



Guía breve de la Terapia Narrativa para la Depresión



Agradecimientos

A las personas que buscaron ayuda en nuestras consultas y nos ayudaron a nosotros a aprender y a cuestionarnos con ellos “aquello que era dado por sentado”.

A todos nuestros compañeros y amigos, miembros del equipo docente del Máster de la Universidad de Alcalá de Henares con los que, durante más de doce años, hemos tenido el privilegio de compartir aprendizajes y desaprendizajes.

A los terapeutas principiantes o a aquellos otros que, con una enorme experiencia a cuestas, se acercaron a nuestros programas formativos en diferentes puntos de nuestro país y Latinoamérica.

Al equipo de Lundbeck, en las personas de Susana Gómez-Lus, Christophe Martinot y Anna Raya, que supieron recoger el interés que los psiquiatras españoles tienen en la psicoterapia y apoyaron el desarrollo del Proyecto docente CONRED (Construcción de narrativas relacionales en la depresión), y la publicación de esta guía que recoge el resumen de los materiales trabajados en él.

Al equipo de Adalia (Elena Gómez y José Luis Andreu), que ha hecho realidad la edición de esta monografía.

Alberto Fernández Liria
Beatriz Rodríguez Vega





Sumario

- 7** **Introducción**
- 9** **Bases constructivistas y narrativa**
- 10** **Visión del *self***
- 11** **Narrativa y cambio terapéutico**
- 13** **Visión de la depresión desde la perspectiva de las narrativas. Narrativas de la depresión**
- 15** **El proceso psicoterapéutico en la terapia de construcción de narrativas relacionales para la depresión**
 - 15 ■ Fase de indicación
 - 16 ■ Fases iniciales
 - 18 ■ El rol del terapeuta
 - 18 ■ Formulación
 - 22 ■ Fases intermedias
 - 24 ■ Trabajo desde la perspectiva de primera persona
 - 27 ■ Trabajar con las emociones
 - 30 ■ Trabajo desde la perspectiva de segunda persona
 - 32 ■ Trabajo desde la perspectiva de tercera persona
 - 33 ■ Ensayar y afianzar las nuevas narrativas
 - 33 ■ Fase de terminación
- 35** **Combinación de psicofármacos y psicoterapia**
- 37** **Problemas**
- 41** **Formación en terapia de construcción de narrativas**

Introducción

Al redactar esta monografía hemos querido introducir al psiquiatra clínico en un acercamiento a la psicoterapia basado en la construcción de narrativas terapéuticas.

Hace dos años, Christophe Martinot y Susana Gómez-Lus, del equipo de Lundbeck, nos propusieron llevar a cabo un curso de formación en psicoterapia para un grupo de psiquiatras repartidos por todo el territorio español. El texto que tienes entre las manos es un resumen, a modo de introducción, de las ideas y del material que allí se trabajó.

Dirigir aquel curso rodó paralelo a un proyecto previo, el de redacción y de síntesis de nuestras ideas en forma de un nuevo libro de psicoterapia que está a punto de ser publicado por la editorial DDB. A los clínicos que, una vez leída esta breve guía, les resulte atractivo este acercamiento psicoterapéutico, podrán profundizar en él en ese otro texto⁽¹⁾.

Desde una perspectiva narrativista, no buscamos hacer prescripciones de actuaciones de modo mecánico y forzado, sino facilitar a los profesionales interesados en la psicoterapia una introducción a este modo de proceder.

Si bien este acercamiento que se propone no es la única forma de entender la terapia narrativa, ni pretende ser el mejor, sí que quiere mostrar unas líneas guía que los terapeutas puedan seguir y, de esa forma, entrenarse en ellas y poder comparar sus resultados en la investigación.

La Guía parte del reconocimiento de la heterogeneidad de lo que en la clínica se diagnostica como depresión. Lejos de hacer una lectura exclusivamente biológica del fenómeno de la depresión, esta terapia se centra en la construcción conjunta entre terapeuta y paciente del significado de la historia que el paciente trae a terapia.

En esta monografía, utilizamos el término de terapia narrativa para referirnos a intervenciones psicoterapéuticas que se organizan inicial y explícitamente desde la idea de que la actividad psicoterapéutica es una actividad narrativa y, en base a ella, construye las explicaciones de su modo de proceder. Es más, nos basamos en la idea de que el ser humano busca construir su sentido a través de contar y contarse historias sobre lo que hace

y lo que no hace, de lo que piensa o siente o no piensa o no siente. Es decir, en palabras de Hermans⁽²⁾, el ser humano como ser motivado a la narración (story-teller).

En la Guía, el énfasis se pone en el proceso y no en las técnicas, en la comprensión global de la persona y no en la aplicación de un conjunto de herramientas. En nuestros programas formativos, derivados del programa central del Máster de la Universidad de Alcalá de Henares (Madrid), el énfasis se pone en la construcción conjunta, a través de la relación terapéutica, de historias alternativas que excluyan, para el paciente, la tristeza.

El entrenamiento del terapeuta no sólo incluye el aprendizaje cognitivo de técnicas útiles, sino también experiencias vivenciales que le permitan “estar presente para el otro”, ayudándole a cuestionar aquellas historias que el paciente sostiene en su vida y que le conducen hacia la depresión. Trabajar como terapeuta desde esta perspectiva requiere del profesional que se inicia estudio, entrenamiento y práctica supervisada.

La aspiración de esta Guía breve es introducir al terapeuta en un conjunto de caminos posibles ante la diversidad de situaciones que se presentan en la clínica en el tratamiento de las personas que atraviesan una depresión. Si después de trabajar con esta Guía, el lector se mueve hacia el deseo de un mayor conocimiento y formación en esta perspectiva, el objetivo estará doblemente cumplido.

*Alberto Fernández Liria
Beatriz Rodríguez Vega*

1. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. Terapia Narrativa para la depresión. DDB: Bilbao; 2011 (en prensa).

2. Hermans HJM, Hermans-Jansen E. Self-Narratives. The construction of meaning in Psychotherapy. Guilford Press: New York ; 1995.

Bases constructivistas y narrativa

Para empezar a hablar de una perspectiva terapéutica, hemos de facilitar el punto de vista desde donde se van a entender tanto la salud como la enfermedad.

La perspectiva constructivista, base de la terapia narrativa, se sostiene, al menos, en las siguientes cuatro afirmaciones:

- **Las realidades se construyen socialmente.** No podemos acceder a un conocimiento del mundo externo independiente del observador. El “qué” es observado depende de la persona que lo observa. El “quien” observa está siempre en “aquello” que es observado. Observador y observado son inseparables
- **Las realidades se construyen a través del lenguaje.** El significado no lo da una palabra o un gesto aislado, sino una palabra o un gesto en relación con su contexto. Por ello, el significado preciso de una palabra o gesto siempre es indeterminado y potencialmente diferente, es algo a negociar entre dos o más conversadores.
- **Las realidades se organizan y mantienen a través de las historias.** “...Organizamos nuestra experiencia y nuestra memoria de los acontecimientos principalmente en forma de narrativa-historias, excusas, mitos, razones para hacer y no hacer y así sucesivamente”.
- **No hay verdades esenciales.** No podemos conocer objetivamente la realidad, todo lo que podemos hacer es interpretar la experiencia.

De acuerdo con esas cuatro afirmaciones, merece la pena aclarar que, por lenguaje, no sólo se entiende la codificación de signos anclados a un significado, sino la parte de movimiento, de expresión no verbal y de sensaciones corporales que conducen a la emergencia de un significado nuevo. Teniendo en cuenta esto, es fácil entender que cuando hablamos de relación, no nos referimos exclusivamente a otro existente en la experiencia externa, sino también a la conversación interna que surge de modo automático o de modo intencionado, dentro de cada ser humano.

A estos principios enunciados por Freedman⁽¹⁾, le podemos añadir, además, la idea del *self como agente co-constructor de las historias* basadas en esas narrativas culturales, sociales y familiares que va a tomar del entorno en el que está inmerso.

Para ello, revisaremos cómo el *self* se desarrolla desde un sustrato neurobiológico interpersonal a uno social más amplio para contribuir a la co-construcción de esas historias.

Visión del self

La óptica de las narrativas considera pues, un **self múltiple, dinámico y relacional** y siempre motivado a construir su sentido a través de la narración de historias. Es decir, considera un **self** que se mantiene en un diálogo continuo con el ambiente.

En el marco de este diálogo, el **self** es:

- “Historiado” y construido por las historias sociales o discursos sociales dominantes.
- También puede ser visto como “agente” que construye historias dentro de ese marco social en el que nace o se desarrolla.

Quiénes somos cada uno de nosotros está modelado y sostenido por las relaciones de apego con personas o cosas significativas pasadas o actuales y con las que, en comunidad con los otros, construimos significados que, a su vez, cuestionan o mantienen nuestra autonarrativa. Es por ello que se habla también de un **self dialógico**, en el que se funden las ideas de **self** y de diálogo.

Cuando se cuenta una narrativa, no es sólo una historia con un principio, un intermedio y un final, que “pertenece” al narrador, sino que puede ser comunicada a otra persona⁽²⁾. Es decir, hay una relación indisoluble entre los diálogos externos y los internos que sostiene el **self**. Por ello, hablamos de un **self relacional**.

La mente se desarrolla en la interfaz entre los procesos neurofisiológicos y las relaciones interpersonales^(3,4). La maduración del sistema nervioso, genéticamente programada, es moldeada por la experiencia, especialmente la interpersonal y la social. Podríamos decir que el ser humano, como organismo total, se va conformando dentro de un sistema de interconexiones que incluye al niño, a los cuidadores y a la comunidad social más amplia.

El **self** es considerado como un “**narrador de historias motivado**” (*motivated story-teller*)⁽⁵⁾. La búsqueda de sentido y significado es el motor de su actividad y lo hace organizándose en interacción constante con el ambiente. En esa construcción de significados, la persona hace valoraciones constantes de los acontecimientos y los organiza en el contexto de un argumento narrativo. Es la emoción, a través de su componente de valoración de una situación, el puente que une la motivación con la narración y la acción.

Consideramos la emoción en el centro de esa estructura narrativa y la forma en la que la persona se hace cargo de ella. Sin duda, está íntimamente conectada con el procesamiento de la información en las redes de la memoria y con la capacidad de mantener relaciones de apego suficientemente seguras.

La organización de la **emoción** se hace posible gracias a la codificación de patrones en los dos tipos principales de memoria:

- La **memoria explícita** o declarativa.
- La **memoria implícita**, que incluye la memoria corporal.

Por otro lado, la regulación de la respuesta emocional tiene que ver con las pautas de apego que la persona haya establecido con sus cuidadores en la infancia o con sus personas significativas en la vida adulta.

Narrativa y cambio terapéutico

El **cambio**, en psicoterapia, se promueve a través de la evolución de los significados durante la conversación terapéutica.

A través de esta conversación, se pueden incluir nuevos significados en la estructura narrativa mientras que otros van a ir borrándose o adquiriendo una relevancia menor. El terapeuta ocupa un rol de explorador, no directivo, que establece una relación igualitaria entre expertos: el terapeuta como experto en la conversación terapéutica y el consultante como experto en sí mismo.

El terapeuta revisa con el consultante las narrativas que sostiene y, desde ahí, cuestiona y confronta para abrir significados e historias no dichas/no contadas/no conocidas o historias debilitadas o empobrecidas que guarden el potencial de promover el camino de desarrollo personal preferido por éste. Para llevarlo a cabo, el terapeuta se ayuda de diferentes estrategias y técnicas que se enmarcan en las fases del proceso terapéutico.

El proceso en psicoterapia se entiende de modo diacrónico, a lo largo de varias fases:

- Fase de indicación.
- Fases iniciales.
- Fases intermedias.
- Fase de terminación.

Consideramos la **narrativa** como “la historia que nos contamos acerca de los acontecimientos en secuencias que ocurren en un tiempo y se organizan en un guión”. Y también como “el principio organizador de la actividad humana”⁽⁶⁾. Pueden ser las historias dominantes en tiempos determinados o más personales o locales, o pistas de historias menos familiares y alternativas.

La narración resume o codifica la forma en la que esa persona se relaciona con su experiencia.

La práctica de los terapeutas narrativos les lleva a escuchar y promover “*the talk that sings*”, lo no dicho, lo indecible y el significado ausente, pero implícito en la conversación. Los espacios abiertos en las narrativas de las personas sugieren posibles puntos de entrada hacia significados alternativos o rastros de lo olvidado o de historias no reconocidas.

A través de esa conversación, nuevos significados pueden incluirse en la estructura narrativa, mientras que otros van a ir borrándose o adquiriendo una relevancia menor. De esa manera, el cambio y la estabilidad ocurren simultáneamente a través de la organización y reorganización de la estructura narrativa de la experiencia⁽⁵⁾.

La perspectiva narrativa es una aproximación a la práctica psicoterapéutica, no un modelo de psicoterapia, y considera que el cambio se produce a través de una evolución de los significados narrativos. En el encuentro entre terapeuta y paciente, el cambio se produce en el contexto de una conversación, a través de la pregunta, del cuestionamiento de lo que el paciente se dice de sí mismo, de su relación con los otros o con el mundo. Sólo si se da ese cuestionamiento, se puede producir el cambio. Sólo si se interroga y se re-interroga sobre sí mismo o su relación con la realidad de forma explícita o experiencial, hay una oportunidad para el cambio.

Para facilitar el cambio, el terapeuta se incluye en la conversación con el objetivo de ayudar a la evolución de los significados, en este caso, significados depresivos. Ayudará al paciente a deconstruir su narrativa depresiva. Para ello, le animará a tomar conciencia de las asunciones y creencias que están en la base del problema, así como de las omisiones importantes en su historia, para que se cree el terreno desde el que surjan nuevas posibilidades o nuevas historias alternativas^(7,8).

Visión de la depresión desde la perspectiva de las narrativas. Narrativas de la depresión

Consideramos a las personas que atraviesan una depresión, no tanto la enfermedad depresiva, como consultantes que sostienen sobre ellos mismos y su mundo una narrativa cuyos elementos centrales son:

- La pérdida.
- El auto-reproche o la auto-desvalorización.

Cuando el sistema de valoración de las situaciones, con el objetivo de construir significados, se bloquea y actúa rígidamente, sesgado en torno a un grupo de significados, puede llevar a la persona a un estado depresivo.

En las narrativas depresivas, los argumentos se organizan en torno a la construcción de dos significados, al menos: la auto-desvalorización y la pérdida. Y como en cualquier narrativa, los podemos explorar a través de las siguientes dimensiones de la historia:

PAISAJES O CAMPOS

Cualquier historia cuenta con:

- Hechos o acciones (paisaje de la acción).
- Emociones y significados que promueven o surgen de ellos (paisaje del significado).

Los dos niveles se entrelazan a lo largo de la narración.

ARGUMENTOS

El hilo argumentativo de la historia integra esos dos paisajes, los hechos y los significados. Para dar cuenta de los argumentos más frecuentes de las narrativas depresivas, hemos seleccionado los siguientes temas por considerarlos, al menos, los que con más frecuencia nos relatan en la clínica:

- El duelo.
- La transición de rol.
- La descalificación en la relación (las relaciones de poder, abuso y sumisión).
- La auto-narrativa de infravaloración o menosprecio.
- La sensación con o sin historia.

PERSPECTIVAS

Tiene que ver con la posición que el *self* se atribuye en la historia, ya que la persona cuenta la historia desde un lugar de reflexión-acción en el argumento. De esa forma, las historias se pueden contar desde:

- La perspectiva de primera persona (*“Yo he sido siempre una persona triste, ya recuerdo esta sensación desde niño, la soledad de la muerte de mis padres en la infancia me ha seguido siempre...”*).
- La perspectiva de los otros significativos (*“Desde que entré en este trabajo, me he sentido como una piltrafa... te dan órdenes y dicen que no te pagan para pensar”*).
- Un discurso social coercitivo (*“como mujer nunca fui tenida en cuenta, nadie en mi casa se preocupó de que estudiara, sólo de que me casara pronto para que otro me mantuviera”*).

Podríamos decir que las narrativas depresivas, con sus argumentos más frecuentes, se cuentan desde tres perspectivas:

- **Perspectiva de 1º persona (Relación consigo mismo)**
 - Valoración biográfica.
 - Pérdida de significado.
 - Identidad.
 - Relaciones de apego.
 - Auto-narrativa interna de desvalorización.
- **Perspectiva de 2º persona (Relación interpersonal)**
 - Duelo (pérdidas).
 - Conflicto interpersonal.
 - Descalificación relacional.
 - Transiciones de rol.
 - Relaciones de apego.
- **Perspectiva de 3º persona (Discursos sociales que sostienen la desvalorización de la persona)**
 - Género.
 - Orientación sexual.
 - Cultura.

Como es de esperar, las perspectivas van cambiando o entrelazándose unas con otras a través del proceso terapéutico.

El proceso psicoterapéutico en la terapia de construcción de narrativas relacionales para la depresión

Dividimos el proceso terapéutico, con la finalidad de transmitirlo más claramente, en una fase de indicación, unas fases iniciales, unas fases intermedias y una fase de terminación.

A continuación, se exponen de modo resumido los puntos más importantes del proceso terapéutico. El lector interesado en profundizar en su formación puede dirigirse a otros textos más completos^(7,8).

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.

Una vez hecha la indicación, el terapeuta explica las líneas generales del tratamiento e incluye explicaciones de la justificación, actuación y posibles efectos secundarios de los fármacos cuando estos se incluyan en terapia combinada.

La posibilidad de tratamiento psicoterapéutico está sometida, sin embargo, a una condición adicional que es “la posibilidad de construir una versión del problema presentado por el paciente en el que éste aparece como implicado personalmente en el origen, el mantenimiento o las posibilidades de resolución del mismo”⁽⁹⁾.

La indicación de tratamiento farmacológico se completa con una definición precisa de éste. Tal definición puede establecerse en los siguientes términos:

- Qué sustancia.
- En qué dosis.
- Con qué objetivo.
- Por cuánto tiempo se va a utilizar.

Existe literatura que informa de mejores resultados de terapias combinadas que de cualquiera de ellas aislada⁽¹⁰⁻¹²⁾. Además, pueden utilizarse combinaciones que pueden permitir el abordaje de diferentes aspectos de un problema complejo. Existen buenas y extensas revisiones de este tema⁽¹¹⁻¹⁴⁾.

En nuestro medio, la combinación es la norma, más que la excepción, en población adulta (32% frente a un 25% de psicoterapias sólo: 40% individuales, 15% de familia o pareja y 8% de grupo), y es más 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 sola)⁽⁹⁾.

FASES INICIALES

El curso de la terapia entera (de hecho, incluso su posibilidad misma) está fuertemente condicionado por lo que sucede en los primeros momentos de la misma. Es muy difícil remontar un mal comienzo. Hoy sabemos, por la investigación proceso-resultados, que lo que sucede en las primeras sesiones predice, en muy buena medida, los resultados que se obtendrán al final de la terapia.

Llamaremos **fases iniciales** a la parte del proceso psicoterapéutico que transcurre entre el momento en el que se realiza la indicación de la intervención psicoterapéutica y aquél en el que se establece el contrato por el que paciente y terapeuta acuerdan sobre qué y cómo van a trabajar durante el resto del tratamiento. Suelen emplear entre una y seis sesiones. Lo más frecuente es que se lleven a cabo en menos de tres (cuando no es así, el terapeuta debe preguntarse seriamente por qué).

Objetivos

Los objetivos principales de las fases iniciales son los siguientes:

- **Establecimiento de la relación terapéutica.** La relación terapéutica se considera como un aspecto más de la relación interpersonal. A través de la relación terapéutica, el paciente es ayudado a abrirse a la posibilidad de un cambio tanto en los aspectos de su autonarrativa (reflexividad del *self*) como de la narrativa relacional con los otros (interpersonal). Ese cambio afectará a la relación consigo mismo, con los otros y con el mundo.

Desde la perspectiva narrativa, la relación terapéutica es una relación entre iguales, una relación colaborativa, un encuentro entre dos expertos: el terapeuta, como experto en un tipo de conversación transformativa, la conversación terapéutica; y el consultante como un experto en sí mismo y el que más de cerca conoce su propia vida. Se reconoce la “sabiduría interior” de la persona como contrapartida al conocimiento profesional del terapeuta.

En el entrenamiento de terapeutas se le da especial importancia al establecimiento de la relación. De esta forma, el terapeuta se entrenará en habilidades y técnicas conversacionales⁽¹⁵⁾.

- **Construcción de la formulación terapéutica (Tabla I).** Llamamos formulación al proceso por el que la información recogida durante la fase de evaluación se organiza en una serie de hipótesis sobre las que es posible entender la queja del paciente como un (conjunto de) problema(s) cuya solución supondría el logro de una serie de objetivos, y proponer una estrategia de tratamiento, previendo la modalidad, intensidad y duración del mismo y los problemas que más probablemente encontraremos durante su desarrollo. Es la intención de formular la estrategia que guía la exploración.

En el caso de la terapia de construcción de narrativas relacionales para la depresión, una vez establecida la existencia de un cuadro depresivo, se explorarán, tanto en el paisaje de la acción como en el paisaje del significado, las tres perspectivas antes citadas (de la primera, segunda o tercera persona) para establecer cuál es, en el momento de la evaluación, la perspectiva dominante.

Viñeta 1. Ejemplo de perspectiva de la primera persona: *“Me levanto hecha polvo, no puedo con el cuerpo, no tengo ganas de nada, todo se me hace un mundo, hasta levantarme de la cama, no descanso, no se me quita el dolor...”*

Viñeta 2. Ejemplo de perspectiva de la segunda persona: *“Entro en la casa y no puedo creerme que él no esté allí, que no salga a recibirme. Pienso que hubiera podido salvarle... ¡Sólo con que lo hubiera llevado a urgencias cuando me dijo que estaba mareado!”*

Viñeta 3. Ejemplo de perspectiva de la tercera persona: *“Mi madre se moriría si resulta que soy homosexual. Mi padre no podría volver a mirar a la cara a sus compañeros...”*

Tabla I. Guía para la formulación⁽⁷⁾.

<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cuál es la queja? Motivo de consulta 2. ¿Cómo se ha producido la consulta? Análisis de la demanda 3. ¿Cuál es el problema (o problemas)? Listado de problemas, fenómenos 4. ¿Cómo, cuándo y con quién se pone(n) de manifiesto? Precipitantes 5. ¿Cuál es la secuencia de emociones, ideas, comportamientos y relaciones que implica? Estados mentales, defensas, modelos de relación: - Paisaje de la acción y del significado - Argumento o tema - Perspectiva narrativa 6. ¿Por qué se perpetúa(n)? Perpetuantes, refuerzos, beneficios secundarios 	<ol style="list-style-type: none"> 7. ¿Cómo se originó históricamente? Desarrollo, biografía, perspectiva transgeneracional 8. ¿Qué facilitó su aparición o facilita su mantenimiento? Vulnerabilidad, déficits 9. ¿Qué puede facilitar el cambio? Recursos, fortalezas, oportunidades 10. ¿Cuáles son las expectativas respecto a la consulta? Realismo, límites 11. ¿Cuáles son los objetivos planteables para la terapia? Definición operativa 12. ¿Cuáles son los medios de que vamos a valernos para conseguir cada uno de ellos? Factores terapéuticos, estrategias, técnicas 13. ¿Qué curso de la terapia prevemos? Pronóstico 14. ¿Qué dificultades prevemos? 15. ¿Qué contrato proponemos? Contrato
---	---

El establecimiento de cuál de estas tres perspectivas es la dominante nos permitirá escoger cuáles son las estrategias a utilizar en las fases intermedias y, en base a ello, reformular la demanda y hacer una propuesta de trabajo en el contrato.

- **Acuerdo del contrato terapéutico (Tabla II).** Es importante poner de manifiesto algo diferente. 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.

Tabla II. Contrato en psicoterapia.

Foco	Encuadre	
<ul style="list-style-type: none"> • Devolución <ul style="list-style-type: none"> - Hipótesis argumentada y acordada con el consultante - Estimación pronóstica - Justificación de una propuesta de tratamiento • Acuerdo de una versión conjunta (terapeuta/paciente) del problema 	<ul style="list-style-type: none"> • Individual/pareja/familiar/grupo • Lugar/posición • Frecuencia/duración de las visitas • Manejo de incidencias: <ul style="list-style-type: none"> - Retrasos - Citas perdidas/canceladas - Prolongación derivación - Urgencias/citas extra 	<ul style="list-style-type: none"> • Límites (¿Hasta cuándo?, ¿hasta conseguir qué?), 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...)

El contrato ha de incluir:

- **Un foco**, o forma de entender el problema consensuadamente con el paciente.
- **Una estimación pronóstica**, sobre la impresión del número de sesiones que ese trabajo conjunto puede acarrear.
- **Un encuadre**, acerca del lugar, las horas y la política de retrasos, llamadas, etc.

- **Unos objetivos**, que paciente y terapeuta se plantean alcanzar.
- **Una propuesta de tratamiento**, que incluye cómo el terapeuta cree que podrá ayudar al paciente, y lo que espera de la conducta de éste.

■ El rol del terapeuta

El modelo de terapia propuesto es un modelo basado en una relación terapéutica:

- **Igualitaria**. Un encuentro entre dos expertos, el terapeuta como experto en un tipo de conversación especial, la terapéutica, y el paciente como un experto en sí mismo.
- **No directiva**. Es la evolución de la narrativa inicial, la que va conduciendo la conversación, sin que ésta sea forzada en una determinada dirección.
- **Exploratoria**. La actitud del terapeuta puede compararse a la de un explorador en un terreno desconocido. Se acerca a la otra persona que busca ayuda con una actitud respetuosa, de ignorancia ingenua acerca del otro.

■ Formulación

Llamamos formulación al proceso por el que la información recogida durante la fase de evaluación se organiza en una serie de hipótesis sobre las que es posible entender la queja del paciente como un (conjunto de) problema(s) cuya solución supondría el logro de una serie de objetivos, y proponer una estrategia de tratamiento, previendo la modalidad, intensidad y duración del mismo y los problemas que más probablemente encontraremos durante su desarrollo⁽⁷⁾.

¿Cuál es la queja? Motivo de consulta

No tienen por qué coincidir siempre con el problema. Se trata de esclarecer qué es lo que el paciente presenta como motivo de su demanda de ayuda. Se intenta reflejar la óptica del paciente. En ocasiones, al terminar el proceso de evaluación, la queja del paciente puede no coincidir con el problema que, a los ojos del terapeuta, debe ser considerado central para el tratamiento.

En cualquier caso, el que la queja considerada para la formulación deba reflejar la óptica del paciente no quiere decir que el evaluador deba conformarse con el modo con el que el paciente la expresa a su llegada a la consulta, y su definición puede conllevar un cierto trabajo conjunto de construcción que debe llevarse a cabo durante la evaluación. Por ejemplo, formulaciones excesivamente generales (“ser infeliz”, “no saber disfrutar de la vida”, “sentirse mal”, “estar deprimido”...) no deben ser automáticamente aceptadas. La exploración (la transformación mediante la conversación terapéutica) de estas expresiones generales suele abrir la posibilidad de formulaciones más concretas. Para la formulación, debemos considerar tanto la primera expresión como la obtenida en el proceso de evaluación en la discusión de la misma.

Vamos a seguir los pasos de la formulación a través de un ejemplo de una situación en la clínica.

Begoña es una mujer de 45 años que perdió a su marido en un accidente de tráfico hace un año. Tiene una hija de 12 años. Acude a consulta derivada por la psiquiatra infantil que trata a su hija por dificultades de comportamiento en el colegio y disminución del rendimiento académico. La psiquiatra le ha dicho que la ve muy desbordada en la relación con la niña. Begoña le había contado un episodio en el que haciendo la compra en un hipermercado empezó a sentir una fuerte opresión en el pecho y tuvo que ser atendida en urgencias. Le diagnosticaron una crisis de angustia. Begoña describe a su hija como muy testaruda y que tiene que salirse siempre con la suya. Reconoce que en algunas ocasiones le saca de quicio y acaba chillándole a veces por cosas sin importancia. Cree que es el principal motivo de estrés que tiene en este momento.

Desde la primera entrevista cuenta la muerte de su marido como un golpe que partió su vida. Ella se apoyaba mucho en él. Lo describe como una persona amable que siempre estaba disponible para ella y para su hija y que era el que mediaba entre las dos cuando discutían.

En los últimos meses, Begoña ha perdido su trabajo, la despidieron por falta de rendimiento. Trabajaba como administrativa en una empresa automovilística. Reconoce que está irritable y tiene la sensación de no poder más. No contesta a las llamadas de sus dos hermanas, que están preocupadas por ella. Dice que no tiene ganas de ver a nadie. Se encierra en casa y aprovecha que su hija se va a pasar el fin de semana con unas primas para no salir y beber o tomar ansiolíticos para calmar la angustia que siente. En ocasiones, además, conduce su coche después de haber bebido alcohol. No puede dejar de pensar que el día del accidente de coche, Raúl, su marido, había salido de casa enfadado tras una discusión con ella. Dos años antes de la muerte de Raúl, la relación se había deteriorado por las frecuentes discusiones que la pareja mantenía. Begoña las interpreta ahora como producto de su exigencia. Ella se define como una persona muy estricta en cuanto al cumplimiento del deber y las normas, quizás fruto de la educación también muy normativa que recibió de niña. Raúl, en cambio, era una persona más relajada. Le gustaba jugar a las cartas, y últimamente había perdido sumas considerables de dinero, provocando algunos apuros económicos en la familia.

Dentro de unos días va a ser el aniversario de la muerte de Raúl.

La **queja**, en el caso de Begoña, sería la crisis de angustia.

¿Cómo se ha producido la consulta? Análisis de la demanda

El análisis de la demanda pone de relieve una cantidad importante de información sobre el modo que tiene el paciente de contemplar sus problemas, los procedimientos que habitualmente utiliza para afrontarlos, su red de apoyos y las expectativas en cuanto al tratamiento. A este respecto, es útil disponer de un esquema general para el análisis de la demanda estructurado en forma de preguntas:

- La primera de estas preguntas, que ha sido señalada por algunos autores como pregunta central para la evaluación previa a psicoterapia breve⁽¹⁶⁾ es “¿Por qué ahora?”. Esta pregunta tiene la ventaja de poder hacernos ver, en ocasiones, la demanda como resultado de una crisis que desafía el modo de funcionamiento habitual del paciente, desbordando o haciendo inútiles sus procedimientos habituales para resolver problemas o señalando quiebras en la provisión de aportes psicosociales o de recompensas que le han permitido subsistir sin ayuda hasta el momento⁽¹⁷⁾.
- La segunda de las preguntas se refiere a “¿La demanda la hace esta persona por sí misma o en nombre de otra persona o persiguiendo otro objetivo?”. Esta información nos permite orientarnos acerca del reparto de responsabilidades y la autonomía relativa del grupo al que pertenece la persona designada como paciente y de cuáles son las ideas que cada uno de sus miembros se hacen del problema y de los medios elegidos para resolverlo.
- Nos interesa conocer también la **cadena de acontecimientos que han precedido a la formulación de la demanda**. Ésta nos da información sobre los procedimientos utilizados para la detección y resolución de problemas y del lugar que ocupa en su mundo la solicitud de ayuda de que estamos siendo objeto.
- Es fundamental explorar las **expectativas** del paciente respecto al tratamiento. Una pregunta del tipo de “¿Cómo espera usted que nuestro trabajo pueda ayudarle?” no debería faltar en ningún proceso de evaluación.

En el caso de Begoña, quien deriva es el psiquiatra que atiende a su hija. Puede ocurrir que la preocupación del psiquiatra coincida recíprocamente con un deseo de Begoña de solicitar ayuda, pero, en cualquier caso, habría que explorarlo. La cadena de acontecimientos que lleva a la demanda de Begoña ha incluido, en su caso, el malestar de su hija, que puede actuar como portavoz indirecto de una demanda.

¿Cuál es el problema (o problemas)? Listado de problemas, fenómenos

Los pacientes acuden a nosotros con una queja. La queja nos remite, casi siempre a algo que el paciente vive como una desgracia. Una desgracia no es necesariamente un problema. Lo que define a un problema como tal es el hecho de ser susceptible de una solución (lo que no es una característica de las desgracias). Alguien decía que una rata separada de su alimento por un laberinto enfrentaba un problema. Una mosca encerrada en una botella tapada, no. La mosca afronta una desgracia. La clave del proceso de formulación (y de la psicoterapia en general) reside en el replanteamiento de las desgracias como problemas. Haber perdido un cónyuge es una desgracia. Sentir que ser capaz de experimentar afecto por otra persona sería traicionar al fallecido, es un problema. Los problemas han de estar planteados en términos tan concretos como sea posible y de forma que permitan definir objetivos conducentes a hacerles frente.

La paciente que llamamos Begoña, afronta, al menos, los siguientes problemas potenciales:

- *Bebe abusivamente en los últimos meses tras la muerte de su marido.*
- *Ha perdido su trabajo.*
- *Aislamiento de familiares y amigos.*
- *Conductas de riesgo en la conducción de su coche.*
- *Inactividad y sentimientos de culpa.*
- *Discusiones frecuentes con su hija de 12 años.*

¿Cómo, cuándo y con quién se pone(n) de manifiesto? Precipitantes

Se trata de situar los problemas en un contexto. Para hacerlo hemos debido explorar cómo, cuándo y con quién se pone de manifiesto cada uno de los problemas que hemos identificado

En el caso de Begoña, los problemas se ponen especialmente de manifiesto cuando:

- *Cuando está sola.*
- *En las fechas de aniversario de la muerte del marido.*
- *En la relación actual con su hija de 12 años.*

Acuerdo sobre el foco de la narración. ¿Cuál es la secuencia de emociones, ideas, comportamientos y relaciones que implica?

La capacidad de identificar patrones de emociones, ideas y comportamientos en la narrativa inicial por la que los pacientes consultan, es básica para el ejercicio de la psicoterapia. En el caso de la narrativa depresiva, se trata de explorar:

- Su **tema o argumento** (valoración biográfica, autodiálogo, sensaciones con o sin historia, duelo, transición de rol, descalificación relacional, discursos sociales coercitivos).
- Su **perspectiva dominante** (de primera, segunda o/y tercera persona).
- La **forma de narrar la historia** (centrada en los acontecimientos -paisaje de la acción-, o centrada en las emociones -paisaje del significado-).

Para el caso de Begoña podríamos decir que:

- Paisajes:
 - Paisaje de la acción: marido muerto en accidente de coche hace un año.
 - Paisaje del significado: me merezco esto, porque le traté muy mal en los últimos años.
- Guión o argumento dominante de la narración: duelo tras la muerte del marido.
- Perspectiva de primera, segunda y tercera persona:
 - Desde la perspectiva de primera persona, sensación de angustia corporal con convicción de muerte inminente y sensación de fatiga y desgana. Sostiene dentro de sí misma un diálogo auto-descalificador con menosprecio hacia sí misma (“era yo la que tenía que haber muerto”) y culpa (“fui despreciable con él”).
 - Desde la perspectiva de segunda persona, ha perdido una relación de apego significativa tras una relación conflictiva en los dos últimos años. Los enfrentamientos con su hija de 12 años, por un lado, la distancian del sentimiento de amor hacia ella (que ahora también le genera miedo ante otra posible ruptura en el futuro) y le manifiestan, por otro, su incapacidad de comunicación con ella. Esa función de relación directa con la hija era la que mantenía el marido.
 - Desde la perspectiva de tercera persona, siente que después de un año de la muerte de su marido ya debería de estar recuperada. Su familia le presiona para que siga adelante y no entiende sus sentimientos de tristeza. Ella evita mostrar sus emociones delante de familiares o amigos cercanos. Esta dificultad promueve, además, el aislamiento social. El mito actual de nuestra sociedad sobre la pérdida incluye la recuperación rápida y la vuelta a una vida “normal” tan pronto como se pueda con el objetivo implícito de negar la pérdida en una sociedad, como la occidental desarrollada, que vive de espaldas a la muerte y al sufrimiento en general. La voz en tercera persona de la sociedad moldea e influye sobre la experiencia individual y familiar.

¿Por qué se perpetúa(n)? Perpetuantes, refuerzos, beneficios secundarios

Nos referimos aquí a todas aquellas circunstancias que dificultan la evolución narrativa pese al sufrimiento que la paciente experimenta al mantenerla. Podemos incluir las compensaciones obtenidas por el hecho de ocupar el rol de enfermo en nuestra sociedad (beneficios económicos, ser relevado de responsabilidades, obtener cuidado y afecto de las personas del entorno etc.), así como otro tipo de beneficios que se derivan más de la evitación de emociones o de nuevas posiciones relacionales que, en el caso de que el síntoma actual dejara de existir, la persona tendría que afrontar. Nos parece útil expresarlo en palabras de Milton Erickson cuando proponía a sus colaboradores que se preguntasen por la intención positiva del síntoma o, en palabras de autores sistémicos, por el efecto pragmático del síntoma.

Para el caso de Begoña nos preguntaríamos: ¿Cuál es la intención positiva del síntoma? ¿Cuál es el efecto pragmático del síntoma?

El estancamiento, la inmovilidad a la que le lleva la depresión, le permite seguir en contacto con los sentimientos de tristeza por la muerte de su pareja, y le evita el miedo de tener que enfrentar un mundo en el que él ya no está y tener que adaptarse a un entorno para el que posiblemente le faltan las habilidades que su pareja suplía.

¿Cómo se originó históricamente? Desarrollo, biografía, perspectiva transgeneracional

La biografía de la persona que padece estos problemas y la historia de su entorno significativo son referentes que, por regla general, arrojan luz sobre los problemas que hemos de tratar. Por ello, en toda formulación han de referirse las posibles relaciones entre el desarrollo particular de esa persona y los problemas que presenta o las oportunidades con que cuenta para resolverlos. Incluye la exploración sobre lo que en la familia se cuenta sobre la primera infancia, cómo era ca-

lificado de niño o niña, la escolarización, el rendimiento académico, la socialización, los juegos, las relaciones con los hermanos y compañeros, las expectativas propias y de la familia, la adolescencia, la información, los valores y el inicio de la actividad sexual, el fin de la escolarización, la autonomía respecto de la familia de origen, la historia de relaciones sentimentales, la actividad laboral, la historia de la familia propia, la paternidad, la historia de pérdidas, las de situaciones críticas, la jubilación...

El terapeuta hace explícito esta forma de entender el problema del consultante y busca acordar con él o ella un foco de trabajo, una forma de conseguirlo y una perspectiva pronóstica. Éstos son los ingredientes principales de lo que se conoce como **contrato terapéutico** (Tabla II). Una vez que terapeuta y paciente acuerdan un contrato terapéutico se considera finalizada la fase inicial del proceso terapéutico.

FASES INTERMEDIAS (Tabla III)

En ellas, se llevan a cabo de modo más intensivo, simultánea y entrecruzadamente, dos procesos:

- La **construcción de pautas-problema o focos**.
- El **cambio**.

Aunque reconocemos que ambos procesos ya empezaron, de modo simultáneo, en la fase inicial y se extenderán hasta la terminación.

Una **pauta-problema** es una narrativa construida entre terapeuta y paciente, que describe la experiencia del paciente o pacientes como la repetición de un modo insatisfactorio de relación consigo mismo, o con los otros significativos, en el contexto de una cultura. La pauta-problema se construye durante la conversación entre terapeuta y paciente y depende de esa relación única. Puede ocurrir que el mismo paciente con otro terapeuta construya una pauta-problema diferente.

Tabla III. Línea guía para el tratamiento.

Perspectiva	Síntomas	Dinámica posicional	Recursos terapéuticos
1° persona	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de significado y vacío, anhedonia, soledad, autorreproches, culpa, baja autoestima 	<ul style="list-style-type: none"> • Autodiálogo descalificador entre las partes 	<ul style="list-style-type: none"> • Desafío esquemas depresógenos. • Regulación emocional. • Promover la empatía interna y autoaceptación. • Uso de la relación terapéutica • Revisión biográfica y apego. • Medicación. • Potenciar conciencia somatosensorial.
2° persona	<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento. • Dificultades ejecución tareas y habilidades sociales. • Dependencia y necesidad de aprobación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Duelo. • Pérdida de habilidades. • Descalificación relacional. • Indefensión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de la relación terapéutica. • Espejo. • Pareja. • Familia. • Esculturas sillas vacías.
3° persona	<ul style="list-style-type: none"> • Sumisión. • Pasividad. • Inhibición de la rabia. • Timidez. 	<ul style="list-style-type: none"> • Metanarrativas sociales que sostienen un discurso desvalorizador de la persona. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la conciencia de las construcciones sociales y su influencia en la persona en concreto.

Como desencadenantes de la experiencia depresiva, los consultantes refieren con frecuencia:

- Experiencias infantiles adversas (abuso, sobreprotección y control, privación emocional).
- Acontecimientos vitales estresantes que suelen incluir la pérdida de algo o alguien y/o una visión desvalorizada de sí mismo.
- Relaciones interpersonales actuales (relaciones de apoyo vs descalificación).
- Sensaciones corporales que no saben explicar.

Ejemplos de narrativas serían las siguientes:

- Yo soy una inútil (identidad en relación con la biografía o experiencia traumática).
- Yo he perdido cosas, seres queridos, mi vida (confronto la muerte), vitalidad (anhedonia).
- Yo me siento excluido/no querido o validado en la relación.
- Sensaciones sin historia (vacío, anhedonia, angustia).

La persona acude a la terapia con una historia que contar. El terapeuta ha de adaptarse a su ritmo, acompañándolo, y explorar cuál es la perspectiva privilegiada en su recuento narrativo.

Decidirá entonces, durante esas primeras conversaciones, cuál va a ser el punto de entrada para [intentar la transformación o el cambio de la historia](#).

- Cuando la narrativa que el paciente nos trae privilegia la vía de comunicación verbal, diremos que [construimos la narrativa desde arriba hacia abajo](#). Es decir, utilizamos la historia explícita, esa que está almacenada en las redes neuronales de la memoria declarativa o explícita, para desde ella ir llegando a un nivel de experiencia más emocional, aquella almacenada en las redes neuronales de la memoria implícita o procedimental.
- Si el consultante trae experiencias, sensaciones, sin un ordenamiento narrativo explícito, podemos decir que elegimos entrar a la [deconstrucción de la historia de abajo, desde la sensación y el movimiento, hacia arriba](#), hacia la construcción del significado narrativo de la historia.

La exploración se produce en el campo de la acción y en el del significado (paisajes) y desde una o varias de las tres perspectivas que puede mantener el consultante o la respuesta que el consultante espera de los otros frente al problema:

- [Paisaje de la acción](#): quién, qué, cómo, dónde, cuándo, del problema o de la excepción al problema.
- [Paisaje del significado](#): qué piensa o qué no piensa, qué sabe, o qué no sabe, qué siente o qué no siente acerca del problema o de la excepción al problema.

El terapeuta explora las tres perspectivas de construcción de la historia (primera, segunda o tercera persona). Elige, en primer lugar, una que tiene que ver con la queja para empezar a desafiarla o cuestionarla como la única narrativa posible. Elige la que está en primer plano para el paciente. Para la depresión, se consideran los focos más frecuentes los basados en:

- La valoración de la biografía.
- El autodiálogo descalificador.
- Las sensaciones sin historia.
- El duelo.
- La transición de rol.
- La descalificación relacional.
- Un discurso social coercitivo.

El terapeuta explora en cada una de ellas la forma en la que se cuenta la historia con respecto al paisaje de la acción o al paisaje del significado:

- [Si la narración está excesivamente centrada en los hechos](#) (paisaje de la acción) (“*Lo que me ocurre es que perdí mi trabajo y me vine abajo. Mi mujer y yo estamos a la greña todo el día y he dejado de reunirme con mis amigos*”), se

promueve la exploración de los significados y los tonos emocionales integrados en la narración (paisaje de los significados) (“¿Cómo se sintió cuando perdió su trabajo? ¿Cómo influyó este hecho en la valoración que usted hace de sí mismo?”).

- Si la narración contiene sólo emociones (“Estoy confusa, me siento como en un túnel sin salida, cada vez que pienso en hacer algo, me siento incapaz... no tengo ganas de nada...”), el terapeuta irá a la búsqueda de los hechos y las acciones (“¿Ocurrió algo que cree que haya desencadenado esos sentimientos? ¿Cree usted que todas esas sensaciones, esa tristeza pudo haber surgido después del traslado a otra ciudad, donde usted se siente más sola?”).

El terapeuta utiliza la perspectiva en la que el paciente se sitúa para narrar la depresión como guía para la exploración. En muchos casos, el terapeuta trabajará desde las tres perspectivas o, preferentemente, desde una de ellas.

Como es de esperar, las perspectivas van cambiando o entrelazándose unas con otras a través del proceso terapéutico. De esa forma, una persona que cuenta su problema muy centrado en la auto-desvalorización personal puede, a lo largo de la terapia, hacer evolucionar su narrativa hacia otra que incluye la relación de descalificación mutua que mantiene con su pareja.

El terapeuta ayuda a que la conversación se mueva continuamente desde la acción al significado y viceversa, del significado a la acción, y promueve que el consultante se cuente la historia en perspectiva de diálogo interno, en perspectiva de relación con otro u otros significativos, o en la perspectiva de toma de conciencia de discursos sociales restrictivos para su desarrollo.

Aunque muchos de los instrumentos que utilizamos, tanto en la práctica clínica como en nuestros programas de entrenamiento, provienen de escuelas que mantienen un punto de vista positivista sobre la realidad, en este texto y desde nuestra propuesta, se utiliza la técnica, se reconoce su origen inicial, pero se propone utilizarla desde un marco de pensamiento narrativista, que huye de la consideración del problema como un conflicto intrasubjetivo o intrapsíquico para considerarlo externo a la identidad de la persona y situado en la perspectiva relacional, aunque ello pueda significar la relación de la persona con su propia realidad.

En esta Guía breve no se describen más que las líneas generales de algunas de las técnicas. La descripción completa de las mismas se hace en otros textos⁽⁸⁾.

■ Trabajo desde la perspectiva de primera persona

Es una narrativa en la que el consultante coloca sus emociones, pensamientos o acciones, o la valoración de su biografía como protagonistas principales de la misma.

Valoración biográfica

El consultante coloca en un primer plano narrativo los acontecimientos y emociones que recuerda a lo largo de su vida y entiende la narrativa actual como derivada o determinada por aquello.

El paciente nos puede ir narrando episodios de su vida antiguos o recientes que resuenan con un patrón habitual de deseo insatisfecho a lo largo de su vida. Para llevar a cabo esta conversación, hemos utilizado:

- Las ideas de Malan⁽¹⁸⁾ y la construcción de su [triángulo del conflicto y triángulo de las personas](#).
- La construcción del [Tema Nuclear del Conflicto Relacional \(TNCR\)](#) de Luborsky⁽¹⁹⁾.

Con ambos instrumentos, que se explican en más profundidad en otro lugar⁽⁸⁾, se ayuda a la persona a desarrollar una nueva forma de valorar su biografía. Por ejemplo, en el TNCR se busca a partir de episodios de la vida de la persona (epi-

sodios relacionales) que el consultante se pregunte por su deseo, por la respuesta que obtiene o teme obtener de los otros significativos para ella, y por su propia respuesta (en términos de conducta, pensamientos o emociones). De esa manera, puede ir emergiendo una forma de actuar automática o no consciente que esconde otras narrativas que la persona puede empezar a poner en marcha.

Sensaciones con o sin narración

Consultante y terapeuta acuerdan trabajar desde las sensaciones corporales, falta de energía, angustia, dolor, etc., acompañadas o no de una narrativa más elaborada en el plano explícito.

- Los **abordajes top-down**, de arriba hacia abajo, la mayoría de los que hemos visto hasta ahora, ayudan a reorganizar el *self*. Usan la cognición y se centran en la construcción de significados. El punto de entrada es la historia que el paciente trae a terapia (“estoy triste desde que mi marido murió”, “me siento sin ningún valor en la relación con mi jefe en el trabajo”, etc.).
- Las **intervenciones bottom-up**, desde abajo hacia arriba, utilizan como puntos de entrada para la construcción de la pauta-problema las sensaciones corporales y el movimiento. Los puntos de entrada son los cambios en la experiencia somato-motora. Los cambios en el significado van emergiendo según el consultante va adquiriendo, a través de estas técnicas somatosensoriales, nuevas experiencias⁽²⁰⁾.

En nuestros programas de formación, consideramos imprescindible incluir un entrenamiento del terapeuta en la lectura y señalización del movimiento, del gesto y de la acción. Cuando la persona que consulta viene contando sensaciones sin historia (“tengo una opresión en el pecho”, “me han diagnosticado de colon irritable”, etc.), el terapeuta ha de entrenarse en una visión que incluya lo no verbal en el recuento narrativo. Es decir, se utiliza un gesto, por ejemplo, para abrir nuevos significados de una experiencia “congelada” en la tristeza.

Los pacientes aprenden a seguir con atención plena o *mindfulness* el interjuego entre sensaciones físicas, movimientos e impulsos y notar las reacciones internas como ensayos experimentales de nuevas sensaciones físicas y emocionales.

La descripción concreta y detallada de las técnicas que hacemos en nuestro manual desarrollado de Terapia Narrativa⁽⁸⁾ corresponde a algunas de las intervenciones somatosensoriales que consideramos de más utilidad para el caso de la narrativa depresiva. Según Ogden⁽²⁰⁾, como principios generales en todas estas intervenciones para trabajar con la conciencia somática, la sensación y el movimiento, el terapeuta anima al paciente a:

- **Adoptar una actitud de exploración y curiosidad**, más que a experimentar miedo o tener una actitud crítica o de juicio sobre uno mismo.
- **Mantener el adecuado equilibrio entre exploración y necesidad de seguridad** (como un cuidador suficientemente bueno). Es decir, mantenerse en los límites de la ventana de tolerancia de activación emocional de ese paciente. No debe ser una activación emocional demasiado alta ni demasiado baja. Tampoco una terapia que sólo se mueva en el centro de esa ventana de tolerancia, porque no será una terapia capaz de promover cambios. El objetivo es ir ampliando esa ventana de tolerancia emocional, manteniendo, al mismo tiempo, un equilibrio adecuado entre exploración y seguridad como señalábamos antes.
- **Mantener una actitud de juego**. La emergencia del sistema de juego implica ausencia de miedo y peligro y de sistemas defensivos. Winnicott⁽²¹⁾ decía que la práctica de la psicoterapia debe de llevar a los clientes “desde un estado de no ser capaz de jugar a un estado de ser capaz de jugar”. Animar al juego en terapia lleva a un estado de placer y de afecto positivo. Lo hace estableciendo una relación terapéutica sensible, observando continuamente las reacciones del paciente, usando el tono de voz. Modulando el nivel de alerta o *arousal*, en fin, acompañando.
- **Redirigir la atención de la conversación al momento presente** es como redirigir la atención de la experiencia exterior a la interior, o del pasado al presente. Por ejemplo, se le puede pedir al paciente que sea consciente de un sentimiento de seguridad en su cuerpo, más que sólo de los de ansiedad. Esto no significa evitar sentimientos dolorosos. Más bien

es ayudarles a observar cómo su orientación habitual y estereotipada hacia los recuerdos del pasado recrean la experiencia relacionada con sensaciones de peligro e indefensión, mientras que elegir dirigirse hacia un sentimiento de placer o de seguridad puede potenciar experiencias de dominio y de seguridad. Pedirles que se reorienten hacia una experiencia positiva, les va entrenando a dirigirse hacia las competencias.

Todos estos movimientos, los ejercicios que vamos a proponer en el apartado dedicado a las técnicas, necesitan ser practicados con asiduidad para ser integrados. Porque el objetivo de todo ello es la integración habilidosa de la conciencia verbal y no verbal, de la memoria implícita y explícita, de lo cognitivo y lo somático.

Autodiálogo interno

Nuestra experiencia diaria se estructura dentro de conversaciones internas y de conversaciones externas, es decir, en el contexto de:

- Conversaciones “dentro” de nosotros mismos.
- Conversaciones “entre” nosotros y otras personas⁽²²⁾.

La conversación “dentro” es para consultante y terapeuta el primer diálogo a hacer evolucionar. Suelen ser voces críticas las que están detrás de los sentimientos de indefensión, minusvalía y baja estima personal.

En el caso de las personas que sufren depresión, los diálogos internos suelen centrarse en la indefensión, la auto-desvalorización y la auto-descalificación. Es un reflejo o un emergente de un conflicto entre diferentes partes del *self*, una parte crítica, que juzga y castiga y otra parte que adopta el papel de niño indefenso y culpable por incapaz.

Las personas nos adelantamos a los acontecimientos del futuro, codificando nuestras experiencias previas en forma de “esquemas” de pensamiento. Los esquemas pueden tener un indudable valor adaptativo, probablemente al adelantarnos a los peligros, al permitirnos rapidez al dar una respuesta ante pistas de daño potencial. Este tipo de codificación de la información ha ayudado a la especie humana a sobrevivir. Pero para la persona concreta que rigidifica en esquemas y supuestos depresógenos su experiencia y su funcionamiento mental, se convierte en un riesgo potencial de malestar emocional y de depresión y ansiedad.

Las personas podemos, además, sostener creencias irracionales, que persiguen una meta de modo inflexible, absolutista y exigente: *“Tengo que ser amado y aprobado por todo el mundo”, “he de conseguir lo que deseo sin sufrir...”*.

Para algunas personas para las que estos esquemas de pensamiento y creencias irracionales están dominando la historia que nos cuentan acerca de sí mismos, puede ser útil utilizar técnicas provenientes del campo de las terapias cognitivas con el objetivo de:

- Tomar conciencia de los sesgos cognitivos con los que operan.
- Cuestionar dichos sesgos que hacen que den por sentado versiones de sí mismos que sostienen la vulnerabilidad y la auto-descalificación.

El registro de tres columnas de Beck⁽²³⁾ es un ejemplo de algunas de estas técnicas.

Puede ser útil entrenar a la persona en la observación de su propio pensamiento (lo que en otro lugar hemos llamado el “Yo observador”) y en la interrelación entre pensamiento, sentimiento y conducta en una situación dada que actúa como desencadenante. Una vez hecho esto, el terapeuta trabaja con el paciente en el diseño y la ejecución de alguna suerte de “experimento” que le permita poner a prueba el aserto, y ayuda a generar explicaciones alternativas que, a su vez, generan narrativas alternativas a la historia depresiva con la que el paciente viene a terapia.

Para el terapeuta es útil conocer algunas de las distorsiones cognitivas más frecuentes para ayudar al paciente a percibir las:

- **Inferencia arbitraria:**
 - “Los leucocitos están por encima de lo normal: tengo cáncer”.
 - “Ha pasado cerca y no me ha mirado: me desprecia”.
- **Abstracción selectiva:**
 - “No soy capaz ni de presentarme adecuadamente vestido”. (El agente de salud que ha conseguido presentarse a su trabajo atravesando las ruinas en un momento de bombardeos).
 - “Ni siquiera he conseguido aprobar el álgebra”. (El primogénito de 19 años que se hizo cargo del negocio familiar y de sus tres hermanos al morir sus padres en accidente de circulación hace 8 meses. Ha aprobado tres asignaturas de primero de navales).
- **Sobregeneralización:**
 - “¿Lo ves?: todo me sale mal”. (Se le ha roto la punta del lápiz al rellenar el BDI).
 - “Todos me desprecian”. (La chica con la que intentó bailar le ha dicho que ha venido al baile con su novio, que está en la barra pidiendo unas copas).
- **Maximización:**
 - “Hice el ridículo más espantoso”. (Dio un trapiés al acercarse a saludar a una conocida).
 - “Es la ruina”.
- **Minimización:**
 - “Eso lo hubiera hecho cualquiera”.
 - “Es un cumplido; me lo dice por pena, para que me anime”.
- **Personalización:**
 - “Si yo le hubiera advertido de que esa carretera es peligrosa...”.
 - “Si hubiera sabido complacerle, no se hubiera dado a la bebida”.
- **Pensamiento dicotómico:**
 - “Está otra vez asqueroso”. (Le ha salpicado una gota al cristal que acaba de limpiar).
 - “Soy una madre espantosa”. (Se ha enfadado con el hijo que prendió el sofá).

En resumen, cuando la narrativa inicial incluye significados centrales de autodescalificación o minusvaloración o indefensión ante las circunstancias, puede ser útil cuestionarla en base a los esquemas y las creencias irracionales.

■ Trabajar con las emociones

El trabajo con las emociones recorre necesariamente todo el trabajo terapéutico⁽¹⁵⁾.

En realidad, podría pensarse que el trabajo psicoterapéutico tiene por objeto conseguir que esas respuestas del organismo que llamamos emocionales o impulsivas dejen de activarse automáticamente en determinados momentos y que se abra, por tanto, la posibilidad de otra visión de la situación y de otro modo de actuar, de sentir y de pensar; como un modo de liberar al paciente del enclavamiento en la emoción que determina el problema por el que consulta.

Así que en el trabajo con las emociones:

- **El terapeuta escucha los elementos emocionales incluidos en el discurso narrativo del paciente:** “Se fue de casa y cuando llegué, me encontré su armario vacío. No dejó nada” (a través de la habilidad de “calibrado”, el terapeuta percibe cómo el paciente aprieta las mandíbulas y ahoga las lágrimas que surgen en sus ojos).
- **El terapeuta le devuelve esa comprensión al paciente.** Normalmente lo hará en forma de paráfrasis, reflejos empáticos o preguntas: “Así que cuando llegó, se encontró con que se había llevado todas sus cosas con ella... ¿Cómo se sintió en ese momento?” o “Parece que llegar a casa y ver que ella se lo había llevado todo, le hizo sentirse muy enfadado, pero también muy triste... ¿es así?”.

- **El terapeuta recoge cuidadosamente el acuerdo del paciente.** Es decir, está muy atento a notar si su intervención ha sido aceptada o no por éste: *“Sí. Creo que es así, que me siento tremendamente cabreado y triste”* o *“No sé por qué dice usted eso. Creo que he asumido perfectamente que ella quería romper y lo que quiero es pasar página de una vez”*. Si la intervención ha sido aceptada, probablemente la conversación terapéutica podría avanzar en el sentido que proponemos a continuación. Pero si la intervención suscita el segundo tipo de respuestas, el terapeuta habrá de detenerse en ello y valorar si es más adecuado pasar por encima en ese momento, para recogerlo después. Sería el caso, por ejemplo, de una intervención en fases muy iniciales o valorar, si es importante y la relación con el paciente se lo admite, hacer una intervención del tipo de la confrontación: *“Me dice, Javier, que lo tiene muy asumido, pero yo he notado que cuando habla de la marcha de su mujer, le tiembla la voz y surge la emoción en sus ojos, ¿lo ha notado usted también?”*.
- Una vez que terapeuta y paciente **han acordado la emoción emergente** (tristeza, rabia, culpa, vergüenza, etc.), y le han puesto nombre –preferiblemente con el término escogido por el paciente–, el terapeuta puede afianzarla más, facilitando que el paciente la haga suya. En ese sentido son útiles las intervenciones que conectan la experiencia del relato con una experiencia corporal actual. Por ejemplo: *“Sí. Te sientes muy enfadado y por eso aprietas la mandíbula o se te llenan los ojos de lágrimas”*.
- **El terapeuta ayuda al paciente a enfocar su atención sobre esa emoción:** *“Céntrate en ese enfado... (silencio) ...dime, ¿dónde lo sientes? o ¿cómo lo sientes? o Cuéntame qué es lo que sientes ahora, en este momento”*.
- El terapeuta está ya ayudando a **evocar la emoción y a actualizarla, a hacerla presente en la sala de terapia.** Puede además, utilizar un lenguaje evocador, como el que comentábamos en el capítulo dedicado al acompañamiento de la narrativa. Para ello, se concentra en la experiencia de su paciente y se pregunta *“¿Qué es lo que puede estar sintiendo esta persona en un canal visual, auditivo, cenestésico?”*

PACIENTE: En el pecho, es como una presión que no me deja respirar

TERAPEUTA: Quizás puedas decirme si hay alguna sensación más. Cuando te ocurre esto... ¿Te viene alguna imagen, algún sonido?

PACIENTE: No, no es sólo esa presión...

- El terapeuta invita al paciente a preguntarse a **qué le predispone a esa emoción.** *¿Qué acción, qué pensamientos, que visión del mundo impone esa emoción?*

TERAPEUTA: Y ese enfado, ¿qué te impulsaría a hacer? Si hicieras caso de ese enfado... Si ese enfado que me dices que sientes pudiera hablarte, ¿qué te pediría que hicieras?

PACIENTE: La mataría, la cogería del cuello y la mataría...

TERAPEUTA: ¿La mataría?

PACIENTE: Es una falsa, todo en ella es falso... Nunca ha sido sincera...

- Una vez establecida a qué acción predispone y que visión del mundo impone la emoción, el terapeuta **puede invitar al paciente a pensar por la visión de sí mismo que se asocia a ella.** *¿Qué diálogo mantiene consigo mismo en el momento de sentir esta emoción? Es decir, ¿qué se dice de sí mismo esta persona durante esta experiencia emocional? ¿Qué siente sobre sí mismo al (o por) tener ese sentimiento? El paciente del ejemplo, acordó con el terapeuta la emoción de enfado o rabia, después el terapeuta le pidió que se centrara en ella y que le dijera donde la sentía. El paciente contestó:*

TERAPEUTA: Centrándote ahora en esta presión, ¿qué pensamientos te vienen acerca de ti mismo? Yo soy... Yo estoy....

PACIENTE: Que yo soy un inútil que no vale ni para matarla, que es lo que me gustaría hacer...

- Si una emoción se hubiera producido sólo en una situación concreta y no produjera problemas precisamente porque se impone en situaciones frecuentes en la vida del paciente, no sería objeto de atención psicoterapéutica. Una vez reconocida, nombrada, localizada y caracterizada en términos de predisposición para la acción, y sostén de una visión del mundo y de sí mismo, el terapeuta ayuda al paciente a preguntarse *si esa misma emoción*, con esa constelación de fenómenos impulsivos y cognitivos *aparece en otros ámbitos de la vida del paciente*. El terapeuta utiliza, ahora, una estrategia basada en la conexión de narrativas para proponerle al paciente “ir hacia los lados con la emoción”.

TERAPEUTA: Y si ahora te centras en esa emoción de enfado de la que hemos estado hablando este rato, en esa tensión, en esas ganas de saltar sobre alguien... ¿La reconoces? ¿Se dio sólo el otro día o hay otras veces en las que la has sentido? ¿Podrías contarme alguna otra situación en la que también haya aparecido ese sentimiento?

PACIENTE: ¡Claro, con Julián; sin ir más lejos el lunes!

- El terapeuta invitará al paciente a explorar otras situaciones de su vida actual en las que esa emoción *aparezca* explorando episodios concretos en los que ha aparecido (No descripciones generales de situaciones tipo: no “*Cuando peleo con mi jefe*” sino “*El lunes pasado, cuando yo llegaba tan contento pensando en... y, entonces...*”. Hecho esto, puede iniciarse lo que llamamos “ir hacia atrás con la emoción”:

TERAPEUTA: Así que te sientes rabioso, enfadado y eso te lleva a creerte también un inútil... Javier, si te centras de nuevo en esta emoción que me dices que apareció el día que llegaste a casa y encontraste que ella se había ido, pero también el lunes con Julián y hace quince días con Laura, y vas hacia atrás en los recuerdos de tu vida. Si nos preguntamos por las primeras veces que apareció ese sentimiento que ahora vemos que es tan frecuente en tu vida... ¿Qué te viene?

PACIENTE: Me viene... me viene... el recuerdo de cuando mi madre me dejó en el internado... No teníamos medios y la única forma de que yo estudiara era que me fuera al internado de los curas. Eran otros tiempos. Cuando me dejó allí... me sentí como un gusano, yo no quería quedarme... pero ¿qué podía hacer?... ¡Aguantarme...!

- El terapeuta conecta las emociones que aparecen en escenas distintas de la vida del paciente:

TERAPEUTA: En esa ocasión, te sentiste también enfadado y rabioso, pero parece que, además tan pequeño e insignificante como un gusano. Parece que te sentías muy indefenso...

PACIENTE: Es posible que ahora también...

- El terapeuta vuelve a la actualidad de la vida del paciente con aprendizajes nuevos acerca de él:

TERAPEUTA: Así que crees que debajo de esa rabia o de esa idea de matarla, lo que hay es un sentirte muy frágil, muy indefenso... quizás eso te lleve a tener miedo y a querer defenderte de ese miedo agrediendo a otra persona... ¿puede que sea así?

- De este modo, el terapeuta vuelve con ese conocimiento de la vida de esa persona y la forma de afrontar las situaciones consonantes a la escena actual. Esto abre la posibilidad para el paciente de incorporar soluciones alternativas, si éstas han emergido, o a suscitar interrogantes acerca de la visión de un único camino posible (el de la narrativa inicial, impuesta por la emoción), como forma exclusiva e inevitable de resolver un problema:

TERAPEUTA: Así que parece que en tu vida has afrontado ese sentimiento de miedo y de indefensión, el que tuviste cuando te encontraste solo en el colegio de los curas, llenándote de rabia y atacando tú, antes de que otro lo haga... Pero entonces, tú te sentías tan pequeño como un gusano... tú eras un niño que no podía cambiar las cosas... Pero ahora tú ya no eres ese niño, aunque parece, que por dentro, lo sigues creyendo.

PACIENTE: No había visto así las cosas. Es posible que ese miedo a que me dejen y sentirme tan pequeño... esté aún ahí...

TERAPEUTA: Es posible también que si tú te decides a enfrentar ese miedo, te des cuentas de que también eres ya una persona adulta con tus recursos y tus capacidades, las que no tenías entonces... Es posible que te encuentres, entonces, con que la crítica de otra persona ya no tenga que hacerte sentir como alguien sin valor y agredir o discutir con violencia para evitarlo. ¿Qué piensas de lo que estamos discutiendo?

■ Trabajo desde la perspectiva de segunda persona

Trabajaremos desde la perspectiva de segunda persona cuando la narrativa que trae el consultante coloca las emociones, pensamientos o acciones o la relación con los otros significativos como protagonistas principales de la historia

Nos referiremos en este apartado a los temas que implican una relación interpersonal: duelo (en el sentido de la reacción a las pérdidas en general), conflicto interpersonal, descalificación relacional, transiciones de rol, relaciones de apego.

Duelo

La pérdida de algo o alguien preciado para la persona y la necesidad de recolocar esa pérdida está en el centro de la narrativa actual. En este texto llamaremos duelo al proceso por el que una persona que ha perdido algo importante para ella (una persona que ha muerto o de la que se ha separado, pero también otro tipo de objetos de vinculación como la casa, un animal de compañía, un trabajo, la salud o el empleo...), se adapta y se dispone a vivir sin ello^(24,25).

El duelo es el proceso por el que quien lo realiza es capaz de reconstruir su mundo (y, por tanto a sí mismo) sin el objeto perdido. Se trata de dotar de un nuevo sentido a los elementos con los que el sujeto (en una operación que es del orden de la narración) debe construir su realidad. Este proceso integra cuatro elementos que se corresponden con las tareas enunciadas por Worden^(26,27):

- Construir un mundo sin el objeto perdido.
- Dar sentido a los sentimientos asociados a la pérdida e integrarlos en la propia biografía.
- Encontrar la forma de resolver prácticamente aquellas tareas para cuya ejecución nos valíamos del objeto perdido.
- Ser capaces de experimentar afectos semejantes a los que anteriormente se orientaban al objeto perdido hacia otros objetos, lo que, precisamente, supone, no la reorientación de un afecto que queda *vacante*, sino la construcción de un nuevo mundo, que es un mundo *sin* el objeto perdido, pero que es capaz de albergar objetos dignos de ser amados.

Transición de rol

Los trastornos depresivos pueden estar en relación con las dificultades del paciente para renunciar al viejo rol y asumir el nuevo y, de hecho, constituyen una de las áreas problema en las que se focaliza el trabajo de tratamientos empíricamente validados específicos para la depresión, como la terapia interpersonal^(9,15,28,29).

En esta situación, el consultante está en proceso de cambio de roles sociales, familiares o personales. Para ello, revisa los sentimientos de pérdida o duelo de lo pasado y los esfuerzos por adaptarse al rol actual.

Como en el caso del duelo, el consultante experimenta un proceso adaptativo a través de las siguientes tareas:

- **Tarea 1:** asumir la pérdida del rol antiguo.
- **Tarea 2:** experimentar las emociones vinculadas a la pérdida del viejo rol.
- **Tarea 3:** capacitarse para desenvolverse en el mundo sin recurrir al rol perdido o los apoyos vinculados exclusivamente a él.
- **Tarea 4:** recolocación del rol perdido de modo que no impida el investimento afectivo del nuevo rol.

La recolocación del rol antiguo para dar paso al nuevo es también una operación que implica un trabajo con la propia identidad. Uno debe reconocerse como quien, en un momento determinado, desempeñó un papel y, ahora, sin dejar de ser el mismo, asume otro:

- **Tarea 1:** asumir el desempeño del rol nuevo.
- **Tarea 2:** experimentar y afrontar las emociones asociadas a la necesidad de desarrollar un rol nuevo.
- **Tarea 3:** desarrollar las habilidades necesarias para desempeñar sin problemas el nuevo rol.
- **Tarea 4:** buscar los apoyos necesarios para desenvolverse sin problemas en el nuevo rol y desarrollar nuevas relaciones.
- **Tarea 5:** reconstruir una nueva identidad en la que el rol antiguo ha dejado de desempeñarse y se desempeña el rol nuevo. Ello requiere una significación del rol nuevo capaz de convertirlo en fuente de autoestima.

Descalificación relacional

Entendemos por descalificación relacional una situación en la que alguien mantiene una relación con otra persona de importancia central en su vida, que resulta una fuente de insatisfacción permanente debido a la existencia de expectativas no recíprocas entre los participantes en la relación, o a problemas de comunicación entre los mismos. El paciente no puede sentirse reconocido –y, a veces, no puede reconocerse– como capaz de aportar algo valioso para otros o como merecedor de aprecio (por eso utilizamos el término descalificación).

La pauta-problema se acuerda, en estos casos, en torno a la historia familiar o grupal, como historia de exclusión y de descalificación del otro. Se trabaja desde una perspectiva familiar, individual o grupal.

Uso de la relación terapéutica

En Psicoterapia, el establecimiento de una relación terapéutica es la primera herramienta que el terapeuta pone en marcha para iniciar ese proceso de cambio. La tristeza del depresivo atenta contra la tendencia del ser humano a la conexión y, es por ello, que utilizar la relación terapéutica se puede convertir en el primer paso para la recuperación.

La relación terapéutica es un lugar privilegiado para facilitarle al paciente esa experiencia de “ser visto” desde esa perspectiva de segunda persona. El entrenamiento de esa conciencia reflexiva asociada a la capacidad de mentalización y de metacomunicación de la experiencia se produce gracias, o a través de tu experiencia, de la experiencia de otros de tu experiencia.

Todos los modelos psicoterapéuticos promueven de una u otra forma la capacidad de mentalización. Es por ello que autores como Allen, Fonagy y Bateman⁽³⁰⁾ afirman que el terapeuta ha de entrenarse en desarrollar intervenciones mentalizadoras y reducir aquellas que no lo son.

Allen, Fonagy y Bateman⁽³⁰⁾ citan como ejemplos de intervenciones mentalizadoras las siguientes:

- Mantener una postura de “no saber”, de curiosidad y exploración.
- Facilitar una experiencia de base segura que posibilite la exploración de los estados mentales, el del paciente y el del terapeuta.
- Promover una implicación emocional ni demasiado intensa ni demasiado fría.
- Implicarse en un proceso de reflejar en espejo en el cual las emociones contingentes de respuesta del terapeuta representan los estados mentales que se le devuelven al paciente.

Los mismos autores consideran intervenciones que deterioran la mentalización y, por tanto, se deben evitar:

- Entrar en una escalada por ser más brillante o inteligente.
- Ofrecer complicadas interpretaciones.
- Discursos muy técnicos o *psycobable*.
- Atribuir estados mentales a los pacientes basados en las preconcepciones teóricas del terapeuta, etc.

Los avatares de la relación terapéutica, los momentos de intersubjetividad plena y de experiencia emocional constructiva o de rupturas o dificultades relacionales, se colocan, así, en el centro de la generación de nuevas narrativas.

■ Trabajo desde la perspectiva de tercera persona

Será preferible iniciar intervenciones desde esta perspectiva cuando el consultante coloca los discursos sociales dominantes y su influencia sobre su propia narrativa como protagonistas principales de la historia.

Se refiere a aquellos discursos sociales que sostienen la desvalorización de la persona y que, con frecuencia, tienen que ver con constructos de género, etnia y cultura, clase social u orientación sexual. Incluimos también aquí los discursos acerca de temas existenciales como la muerte, la libertad, el miedo a la soledad, al considerar que están profundamente moldeados por el momento histórico y el lugar en el que se desarrollan. Terapeuta y paciente exploran cómo esos discursos que se le dan como ciertos, que se le dan como hechos naturales al consultante, influyen tanto en sus recursos como en sus dificultades en la vida.

Discurso existencial

Las preocupaciones esenciales del hombre (y de la mujer) tal y como las definió Victor Frank⁽³¹⁾ son:

- La muerte.
- La libertad.
- El aislamiento.
- La falta de sentido de la existencia.

La idea que subyace al trabajo de estos terapeutas es que la toma de conciencia de estas preocupaciones tiene un efecto liberador (“la idea de la muerte nos libera de la muerte”). Hay determinados tipos de trabajo, como el de los pacientes ter-

minales, a los que estos terapeutas se han dedicado con frecuencia y en los que sus sugerencias son útiles para guiar conversaciones siempre muy difíciles.

Discursos culturales

Muchas personas buscan la terapia cuando se encuentran de alguna forma excluidas, cuando se encuentran en los márgenes sociales. Pensemos, por ejemplo, en la construcción social de la identidad sexual o de género o étnica o de la exclusión social o en la exploración terapéutica de las tensiones culturales entre las narrativas personales y las culturales cuando restringen o constriñen el desarrollo personal. Los terapeutas también han tenido un interés especial en interrogarse acerca de aquello que es excluido, que está al margen de la corriente social dominante. Para la psicoterapia occidental ha sido muy enriquecedor incorporar a la terapia otras formas de entender al ser humano venidas de otras culturas.

Discurso social sobre el ser

Nuestra sociedad occidental valora a las personas en gran parte por sus actividades, por sus posesiones o por su capacidad de influencia sobre las organizaciones y las demás personas. Cuando estas funciones del “hacer” están limitadas por cualquier motivo, la persona puede sentir que ha perdido su valor y entrar con más facilidad en el terreno de la vulnerabilidad a la depresión.

Se convierte en importante, entonces, cuestionar este extremo, sobre todo en personas que sufren por diferentes motivos importantes limitaciones en sus funciones. Es el caso de la enfermedad o la pérdida de un trabajo o de un estatus social.

La intervención terapéutica supone un cuestionamiento de esas posiciones de forma que el terapeuta plantea el valor del “ser” frente al del “ser-por-hacer”.

Género

El género es uno de los constructos sociales que influyen más en la organización de la vida social y familiar y es una de las dimensiones por las que primero se define a las personas.

La experiencia de pérdida emocional, ya sea a través de la desaparición real de una persona significativa o a través del sentimiento de desconexión emocional, es un precursor comúnmente citado en la literatura⁽³²⁾ como antecedente de depresión, y que también se revisó anteriormente. Lo que tiene de característico la necesidad de la mujer de conexión con los otros de un modo empático es que tiene como objetivo, no sólo la gratificación en la relación, sino su propia validación como ser en la relación. Es por eso que experiencias de pérdida real o relaciones de privación afectiva, en la infancia y a través del ciclo vital, pueden llevarla a un sentimiento generalizado de incapacidad para mantener relaciones y agrandar al otro, lo cual es equivalente a una desconfirmación de su sentido nuclear de autoestima⁽³³⁾.

La socialización de la mujer tiene lugar en el contexto de vínculo y afiliación con los demás. De acuerdo con Kaplan⁽³³⁾, el sentido de la autovalía de la mujer descansa, en gran parte, en su sentimiento de capacidad para construir relaciones.

Es por ello que cuando la mujer está constreñida en el desarrollo total de sus capacidades relacionales se convierte en terreno vulnerable para la aparición de cuadros depresivos, y a ello ayuda la descalificación social existente para las capacidades relacionales, que en ocasiones o no se contemplan o son interpretadas como dependencia.

En resumen, se trataría de explorar la influencia que las normas sociales con respecto al género, a la cultura, la clase social o la orientación sexual, han tenido sobre la historia de vida de la persona, explorando y cuestionando las asunciones dadas por hecho.

■ Ensayar y afianzar las nuevas narrativas

Ayudar al consultante a una toma de conciencia y a la experimentación de la nueva narrativa o historia preferida por él o ella:

- Animar a actuar esa historia preferida fuera del marco de la terapia.
- Explorar oportunidades y situaciones donde se generen posibilidades de experimentar nuevas historias alternativas.
- Animar a discutir y negociar con los otros significativos modos de relación alternativos.
- Animar a reflexionar y hacer predicciones acerca de las consecuencias, reacciones, etc., esperables de actuar de nuevas formas.
- Escuchar y explorar incidentes que ocurren en las nuevas historias emergentes.

■ FASE DE TERMINACIÓN

Una vez cumplidos parcial o totalmente los objetivos propuestos, consultante y terapeuta se despiden o bien re-contractan la continuación de la terapia con un nuevo foco o un seguimiento.

A lo largo de esta fase, terapeuta y paciente hacen una revisión de los cambios narrativos sucedidos, prevén dificultades y posibles consultas futuras y se despiden incluyendo la narrativa de la terapia como una más de la vida de la persona que consulta.

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)⁹⁾.

Esta fase se guía por la prosecución de una serie de [objetivos](#), como son:

- Evaluar conjuntamente el resultado de la terapia y acordar la conveniencia de terminar.
- Evaluar y potenciar la generalización de los efectos beneficiosos de la terapia y la capacidad de funcionamiento independiente.
- Prever los efectos del final de la terapia, la separación del terapeuta y el afrontamiento de problemas previsibles sin apoyo profesional.
- Prever recaídas y circunstancias que justificarían una nueva consulta.

Para lograr estos objetivos, el terapeuta acomete una serie de [tareas](#)⁹⁾:

- Revisar el curso de la terapia, los logros conseguidos y la capacidad del paciente para afrontar los pendientes.
- Revisar la evidencia de capacidad de funcionamiento del paciente independiente del terapeuta.
- Modular el proceso de retirada de apoyo según los requerimientos de cada paciente.
- Abordar los aspectos de dependencia o beneficio secundario (bajas, rol de enfermo...) vinculados a la terapia.
- Afrontar los posibles aspectos de duelo ligados al fin de la terapia.
- Prever problemas futuros y estrategias de afrontamiento.
- Definir condiciones de una nueva consulta.

Combinación de psicofármacos y psicoterapia

Aunque a veces haya sido deliberadamente ignorada o banalizada, la literatura que refiere al fenómeno de la combinación y la investigación que pretende servirle de base es abundante⁽³⁴⁾.

La combinación de ambas modalidades ha sido, durante años, contemplada con suspicacia. Estar en psicoterapia ha sido un criterio de exclusión de los ensayos con los que se ha pretendido demostrar la eficacia de los fármacos. Y, por parte de los psicoterapeutas, la administración simultánea de psicofármacos ha sido vista como un factor que ora dificultaba el *insight*, ora encubría los problemas y, con toda seguridad, interfería en la relación transferencial.

La combinación de las dos modalidades de tratamiento ha empezado a ser objeto de atención sólo cuando ésta era ya algo común en la práctica clínica. Y, cuando lo ha hecho, de la mano de los psicoterapeutas integradores a principios de los noventa, lo ha hecho con timidez, aderezada siempre con una mención exhaustiva de los posibles riesgos y dificultades^(11,12,35-38).

Klerman y colaboradores⁽³⁷⁾ señalaron como posibles mecanismos de acción de la combinación, los siguientes:

- La medicación puede facilitar el acceso psicoterapéutico.
- La medicación puede mejorar las funciones yoicas que son requeridas para la participación en la psicoterapia.
- La medicación puede facilitar la abreacción.
- Los efectos positivos de la medicación pueden mejorar las expectativas, actitudes y estigmatización de los pacientes.
- La psicoterapia puede facilitar la adherencia y adaptación al tratamiento farmacológico.
- La psicoterapia puede constituir, en realidad, un abordaje rehabilitador complementario del tratamiento causal que proporcionaría la medicación.

La superioridad de la combinación respecto a las alternativas aisladas deja de aparecer como una tendencia para pasar a ser incontrovertiblemente demostrable estadísticamente al principio de los años dos mil, cuando empiezan a realizarse ensayos con muestras mucho mayores, poblaciones seleccionadas con criterios más estrictos e intervenciones más específicas para los trastornos a tratar⁽³⁹⁾.

Durante mucho tiempo, las ventajas de los tratamientos combinados sobre las alternativas aisladas quedaron oscurecidas porque las pequeñísimas muestras utilizadas en los ensayos en los que se incluían intervenciones psicosociales, no tenían tamaño suficiente para demostrar diferencias muy importantes. Los ensayos que empiezan a publicarse en el nuevo siglo incluyen muestras mayores y han permitido demostrar sólidamente esta superioridad. Debe tenerse en cuenta que para poner de manifiesto diferencias del 15% en las tasas de respuesta o remisión son necesarios 250 pacientes en cada una de las ramas. Y si las diferencias esperables son del 10% serán necesarios 500. Financiar trabajos de este tipo es muy difícil y a ello hay que atribuir buena parte de la relativa (respecto a los tratamientos farmacológicos) escasez de pruebas a favor de los tratamientos combinados (y de las intervenciones psicosociales en general).

No hemos encontrado metaanálisis que permitan extraer conclusiones sobre los costes de cada una de las alternativas y consiguientemente el balance coste-beneficio de la combinación. Aunque algunas decisiones de política sanitaria importantes, como la británica de introducir diez mil psicoterapeutas en el sistema nacional de salud para proveer psicoterapia a las personas que sufren trastornos de ansiedad o depresión, se basan en estudios coste/beneficio⁽⁴⁰⁾, éstos han sido poco discutidos y, en este campo, es necesario un acuerdo sobre la metodología a emplear.

Como conclusiones podemos destacar que:

- La combinación de psicofármacos y psicoterapia no sólo no es una práctica infrecuente, sino que es la norma allí donde los pacientes no pueden ser seleccionados en función de los tratamientos ofertados.
- En la medida en la que ha sido comparada con las dos modalidades de tratamiento aisladas, la combinación ha demostrado mejores resultados que cada una de ellas por separado, a pesar de que esta diferencia tiende a ser enmascarada con la metodología utilizada en los trabajos que la han puesto de manifiesto.
- Para estudiar las posibles ventajas de la combinación y las condiciones en las que su uso es más necesario, será preciso introducir mejoras en la metodología empleada para considerar empíricamente validado un tratamiento. Tales mejoras conciernen al menos:
 - Al tamaño de las muestras.
 - Al número de grupos sometidos a comparación.
 - A los criterios de inclusión y exclusión, incluyendo la definición de las poblaciones en términos diferentes a los propuestos por las clasificaciones operativas como el DSM o la CIE.
 - Al aparato estadístico utilizado para comparar los resultados y controlar los abandonos y pérdidas.
 - A los modelos teóricos empleados para entender los posibles efectos aditivos.
 - A la consideración de los factores comunes a las intervenciones basadas en diferentes modelos teóricos y el efecto placebo.
 - Al coste de las intervenciones que permita calcular no sólo la eficacia sino también la eficiencia (con cuidado de incluir los costes indirectos).

Problemas

En un grupo de consenso realizado con psicoterapeutas del sector público de Madrid⁽⁹⁾ se acordaron cuáles eran los problemas más frecuentemente afrontados por estos terapeutas durante las fases iniciales. Se señalaron cinco.

- En primer lugar, es relativamente frecuente que **el paciente acuda a la consulta con una idea preconcebida de cuál pueda ser la ayuda que va a recibir** que resulte incompatible con las condiciones en las que se desarrolla el trabajo de ese psicoterapeuta en concreto (en la práctica pública, en un contexto sin facilidades de hospitalización...), 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, o, al menos, de intervención en las condiciones en las que él la practica (sector público, terceros pagadores...), los objetivos perseguidos por el paciente -del tipo de “desarrollo personal”, “conocerse mejor...”, o bien puede deberse 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 posponer la fijación de objetivos.
En ocasiones, aunque haya sido posible marcar objetivos, **no se consigue acordar un foco o, aun con éste fijado, no se consigue acordar el encuadre** (individual, familiar o de grupo) que al terapeuta le parecería más 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 sistémico– la no conclusión del contrato).
- Un problema diferente en cuanto al **encuadre** es el del paciente que sí acepta un determinado encuadre, pero que lo transgrede a continuación (realizando llamadas o presentándose entre sesiones, llegando tarde, resistiéndose a terminar las sesiones, preguntando por la vida privada del terapeuta o pretendiendo relacionarse con él fuera de la consulta...). Estas transgresiones tempranas deben ser entendidas y manejadas como escenificaciones de las pautas-problema que van a ser objeto del tratamiento. Ante este tipo de situaciones, Beitman⁽⁴¹⁾ plantea cuatro posibles alternativas:
 - La **primera** es recordar al paciente el encuadre y pedir que se adapte a él.
 - La **segunda** de las alternativas es explicar las razones de que el contrato esté establecido así.
 - La **tercera** es confrontar e interpretar la violación (como una manifestación de la pauta problema).
 - **Por último**, plantea la posibilidad de aceptar y utilizar paradójicamente la violación del encuadre.

- 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 en caso de clara indicación, es preferible proponer un cambio de terapeuta.

Una fuente de problemas en estas fases deriva de cuál es la disposición para el cambio con que el paciente acude a la consulta⁽⁴²⁾. La existencia de **motivación para el tratamiento** ha sido, en ocasiones, entendida como un requisito para el tratamiento. No nos parece que deba de ser así. Pero el grado de motivación existente es un aspecto determinante a la hora de establecer un plan de actuación. Lo que habrá que plantear con un paciente precontemplador (que ni siquiera se ha planteado la conveniencia de hacer algo para intentar cambiar)⁽⁴²⁾, es una estrategia que le haga experimentar como problemática (como no deseable, como necesitada de ser cambiada) la pauta de comportamientos, emociones, pensamientos y relaciones que va a ser objeto del tratamiento. Estos pacientes acuden a la consulta con narrativas dominadas por la impotencia (sus limitaciones les impiden hacer frente a los requerimientos de la vida), o de la externalización (lo que les ocurre es consecuencia de acontecimientos externos que ellos no pueden controlar). La conversación terapéutica ha de hacer surgir a partir de ellas otras narrativas en las que se den dos condiciones: algo en esa secuencia de comportamientos, emociones, pensamientos y relaciones es vivido como parásito, como indeseable y, a la vez, la terapia aparece como un procedimiento por el que el paciente puede hacer algo para evitarla. Este segundo aspecto (por el que el paciente adquiere la idea de ser capaz de hacer algo para cambiar a través de la terapia) es el central en los pacientes que acuden en fase de contemplación⁽⁴²⁾. Los pacientes que acuden en fase de preparación para la acción⁽⁴²⁾ o que están teniendo problemas para rentabilizar serios intentos de cambio que ya están llevando a cabo, no requieren estas maniobras.

Desde nuestro marco de pensamiento de las narrativas integradoras, es difícil entender la resistencia si no se acepta un marco de relación en el que se supone que el terapeuta tiene un mayor conocimiento acerca de la experiencia del paciente, que el paciente mismo. Con todo lo que llevamos dicho en éste y en otros capítulos, ese planteamiento no encaja con las ideas constructivistas, en las que se prioriza el conocimiento del paciente sobre sí mismo (“paciente como experto de sí mismo”).

Aceptar esto nos lleva a pensar en las dinámicas de la resistencia como reflejo de una situación en la que la relación terapeuta-paciente no está consiguiendo sus objetivos de construcción de narrativas nuevas, a través de la empatía, el acompañamiento y las técnicas transformativas.

Desde esta posición, el terapeuta adquiere una mayor responsabilidad como experto conversacional, no como mayor conocedor de la experiencia del paciente. La resistencia no es fruto de las dinámicas intrapsíquicas del paciente o de la incapacidad del terapeuta como factores separados, sino de la fuerza contraria al cambio acordado por los dos, y que surge en el curso de la relación terapeuta-paciente. El terapeuta habrá de preguntarse, por ejemplo, cómo ayudar a salvar el miedo del paciente, o si una intervención determinada ha podido tener el efecto de culpabilizarle, o si la dinámica que tiene que ver con el estatus y la forma en la que se percibe el poder de ambos está entorpeciendo el proceso.

Partimos de la postura general de que la resistencia, cuando surge, indica una necesidad de enlentecer o, en general, cambiar el ritmo del proceso o buscar nuevas vías o abordajes para el cambio. La resistencia tiene una función protectora para la persona, por tanto, la responsabilidad del terapeuta es ayudar al paciente a entender cuál es su propósito y volver a su favor la fuerza que la mueve, huyendo de posturas culpabilizadoras para el paciente.

De cualquier forma, lo que nos interesa aquí es el “cómo” de la resistencia en el contexto de la relación con el terapeuta. Porque el paciente no se “resiste” al cambio en el vacío, sino a un camino de cambio determinado propuesto a través de una relación terapéutica determinada.

La actitud integradora que defiende terapias construidas “a medida” con el paciente tendería a disminuir las fuerzas contra-cambio.

Se puede manejar la resistencia de dos modos:

- Directo, confrontándola e interpretándola explícitamente.
- Indirectos, como por ejemplo, evitando responder a comunicaciones incongruentes o utilizando técnicas como las metáforas o potenciando la resistencia hasta ser evidente la incongruencia.

Sea cual sea el método que se utilice, es fundamental respetar siempre el ritmo del paciente. Esto quiere decir que hemos de estar seguros, terapeuta y paciente, que éste último está preparado para avanzar hacia una posición nueva. De esa forma se disminuye la ansiedad y la sensación de fracaso, al mismo tiempo que se ayuda al paciente a aumentar su sensación de capacidad de control del proceso de cambio.

Las dificultades pueden ponerse de manifiesto, con más frecuencia, en algunas situaciones de la interacción terapéutica. Las siguientes pueden considerarse como ejemplos de indicadores de situaciones de estancamiento o dificultad para conseguir el cambio:

- **Conductas que dificultan las condiciones para la interacción:** agresividad, faltas a las sesiones injustificadas... Es el caso del paciente que con un tono irritado o abiertamente hostil impide la exploración de algunos temas. También el paciente al que “siempre le ocurre algo”, que le impide llegar a tiempo a la sesión o acudir con regularidad.
- **Conversaciones prolijas en detalles irrelevantes.** Como cuando el paciente se está acercando a relatar algún hecho doloroso y desvía la conversación en temas paralelos, en los que pierde el hilo del discurso.
- **No comunicación de datos o secretos.** A veces, el terapeuta puede tener la sensación de que la terapia no avanza, y es porque le pueden faltar datos que el paciente, de modo consciente o no, está ocultando. Es el caso del tratamiento de una mujer agorafóbica, que no cumplía, pese a haber sido acordado previamente, ninguna tarea que requiriera ni la más mínima exposición. El tratamiento avanzó, cuando la paciente se sintió con más confianza con el terapeuta, y pudo hacerle una revelación. Hacía años, esta mujer se había separado de una pareja que la había maltratado física y psíquicamente. En los últimos meses, había reiniciado relaciones con este mismo hombre, hasta que, al reproducirse el maltrato, había decidido abandonarlo definitivamente. Desde entonces, la mujer estaba siendo víctima de una situación peligrosa de amenazas y acoso a ella y a su hijo, por parte de este hombre. La paciente no había revelado esta situación hasta muy avanzada la terapia, porque se sentía avergonzada por haber reiniciado la relación con su maltratador. La mujer expresaba a través de sus síntomas, no sólo los conflictos pasados de su infancia, sino la situación de miedo actual, ante la idea de salir de casa o distanciarse de su hogar.
- **Propuesta de coaliciones al terapeuta con otros miembros de la familia.** Es el caso del padre que le hace gestos al terapeuta, mientras el hijo está hablando o la mujer que acude sin cita para ver al terapeuta y “revelarle importantes datos, sin los cuales no puede entender el problema”. A veces, la propuesta encubierta de coalición llega por otras vías, como envío de cartas y mensajes, llamadas telefónicas no previstas, etc. El terapeuta ha de estar muy atento a señalar las “reglas del juego” de modo claro desde el inicio y a desmontar con habilidad estas maniobras sin reproches ni culpabilizaciones estériles. Ayuda a hacerlo así el considerar todos estos gestos como consecuencia de la angustia y del “no saber cómo hacer” para ayudar a un paciente determinado. En raras ocasiones, puede haber un intento de boicotear la terapia de otra índole, como en el caso de intereses encubiertos e ilegítimos. Por ejemplo, la búsqueda de una incapacidad por motivos económicos, etc.
- **Rigidez y repetición de pautas disfuncionales.** Ocurre a veces, en el curso de una terapia, que se interrumpe el proceso de mejoría emprendido por la reaparición o intensificación de una pauta de conducta disfuncional, ya abandonada por el paciente. Es decir, se produce una reagudización de la pauta-problema, cuyo significado habrá que discutir con el paciente, en cada caso.

- **Cuestionamiento continuo de la pericia del terapeuta o actitudes de extrema dependencia.** En muchas ocasiones, son expresión del miedo soterrado del paciente a confiar en alguien que sea capaz de sostenerle, si se llega a desmoronar. Algunas actitudes de dependencia suponen la reproducción de pautas de incompetencia y minusvalía que el paciente mantiene en su auto-narrativa.

A veces, tienen que ver con cuestiones de estatus y diferencias de poder entre paciente y terapeuta. En ocasiones, son dificultades “conocidas” por el terapeuta, y que provienen de sus propias pautas disfuncionales personales, que se reactualizan en la relación concreta con ese paciente (reacciones contratransferenciales). Por parte del paciente se podría decir lo mismo. Que las cuestiones de lucha por el poder en una relación, le han acompañado desde siempre y que, la relación terapéutica es una más en las que se ponen de manifiesto (reacciones transferenciales). Otras veces, estos aspectos de la relación, asociados a la posición, jerarquía y poder, salen a la luz con fuerza, por primera vez en esta relación terapéutica, y no han tenido tanta importancia en relaciones pasadas o actuales diferentes de la terapéutica.

Una conclusión que se desprende de todo lo anterior es que durante el proceso psicoterapéutico, las dificultades que surgen, obstaculizando el cambio para los pacientes, se consideran dentro de la interacción terapeuta-paciente. Esta perspectiva obliga a una mayor responsabilización del terapeuta, que ha de buscar otras alternativas que ayuden a rodear las dificultades, así como a mantener una actitud de flexibilidad para poder adaptar la propuesta psicoterapéutica a la relación con ese paciente en particular.

Formación en terapia de construcción de narrativas

La formación en Psicoterapia figura entre los objetivos de los programas de los residentes MIR y PIR, aunque, en la práctica, las unidades docentes prestan una atención desigual a esta obligación y, hasta ahora, fue absolutamente excepcional que existiera una estrategia acordada para su cumplimiento. Desde la publicación del nuevo programa de formación en Psiquiatría (2008), se reconoce esa necesidad y se facilitan espacios para la formación en Psicoterapia.

El programa de formación que venimos desarrollando desde 1997 en el Máster de Psicoterapia perspectiva integradora de la Universidad de Alcalá de Henares (Madrid), pretende ser capaz de integrar las aportaciones de las distintas escuelas de Psicoterapia desde la óptica general de las narrativas.

La consideración de la actividad psicoterapéutica como una actividad narrativa, desarrollada a través de una conversación entre terapeuta(s) y paciente(s), ofrece un marco teórico, o, como algunos autores prefieren decir, meta-teórico desde el que es posible esta integración^(43,7).

Se trata de un modelo que pretende ser integrador desde el principio. No sólo un modelo que integra ideas, principios o procedimientos provenientes de varias escuelas, es decir, no sólo un sistema resultante de una integración. Es un modelo activamente integrador en la medida en que está pensado para ser capaz de integrar nuevos elementos siempre que el trabajo terapéutico pueda beneficiarse de ello. A la vez, proporciona un procedimiento de adquisición de habilidades para la puesta en juego de factores comunes a las diferentes orientaciones que pretende ofrecer un conocimiento suficiente de éstas como para que el terapeuta en formación pueda optar con suficiente conocimiento por especializarse en una de ellas, si así lo prefiere⁽⁴⁴⁾.

Para el trabajo de formación resulta conveniente la consideración de la Psicoterapia como un proceso que se desarrolla en una serie de fases (indicación, fases iniciales, fases intermedias y fase de terminación). Cada una de estas fases plantea una serie de problemas específicos. Frente a estos problemas, los terapeutas en formación deben aprender varios tipos de cosas:

- En primer lugar, **un repertorio de propuestas de solución**. En él hay soluciones que son comunes a los diferentes modelos de psicoterapia:
 - Unas de ellas cuentan con un sólido aval procedente de la investigación proceso-resultado. Otras, aunque no tienen este apoyo, son aceptadas como relevantes por la generalidad de los terapeutas. La definición y uso del encuadre, el uso de técnicas de entrevista, la sensibilidad y manejo de la alianza de trabajo o de los fenómenos que podrían encuadrarse bajo la denominación de transferencia negativa son ejemplos de este tipo de soluciones.
 - Los terapeutas en formación deben aprender también soluciones que son preferidas de los distintos modelos psicoterapéuticos y que pueden ser preferibles para una determinada pareja terapeuta(s)-paciente(s) en un momento dado de la terapia. La interpretación de la transferencia (para el Psicoanálisis), la discusión de las creencias irra-

cionales (para la Terapia Racional-Emotiva), la prescripción de registros de tres o cinco columnas (para la Terapia Cognitivo-Conductual) o la desensibilización sistemática (para la Modificación de Conducta) son ejemplos de este segundo tipo de soluciones.

- En segundo lugar, los terapeutas en formación deben aprender **critérios para seleccionar la solución adecuada en cada momento del proceso, para la pareja que forma con su(s) paciente(s)**. Así, el terapeuta debe ser capaz de determinar:
 - Si, en un momento dado de la relación con un paciente, es preferible facilitar que la conversación se oriente, por ejemplo, a la discusión de las ideas irracionales vinculadas a una determinada emoción.
 - Si será más productivo optar por rastrear emociones semejantes en la biografía del sujeto.
 - Procurar facilitar que el paciente se detenga en esa emoción durante la consulta.

Se trata de elecciones complejas que dependen de distintos factores:

- Dependen, en primer lugar, del repertorio de habilidades de que dispone el terapeuta en función de lo expuesto en el punto anterior: para el terapeuta puede parecer claro que el proceso terapéutico se beneficiaría de la utilización de una determinada técnica, como, por ejemplo, la utilización de una silla vacía o la inoculación del estrés; pero si no domina esa técnica, deberá procurar otra alternativa.
- Depende, por supuesto, de características del paciente: hay personas que se encuentran más cómodas y son más capaces de hacer un trabajo productivo actualizando emociones y personas que funcionan mejor siguiendo instrucciones para modificar identificar y modificar aspectos de su comportamiento vinculados al problema que les ha traído a consulta; esto depende no sólo de su modo de ser, sino también del momento en el que se encuentran en relación a su disposición al cambio.
- También depende de las características de la relación que se ha establecido entre la pareja que forman un terapeuta y un paciente concretos; la elección de la intervención del terapeuta puede variar en consideración del modo en el que ajustan características como edad, sexo, etnia o, sencillamente, las biografías y experiencias previas de los dos componentes de esta pareja.

El proceso de formación ha de capacitar al futuro terapeuta para considerar estos aspectos y hacer elecciones útiles.

- Por último, el terapeuta en formación debe aprender a **identificar y manejar la interferencia de su propia biografía, de sus propias emociones y de su propia persona en el proceso terapéutico**. Esto puede lograrse a través de la supervisión (pero entonces debe plantearse como un objetivo explícito de la misma). La propia experiencia psicoterapéutica personal del terapeuta, aunque no consideramos que sea imprescindible, facilita el que éste se familiarice con los aspectos de su persona relevantes para esta cuestión. Hay también otros instrumentos como determinados ejercicios experienciales de trabajo con la persona del terapeuta o los grupos de trabajo sobre dificultades en la adquisición del rol de terapeuta, que también sirven a este objetivo.

En el programa de formación que proponemos, estas tareas se desarrollan a través de un sistema en el que se presta atención a cada una de las fases del proceso, se desarrollan los conceptos, revisando las aportaciones hechas desde los diferentes modelos psicoterapéuticos y se entrenan las habilidades necesarias para considerarlas en la supervisión de la práctica clínica de los alumnos. En cada una de las fases (indicación, fases iniciales, intermedias y terminación) se trabajan los tres aspectos (“soluciones”, “indicación” y “aspectos personales”) señalados más arriba.

La práctica de la Psicoterapia requiere una serie de habilidades que pueden ser entrenadas sistemáticamente. Para este entrenamiento, hemos optado por establecer tres niveles de habilidades. Lo que se describe a continuación es el programa que fue auspiciado por la Escuela de Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) en el año 2001⁽¹⁵⁾.

HABILIDADES BÁSICAS

Se trata de las habilidades que posibilitan intervenciones elementales que constituyen las piezas que integran intervenciones o técnicas más complejas. Distinguimos tres tipos de habilidades básicas.

- En primer lugar, estarían las **habilidades de escucha**, que tienen como objetivo facilitar al terapeuta el acceso al discurso del paciente. A esta categoría pertenecen la actitud general de escucha (postura, actitud interna...), la atención a lo no explícito, la atención a la comunicación no verbal, y la atención a la respuesta experimentada por el terapeuta que también hemos denominado utilización del Yo Observador.
- En segundo lugar, estarían lo que hemos optado por llamar **habilidades de facilitación de la actividad narrativa del paciente**, como el uso del silencio, o de otros facilitadores no verbales o de intervención verbal mínima (los “ajá”, “cuénteme”, u otros), la paráfrasis, el reflejo empático, la recapitulación, las preguntas abiertas o cerradas o la clarificación.
- Por último, hemos llamado **habilidades de facilitación de la generación de narrativas alternativas** al uso de intervenciones como la interpretación, la confrontación, la información, o las instrucciones.

Además del entrenamiento naturalístico de estas habilidades a través de la práctica supervisada, su uso se realiza entrenando sistemáticamente a través de ejercicios estructurados que pueden ser llevados a cabo con lápiz y papel o a través del ordenador, con *rol playing* y con ejercicios experienciales, que pretenden familiarizar a los terapeutas en formación no sólo con los procedimientos de construcción y expresión de estas intervenciones sino también sobre el modo en el que son experimentadas por la persona a la que se dirigen.

HABILIDADES DE ACOMPASAMIENTO

Se trata de las habilidades que son puestas en juego para que se produzca un acoplamiento entre las narrativas de paciente y terapeuta (o, dicho de otro modo, para que el paciente dé paso al terapeuta para construir conjuntamente con él una narrativa alternativa a la que ha dado origen a la demanda de ayuda), y ambos puedan embarcarse en la construcción de una experiencia de efectos terapéuticos para el paciente.

El entrenamiento de estas habilidades incluye cosas como:

- La utilización de un lenguaje evocador de experiencias.
- La utilización de un lenguaje vago (que no interfiera con la experiencia personal del paciente).
- La captación de señales no verbales y la respuesta a las mismas.
- La facultad de personalizar, la colaboración activa en la construcción de experiencias por parte del interlocutor.
- La utilización de la propia experiencia del terapeuta durante la entrevista (entrenamiento del Yo-observador).

El entrenamiento de estas habilidades se consigue, una vez más, a través de la atención prestada a ellas en la práctica supervisada y, además, a través de ejercicios estructurados en los que los terapeutas en formación colaboran entre sí para ensayar estrategias y experimentar sus efectos sobre sí mismos⁽¹⁵⁾.

HABILIDADES GENERATIVAS

Con este nombre nos referimos a aquellas habilidades que tienen como objeto específico facilitar la producción de narrativas alternativas a las que contiene el problema del que se ocupa la terapia. Suponen un uso estratégico de las habilidades de los dos niveles inferiores para ponerlas al servicio de lo que, en definitiva, es el objetivo de la terapia (que se produzca un cambio en aquéllo que constituye el problema para el paciente).

En el programa a que nos referimos se contemplan seis:

- Desafiar la narrativa anclada en la queja.
- Conectar la narrativa inicial con otros relatos del paciente y facilitar el surgimiento de relatos consonantes.
- Trabajar con las emociones.
- Poner a prueba los nuevos relatos.
- Afianzar los nuevos relatos.
- Despedirse.

Estas habilidades se entrenan también de modo más inespecífico a través de la práctica clínica supervisada y específicamente a través de ejercicios estructurados diseñados al efecto.

ERRORES FRECUENTES

El programa que venimos describiendo contiene también ejercicios estructurados pensados para entrenar la capacidad de evitar algunos errores frecuentes.

APRENDER POR LA EXPERIENCIA

Por último, aprender en Psicoterapia no sólo significa aprender conceptos o ideas de un modo meramente cognitivo, sino aprender por la experiencia. En nuestros programas formativos incluimos siempre actividades que tengan que ver con esa parte más experiencial que, al menos, debería incluir:

Supervisión

La práctica clínica supervisada es central para el aprendizaje de la Psicoterapia. En las unidades docentes puede proporcionarse supervisión individual y grupal para el conjunto de los residentes.

La supervisión en este contexto debe cuidar tres aspectos:

- En primer lugar, **debe orientarse a la capacidad del supervisando para detectar problemas y elegir soluciones**. Es el momento de controlar y facilitar la aplicación de lo aprendido a este respecto.
- **La supervisión debe orientarse también a la utilización de las habilidades terapéuticas⁽⁴⁵⁾**. El uso de registros en audio o video de las sesiones facilita formidablemente este objetivo. Como señalábamos antes, es muy frecuente que soluciones bien pensadas a problemas bien planteados se frustren por haberse llevado a cabo a través de intervenciones deficientemente construidas.
- Por último, **la supervisión debe orientarse a detectar las interferencias que puedan aparecer por la implicación inadecuada de la persona del terapeuta en el proceso de terapia**. Los posibles conflictos personales del supervisando que se manifiesten en la supervisión sólo serán objeto de la vista si producen una interferencia reiterada en su trabajo como psicoterapeuta. Pero si sucede esto, deberán ser al menos señalados por el supervisor que podrá además contribuir a esclarecerlos o señalar el lugar o procedimiento que le parece adecuado para hacerlo.

Ejercicios estructurados para el entrenamiento de habilidades (presenciales y de lápiz y papel)

Las habilidades de los tres niveles antes señalados, como las que pone en juego un artista para producir sus obras de arte, pueden ser entrenadas a través de ejercicios específicamente diseñados para ello. En el programa que exponemos,

se ha seleccionado un amplio repertorio de estos ejercicios, parte de los cuales son ejercicios que el alumno puede realizar en su casa con lápiz y papel o delante del ordenador y parte son ejercicios experienciales para realizar en grupo y proporcionar a los terapeutas en formación no sólo entrenamiento sobre cómo utilizarlos, sino también una experiencia sobre sus efectos en el interlocutor.

■ Ejercicios estructurados de familiarización con los aspectos de la propia persona que pueden ponerse en juego en el proceso terapéutico

El programa incluye una serie de ejercicios estructurados (que pueden complementarse con algunos seminarios intensivos) que tienen como objeto facilitar que el terapeuta en formación se familiarice con aspectos de su propia persona que pueden ser puestos en juego (con efectos positivos o negativos) en su actuación como psicoterapeuta. Este tipo de ejercicios pueden ser también planteados a medida si, en algún momento (por ejemplo en una supervisión), le parecen enriquecedores al docente.

■ Grupo de trabajo sobre dificultades en la adquisición del rol de terapeuta

Un elemento esencial del paquete formativo es un grupo de trabajo, liderado por un coordinador ajeno a ser posible a la plantilla de la unidad docente (para que no mantenga una relación jerárquica con los asistentes al grupo), que tiene como objeto que éstos puedan analizar las dificultades que, personalmente, les está suponiendo avanzar en el proceso de convertirse en terapeutas o el trabajo clínico en general. Puede realizarse, por ejemplo, con periodicidad quincenal.

La formación en terapia narrativa ha de ser capaz de entrenar al terapeuta a través de una guía sin perder de vista lo de único que tiene cada encuentro terapéutico. La Psiquiatría tiene que contar con la Psicoterapia como un eje vertebrador de su campo de conocimiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Freedman J, Combs G. Narrative therapy. New York: Norton; 1996.
2. Hermans HJM, Dimaggio G. The Dialogical self in Psychotherapy. New York: Brunner Routledge; 2004.
3. Siegel DJ. The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience. New York: Guilford; 1999 (Trad cast: La mente en desarrollo. Bilbao: Desclee; 2007).
4. Rodríguez Vega B, Fernández Liria A, Bayón Pérez C. Neurobiología Interpersonal. En Palomo T, Jiménez Arriero MA. Manual de Psiquiatría. Madrid: Ene Life Publicidad; 2009. p. 107-14.
5. Hermans HJM, Hermans-Jansen E. Self-Narratives. The construction of meaning in Psychotherapy. Guilford Press: New York ; 1995.
6. Sarbin TR. The Narrative as a root metaphor for Psychology. En Sarbin TR ed. Narrative Psychology: The storied Nature of Human Conduct. New York: Praeger; 1986.
7. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. La práctica de la psicoterapia: La construcción de narrativas terapéuticas. Bilbao: Ed. Desclee de Brower; 2001.
8. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. Terapia Narrativa para la depresión. DDB: Bilbao; 2011 (en prensa).
9. Fernández Liria A, Hernández Monsalve M, Rodríguez Vega B, Benito Cano T, Mas Hesse J. Teoría y práctica de la psicoterapia en la atención pública a la salud mental: resultados de un grupo de consenso. En Fernández Liria A, Hernández Monsalve M, Rodríguez Vega B (coords). Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración. Madrid: AEN; 1997. p. 143-162.
10. 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. 4ª ed. New York: Wiley; 1994.
11. Beitman BD, Hall MJ, Woodward B. Integrating pharmacotherapy and psychotherapy. In Norcross JC, Goldfried MR, eds. Handbook of psychotherapy integration. New York: Basic Books; 1992.
12. Beitman BD, Klerman GL. Integrating pharmacotherapy and psychotherapy. Washington: American Psychiatric Press; 1991.
13. Fernández Liria A. Combinación de psico y farmacoterapia en los trastornos depresivos. Revista de Psicoterapia. 1999; 36: 27-41.
14. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. La era de los tratamientos integrados: combinación de psicofármacos y psicoterapia. Revista Argentina de Clínica Psicológica. 2008; XXVII (II): 139-148.
15. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. Habilidades de entrevista para psicoterapeutas. (Volumen para el profesor y Cuaderno de ejercicios para el alumno). Bilbao: Desclee de Brower; 2002.
16. Budman SH, Gurman AS. Theory and practice of brief therapy. New York: Guildford, 1988.
17. Caplan G. Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books 1964 (Trad cast. Principios de psiquiatría preventiva. 11 reimposición. Buenos Aires: Paidós; 1980).
18. 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).
19. Luborsky L. Principles of psychoanalytic psychotherapy; a manual for supportive-expressive treatment. New York: Basic Books; 1984.
20. Ogden P, Minton K, Pain, C. Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy. New York: Norton; 2006.
21. Winnicott, DW(1971). Realidad y Juego. Barcelona: Gedisa, 1997.
22. Anderson H, Goolishian HA. Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. Fam Process 1988; 27: 371-93.
23. 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: Desclee de Bouwer; 1983).
24. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B, Diéguez Porres M. Intervenciones sobre duelo. En Pérez Sales P, ed. Trauma, culpa y duelo: Hacia una psicoterapia integradora. Bilbao: Desclee de Brouwer; 2006.
25. Neimeyer RA. Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo. Barcelona: Paidós; 2002.
26. Worden JW. Grief counselling and grief therapy. New York: Routledge; 1991. (Trad cast: Asesoramiento y terapia de duelo. Barcelona: Paidós; 1995).
27. Worden JW. Grief Counselling and Grief Therapy. A Handbook for the Mental Health Practitioner. Third Ed. New York: Springer; 2000.
28. Klerman GL, Rousanville B, Chevron E, Neu C, Weissman MM. Interpersonal psychotherapy of depression. New York: Basic Books; 1984.
29. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. Terapia interpersonal de la depresión. En: Vallejo Ruloba J, Leal Cercós C, eds. Tratado de Psiquiatría. Volumen II. Barcelona; 2005. p. 20012-2025.
30. Allen, JG, Fonagy P, Bateman AW. Mentalizing in Clinical Practice. Psychiatric Publishing Inc; 2008.
31. Frankl V. Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager. 1946. (Trad cast. El Hombre en busca de sentido. Barcelona: Ed Herder; 1991).
32. Brown G, Harris T. Social Origins of Depression. A Study of Psychiatric Disorders in Women. London: Tavistock Press; 1978.
33. Kaplan AG. The self-in-relation: Implications for depression in women. Work in Progress, Wellesley, Mass. Stone Center Working Papers Series 1984; 14: 1-17.
34. Sammons MT, Schmidt NB. Combined treatment for mental disorders. Whashington: American Psychological Press; 2001. (Trad cast: Tratamiento combinado de los trastornos mentales. Bilbao: Desclee; 2007).
35. Karasu TB. Toward a clinical model of psychotherapy for depression. I: Systematic comparison of three psychotherapies. Am J Psychiatry. 1990a; 147: 133-47.
36. Karasu TB. Toward a clinical model of psychotherapy for depression, II: An integrative and selective treatment approach. Am J Psychiatry. 1990b; 147: 269-78.
37. Klerman GL, Weissman MM, Markowitz JC, Glick I, Wilner PJ, Mason B, Snear K. Medication and psychotherapy. In Handbook of psychotherapy and behavior change. En Bergin AE, Garfield SL, eds. 4th edition. New York: Wiley; 1994. p. 734-82.
38. Manning DW, Frances AJ. Combined therapy for depression: critical review of the literature. In Manning DW, Frances AJ, eds. Combined Pharmacotherapy and Psychotherapy for depression. Washington: American Psychiatric Press; 1990. p. 1-34.
39. Asiel A, Fernández Liria A. Psicoterapia y Psicofármacos: Por fin juntos? Psiquiatría Pública; 2000. p. 285-8.
40. Mental Health Policy Group. The depression report; a new deal for depression and anxiety disorders. London: London School of Economics; 2006.

41. Beitman BD. The structure of individual psychotherapy. New York: Guilford Press; 1987.
42. Prochaska JO, Di Clemente CC. The Transtheoretical Approach: Crossing the Traditional Boundaries of Therapy, Homewood (Ill). Dow Jones-Irwin; 1984.
43. Gold JR. Key Concepts in psychotherapy integration. New York: Plenum; 1996
44. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. Aspectos esenciales de la for-

- mación psicoterapéutica para la clínica en salud mental. En Espino A, Olavarria B. La formación de los profesionales de la salud mental en España. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2003.
45. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B, Ortiz Sánchez D, Baldor I, González Juárez C. Effectiveness of a structured training program in psychotherapeutic skills used in clinical interviews for psychiatry and clinical psychology residents. *Psychotherapy Research*. 2010; 20: 113-21.

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

- Bacaltchuk J, Hay P, Trefiglio R. Antidepressants versus psychological treatments and their combination for bulimia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001; no. 4: CD003385.
- Bacaltchuk J, Trefiglio RP, Oliveira IR, Hay P, Lima MS, Mari JJ. Combination of antidepressants and psychological treatments for bulimia nervosa: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand*. 2000; 101, no. 4: 256-64.
- Bakker A, van Balkom AJ, Spinhoven P, Blaauw BM, Dyck RV. Follow-up on the treatment of panic disorder with or without agoraphobia: a quantitative review. *J Nerv Ment Dis*. 1998; 186, no. 7: 414-9.
- Bateman A, Fonagy P. Psychotherapy for the borderline personality disorder; mentalization based treatment. Oxford: Oxford University Press; 2004.
- Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatment for the borderline personality disorder; a practical guide. Oxford: Oxford University Press; 2006.
- Beitman BD, Beck NC, Deuser WE, Carter CS, Davidson JR, Maddock RJ. Patient Stage of Change predicts outcome in a panic disorder medication trial. *Anxiety*. 1994. 1, no. 2: 64-9.
- Chambless DL, et al. Update on empirically validated therapies II. *The Clinical Psychologist*. 1998; 51: 3-16.
- Chambless DL, Hollon SD. Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1998; 64: 497-504.
- Chambless DL, Ollendick TH. Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annu Rev Psychol*. 2001; 52: 685-716.
- Chambless DL, et al. An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist* 1996; 49, no. 2: 5-14.
- Clum GA, Surls R. A meta-analysis of treatments for panic disorder. *J Consult Clin Psychol*. 1993. 61, no. 2: 317-26.
- Cuijpers P, Dekker J, Hollon SD, Andersson G. Adding psychotherapy to pharmacotherapy in the treatment of depressive disorders in adults: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. 2009; 70, no. 9: 1219-29.
- Damasio A. Looking for Spinoza: Joy, Sorrow, and the Feeling Brain. New York: Harvest Books; 2003. (Trad cast: En busca de Spinoza: neurobiología de la emoción y los sentimientos. Barcelona: Crítica; 2005).
- de Maat SM, Dekker J, Schoevers RA, Jonghe F. Relative efficacy of psychotherapy and combined therapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *Eur Psychiatry*. 2007; 22, no. 1: 1-8.
- Eysenck HJ. The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*. 1952; 16: 319-24.
- Fava GA, Grandi S, Zielesny M, Canestrari R, and Morphy MA. Cognitive behavioural treatment residual symptoms in primary major depressive disorder. *Am J Psychiatry*. 1994; 151:1295-1299.
- Fava GA, Grandi S, Zielesny M, Rafanelli C, Canestrari R. Four-year outcome for cognitive behavioural treatment of residual symptoms in major depression. *Am J Psychiatry*. 1996; 153:945-7.
- Fava GA, Rafanelli C, Grandi S, Canestrari R, Morphy MA. Six-year outcome for cognitive behavioural treatment of residual symptoms in major depression. *Am J Psychiatry*. 1998; 155: 816-20.
- Fava GA, Rafanelli C, Grandi S, Conti S, Belluardo P. Prevention of recurrent depression with cognitive behavioural therapy. Preliminary Findings. *Arch Gen Psychiatry*. 1998. 55: 812-20.
- Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M. Affect regulation, mentalization, and the development of the self. New York: Other Press; 2004.
- Furukawa TA, Watanabe N, Churchill R. Psychotherapy plus antidepressant for panic disorder with or without agoraphobia: systematic review. *Br J Psychiatry*. 2006; 188: 305-12.
- Hebb DO. The organization of behavior: a neuropsychological theory. New York: Wiley; 1949.
- Hesse E. The Adult Attachment Interview. Historical and current perspectives. In *Handbook of attachment; theory, research and clinical applications*. New York: Cassidy J and Shaver PR; 1999. p. 395-433.
- Keller MB, McCullough JP, Klein DN, Arnow B, et al. A Comparison of Nefazodone, the Cognitive Behavioral-Analysis System of Psychotherapy, and Their Combination for the Treatment of Chronic Depression. *The New England Journal of Medicine*. 2000; 342, no. 20: 1462-70.
- Lambert M. Psychotherapy outcome research. In Norcross JC, Goldfried MR, eds. *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books; 1992. p. 94-129.
- Main M, Kaplan N, Cassidy J. Security in infancy, childhood and adulthood: a move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 1985; 50, no. 1-2: 66-104.
- Mitte K. A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. *J Affect Disord*. 2005; 88, no. 1: 27-45.
- Norcross JC (ed). *Psychotherapy relationships that work; therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press; 2002.
- Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G, Kupelnick B, Munizza C. Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: a systematic review. *Arch Gen Psychiatry*. 2004; 61, no. 7: 714-9.
- Paykel ES, Scott MJ, Teasdale JD, Johnson AL, Garland A, Moore R, Jenaway A, et al. Prevention of relapse in residual depression by cognitive therapy. *Arch Gen Psychiatry*. 1999; 56: 829-35.

- Prochaska JO, Di Clemente CC. The Transtheoretical Approach. In Norcross JC, Goldfried MR, eds. *Psychotherapy Integration*. Nueva York: Basic Books; 1992. p. 330-4.
- Prochaska JO, Rossi JS, Wilcox NS. Change processes and psychotherapy outcome in integrative case research. *Journal of Psychotherapy Integration*. 1991; no. 1: 103-20.
- Rossy LA, Buckelew SP, Dorr N, Hagglund KJ, Thayer JF, McIntosh MJ, et al. A meta-analysis of fibromyalgia treatment interventions. *Ann Behav Med*. 1999; 21, no. 2: 180-91.
- Roth A, Fonagy P. *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: Guilford; 1996.
- Schore AN. *Affect regulation and the repair of the self*. New York: Norton; 2003b.
- Schore AN. *Affect dysregulation and disorders of the Self*. New York: Norton; 2003a.
- Schore AN. *Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development*. Hillsdale (NJ): Erlbaum; 1994.
- Scott J, Colom F, Vieta E. A meta-analysis of relapse rates with adjunctive psychological therapies compared to usual psychiatric treatment for bipolar disorders. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2007; 10, no. 1: 123-9.
- Siegel DJ. *Memory: An Overview, With Emphasis on Developmental, Interpersonal, and Neurobiological Aspects*. *J AM.Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001; 40, no. 9.
- Stern D. *Diary of a baby*. New York; 1990. (Trad cast: *Diario de un bebé*. Barcelona; Paidós; 1999).
- Stern D. *The motherhood constellation. A unified view of parent-infant psychotherapy*. New York: Basic Books; 1995. (Trad cast: *La constelación maternal: la psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos*. Barcelona: Paidós; 1997).
- Stern D. *The birth of a mother*. New York: Basic Books; 1999. (Trad cast: *El nacimiento de una madre*. Barcelona: Paidós; 1999).
- Stern D. *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: Norton; 2004.
- Surrey JL. *Self-in-relation.: A theory of women' s development*. *Work in Progress*, Wellesley, Mass. Stone Center Working Papers Series. 1985; 13: 1-16.
- Thase ME, Jindal RD. Combining Psychotherapy and Psychopharmacology for treatment of mental disorders. In Lambert MJ, ed. *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Guilford; 2003. p. 743-66.
- Thase ME, Greenhouse JB, Frank E, Reynolds CF, Pilkonis PA, Hurley K, et al. Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *Arch Gen Psychiatry*. 1997; 54, no. 11: 1009-15.
- van Balkom AJ, Bakker A, Spinhoven P, Blaauw BM, Smeenk S, Ruesink B. A meta-analysis of the treatment of panic disorder with or without agoraphobia: a comparison of psychopharmacological, cognitive-behavioral, and combination treatments. *J Nerv Ment Dis*. 1997; 185, no. 8: 510-6.
- Vieta E, Colom F. Psychological interventions in bipolar disorder: From wishful thinking to an evidence-based approach. *Acta Psychiatr Scand*. 2004; Suppl. no. 422: 34-8.
- Wallin DJ. *Attachment in Psychotherapy*. New York: Guilford Press; 2007.
- Watanabe N, Churchill R, Furukawa TA. Combination of psychotherapy and benzodiazepines versus either therapy alone for panic disorder: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2007; 7: 18.

