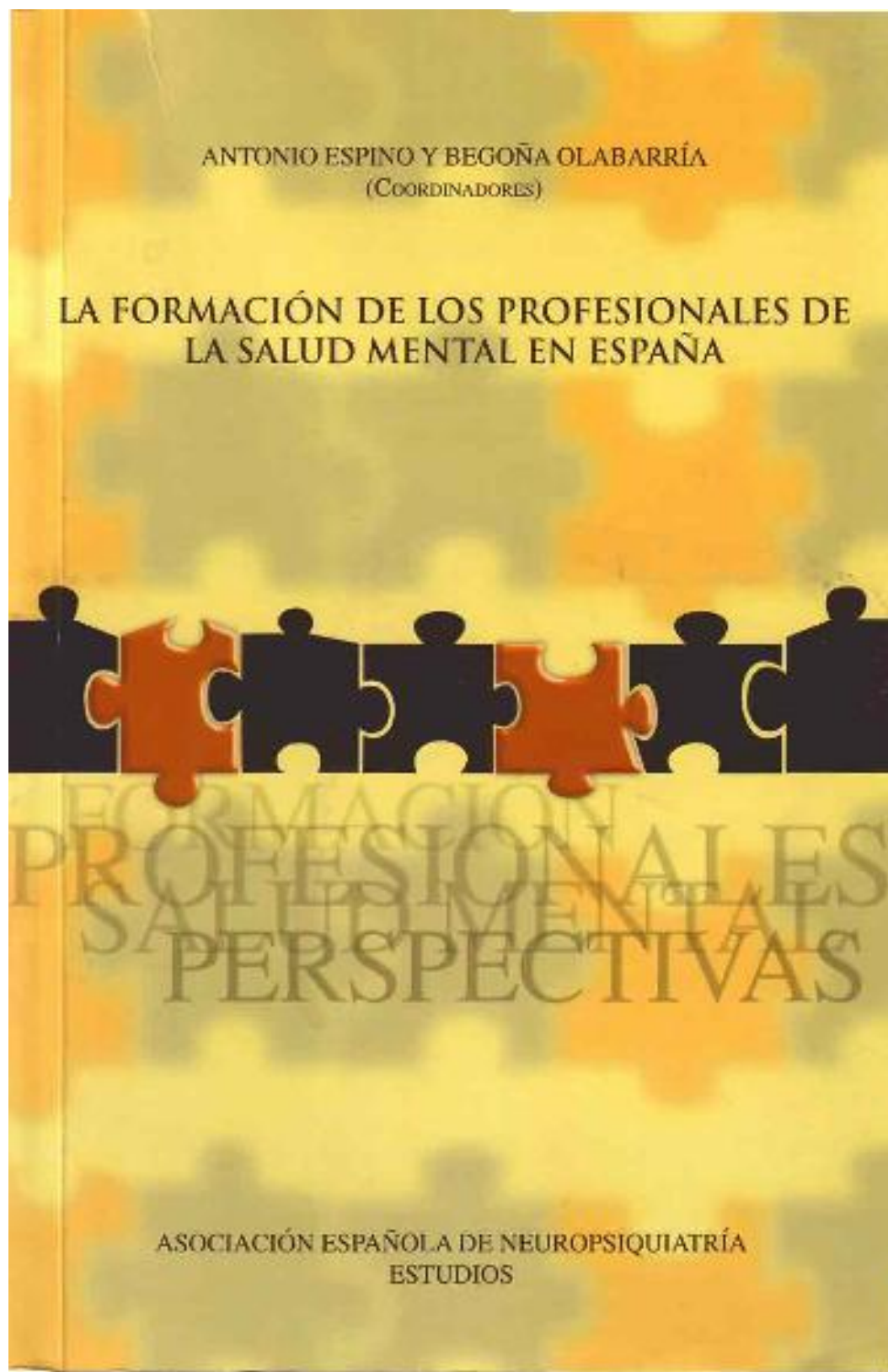


BORRADOR DEL TEXTO PUBLICADO COMO

Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. Aspectos esenciales de la formación psicoterapéutica para la clínica en salud mental. En: Espino A, Olabarría B (Coords): La formación de los profesionales de la salud mental en España. Madrid: AEN, 2003: 329-350.

ISBN: 84-95287-15-3



ASPECTOS ESENCIALES DE LA FORMACIÓN PSICOTERAPÉUTICA PARA LA CLÍNICA EN SALUD MENTAL

Alberto Fernández Liria¹
Beatriz Rodríguez Vega²

INTRODUCCIÓN

La psicoterapia sola o en combinación con los psicofármacos constituye el tratamiento de primera elección de un buen número de trastornos mentales, un elemento coadyuvante en el tratamiento de otros y un instrumento útil de intervención en otra serie de problemas relacionados con la salud.

La psicoterapia individual y de grupo se ofrecen como parte del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud (Real Decreto 63/1995, BOE 10/2/95), y por tanto su oferta, constituye una obligación del sistema sanitario público.

En este trabajo concebimos la psicoterapia como un procedimiento para tratar los trastornos mentales o problemas de salud mental. Se trata de una definición restrictiva, que excluye actividades semejantes, pero que tienen como objetivo cosas como el crecimiento personal o el autoconocimiento (Fernández Liria, Hernández Monsalve, Rodríguez Vega, Benito Cano & Mas Hesse, 1997; Fernández Liria & Rodríguez Vega 1997, 2001 y 2002). Entendemos que, así, concebida como un tratamiento de trastornos mentales, la psicoterapia es un componente básico ineludible de la identidad profesional de psiquiatras y psicólogos clínicos.

La formación en psicoterapia figura, consecuentemente, entre los objetivos de los programas MIR y PIR, aunque, en la práctica, las unidades docentes prestan escasa atención a esta obligación y es absolutamente excepcional que exista una estrategia acordada para su cumplimiento.

La propuesta de un Área de Capacitación Específica (ACE) en Psicoterapia aprobada por las Comisiones Nacionales de psiquiatría y Psicología Clínica contiene un programa no sólo para la formación en los dos años suplementarios, en los que se formarían quienes accedieran a ella después de haber completado su residencia en Psiquiatría o Psicología Clínica, sino para el periodo de residencia en Psiquiatría (4 años) o Psicología Clínica (3 años). Los párrafos que siguen, transcriben la definición que de estos niveles hace el actual borrador de la ACE de Psicoterapia (ver cuadro 1)

Un primer nivel digamos universal, es decir que debería ser adquirido por todos los profesionales sanitarios y puesto en práctica siempre que se realice una intervención terapéutica sea esta de carácter psicológico, biológico o social, consiste en el desempeño de las destrezas psicoterapéuticas adecuadas para sacar partido a los denominados por "factores comunes". Este nivel debería ser completado antes de finalizar el primer año de formación MIR y PIR.

Un segundo nivel comprende las destrezas psicoterapéuticas necesarias para abordar la problemática psicológica que se asocia a los trastornos mentales independientemente de su diagnóstico, tales como las dificultades de relación social y familiar derivadas de la sintomatología, las dificultades de cumplimentación, el seguimiento de pacientes psicóticos crónicos, la detección y manejo de las situaciones de riesgo, el apoyo psicológico a los pacientes con trastornos somáticos. Este nivel requiere ser desarrollado específicamente para cada una de las situaciones mencionadas y deberá incluir además las habilidades básicas de comunicación

¹Psiquiatra. Coordinador de Salud Mental del Área 3 de Madrid. Hospital Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá

² Psiquiatra. Hospital La Paz. Universidad Autónoma de Madrid

necesarias para dispensar este tipo de ayuda psicológica a individuos, parejas, familias y grupos. Este nivel de competencia, común a PIR y MIR, debería completarse a lo largo de toda la residencia, sin un orden cronológico determinado, de acuerdo con las oportunidades que brinde cada rotatorio.

El tercer nivel se refiere a las destrezas necesarias para complementar el tratamiento de trastornos específicos, tales como: las técnicas de exposición como complemento al tratamiento farmacológico del Trastorno de Angustia; los programas psicoeducacionales dirigidos a los familiares de los pacientes esquizofrénicos como complemento al tratamiento farmacológico y de rehabilitación; las técnicas de relajación, de manejo de la ansiedad, de prevención de la respuesta y de solución de problemas que junto con los psicofármacos constituyen el tratamiento básico de los Trastornos por Ansiedad; la terapia sexual de pareja para aliviar las disfunciones sexuales primarias y las que se asocian a los diversos trastornos psicopatológicos. También, como en el caso del nivel anterior, la adquisición de estas habilidades, común a PIR y MIR, debería completarse a lo largo de toda la residencia.

El cuarto nivel constituye la ACE de Psicoterapia propiamente dicha. Se refiere a las destrezas necesarias para practicar la psicoterapia formal que se ajusta estrictamente a un modelo y que se aplica exactamente según las directrices propias del modelo. La existencia mayoritaria en los servicios públicos de cuatro modelos de psicoterapia, así como su aceptación por la gran mayoría de los profesionales, favorece la identificación de los mismos para la formación de los psicoterapeutas: psicoterapia cognitivo-conductual, psicoterapia psicodinámica focalizada, psicoterapia interpersonal y psicoterapia sistémica, o modalidades estructuradas de integración de algunas de ellas. Este nivel de competencia debe ser común a todos los PIR a lo largo de la residencia, mientras que en el caso de los MIR quedará prioritariamente reservado a aquellos residentes que a partir del segundo año opten por especializarse en psicoterapia. Los MIR tendrán la oportunidad de adquirir este nivel de competencia durante tres cuatrimestres (incluyendo el periodo de libre disposición). La ACE ofrece la oportunidad de profundizar en este cuarto nivel de competencia y está abierta a los PIR, y a aquellos MIR que hayan cursado el cuarto nivel durante la residencia. De esta forma se garantizará un nivel mínimo común de formación a la entrada en la ACE.

Lo que obviamente la ACE no propone son procedimientos específicos para lograr esos objetivos. La Escuela de Salud Mental de la AEN ha desarrollado una propuesta de programa muy estructurado de formación en habilidades básicas (Fernández Liria y Rodríguez Vega 2002), que atenderían, en realidad, los niveles 1 y 2 de la propuesta del borrador de la ACE), que ha sido puesto en práctica y evaluado con más de 100 residentes en 14 unidades docentes y que forma parte de la propuesta que haremos a continuación.

DIFICULTADES DE LA FORMACIÓN EN PSICOTERAPIA

La formación en psicoterapia entraña dificultades de diferente orden. Probablemente las que han producido mas reservas son la de la dificultad en la definición de en qué consiste la actividad psicoterapéutica y la existencia de escuelas psicoterapéuticas muy diferentes.

Sobre la primera de estas dificultades ya hemos adelantado que nos referimos a un concepto restrictivo de la psicoterapia, que podemos resumir, en palabras de un grupo de consenso integrado por profesionales del sector público de Madrid auspiciado por la AEN (Fernández Liria, Hernández Monsalve, Rodríguez Vega, Benito Cano & Mas Hesse, 1997) como:

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

Esta definición pretende circunscribirse a aquellas prácticas de las que reclaman el nombre de psicoterapias en las que se pretende actuar sobre *problemas de salud mental* (a punto estuvimos de utilizar el término *trastornos mentales*) excluyendo las que persiguen objetivos como el autoconocimiento, el desarrollo personal o el acceso a otras experiencias mas o menos interesantes

Este grupo (Fernández Liria, Hernández Monsalve, Rodríguez Vega, Benito Cano, y Mas Hesse 1997) matizó esta definición con algunas aclaraciones que citamos textualmente

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

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

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

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

Como nota adicional convinimos que:

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

Tal definición incluye claramente prácticas como el psicoanálisis de Freud la psicoterapia dinámica breve de Malan (1979), Sifneos (1987, 1992), Mann (1973), Davanloo (1980, 1992), Luborsky (1984) o Strupp y Binder (1993), las terapias cognitivas de Beck (1983) Ellis (1970) o Michelbaum (1977), la modificación de conducta de Skinner (1970), Wolpe (1975), Bandura (1982) o Cantor (1980), la terapia familiar sistémica de Watzlawick (1967), Haley (1980), Minnuchin (1974), Selvini (1974), o Cancrini (1987), la terapia existencial de Binswanger (1951) o Yalom (1980), las terapias eclécticas de Lazarus (1981, 1997) o Beutler (1983) o las integradoras de Wachtel (1997), Ryle (1990), Horowitz (1997), Prochaska (1984), Frank (1961) o Beitman (1987). Excluye - en cambio la práctica de la meditación, los buenos consejos dados por un amigo, o la relación entre el maestro y el discípulo.

La segunda de las dificultades a que hacíamos referencia (la existencia de diferentes conceptos provenientes de distintas escuelas), se ha pretendido resolver a través de cuatro estrategias diferentes.

La primera está representada por programas en los que se ofrece a los discentes la posibilidad de formarse en una única orientación (la del servicio o entidad docente)

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

con absoluta ignorancia de las otras. Esta estrategia es compatible (con matices) con la propuesta alemana para la formación de especialistas en Psiquiatría y Psicoterapia, que considera válida la formación en una de las tres orientaciones que considera acreditadas (psicoanalítica, cognitivo-conductual y centrada en el cliente). Tiene el inconveniente de proporcionar un mismo título a profesionales con formaciones muy diferentes.

La segunda solución consiste en restringir la formación en psicoterapia a la de las terapias manualizadas que, por haber demostrado su eficacia en el tratamiento de trastornos concretos a través del ensayo clínico aleatorizado, pueden considerarse como *empíricamente validadas* (en realidad un corto repertorio de intervenciones conductuales, cognitivas e interpersonales) (Roth y Fonagy, 1996). Tiene el inconveniente de obviar el entrenamiento en habilidades básicas y de dar por bueno el muy discutible principio de “validación empírica” en el que se sustentan estas terapias.

La tercera solución consiste en hacer participar en la formación a docentes de diferentes orientaciones permitiendo que el discente opte entre ellas o realice su propia síntesis. Aunque nos parece preferible a las anteriores, está sujeta al riesgo de la falta de sistematicidad, peligro aún mas grave cuanto mas corto es el período de residencia. Un intento de adoptar esta postura de un modo sistemático, lo han tratado de ofertar Brooks-Harris y Gavetti (2002) a través de un sistema ideado para proporcionar formación en lo que ellos consideran elementos básicos de diferentes para que los residentes puedan optar con conocimiento por uno u otro modelo o realizar su propia integración adecuada a su modo de ser o sus capacidades.

La cuarta solución consistiría en proporcionar una formación básica en aquellas habilidades que la investigación proceso-resultados ha puesto de manifiesto que constituyen los factores comunes a las intervenciones de diferente tipo y que parecen en relación con los buenos resultados. Hoy existen resultados suficientes de la investigación para plantear este tipo de programas y existen propuestas recientes cuyo uso se ha extendido rápidamente (incluso en nuestro país) y de las que se han informado de buenos resultados (Beitman & Yue 1999; Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2002). En este trabajo optaremos por este tipo de solución.

Otro tipo de dificultades para la formación en psicoterapia emana de sus requerimientos en cuanto a metodología docente. La psicoterapia no puede aprenderse en los libros. Su aprendizaje requiere práctica clínica supervisada y, muy frecuentemente, los servicios no disponen ni del personal ni de la estructura adecuada para realizar esta supervisión. En la medida en la que la práctica de la psiquiatría supone una implicación de la persona del terapeuta aún mayor que el resto de la psiquiatría, se suscita la cuestión de la experiencia terapéutica personal. La sección de psiquiatría de la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS), por ejemplo, si bien no la considera imprescindible la recomienda *enfáticamente (strongly)* (Documento mimeografiado). En la propuesta que desarrollaremos no plantearemos la necesidad de que del terapeuta en formación se someta él mismo a terapia, pero sí que el programa le proporcione un espacio específico (además de la supervisión, que tiene en este campo uno de sus objetivos) en que trabajar las dificultades en la adquisición del rol de terapeuta y sensibilizarse en la implicación de estos aspectos personales en el desempeño del trabajo terapéutico.

PRINCIPIOS GENERALES

La propuesta que sigue pretende:

1. Atender a los requisitos de formación de los psiquiatras y psicólogos clínicos que van a tener que dar esta prestación en el Sistema Nacional de Salud.
2. Proporcionar guías para la puesta en marcha de instrumentos teóricos y prácticos de formación

3. Adoptar una orientación integradora, basada en el entrenamiento de los factores comunes a intervenciones basadas en diferentes modelos teóricos, garantizar un conocimiento básico de estrategias basadas en los principales de éstos y establecer guías para su utilización en la clínica
4. Incluir aspectos experienciales y de entrenamiento en la autoobservación

UNA PERSPECTIVA INTERGRADORA DE LA FORMACIÓN EN PSICOTERAPIA

El tema de la formación plantea un problema crucial para el movimiento integrador en psicoterapia (Castonguay, 2000 a & b; Haye, 2000; Norcross & Beutler, 2000; Wolfe, 2000) . Se ha discutido, básicamente, si la integración debe plantearse *a posteriori* por parte de terapeutas que se han formado sólidamente en una o varias escuelas o si puede articularse un sistema de formación que pueda calificarse de integrador desde un principio.

El programa de formación que proponemos 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 *metateórico* desde el que es posible esta integración. (Gold, 1996; Fernández Liria & Rodríguez Vega, 2001)

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; esto es: no sólo un sistema resultante de una integración. Es un modelo activamente integrador en la medida en la que está pensado para ser capaz de integrar nuevos elementos siempre que el trabajo terapéutico pueda beneficiarse de ello. A la vez que proporciona un procedimiento de adquisición de habilidades para la puesta en juego de factores comunes a las diferentes orientaciones 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.

Según esta óptica, la psicoterapia consiste en un trabajo que se lleva a cabo a través de una conversación que da acceso a una experiencia, que permite transformar la narrativa inicial del paciente, una narrativa saturada por el problema que motiva la consulta, por otra, que hace el problema innecesario: Lo que las diferentes escuelas psicoterapéuticas han desarrollado serían diferentes *moldes* sobre los que construir estas narrativas (en términos de defensas frente a impulsos inconscientes, de cogniciones irracionales o de comportamientos sostenidos por estímulos, por poner algunos ejemplos), técnicas para facilitar que el paciente acceda a la experiencia (asociación libre, silla vacía, autorregistros, interpretación de la transferencia...) y explicaciones sobre como se instala la narrativa alternativa en el lugar de la original (*working trough*, reestructuración cognitiva, aprendizaje vicariante...)

El desarrollo del programa, sin embargo no requiere que los docentes del mismo compartan este modo de ver las cosas, y es puede ser llevado a cabo por terapeutas con otros planteamientos epistemológicos y otra conceptualización de la práctica psicoterapia.

LA PSICOTERAPIA COMO PROCESO

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

1. 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 irracionales (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.
2. En segundo lugar los terapeutas en formación deben aprender *criterios 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 más bien por rastrear emociones semejantes en la biografía del sujeto, o más bien procurar facilitar el 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.
3. 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.

HABILIDADES EN PSICOTERAPIA

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 AEN en el año 2001 (Fernández Liria y Rodríguez Vega 2002):

1. Habilidades básicas

Se trata de las habilidades que posibilitan intervenciones elementales que constituyen como 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 es entrenado 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.

2. 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 de paso al terapeuta para construir conjuntamente con el 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*, y 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 (Fernández Liria y Rodríguez Vega 2002).

3. Habilidades generativas

Con este nombre nos referimos a aquellas habilidades que tienen como objeto específico facilitar la producción de narrativas alternativas a la 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 aquello que constituye el problema para el paciente)

En el programa a que nos referimos se contemplan seis: 1) Desafiar la narrativa anclada en la queja, 2) Conectar la narrativa inicial con otros relatos del paciente y facilitar el surgimiento de relatos consonantes, 3) Trabajar con las emociones, 4) Poner a prueba los nuevos relatos, 5) Afianzar los nuevos relatos y 6) 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.

4. 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

Aprender por experiencia no sólo es la mejor, sino, seguramente, la única forma de acceder a algo como la práctica de la psicoterapia. Si esto es así, enseñar psicoterapia consistirá en facilitar a los terapeutas en formación las experiencias permiten a un clínico convertirse en psicoterapeuta. El programa de formación que estamos exponiendo se estructura al servicio de este objetivo: no se trata sólo de contar una serie de conceptos y realizar una serie de ejercicios. Se trata de programar la exposición a una serie de experiencias que facilitan la adquisición del rol de terapeuta

Existe un paralelismo entre la enseñanza de la psicoterapia y la práctica de la misma. En ambas se trata de facilitar el acceso a experiencias, que en un caso tienen el objetivo de facilitar al paciente el paso de la narrativa que sustenta el problema a otra libre de él y, en otro, el paso del interés por la utilización psicoterapéutica de una relación de ayuda a la adquisición del rol de terapeuta.

El aspecto más experiencial debería incluir una serie de componentes:

1. Supervisión

La práctica clínica supervisada es central para el aprendizaje de la psicoterapia. En las unidades dicentes 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* de los tres niveles antes reseñados. 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.

2. 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.

3. 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 el 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 psicoterapeutas. Este tipo de ejercicios pueden ser también planteados *a medida* si, en algún momento (por ejemplo en una supervisión) le parecen enriquecedores al docente.

4. 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 estos 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 PSICOTERAPIA COMO PARTE DE LA ATENCIÓN INTEGRAL

El hecho de que la formación se produzca en el marco de una red de servicios que ha de atender a las necesidades de una población determinada, sin que pueda producirse una selección de pacientes o problemas en función de las preferencias de los profesionales, tiene muchas consecuencias, pero una de ellas es que las intervenciones psicoterapéuticas – y las psicosociales en general - se utilizan – casi como norma – en combinación con otros procedimientos terapéuticos que suelen catalogarse como “biológicos” (sobre todo farmacológicos) y en el marco de procesos de atención que

incluyen no sólo tratamientos, sino también en mayor o menor medida, rehabilitación, cuidados y apoyo

La integración de tratamientos es la norma en los servicios públicos, aunque no ha sido, hasta muy recientemente, objeto de investigación sistemática. En los últimos años, gracias a un refinamiento de los diseños de investigación y a la búsqueda de muestras cada vez mayores y mejor seleccionadas, la superioridad de la combinación de psicofármacos y psicoterapia sobre el uso aislado de cualquiera de ellos está quedando patente para una amplia abanico de pacientes (Asiel y Fernández Liria) Los problemas y ventajas específicos de tal combinación deben ser objeto de atención en los programas de formación, sobre todo a través de la supervisión

EVALUAR LA FORMACIÓN

Una de las características más sobresalientes de programas como el de Beitman y Yue (2000) al que hacíamos referencia más arriba es la de haber pretendido dotarse de un sistema para evaluar la formación obtenida por las personas que lo siguen. El programa desarrollado para la formación de residentes desde la Escuela de salud Mental de la AEN también se dotó de un procedimiento de evaluación, no sólo en términos de conocimientos o satisfacción, sino también en desempeño en entrevistas, cuyos primeros resultados están, hoy, aún en proceso de análisis.

En Estados Unidos (Bumby y Beitman, comunicación personal) se trabaja en este momento en procedimientos reglados de evaluación de la capacidad adquirida (en las cinco áreas definidas como obligatorias para los residentes de ese país: 1) psicoterapia psicodinámica, 2) psicoterapia cognitiva, 3) psicoterapia breve, 4) psicoterapia de apoyo y 5) integración de psicofármacos y psicoterapia) que siguen en buena medida las propuestas de Beitman. Y en la que participan algunos servicios españoles.

PERSPECTIVAS DE FUTURO

En los próximos años cabe esperar el desarrollo de programas que tendrán como principales características:

- 1) Ser estructurados y practicables en el marco de los programas de residencia
- 2) Contemplar la psicoterapia como una forma de intervención a combinar con otras y a ser considerada parte de planes integrales de atención
- 3) Integrar aportaciones provenientes de distintas escuelas y hacer hincapié en los factores comunes a todas ellas
- 4) Integrar enseñanzas provenientes de la investigación en este campo
- 5) Ser evaluables

Un desarrollo semejante desafía no sólo la actual inercia biologicista, potenciada por el economicismo, que se ha apoderado los sistemas públicos sino también algunos prejuicios y el dogmatismo de muchas escuelas de psicoterapia. Probablemente cabe sostener la esperanza más en las necesidades percibidas por pacientes y por psiquiatras y psicólogos clínicos en formación, que en la decisión de las grandes instituciones docentes para las que aceptar este reto supondría cambiar muchas cosas, y que, además, están, frecuentemente, dominadas por profesionales que conocieron sólo posibilidades de formación y modos de actuar en psicoterapia que, hoy, pertenecen a otra época.

BIBLIOGRAFÍA

- Asiel Rodríguez A, Fernández Liria A. Psicoterapia y psicofármacos: Por fin juntos?; nuevos datos sobre la combinación. *Psiquiatría Pública* 2000; 12 (3): 285-288
- Bandura A. *Social learning theory*. Englewood Cliffs (New Jersey): Prentice Hall, 1977 (Trad cast: *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa-Calpe 1982)
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive treatment of depression: a treatment manual*. New York: Guilford. 1979. (Trad cast: *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Bouwer, 1983)
- Beitman BD. *The structure of individual psychotherapy*. New York: Guilford Press, 1987.
- Beitman BD, Yue D. *Learning psychotherapy: A time-efficient, research- based and outcome-measured psychotherapy training program*. New York: Norton 1999
- Beutler LE. *Eclectic psychotherapy: A systematic approach*. New York: Pergamon 1983.
- Binswanger L. *Psychoanaly und Daseinanalytic*. Berna: Huber, 1957
- Brooks-Harris JE, Gavetti MF. *Skill-Based Psychotherapy Integration: A practicum handbook of intermediate microskills*. Retrieved from the World Wide Web: <http://www2.hawaii.edu/~jharris/sbpi/html>
- Cancrini L. *Guida alla psicoterapia*. Roma: Riutini, 1982
- Cantor JR. *Psicología interconductual*. Mexico: Trillas, 1980
- Castonguay LG. Training in psychotherapy integration: introduction to current efforts and future visions. *Journal of Psychotherapy Integration* 2000; 10 (3): 229-232
- Castonguay LG. A common factors approach to psychotherapy training. *Journal of Psychotherapy Integration* 2000; 10 (3): 262-282
- Davanloo H (ed). *Short-term dynamic psychotherapy*. New York: Jason Aaronson, 1980.
- Davanloo H: *Unlocking the unconscious*. John Willey & Sons. Chichester. 1990. (Trad cast: *Psicoterapia breve*. Madrid: DOR,S.L. 1992)
- Ellis A. *The essence of rational psychotherapy: A comprehensive approach to treatment*. New York: Institute for rational living. 1970.
- Ellis A, Abrahams E. *Brief psychotherapy in medical and health practice*. New York: Springer 1978 (trad cast. *Terapia racional emotiva*. Mexico: Pax 1980)
- 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. 143-162

Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. La perspectiva integradora en psicoterapia: una reflexión desde la práctica pública. en Fernández Liria A, Hernández Monsalve M, Rodríguez Vega B(coords). Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración. Madrid: AEN 1997. 13-141.

Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. La práctica de la psicoterapia; construcción de narrativas terapéuticas. Bilbao: Desclée de Brouwer 2001.

Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. Habilidades de entrevista para psicoterapeutas. Bilbao: Desclée de Brouwer 2002.

Frank JD. Persuasion and Healing. Baltimore: John Hopkins University Press, 1961.

Gold JR. Key Concepts in psychotherapy integration. New York: Plenum 1996

Haley J. Terapia para resolver problemas. Amorrortu, 1980

Hayes AM. Integrative therapy and training: a commentary. Journal of Psychotherapy Integration 2000; 10 (3): 262-282

Horowitz MJ. Formulation as a basis for psychotherapy treatment. Washington: American Psychiatric Press 1997

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

Lazarus AA. Brief but comprehensive psychotherapy: the multimodal way. New York: Springer 1997. (Trad cast: El enfoque multimodal: una psicoterapia breve pero completa. Bilbao: Desclée de Brouwer 2000)

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

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)

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

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

Meichenbaum D. Cognitive-behavior modification. New York: Plenum, 1977.

Minuchin S. Families & family therapy. Harvard: The President and Fellows, 1974 (Trad cast: Familias y terapia familiar. Gedisa)

Norcross JC, Beutler LE. Eclectic approach to psychotherapy training. *Journal of Psychotherapy Integration* 2000; 10 (3): 247-262

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

Real Decreto 63/1995, BOE 10/2/95

Roth A, Fonagy P. *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York. Guilford, 1996.

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

Selvini M, Boscolo L, Cecchin G, Pratta G. *Paradosso e contrapadosso*. Milano: Feltrinelli. 1974 (trad cast: *Paradoja y contrapadoja*. Barcelona: Paidós 1988)

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

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

Skinner BF. *Science and human behavior*. New York: Macmillan, 1953 (trad cast *Ciencia y conducta humana*. Barcelona: Fontanella, 1970.

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

Wachtel PL *Psychoanalysis, behaviour therapy and the relational world*. Washington: American Psychological Association. 1997

Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. *Pragmatics of human communication*. New York: Norton. 1967 (Trad cast: *Teoría de la comunicación humana*. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo 1971)

Watzlawick P, Weakland JH, Fisch R. *Change , principles of problem formulation and problem resolution*. New York. Norton. 1974 (Trad cast: *Cambio*. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo, 1976)

Wolfe BE. Introduction to the Special Issue: Cognitive Science and Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy integration* 1994; 4: 285-290

Wolfe BE. Toward integrative theoretical basis for training. *Journal of Psychotherapy Integration* 2000; 10 (3): 233-246

Wolpe J. *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Standford: Standford University Press, 1958 (trad cast: *Psicoterapia por inhibición recíproca*. Bilbao: Desclee de Brouwer 1975

Yalom ID. Existential psychotherapy. New York: Basic Books 1980 (Trad cast. Psicoterapia existencial. Barcelona: Herder 1984)

| Niveles | Objetivos | Temporalidad | |
|---|--|---------------------------------------|--|
| NIVELES PREVIOS A CURSAR LA ACE: | | | |
| Nivel I (Contenidos básicos) | Adquirir destrezas en los “factores comunes” en psicoterapia | Primer año del PIR o MIR | |
| Nivel II (Intervención psicosocial) | Adquirir destrezas psicoterapéuticas y habilidades de comunicación asociada a la intervención en distintos trastornos mentales | A lo largo de la residencia PIR o MIR | |
| Nivel III (Realización de tratamientos “específicos”) | Adquirir destrezas en la realización de tratamientos específicos (técnicas para problemáticas específicas) | A lo largo de la residencia PIR o MIR | |
| Nivel IV (Conducción de psicoterapias) | Adquirir destrezas en la práctica de psicoterapia formal de acuerdo a un modelo teórico-técnico | A lo largo de la residencia PIR | A partir del 2º año del MIR, especialización en 3 cuatrimestres. |
| CONTINUADO EN LOS NIVELES PROPIOS DE LA ACE | | | |

CUADRO 1: PROPUESTA DE NIVELES DE FORMACIÓN EN EL PROYECTO DE AREA DE CAPACITACIÓN ESPECÍFICA EN PSICOTERAPIA PRESENTADO A LAS COMISIONES NACIONALES DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA CLÍNICA