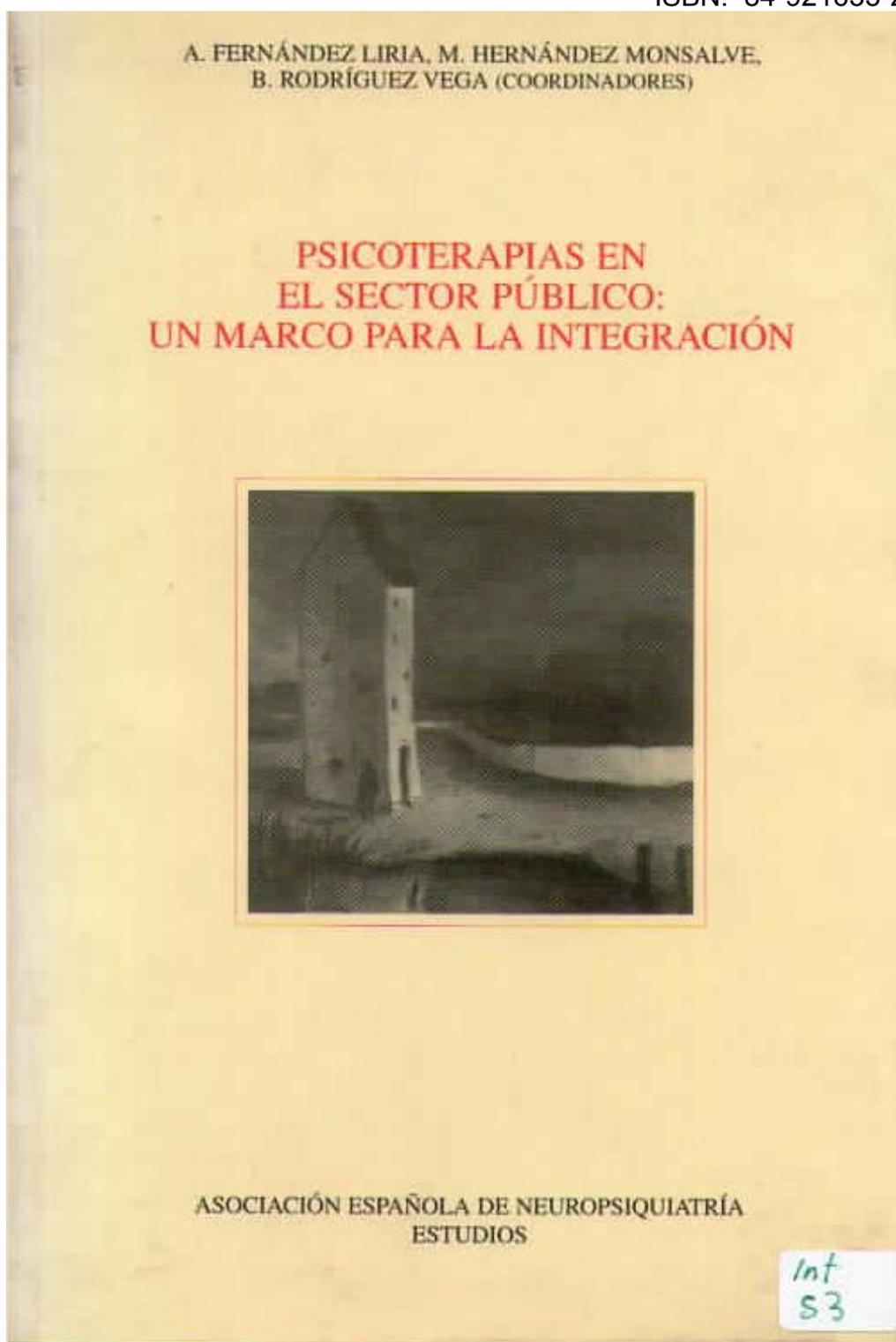


Publicado como:
Fernández Liria A, Hernández Monsalve M, Rodríguez Vega B, Benito Cano T, Mas Hesse J. Teoría y práctica de la psicoterapia en la atención pública a la salud mental: resultados de un grupo de consenso. En: Fernández Liria A, Hernández Monsalve M, Rodríguez Vega B(coords). Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración. Madrid: AEN 1997. 143-162
ISBN: 84-921633-2



**TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA PSICOTERAPIA EN LA ATENCIÓN PÚBLICA
A LA SALUD MENTAL; RESULTADOS DE UN GRUPO DE CONSENSO**

Alberto Fernández Liria*
Mariano Hernández Monsalve**
Beatriz Rodríguez Vega***
Teresa Benito Cano ****
Josefina Mas Hesse*****

- * Psiquiatra. Servicios de Salud Mental del Area 3. Universidad de Alcalá de Henares (Madrid)
- ** Psiquiatra. Servicios de Salud Mental de Alcobendas (Madrid)
- *** Psiquiatra. Hospital La Paz. SSM de Alcobendas. Universidad Autónoma de Madrid
- **** Psicólogo. Servicios de Salud Mental de Fuenlabrada (Madrid)
- ***** Psiquiatra. Hospital de Día. Instituto psiquiatrico José Germain (Madrid)

DIRECCIÓN DE CONTACTO

Alberto Fernández Liria
Fernán González 79, 6º C
28009 MADRID
Tel/fax 409 4069

INTRODUCCIÓN

El catálogo de prestaciones que, en materia de psiquiatría y salud mental, oferta el Sistema Nacional de Salud español incluye la *psicoterapia* (1). La *psicoterapia* individual, familiar o de grupo, sola o en combinación con fármacos, aparece como definición de un 73% de los actos asistenciales llevados a cabo sobre la población adulta en los Centros de salud Mental de la Comunidad de Madrid en los que existe un registro acumulativo de casos psiquiátricos. Para la población infanto-juvenil este porcentaje se eleva hasta el 92%.¹

Ni el catálogo de prestaciones ni el glosario del registro acumulativo definen el término *psicoterapia*. En la literatura científica pueden encontrarse múltiples definiciones, frecuentemente contradictorias, generalmente pensadas para encuadres y objetivos muy diferentes de los de la atención psiquiátrica pública y, consecuentemente, poco ajustados a la realidad de lo que se practica en el sector público. Tampoco existe un consenso entre los profesionales que trabajan en este sector respecto a que es lo que denominan psicoterapia.

La sensación de que el trabajo en el sector público impone una serie de restricciones en formas de actuar que se considerarían idóneas, es expresada con frecuencia por profesionales del sector público que sienten que, en él, sólo pueden practicar de forma imperfecta lo que han aprendido en una formación orientada a la práctica en otros encuadres. En una encuesta realizada en 1989 (3) entre psiquiatras y psicólogos del sector público de la zona sur de Madrid, un 66% de los que respondieron consideraban que la práctica pública, tal y como la ejercían en ese momento, limitaba las posibilidades de trabajo que se desprendían de su formación. En esa misma encuesta, un 76% declaraba que fundamentaban su práctica en mas de una orientación

¹Para este estudio hemos consultado los datos de los registros acumulativos de los centros de salud mental de Alcalá, Fuenlabrada, Leganés y Torrejón correspondientes a los años 1993-1995. Estos centros se han seleccionado por disponer de sistemas de registro fiables y operar en distritos en los que el uso de los recursos privados de atención a la salud mental es excepcional.

teórica y el 93% aseguraba utilizar o prescribir técnicas basadas en diferentes concepciones teóricas en función de indicaciones terapéuticas. A la vez, y como contrapartida, un 96% opinaba que la práctica pública puede favorecer el desarrollo de aspectos originales en la(s) teoría(s) en la que se inspiraba y un 90% consideraba que una psiquiatría pública avanzada exigiría modificaciones en las técnicas existentes y/o nuevas técnicas. Sin embargo esta situación no ha sido objeto de reflexión seria en los medios de los que la comunidad profesional dispone.

El presente trabajo parte de algunas hipótesis que creemos conveniente explicitar

1.- Aunque de escasa fiabilidad (por incluir, probablemente, concepciones de *psicoterapia* muy diferentes y muy laxas), los datos de los registros indican que los profesionales atribuyen todo o parte del resultado de su trabajo a factores que son diferentes o exceden el manejo clínico de los psicofármacos (que se registra con un código diferente) y **utilizan el término psicoterapia** para denominar esa actuación.

2.- El trabajo en el sistema público determina unas condiciones **distintas** pero no necesariamente **peores**, que las del sector privado para la práctica de la psicoterapia. Estas condiciones incluyen - entre otras muchas - la de obligar a utilizar la alternativa menos mala (en lugar de rechazar el caso) en situaciones de difícil abordaje (que en otros casos se resuelven sencillamente seleccionando pacientes diferentes, que se adaptan mejor a los requerimientos de la técnica que se va a practicar).

3.- Estas condiciones distintas exigen unos **recursos teóricos y unos instrumentos de análisis también distintos**. El problema no es que la práctica en el sector público obligue a forzar los sistemas teóricos que estamos mas acostumbrados a utilizar, sino que estamos acostumbrados a utilizar sistemas

teóricos que no son adecuados (mas que forzándolos mucho) para dar cuenta de nuestra práctica.

4.- Es preciso **inventariar las intervenciones que constituyen la práctica de la psicoterapia en el sector público** y sus supuestos explícitos como requisito previo a la propuesta de una teoría capaz de dar cuenta de ellas.

MATERIAL Y MÉTODO

Para realizar este trabajo de inventario de las intervenciones que constituyen la práctica real de la psicoterapia en el sector público y de los supuestos implícitos de la misma se reunió **un grupo de terapeutas con práctica en el sector público en Madrid** con el objeto de alcanzar un consenso sobre cuales eran, en que consistían, en que circunstancias se utilizaban y a que asunciones teóricas respondían tales intervenciones. El trabajo requería reuniones regulares durante un período prolongado (de hecho se reunió desde finales de 1994 a finales de 1996) por lo que era una ventaja el que los integrantes del grupo fuéramos de la misma ciudad. Por otro lado, el grupo no pretendía ser representativo de los clínicos que trabajan en el sector público (no se trataba de llevar a cabo una encuesta sobre opiniones sino un trabajo de investigación) sino estar compuesto por profesionales dispuestos a convertir su práctica en un entorno tipo (centro de salud mental u hospital de día) en el centro de sus reflexiones sin dejarse llevar por consideraciones de escuela. Estuvo integrado de principio a fin por los cinco firmantes que trabajamos en centros diferentes (tres centros de salud mental, un hospital general y un hospital de día), tenemos titulaciones diferentes (psiquiatras y psicólogo) y nos hemos formado inicialmente en escuelas diferentes aunque todos estamos actualmente interesados, en términos generales, por las tendencias a la integración de diferentes escuelas en la práctica de la psicoterapia.

Se hizo un plan de trabajo en el que se planteaba acordar un esquema simple para

organizar la discusión, hacer un trabajo de introspección sobre la práctica de cada uno y consensuar lo que era común a todos y, finalmente, dibujar los requisitos o líneas generales de un modelo que pudiera dar cuenta de todo ello.

Se acordó un esquema en el que se discutieran primero los conceptos generales y luego aspectos relevantes para una hipotética estructura común de las intervenciones practicadas que se podría resumir en cuatro fases: 1) fase de indicación (proceso por el que se toma la decisión de llevar a cabo una intervención psicoterapéutica sobre un paciente concreto), 2) fase temprana, 3) fases intermedias y 4) fase de terminación. Se levantó un acta de cada sesión que fue enviada antes de la siguiente a cada participante.

A continuación se exponen los acuerdos alcanzados en este grupo estructurados según el esquema seguido en su discusión. No se han reflejado posiciones sobre las que no se alcanzó consenso ni las discusiones habidas hasta conseguirlo.

RESULTADOS

Definición y conceptos generales

Acordar una definición que nos dejara suficientemente satisfechos y reflejara con cierta precisión nuestra práctica diferenciándola a la vez de otras, nos llevó varias sesiones. Finalmente acordamos que, para nuestros fines íbamos a definirla en los siguientes términos:

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

Acordamos utilizar el término **terapeuta** para designar al experto y **paciente** para designar sujeto necesitado de ayuda.

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

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

* **Consejo médico o psicológico** en el que el experto se limita a poner a disposición del cliente información que le permite realizar una elección cuya realización no está impedida por patología mental².

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

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

La psicoterapia es un **proceso** en el que cabe distinguir las diversas fases señaladas en la introducción. La discusión y la exposición subsiguiente se atendrá a estas fases.

Fase de indicación

Es el proceso por el que se decide si un sujeto que demanda atención en los Servicios de Salud Mental va a ser tratado con psicoterapia. En nuestro caso, por imperativos del modelo con el que trabajamos (integrados en el sistema sanitario como atención especializada, en segunda línea respecto a la atención primaria de salud), este sujeto ha sido necesariamente **remitado por la atención primaria.**

La *fase* puede representarse como una **serie de preguntas** que articulan un **árbol de decisiones** (ver figura 1)

² Es consejo si se dice algo como "debe dejar de fumar porque en su caso - bronquitis crónica - fumar entraña tales y cuales riesgos". Hay psicoterapia si se inicia una intervención para resolver el problema de que el cliente **no puede dejar de fumar aunque conozca los peligros y quiera hacerlo.** Lo mismo será aplicable en el caso de un consejero matrimonial.

En primer lugar se trata de establecer **si es precisa una intervención** -psicoterapéutica o no - **en el nivel de atención especializado en psiquiatría**. La respuesta depende, obviamente, de los criterios de derivación acordados con atención primaria. La decisión se basa en que **se requiere (o no) una intervención cuya complejidad rebasa las posibilidades de manejo en atención primaria**, en función de la consideración de

- 1) factores del paciente,
- 2) factores de su contexto y
- 3) de la disponibilidad de atención primaria, los servicios de salud mental (incluye aspectos relativos a tiempo, actitudes y formación) y los acuerdos entre ambos.

Una segunda pregunta se refiere a si la situación planteada **requiere hospitalización u otro recurso terciario**, y, por tanto no va a ser asumida en el contexto del centro de salud mental donde se recibe la demanda. Como puede verse en la figura 1, esta decisión conlleva consideraciones sobre

- 1) riesgo de suicidio,
- 2) disponibilidad de soporte social y
- 3) concurrencia de circunstancias somáticas que hagan preciso la atención en un marco diferente.

Las preguntas sobre la **posibilidad - o no - de un tratamiento farmacológico** y la **posibilidad -o no- de un tratamiento psicoterapéutico** deben plantearse en un mismo nivel de decisión (ya que en absoluto son excluyentes).

Para que esté indicado un tratamiento farmacológico sea posible preciso que

- 1) se admita que el cuadro clínico que presenta el paciente suele responder a tratamiento con determinados fármacos. O bien, que, aún no siendo así
- 2) el cuadro incluya síntomas que sí responden a tratamiento farmacológico y cuya

modificación alteraría el curso o el impacto del trastorno sobre la vida del paciente. Hay que valorar así mismo

- 3) la posible existencia de contraindicaciones y
- 4) la aceptación de este tipo de tratamiento por parte del paciente.

Un tratamiento psicoterapéutico será posible si:

- 1) existe evidencia de que el cuadro clínico que presenta el paciente responde a psicoterapia. O bien , aunque no sea así,
- 2) existen ciertos aspectos del problema por el que se consulta que serían modificables por la psicoterapia y su alteración mejoraría el curso o atenuaría el impacto del trastorno.

Además es preciso que

- 3) exista o se pueda construir una versión del problema (aportada o aceptada por el demandante) que plantea
 - un conflicto en la relación consigo mismo
 - un conflicto en relación con otros significativos
 - un conflicto con acontecimientos.

Este requisito supone la capacidad del paciente de colocarse como implicado personalmente en el problema o la resolución del mismo. Hay que considerar así mismo las

- 4) expectativas del paciente respecto al tratamiento, así como la presencia de posibles
- 5) factores limitantes (edad y etapa del ciclo vital del paciente, accesibilidad, aspectos culturales - incluida la concordancia con el terapeuta - y actitud y susceptibilidad ante el cambio)

El que un problema o trastorno sea susceptible de tratamiento de una u otra

modalidad no implica necesariamente que este tratamiento esté indicado. La **indicación** de uno, otro o la combinación de ambos supone - además - consideraciones sobre su eficacia y eficiencia (relación coste -en términos también de sufrimiento, esfuerzo etc.-y eficacia) relativas.

Una intervención farmacológica se caracteriza en términos de preparado, posología, dosis, tiempo de prescripción y recomendaciones sobre el uso y manejo de efectos secundarios. La caracterización de una intervención psicoterapeuta es mas complicada y requiere la consideración de muchos factores. El **cuadro 1** propone un marco para caracterizar una intervención a través de la consideración de once **notas o características del proceso psicoterapéutico**.

Otro modo de caracterizar una intervención psicoterapéutica es por el tipo de actividades que realiza el terapeuta. El **cuadro 2** recoge las **actividades del terapeuta** consensuadas por nuestro grupo.

Fases iniciales

Ocupan entre una y seis sesiones. Culminan con el establecimiento de un contrato terapéutico que determinará el modo en el que van a transcurrir las siguientes sesiones.

Se definen por perseguir los siguientes **objetivos**:

1. **formulación** del caso
2. construcción de la **alianza de trabajo**
3. **contrato**

En el se establecen los siguientes extremos

* foco

(acuerdo de una versión del problema compartida por terapeuta y paciente
y que permite organizar el trabajo)

* encuadre

- espacio
- tiempo
- otras normas

* expectativas

Durante la fase se acometen los siguientes tipos de **tareas**:

1. Exploratorias (permiten la formulación)

En función del objeto de la exploración puede distinguirse entre las dirigidas a

1. **Problema** (síntomas, afectos, cogniciones, conductas, biografía, circunstancias concomitantes...)
2. **Ámbito de manifestación** (pasado, presente, relación terapéutica...)
3. **Posibilidades de tratamiento** (predisposición para el cambio, motivación, experiencias de tratamientos anteriores...)
4. **Factores limitantes y facilitadores** (nivel cultural, capacidad de verbalización, sistemas de apoyo...)

2. Explicación o interpretación de prueba

Son intervenciones orientadas a proporcionar una demostración de la capacidad del paciente de trabajar en diferentes registros y a servir de base para el acuerdo de un foco en el contrato

3. Definición de roles de terapeuta y paciente

No es necesariamente explícita. Han de resultar en una relación complementaria y transitoria con un fin definido en el contrato

La frecuencia de las diferentes **técnicas** o **actividades del terapeuta** en esta y en

las otras fases se especifican en el **cuadro 2**.

En cuanto a las características de la **relación terapéutica** en esta fase, cabe señalar que el sector público facilita unos *marcadores de contexto* que facilitan la definición de la relación (como una relación de atención a la salud). Aunque estos marcadores hacen superfluas algunas de las actuaciones o medidas precisas para definir la relación psicoterapéutica en la práctica privada, en nuestra especialidad, la naturaleza de lo que se oferta y de lo que se espera por parte del usuario está menos claro que en otras especialidades médicas o quirúrgicas (Se trata de un tipo de prestación que, en su formulación actual, es de inclusión reciente entre las ofertadas por el sistema de salud).

Durante este período se negocia **una relación compatible con el trabajo y aceptable por ambas partes**. En tal intento de definición conjunta no se parte de cero, sino de una serie de **prejuicios** que deben ser explorados y sometidos a crítica. Por ello en las primeras entrevistas suele preguntarse por la idea que el paciente se hace sobre cómo puede recibir ayuda del terapeuta. A este respecto en nuestro grupo comentamos que terapeutas formados por nosotros en esta costumbre y que posteriormente se han desplazado a trabajar a otros entornos culturales en los que el contexto define a priori de un modo más marcadamente biomédico la relación, nos cuentan que, allí, los pacientes se extrañan ante esta pregunta.

Esta negociación es compleja ya que se juega en un nivel interpersonal pero también en el de la relación experto/lego y en el de la de administración/usuario. Se trata de hacer prevalecer el funcionamiento en el registro experto/lego que permite establecer la alianza de trabajo.

El grupo discutió sobre los **problemas** más frecuentemente afrontados durante esta fase. Se señalaron cinco. En primer lugar es relativamente frecuente **que el paciente acuda a la consulta con una idea preconcebida de cual pueda ser la ayuda que va a recibir** que resulte incompatible con las condiciones de trabajo en la práctica pública o inadecuado para la resolución de su problema. Este tipo de situación requiere un trabajo de **reformulación de la**

demanda. Si esto no se consigue puede acabar con la quiebra de la relación y hacer imposible la psicoterapia.

Puede ocurrir también que las **características personales** (aspecto, cultura, sexo, edad, estilo de comunicación, exposición de valores) del terapeuta resulten inaceptables para el paciente o las mismas características o la naturaleza del problema (abusos, violencia...) aparezcan como inmanejables por motivos personales del terapeuta. Estas circunstancias pueden hacer aconsejable un cambio de terapeuta.

En tercer lugar puede ocurrir que después de un tiempo prudencial de trabajo **no se consigan acordar unos objetivos** para una intervención psicoterapéutica. Ello puede deberse a que el terapeuta no considere indicación de intervención psicoterapéutica en el sector público los objetivos perseguidos por el paciente - del tipo de "desarrollo personal", "conocerse mejor..."- o bien a que el paciente no acepte involucrarse en una intervención psicoterapéutica. Esta situación puede ser motivo de fin de la intervención, de indicación de otra modalidad de atención o de posposición de la fijación de objetivos.

En ocasiones aunque haya posible marcar objetivos, **no se consigue acordar un foco o, aun con este fijado, no se consigue acordar el encuadre** (individual, familiar o de grupo) que al terapeuta le parecería mas adecuado para hacer frente al problema. En tal situación se procede a **intentar formular el foco en otro registro** (afecto, cogniciones, conducta, relaciones, síntomas...), o a **acordar un encuadre compatible con el tratamiento** aunque no sea el ideal (nótese que en la práctica privada la no aceptación del encuadre propuesto de entrada por el terapeuta supone con frecuencia - piénsese por ejemplo en la práctica habitual de psicoanalistas o sistémicos - la no conclusión del contrato.

Por último, en ocasiones, **no se consigue una definición de los roles terapeuta/paciente** compatible con el trabajo psicoterapéutico (bien porque no se consigue hacer prevalecer el

aspecto de relación profesional sobre el personal, bien porque se interponen aspectos burocrático-administrativos). En tales condiciones no es posible la psicoterapia por lo que caso de clara indicación, es preferible proponer un cambio de terapeuta.

Fases intermedias

En ellas se dirime la parte sustancial de la terapia ya que las fases iniciales no persiguen sino sentar las condiciones de posibilidad para las intermedias y la fase de terminación permitir que los logros conseguidos en ellas puedan mantenerse o ampliarse sin el apoyo continuado del terapeuta.

Como puede observarse en el cuadro 4, el primer **objetivo** de estas fases es **acordar la definición de unas pautas disfuncionales** que van a ser objeto del cambio. Estas pautas pueden definirse en muy diferentes términos que darán lugar a intervenciones muy diferentes.

En primer lugar pueden definirse **en la conducta observable** como cuando se trata de determinar exactamente, por ejemplo los comportamientos que se implican en la actuación de una persona con agorafobia y las circunstancias con las que se relacionan.

Pueden definirse también **en el pensamiento** como cuando se formula un cuadro depresivo en términos de estado afectivo provocado por una serie de pensamientos automáticos vinculados a unas determinadas ideas (supuestos depresógenos) disfuncionales sobre la realidad, la propia identidad o el futuro o a unos errores en los procesamientos de la información que el sujeto recibe de su entorno.

Frecuentemente interesa definir estas pautas en términos de **relaciones interpersonales** como cuando se pone en relación un ánimo depresivo con disputas provocadas por expectativas no compartidas en relaciones importantes para el sujeto deprimido, se señala la repetición de determinados patrones de relación por ejemplo ante figuras de autoridad o en situaciones interpersonales que entrañan rivalidad o se interpreta la conducta de una hija anoréxica como un

sacrificio que ella realiza para permitir que su familia pueda seguir disfrutando de un funcionamiento satisfactorio.

La definición de patrones no tiene porque referirse a fenómenos percibibles por un observador externo. Cuando señalamos por ejemplo como un determinado **afecto** que resulta inaceptable provoca ansiedad y es sustituido defensivamente por otro (y como esto sucede ante determinada situación de la vida actual del paciente, sucedió en la relación con sus figuras paternas y se repite en la relación con el terapeuta) señalamos también una pauta disfuncional.

La elección de uno u otro terreno para la definición de estas pautas depende de

- Tipo e intensidad de los síntomas
- Estilo de comunicación del paciente y del terapeuta
- Momento de disposición al cambio
- Características del contexto

El segundo de los objetivos de las fases intermedias recogido en el **cuadro 4** es **propiciar la acción de algún(os) factor(es) terapéuticos sobre estas pautas disfuncionales** a través de la utilización de unas **técnicas** y **estrategias** adecuadas.

Las diversas intervenciones psicoterapéuticas que integran el proceso pretenden activar unos hipotéticos **factores terapéuticos**. La pretensión de activar unos u otros también permitiría una caracterización mas que de las intervenciones de las teorías psicoterapéuticas. Nuestro grupo reconoció los factores terapéuticos que se resumen en el **cuadro 5**.

La selección de uno u otro de los factores para un caso depende de características del paciente y el terapeuta, características de la relación y del momento y actitud frente al cambio del paciente.

Durante esta fase se han de afrontar las siguientes **tareas**

1. **Apertura de nuevos significados** de los patrones definidos como problemáticos.

Estos nuevos significados han de tener como característica la de otorgar al paciente un papel en la evolución de los mismos. Este efecto se consigue a través de operaciones como introducir un nexo de continuidad donde hay solución de continuidad, contextualizar en espacio y tiempo... Es un trabajo continuo que se concreta sobre el material nuevo que va apareciendo no algo que se hace de una vez por todas.

2. **Desarrollo, actualización y concreción del contrato** en un proceso terapéutico a través de la secuenciación de las técnicas.

3. **Observación y evaluación del grado de ajuste del proceso** a lo previsto o a lo deseable.

Respecto a los avatares de la **relación terapéutica** en este momento de la terapia hay que reseñar que drante estas fases se debe ir produciendo una progresiva responsabilización por parte del paciente sobre el proceso terapéutico, lo que suele traducirse en una progresiva reducción de las actividades del terapeuta. El trabajo en el registro experto/lego se impregna de lo que en la literatura se conoce como fenómenos transferenciales y contratransferenciales que pueden constituir o no (según el plan terapéutico en marcha) elementos del tratamiento pero que deben ser siempre contemplados para no convertirse en obstáculos del mismo. En el caso particular de la psicoterapia en el sector público, la relación se puede ver también también conformada por problemas en el bipolo administración /usuario.

Fases finales

Comienzan en un momento en el que los objetivos explícitos de la terapia han sido básicamente logrados (lo que marca el final de las fases intermedias)

El fin de una terapia termina con una relación tal y como está pactada en el contrato para dar lugar a una de las siguientes alternativas

1. el final de la relación terapeuta/paciente

2 un contrato sobre sesiones de seguimiento (tipo "nos veremos en 6 meses para ver como va")

3. una terapia de mantenimiento ("a partir de ahora nos veremos sólo una vez al mes para evitar nuevas recaídas")

Esta última opción está indicadas si

a.- se trata de un **trastorno crónico o recidivante**,

b.- existen **estresores crónicos**.

c.- hay **factores de personalidad** que predisponen a recaídas

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

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

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

1. Revisar el curso de la terapia, los logros conseguidos y la capacidad del paciente para afrontar los pendientes.
2. Revisar la evidencia de capacidad de funcionamiento del paciente independiente del terapeuta
- 3 Modular el proceso de retirada de apoyo según los requerimientos de cada paciente (disminución de la cantidad o intensidad de las intervenciones o de la directividad, distanciamiento de las sesiones...)
4. Abordar los aspectos de dependencia o *beneficio secundario* (bajas, rol de enfermo...)

vinculados a la terapia

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

6. Prever problemas futuros y estrategias de afrontamiento

7. Definir condiciones de una nueva atención

COMENTARIO FINAL

El trabajo llevado a cabo por nuestro grupo plantea un **esquema** sobre el que pueden conceptualizarse, describirse y discutirse las intervenciones psicoterapéuticas llevadas a cabo tanto en el sector público como en los otros encuadres en los que se llevan a cabo actividades encuadrables en nuestra definición de psicoterapia.

Se trata de un esquema **común**, capaz de referirse a intervenciones que son formalmente diferentes debido a características del problema a abordar, del paciente o del terapeuta. La propuesta de un esquema común no indica ninguna pretensión de uniformización de las intervenciones ni, necesariamente la aceptación de la hipótesis de la existencia de unos **factores comunes** a todas las intervenciones psicoterapéuticas a los que cupiera atribuir una parte importante (sino la fundamental) de sus resultados. Un esquema común permite, precisamente, poner de manifiesto tanto las similitudes existentes entre intervenciones basadas en diferentes escuelas, como las especificidades de cada una de ellas. Dicho de otro modo: nos parece una condición de posibilidad de una discusión rigurosa sobre nuestro trabajo clínico y sus resultados, que, de otro modo se ve coartada por estar pensados y expresados tanto unos como otros en términos que imposibilitan la comunicación entre el Babel de las escuelas.

En los últimos años ha habido propuestas semejantes a la nuestra que se revisan en otra parte de este mismo volumen (4). La nuestra tiene la característica de estar gestada a partir de un inventario realizado en la práctica pública donde un esquema común es necesario no sólo para permitir la comunicación entre practicantes de diferentes escuelas sino, sobre todo, para optar

entre distintas intervenciones adecuadas para pacientes diferentes a los que, ineludiblemente, ha de atenderse.

El esquema propuesto no proporciona - ni es subsidiario de - una **teoría** acerca de por qué funciona la psicoterapia. Pero tampoco asume la creencia - que algunos tienen - de que es posible hacer psicoterapia sin una teoría desde la que explicar su modo de acción. De lo que estamos convencidos es de que es más útil ser capaces de explicar por qué funciona - en la medida en que lo haga - lo que hacemos, que idear sistemas que funcionarán si pudieran aplicarse en condiciones que, probablemente, no van a darse. De momento hemos intentado dar cuenta de los que hay tratando de huir del prejuicio que nos lo hace ver como aborto de otra cosa.

Un esquema así permitiría construir un sistema para seleccionar las intervenciones a realizar sobre cada paciente en función de la eficacia demostrada por intervenciones semejantes sobre problemas parecidos. Creemos haber perfilado algunas líneas que esbozan un sistema semejante. Elaborar una teoría capaz de explicar cómo actúa cada una de estas intervenciones nos parece una tarea posterior que no hemos acometido en este trabajo y que sólo puede realizarse seriamente si se vincula a un trabajo de investigación en la clínica.

En todo caso este es un trabajo preliminar que consideramos que debería sentar una base para tres líneas de trabajo posterior 1) la evaluación de eficacia (relativa) de intervenciones, 2) la sistemática de selección de intervenciones y 3) una teoría del cambio capaz de dar cuenta del efecto de intervenciones basadas en supuestos diferentes.

- 1.- Catálogo de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 1995
- 2.- Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. La perspectiva integradora en psicoterapia: una reflexión desde la práctica pública. En este mismo volumen
- 3.- Desviat M, Fernández Liria A, Mas Hesse J. Técnica y práctica psiquiátrica. En Desviat M (coord). Epistemología y Práctica psiquiátrica. Madrid: AEN 1990. 237-260.
- 4.- Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. La perspectiva integradora en psicoterapia: una reflexión desde la práctica pública. (en esta misma publicación)

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

**CUADRO 1: CARACTERIZACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA:
CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO**

1.- VERBALES

- 1.- Silencio
- 2.- Escucha
- 3.- Actividades facilitadoras
 - 3.1. Ruidos facilitatorios (Ahá, ejem, uhú...)
 - 3.2. Reflejo
 - 3.3. Técnicas de apoyo a la narrativa
- 4.- Señalamiento (se nombra un hecho)
- 5.- Aclaración (se describe y acuerda la naturaleza de un hecho)
- 6.- Explicación e interpretación (se confiere un significado diferente al hecho al que se refiere)

refiere a un significado *personal* en la interpretación y a un significado accesible por la condición de experto del terapeuta en la explicación
- 7.- Resumen y recapitulación
- 8.- Pregunta (no es toda formulación interrogativa)
 - cerrada
 - abierta
 - vehículo de señalamiento, interpretación o sugerencia
- 9.- Informar sobre servicios y oportunidades
- 10.- Actividades de cortesía
- 11.- Aconsejar
- 12.- Prescripción
 - fármacos
 - conductas
 - fantasías (fantasía guiada)
 - tareas para casa
- 13.- Referencia al encuadre
- 14.- Autoalusión
- 15.- Expresión de afectos o pensamientos propios del terapeuta
- 16.- Contestación/no contestación (a preguntas)
- 17.- Búsqueda de acuerdos

2.- No verbales

- 1.- postura
- 2.- mirada
- 3.- gesto
- 4.- tono de voz

CUADRO 2: CARACTERIZACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA: ACTIVIDADES DEL TERAPEUTA

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

**CUADRO 5. CARACTERIZACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA:
FACTORES TERAPÉUTICOS**

	iniciales	intermedias	finales
Silencio	+	++	+
Escucha	+++	+++	+++
Actividades facilitadoras	++	+	+
Señalamiento	++	+++	++
Aclaración	+++	++	++
Explicación e interpretación	++	+++	++
Resumen y recapitulación	++	+++	+++
Pregunta	+++	+	++
Información sobre servicios	+++	+	++
Actividades de cortesía	+	+	+
Aconsejar	+	+	+
Prescripción	+	+++	++
Referencia al encuadre	+++	++	+
Autoalusión	+	+	++
Expresión de afectos propios	+	+	+
Contestación a preguntas	++	+	++
Búsqueda de acuerdos	+++	+	+++

CUADRO 3: FRECUENCIA DE LAS ACTIVIDADES VERBALES DEL TERAPEUTA SEGÚN LAS FASES DE LA TERAPIA

CUADRO 4: OBJETIVOS DE LAS FASES INTERMEDIAS**1. Acordar la definición de unas pautas disfuncionales**

en la conducta observable
en el pensamiento
en las relaciones interpersonales
en los afectos
en la relación terapéutica

2. Propiciar la actuación de algun(os) factor(es) terapeuticos a través de la utilización de técnicas y estrategias adecuadas

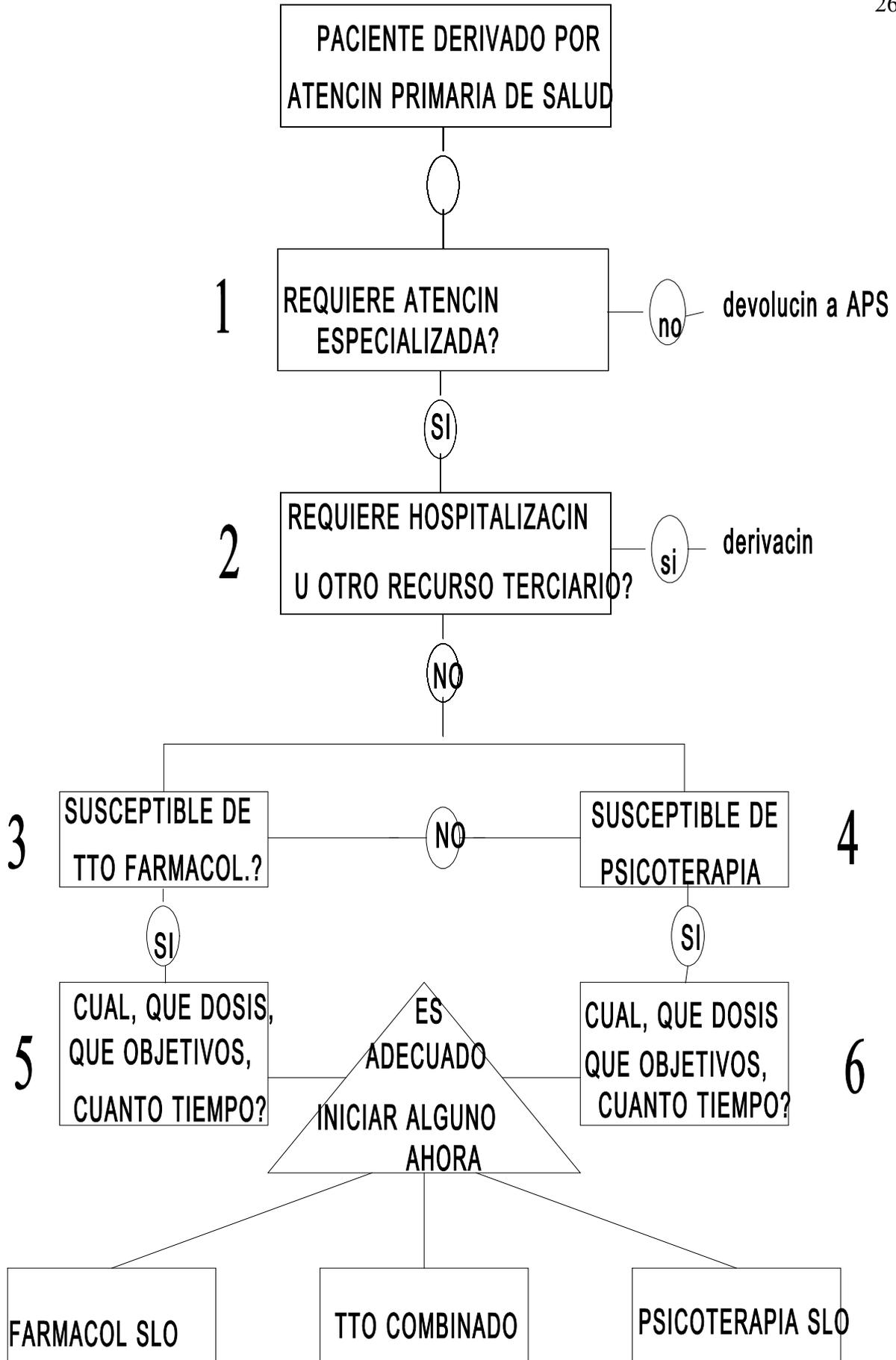


FIGURA 1: PROCESO DE INDICACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA