue contratado.

Por el contrario, el estatuto de Dr Pangloss es el adecuado para este agente del bienestar, que pese a los pobres resultados de sus prácticas siempre puede recetar más apoyo con tal de conservar la convicción de que todos los problemas tienen solución técnica y que la malaria de nuestros trabajos, familias y sumisiones puede cesar con tal que demos a vivirla con la psique adecuada. Ese encubrimiento de los horrores de la historia con el optimismo de un intimismo voluntarista parece la receta universal que induce la mentira del consuelo con la cobardía frente a la disidencia.

Y ahí nos encontramos de nuevo con las dificultades de encontrar contraindicaciones para la terapia en lo público donde se va a consultar *Problemas* o simplemente a buscar *oídos en alquiler* que substituyan esa otra escucha espontánea que la privacidad no logra y que aleja esta práctica de aquella ambiciosa cura que Freud se proponía con el “dar a luz una nueva estructura psíquica”, al obligar toda la red de cuidados públicos a solucionar el problema o limitar el sufrimiento.

En ese sentido, más allá de lo burocrático, las dificultades de contraindicar una intervención psicoterapéutica, no es sino otra versión de la imposibilidad de separar falsas necesidades y necesidades reales que la postmodernidad imposibilita en una sucesión de consumos dionisiacos, de potlach cotidianos que incluyen cómo no la psicoterapia como última defensa de esa insaciable búsqueda de felicidad allí donde no se da. Muchas psicoterapias repiten en ese sentido el error de Freud en el caso Dora: en la medida que el Padre paga el análisis, este amo benevolente cree que la cura fomentará la tolerancia a aquel encuernamiento hipócrita que Dora había descubierto. La honestidad de Freud le hace no aceptar el encargo, pero tampoco se atreve a aliarse con una adolescente que buscaba aclararse en aquella turbulencia moral y el sueño del humo. Lejos de reclamar una interpretación transferencial pedía una orientación moral y valorativa.

En el campo de lo público el *Tratamiento por Encargo* de ese benévolo estado asistencial, excluyendo por definición esa guía moral, exige la vigilancia legal y sitúa en lo real, por ejemplo, todo el tema del trauma sexual infantil al obligar a cualquier terapeuta a denunciar ese tránsito de víctima a enfermo que Freud describió como novela familiar. Si dudamos de su realidad o debemos evaluar si los beneficios secundarios con el síntoma justifican la baja laboral o un trauma justifica la indemnización del trastorno por estrés posttraumático.

De ahí toda esa transvaloración que debe incluir los valores burocráticos en el emotivismo individualista creando otro frente de caos moral: los horarios , las metáforas de la jerarquización - población, recursos, contención- que siempre están presentes como horizonte normativo en la soledad real de la terapia en forma de ordenes jerárquicas que limitan tiempos de escucha o estancia en hospitales , que ordena l circulación terapéutica por lo disponible en la red y que de alguna forma impersonaliza al terapeuta real del que sorprende lo poco que influye su teoría en una practica predeterminada por ese marco burocrático que substituye los viejos valores de Vocación como tarea seguida desde una llamada interna , que buscaba una excelencia basada en la propia practica y en todo caso reconocida por sus pares de profesión que constituían una comunidad moral, por los valores de la Carrera Profesional en los que éxito suele querer decir cumplir objetivos gerenciales o someterse a los encargos que el plan sanitario de turno imponga.

### **Malestares de Ida y Vuelta:**

Cuatro breves apuntes de historias vitales de terapeutas que de forma mas o menos traumática se han incorporado o han abandonado lo publico y de los que transcribo fragmentos de conversaciones sobre el tema que tratamos

Arnaldo: Es un psiquiatra que ronda la cincuentena y participó activamente en la coordinadora psiquiatrica que a finales de los 60 inició las conspiraciones contra la psiquiatría del franquismo y que ha participado en varias experiencias de transformación hospitalaria desde esas fechas. Hace cuatro años, trabajando en un hospital psiquiatrico, *cae de baja* con cuadro muy abigarrado de abandono personal: consumos mas exagerados de lo habitual de alcohol y cannabis, trastornos



somatomorfos y una incapacidad absoluta para realizar sus rutinas clínicas con sensación de pérdida absoluta de Autoeficacia tanto frente a enfermos como a los subgrupos profesionales que constituyen su *equipo*.

Tras la recuperación de su crisis Arnaldo decide no volver a trabajar en la psiquiatría pública con una valoración muy negativa de lo que ha sido la reforma psiquiátrica que ha pasado, según él, de un programa despsiquiatrizador, que pretendía desprofesionalizar el sufrimiento psíquico de las redes profesionales, a una absurda incorporación de quejicas absolutamente insoportables, tratados por lo que él llama *Flick psiquiatra* o psiquiatra mitad farmacólogo mitad policía con el que no se puede ni hablar.

Arnaldo trabaja actualmente en psiquiatría privada con poca clientela, milita en una organización libertaria y dice que únicamente volvería a la pública como un ganapán.

Ataulfo: se trata de una historia menos dramática que la anterior en el abandono de la práctica pública en la que este terapeuta de 40 años ha trabajado siempre, aunque compatibilizando alguna psicoterapia privada que contribuía a pagarse su propio psicoanálisis. Tras dar por terminado éste decidió abandonar el sector público y dedicarse exclusivamente a lo privado.

Al margen de las razones económicas, no evidentes en principio, Ataulfo comentaba a mi solicitud su sensación de inutilidad en las tareas de psicoterapia pública, la falta de avance de sus enfermos, la ausencia de correspondencia en sus implicaciones afectivas y la ausencia de alianza terapéutica o trabajo de los enfermos de la pública que iban en demasiadas ocasiones a pasar el tiempo.

La sensación que transmite es que en la pública está malgastando su preparación y sus talentos, tanto por esas quejas respecto a los pacientes como las politiquillas y burocracias que

según el dominan los equipos y que son también para él resultado de pereza mental y de la ausencia de elaboración de la subjetividad de grupo

La sensación que tiene en la practica privada es de autonomía funcional: "rechazo muchos casos tras cuatro sesiones exploratorias". Su impresión es "estar cumpliendo con un trabajo especializado para el que me preparé fuerte y que tiene sus resultados con personas motivadas a la cura al revés de la publica".

Argimiro: es un terapeuta de mas de 50 años que ha trabajado en los últimos quince años en la privada tras otros de practica publico-hospitalaria y que se incorpora tras una oposición a un CSM.

Cuando le pregunto las razones del cambio dibuja una clientela privada cada vez mas exigente de resultados conductuales y mejoras sintomáticas que una practica psicodinamica como la que el practica no logra y el temor con que enfrentaba cada mañana su tarea. También con clara sensación de déficit de autoeficacia en sentido de Bandura. Se siente mucho mejor en el sector publico "donde el equipo arropa siempre la autoestima terapéutica, la gente es menos exigente y agradecida aceptando la cronicidad de sus trastornos y el tratamiento a largo plazo". La idea de selección terapéutica o selección en la practica privada le parece un mito: "o cojes lo que te llega o no tienes clientela ", "a la consulta privada llegan sin relación personal , la misma casualidad que lleva a un paciente a lo publico"

Por lo mismo "la verbalizacion de los problemas en el equipo me parecen mas provechosas que las supervisiones privadas" que por otro lado le parecían auténticas transacciones económicas.

Ambrosio: es un terapeuta de 40 años que trabaja exclusivamente en la pública y no tiene plan de cambio. Ha tenido ya un par de largas bajas con diagnóstico de *reacción depresiva* aunque él se califica de *quemado* y ha escrito algún texto sobre ese tema.

Ambrosio es un trabajador superresponsable que escribe largas historias sobre sus pacientes, motivado a relaciones de ayuda, que recibe citas fuera de hora llegando a casi doblar el horario laboral en ocasiones. Reconoce algunas inseguridades personales y consulta a veces posibilidades de complicaciones remotas de sus casos pero que a él le preocupan aunque reconoce en ocasiones esas inseguridades como claramente compulsivas.

Hace cuatro años entra en estado depresivo ansioso con ocasión de las quejas de una familia que acudió a urgencias tras un cuadro extrapiramidal de un paciente suyo. Ello le impide trabajar y le obliga a consumir dosis medias de amitriptilina durante unos meses.

Tras su incorporación al trabajo reinicia anteriores pautas, añadiendo a sus largas historias un apartado legal por si acaso una queja por mala praxis "acaba en el juzgado".

En otras dos ocasiones en los últimos años hace episodios etiquetados como depresivos y resueltos con triptizol. En el último me pide hablar sobre la causa de sus trastornos. A los seis meses de esas charlas escribe un par de textos de su experiencia en la que el papel de terapeuta en el campo de lo público "si te lo crees y acoges lo que te llega es un suicidio, es un auténtico síndrome de utopía retroalimentado por más de lo mismo y terminas en un auténtico mejor morir que dejarlo". Su actitud actual es de defensa burocrática, tratando de establecer límites rígidos, estandarizar en lo posible sus tareas e intentando no sobreimplicarse.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1.- Foucault M. *Hermenéutica del Sujeto*, La Piqueta, Madrid.1987
- 2.- Popper K. *La Responsabilidad de Vivir*, Paidós, Barcelona.1995

- 3.- Foucault M. *Microfísica del Poder*, La Piqueta, Madrid.1979
- 4.- Foucault M. *Saber y Verdad*, La Piqueta, Madrid.1991.
- 5.- Bueno G. “El Sentido de la Vida”, *El Basilisco*,19,pp. 63-95. 1995
- 6.- Rahner K.*Escritos de Teología*, T. III, Taurus, Madrid.1981
- 7.- Foucault M .*Vigilar y Castigar*, Siglo XXI, Madrid 1977
- 8.- Arend H. “¿Qué es la Libertad?”, *Claves*, 1995; 65, pp. 6-96.
- 9.- Marina JA.*El Laberinto Sentimental*, Anagrama, Barcelona.1996
- 10.- Adorno TW.*Dialéctica de la Ilustración*, Taurus, Madrid.1996
- 11.- Althusser L.*El Porvenir Tarda en Llegar*, Destino, Barcelona. 1992
- 12.- Sontag S.*Contra la Interpretación*, Taurus, Madrid.1996
- 13.- Freud S. *Técnica Psicoanalítica*, Obras Completas, T II, 1965 p.396, Biblioteca Nueva, Madrid.
- 14.- Di Trocchio. *Las Mentiras de la Ciencia*, Alianza, Madrid.1995
- 15.- Castell R.*El Psicoanalismo*, Siglo XXI, Madrid. 1976
- 17.- Kuhn T.*La Tensión Esencial*, F.C.E., Madrid.1977.

- 
- i. Strupp HH, Binder JL. Una nueva perspectiva en psicoterapia. Bilbao: Desclée de Brouwer 1993
  - ii. Oury J. Thérapeutique institutionnelle. *Encycl.Méd. Chir. Psychiatrie* 37930 G 10-1972; 12 p
  - iii. Rappoport RN. *Community as a doctor*. Springfield Charles C Thomas, 1960
  - iv. Karterud SW. Encuentros comunitarios y comunidad terapéutica. En Kaplan HI, Sadock BJ. *Terapia de grupo*, 3ª ed. Madrid: Ed Panamericana, 1996
  - v. Yalom I. *Inpatient Group Psychotherapy*. New York: Basic Books, 1985; 313-335.
  - vi. Yalom I *Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo*. México: Fondo de cultura económica, 1975.
  - vii. Yalom I. *The theory and practice of group psychotherapy*, 3ª ed. New York: Basic Books, 1985.
  - viii. Bloch S, Reibstein J. Perceptions by Patients and Therapists of Therapeutic Factors in Group Psychotherapy. *Brit. J. Psychiat* 1980; 137:274-278