

BORRADOR DEL TRABAJO PUBLICADO COMO:

Rodríguez Vega B, Fernandez Liria A, Torres L, Hernando D. Psicoterapia: Conceptos generales y corrientes fundamentales. En Navío M ed. Docencia en Psiquiatría y Salud mental. Anatomía de una especialidad. Ed Grupo Editorial Universitario. Madrid, 2010: 219-41. ISBN 978-84-9915-161-8

PSICOTERAPIA: CONCEPTOS GENERALES Y CORRIENTES FUNDAMENTALES

BEATRIZ RODRÍGUEZ VEGA (1), ALBERTO FERNÁNDEZ LIRIA (2), LUCÍA TORRES (1) Y DIANA HERNANDO (1)

1. SERVICIO DE PSIQUIATRIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ. UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

2. SERVICIO DE PSIQUIATRIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS. UNIVERSIDAD DE ALCALÁ DE HENARES. MADRID

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.

Dentro de lo que se conoce con el nombre genérico de psicoterapia existen muchas corrientes que entienden la psicoterapia desde diferentes perspectivas. Por ello es imprescindible iniciar cualquier capítulo dedicado a la psicoterapia con algunas definiciones. Ejemplos de algunas definiciones, como las siguientes dan cuenta de los diferentes planteamientos:

“Psicoterapia es una relación cultural especial entre un profesional de ayuda y un grupo o individuos como clientes. Trabajando desde un racional teórico que incluye asunciones básicas acerca de la naturaleza humana y el proceso de desarrollo psicológico, el psicoterapeuta trabaja con el cliente para crear una alianza segura, estable y de cuidado en la que y desde la que el cliente pueda explorar, con frecuencia vía técnicas ritualizadas, pasado, presente y posibles vía de experimentar el self, el mundo y su relación dinámica” (Mahoney, 1995)

“Psicoterapia es un proceso en el cual una persona que desea cambiar síntomas o problemas en su vida, o que busca el crecimiento personal, entra en un contrato implícito o explícito, para interactuar verbal o no verbalmente, en una forma prescrita con una persona o personas que se presentan a sí mismos como agentes de la salud” (Judd Marmor, Mahoney 1995)

“Psicoterapia es 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” (Grupo de Consenso de Madrid 1997) .

Existen otras muchas definiciones de psicoterapia, así como múltiples corrientes psicoterapéuticas, como veremos más adelante. Sin embargo, hay un punto en común entre todas ellas, al mismo tiempo que requisito para que se lleve a cabo esta práctica: el paciente ha de considerarse implicado en el problema presentado, ya sea en el origen, el mantenimiento o en las posibilidades para solucionar el mismo. (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 1997)

A continuación se revisan las bases o conceptos clave de las corrientes que se han considerado de mayor presencia en el campo psicoterapéutico

MODELOS DINÁMICOS

La psiquiatría dinámica tiene su mayor deuda con Sigmund Freud (1856-1939), quien introdujo el concepto del inconsciente en una sociedad no sólo desconocedora de su potencial, sino también de su existencia; por lo tanto contribuyó a cambiar el concepto que el hombre occidental tenía de sí mismo como “ser racional”. El impacto que ha tenido en la sociedad ha sido inconmesurable e innegable.

El trabajo de Freud se puede clasificar en cuatro etapas, teniendo en cuenta la evolución de sus ideas: durante la **etapa prefundacional** (1886-1895) busca un método de tratamiento para las diferentes neurosis, siendo en la **etapa fundacional** (1895-1900) el momento en el que comienza a utilizar la asociación libre como elemento esencial de su trabajo. La **asociación libre** consiste en suprimir el control habitual sobre los procesos de pensamiento tratando de que el psicoanalizado exprese lo que le viene a la mente sin que exista censura alguna sobre las palabras o los pensamientos, es decir, el paciente debe comunicar al analista todo lo que se le ocurra, sin que su elaboración mental esté controlada por ningún tipo de reflexión consciente. El terapeuta por su parte debe utilizar este material para reconstruir los contenidos psíquicos olvidados por el individuo.

Durante esta etapa inicia su propio autoanálisis mediante una serie de cartas mantenidas con su amigo Fliess, y en este contexto formula el **Complejo de Edipo**: surge entre los 3 y los 5 años, y consiste en la reunión de ideas y sentimientos inconscientes relacionados con el deseo de poseer al progenitor del sexo opuesto y eliminar al del mismo sexo. Su resolución se consigue cuando el niño se identifica con el progenitor del mismo sexo. Si el sujeto no supera esta etapa, es decir sufre una **"fijación"** en este momento evolutivo, sobreviene la culpa, la rivalidad con el padre y el conflicto.

En 1900 Freud desarrolla la noción de inconsciente en su publicación sobre "La interpretación de los sueños", iniciando así la etapa denominada **"Psicología del Ello"**, que abarca desde el año 1900 al 1914. En este libro expone su primera tópica, haciendo alusión con ella al contenido del psiquismo formado por tres sistemas, el consciente, el inconsciente y el preconscious:

- Los **contenidos conscientes** responden a las leyes de la lógica y están gobernados por el principio de realidad, por lo que buscan la adaptación al mundo exterior.
- Los **contenidos inconscientes** sólo pueden ser inferidos ya que el sujeto no es consciente de ellos. No les afectan las leyes de la lógica ni categorías como el tiempo y el espacio.
- Los **preconscientes** son contenidos inconscientes pero que en un momento dado pueden transformarse en conscientes porque no son reprimidos por el sujeto.

El propósito del psicoanálisis consistiría en la ampliación del psiquismo consciente a costa del inconsciente y preconscious.

- Durante esta etapa de la "Psicología del Ello" conceptualiza los **sueños** como realizaciones de deseos sexuales reprimidos e inaceptables. Los sueños para Freud son el ejemplo paradigmático de la actividad inconsciente.

Durante la última etapa, denominada **"Psicología del Yo"**, que abarca desde el año 1914 a 1939, publica "El Yo y el Ello" en el que describe su Segunda Tópica, a través de la cual sostiene que el aparato psíquico se estructura en el yo, ello y super-yo:

- El **Yo** se identifica con el consciente y representaría a la razón y al sentido común, ya que es gobernado por el principio de realidad.
- El **Ello** se corresponde con el inconsciente, y es gobernado por el principio del placer, siendo por lo tanto depositario de los instintos. La **libido** es una forma de energía que habita en el ello, expresada desde el nacimiento hasta la adolescencia a través de diversas fuentes de placer como lo son la boca en la fase oral, el ano en la fase anal, el pene en la fase fálica y los genitales en la fase genital.
- El **Super-yo** procede de la introyección de las figuras de referencia tal como eran vividas en la niñez y depositarias de lo que está bien y mal. Incluye elementos tanto conscientes como inconscientes. Autoobservación, censura, culpabilidad, ideal del yo y complejo de inferioridad residen en este apartado.

El **conflicto** surge entre estas instancias, siendo el objetivo del psicoanálisis conseguir un yo más independiente del super-yo y ampliar su dominio sobre el ello.

Aunque en un inicio el profesional se concentraba únicamente en resolver este conflicto para disipar la enfermedad, en las últimas décadas se ha ampliado el concepto de psiquiatría dinámica, incluyendo otros causantes de enfermedad. Así, el “modelo de déficit” de enfermedad sostiene que ciertos síntomas no serían producto de un “conflicto”, sino resultado de una carencia en el desarrollo del paciente, por lo que padecerían de estructuras psíquicas debilitadas o ausentes. Como ejemplo, en lo que respecta al “Ello”, podemos encontrar pacientes incapaces de desear o de luchar por sus deseos no porque estos estén reprimidos, sino porque no se inscribieron originariamente en lo inconsciente. Incluso algunos autores actuales, como Bleichmar, niegan el carácter innato del desear, y sostienen que el deseo se construye a partir de una figura de referencia con fuerza en el desear. Por lo tanto con estos pacientes no habría nada que “des-reprimir”, sino algo que crear en la terapia.

Otro de los conceptos fundamentales de la psiquiatría dinámica moderna consiste en tener en cuenta el mundo interno de las relaciones inconscientes objetales: todo individuo lleva dentro de sí un conjunto de diferentes representaciones mentales de sí mismo y de los demás, a partir de las cuales se relaciona con el exterior. En ocasiones estos patrones relacionales inconscientes son los causantes de las dificultades de ciertos pacientes, al proyectar posteriormente estos esquemas rígidos en sus relaciones interpersonales. En este caso existen dos herramientas básicas de trabajo del terapeuta psicodinámico:

- La **transferencia**, entendida como aquellos afectos y emociones inconscientes que el paciente proyecta en la figura del médico; es decir, el paciente transfiere al analista ideas, sentimientos, deseos y actitudes que pertenecen a su relación con una figura significativa de su pasado.
- La **contratransferencia** tiene lugar cuando es el analista el que transfiere ideas, sentimientos o actitudes al paciente. Aunque en un inicio fue considerada como un obstáculo para el correcto empleo de la técnica psicodinámica, hoy en día es entendida como una herramienta más de acercamiento al mundo interno del paciente. Es por ello que el analista habrá de estar

extremadamente atento a sus propias emociones y reacciones, tratando de diferenciar el material aportado por el paciente del suyo propio en la relación terapéutica. Aquí encontramos uno de los motivos por los que el psicoanálisis personal del profesional se torna imprescindible para esta corriente psicoterapéutica.

Basada en las relaciones inconscientes objetales surgen algunas corrientes psicodinámicas actuales, como lo es la Terapia Basada en la Transferencia para el tratamiento del trastorno de la personalidad, desarrollado por Otto Kernberg.

Al hablar de teorías psicodinámicas no se pueden dejar de mencionar los mecanismos de defensa, entendidos como un conjunto muy amplio de procesos psíquicos dirigidos a contrarrestar estados emocionales displacenteros. Sigmund Freud se centró principalmente en el mecanismo defensivo de la represión, aunque posteriormente otros autores como Anna Freud, Melanie Klein o Alfred Adler, entre otros, han descrito una variedad de mecanismos de defensa observados tanto en adultos como en niños, que han pasado a formar parte del contenido de la psicología en general. El cuadro 1 describe algunos de los mecanismos más importantes

CUADRO 1: MECANISMOS DE DEFENSA

Represión

Exclusión de la conciencia de recuerdos, sentimientos o impulsos problemáticos

Desplazamiento

Atribución a un objeto potencialmente menos peligroso de los sentimientos correspondientes a otro

Negación

Retirada de la atención de ideas o situaciones potencialmente peligrosos

Regresión

Funcionamiento según esquemas correspondientes a una etapa de desarrollo anterior

Formación reactiva

Exageración de un estado emocional para facilitar la represión del contrario

Aislamiento afectivo

Represión de los sentimientos correspondientes con una idea determinada

Anulación retroactiva

Hacer como los pensamientos, palabras, gestos o actos pasados no hubieran ocurrido

Proyección

Atribución de los propios impulsos a otro

Introyección

Incorporación a uno mismo de cualidades de otro

Vuelta hacia la propia persona

Aplicación a uno mismo de un impulso hacia otro

Transformación en lo contrario

Conversión de una pulsión en lo contrario (al pasar de la actividad a la pasividad)

Sublimación

Derivación de la pulsión hacia un fin no sexual

Idealización

Atribución de perfección a las cualidades de un objeto

Identificación con el agresor

Imitación física o moral de la figura agresora o asunción de la agresión

Racionalización

Explicación coherente desde el punto de vista lógico o aceptable desde el moral de una actitud, acto, idea, sentimiento cuyos motivos verdaderos permanecen inconscientes.

Escisión

Separación de las imágenes positiva y negativa del yo o de los otros

Omnipotencia

Visión exagerada del propio poder o capacidad

Escisión

Separación de las imágenes positiva y negativa del yo o de los otros

Omnipotencia

Visión exagerada del propio poder o capacidad

CONDUCTISMO

La terapia conductual surge a principios del siglo XX, haciendo eco de la fe en el progreso científico. Se pueden destacar, como antecedentes, la psicología objetiva (se desarrolla en Rusia y estudia exclusivamente aquello que puede medirse), el funcionalismo (se origina en EEUU y se interesa en la función de los procesos mentales y de la conducta) y el éxito de la investigación sobre animales.

Watson, considerado el fundador del conductismo, describe, de la siguiente manera, el objeto de estudio de esta corriente: *"...la psicología desde el punto de vista*

de los conductistas se preocupa de la predicción y el control de la acción humana sin mediar el análisis de la conciencia". Por tanto, la terapia de conducta pretende ser un procedimiento científico que promueva el cambio sobre el comportamiento. Se utilizan técnicas fundamentadas en la psicología experimental y se aplican las leyes de aprendizaje normal para comprender también la conducta anormal, pues se considera que ambas siguen los mismos principios. La resolución del problema consiste en desaprender o eliminar los comportamientos desadaptativos y aprender otros nuevos que faciliten la adaptación. Se descarta el análisis de conflictos subyacentes, interesando, exclusivamente, el comportamiento directamente observable. Los procedimientos de evaluación, los objetivos y el tratamiento se especifican de forma detallada, cuantificable y estructurada. Un instrumento básico es el análisis funcional, que intenta explicar el comportamiento de una persona enmarcado en un contexto determinado, es decir responde a la pregunta: "¿por qué esta persona se comporta de esta manera en este momento?".

En el ámbito clínico, los procedimientos de aprendizaje más importantes son los aprendizajes asociativos (condicionamientos clásico y operante) y el aprendizaje por observación.

El **condicionamiento clásico** se refiere a la asociación de dos eventos. Aparece un **estímulo neutro** seguido de un estímulo biológicamente relevante, por lo que el sujeto da al estímulo neutro una respuesta que naturalmente no es elicitada por éste. Por ello, el estímulo neutro pasa a llamarse **condicionado**. En los clásicos experimentos de Pavlov, los perros producían saliva ante estímulos inicialmente neutros (por ejemplo determinados sonidos), tras haberse presentado en repetidos ensayos la comida tras dichos sonidos. En un principio, la comida hace que el perro salive, posteriormente sólo con escuchar el sonido, en ausencia de la comida, el perro salivará. Otro ejemplo de condicionamiento clásico sería el que una persona, Ricardo, sienta un miedo intenso cuando pasa por determinada calle (que, en un principio, este lugar es un estímulo neutro, pues no produce, de forma natural, ninguna respuesta de miedo), al haber sufrido un atraco con agresión (que es el estímulo incondicionado) en ese sitio hace dos días. Esa calle, pasa, por tanto, a ser un estímulo condicionado, que elicitaba la respuesta de ansiedad.

En cuanto al **condicionamiento operante**, encontramos su base en Thorndike y Skinner. En 1911 Thorndike formula la Ley del efecto, en la que sostiene que toda conducta está controlada por sus consecuencias. El condicionamiento operante consiste en que la probabilidad de una respuesta es influida por lo que sucede después de la misma. Ciertos sucesos (**refuerzos**), cuando siguen a una respuesta, aumentan la probabilidad de aparición de dicha conducta. Por el contrario, algunos sucesos (**castigos**), cuando siguen a una conducta, disminuyen la probabilidad de aparición de esa conducta. El refuerzo y el castigo puede ser **positivos** (cuando se añade un estímulo tras haber aparecido la conducta) o **negativos** (cuando se retira un estímulo tras la conducta). Son ejemplos de refuerzo la felicitación que se da a un niño tras haber realizado bien su tarea escolar (refuerzo positivo) o el abrigo que quita el frío cuando la persona se lo pone (refuerzo negativo). Son castigos el quedarse un niño limpiando toda la clase cuando ha ensuciado una mesa (castigo positivo) o el perder 50

céntimos cada vez que llega tarde a casa (castigo negativo). Por tanto, en el condicionamiento operante el sujeto aprende una asociación entre su conducta y las consecuencias, mientras que en el condicionamiento clásico el sujeto aprendía a asociar estímulos. En el caso de Ricardo, que exponíamos anteriormente, un ejemplo de condicionamiento operante sería que el irse corriendo de la calle en la que anteriormente sufrió el atraco, produce una reducción de la ansiedad que estaba sintiendo al caminar por allí (reforzamiento negativo), por lo que, aumenta la probabilidad de que, cada vez que pase por esa calle, repita la conducta de salir corriendo.

En el **aprendizaje por observación**, el sujeto aprende observando a otro (que llamamos **modelo**). No es necesario que las personas reproduzcamos la conducta para aprenderla, por lo que este aprendizaje tiene una gran ventaja adaptativa, puesto que no requerimos tener todas las experiencias de forma directa. Ejemplos de aprendizaje por observación serían el aprendizaje de las primeras palabras imitando a las personas que nos hablan o los terapeutas de conducta utilizan el visionado de modelos (ya sea filmados o en vivo) para el entrenamiento en habilidades sociales.

Basándose en las leyes de aprendizaje (los aprendizajes asociativos y el modelado entre otros), la terapia de conducta desarrolla técnicas de intervención psicológica: de control de la activación, desensibilización sistemática, de exposición, operantes, de autocontrol, de modelado y entrenamiento en habilidades sociales. Siguiendo con el ejemplo de Ricardo, imaginemos que, por generalización, la ansiedad que siente al caminar por la calle donde sufrió el atraco, no se circunscribe sólo a esa situación, sino que es elicitada por múltiples estímulos. Supongamos que solicita ayuda psicológica por causarle esto gran malestar e interferir en su vida cotidiana. Entonces, un terapeuta conductista podría diseñar para Ricardo un programa de exposición a los estímulos temidos. Se optará, dentro de la exposición, por distintas modalidades, entre otras: exposición brusca o gradual, entrenamiento adicional en alguna técnica de control de la activación o prescindir de éstas, utilización de la exposición en imaginación, en vivo o ambas. Se decidirá, por tanto, un plan de tratamiento específico para Ricardo y para ese comportamiento cuantificable.

MODELOS COGNITIVOS

Aunque el concepto de terapia cognitiva ya fue formulada por Epíteto al afirmar que *“los hombres no se perturban por las cosas sino por la opinión que tienen de éstas”*, los fundadores modernos de esta psicoterapia son Albert Ellis y Aarón Beck.

Ellis publica en 1958 los fundamentos de la Terapia Racional Emotiva a través del Modelo A B C. En este modelo sostiene que los trastornos emocionales (denominados C dentro de su propuesta) serían consecuencia de determinadas creencias irracionales o exigencias personales (llamadas B por el autor), y no proceden de los acontecimientos vitales del sujeto (calificados A). Es decir, según su propuesta, un hecho como la pérdida de un cónyuge (A) no sería la causa de una depresión (C), si no existen de por medio creencias irracionales del tipo *“yo no lo puedo superar”* *“esto es horrible”* *“se me ha ido la vida”* (B). Paralelamente se acerca a la terapia de conducta al

proponer determinados métodos activos para modificar tales elaboraciones mentales (B).

Beck observa que tanto en la depresión como en otros trastornos emocionales la estructura de las experiencias de los individuos, a los que denomina esquemas cognitivos o supuestos personales, determina sus sentimientos y conductas. Equivaldrían a las creencias irracionales de Ellis. Estas asunciones o supuestos son adquiridos en etapas tempranas de la vida, y permanecen a nivel no consciente, activándose posteriormente por diversos eventos y generando determinadas interpretaciones que desfiguran dichos acontecimientos (distorsiones cognitivas) originando éstos los problemas emocionales, conductuales y relacionales.

La detección por el propio sujeto de sus pensamientos irracionales junto con un entrenamiento en la modificación de los mismos, constituye la "Terapia Cognitiva": Uno de los procedimientos básicos consiste en la detección de pensamientos que acompañan a sus reacciones emocionales mediante un autorregistro diario de pensamientos automáticos. A partir de los registros anteriores se enseña al sujeto las distorsiones del pensamiento que utiliza automáticamente, comprobando el grado de validez de las interpretaciones personales relacionadas con alteraciones emocionales.

Dentro de los errores del pensamiento más comunes se encuentran la **inferencia arbitraria**, mediante la cual se saca una conclusión en ausencia de evidencia ("si me dirijo a esta persona me va a rechazar"); la **sobregeneralización**, a través de la cual se extrae una conclusión general de un simple incidente o parte de la evidencia (una experiencia desagradable significa que siempre que se repita una situación similar, se repetirá la experiencia desagradable); la **abstracción selectiva**, que conduce al paciente a fijarse en los elementos negativos de la situación, e ignorar los positivos; los **errores de polarización** a través de los cuales se interpreta cualquier cosa o situación de forma extrema (de la perfección al fracaso, sin término medio); o la **personalización**, que es la tendencia a relacionar algo del ambiente consigo mismo ("si está enfadado es por mi culpa").

MODELOS HUMANÍSTICO- EXISTENCIALES

Surgen a principios de los años sesenta y se denominan a sí mismos la tercera fuerza, pues intentan ofrecer una alternativa al psicoanálisis y al conductismo. Sostienen que el psicoanálisis mantiene una visión determinista del ser humano y que se centra en el estudio de personas con patología mental; así como que el conductismo pretende encontrar leyes universales de conducta humana, basándose en investigaciones con animales. Consideran que es necesario un modelo que explique el ser humano no sólo desde la patología o desde las leyes extraídas del aprendizaje animal, sino incluyendo también la salud (concibiéndola como algo diferente a la ausencia de enfermedad) y buscando los aspectos únicos de cada persona. Partiendo de esto, proponen un modelo para ayudar a las personas a alcanzar su mayor potencial y trabajan con los aspectos positivos.

Los modelos humanístico-existenciales incluyen la tradición fenomenológica-existencial europea y la psicología humanista americana.

1. Modelos fenomenológicos- existenciales.

Desde este enfoque, se considera la **fenomenología**, cuyos máximos exponentes son Brentano y Husserl, como el método idóneo para el conocimiento de las personas. Consiste en el estudio de las experiencias intactas a medida que ocurren, suspendiendo las nociones preconcebidas. Aplicado al estudio de la experiencia humana, se trata de poner entre paréntesis nuestras concepciones y entrar sin prejuicios en la experiencia del otro.

Heidegger, discípulo de Husserl, amplió la fenomenología a la investigación existencial, utilizándola para examinar la totalidad de la existencia humana. Se considera su trabajo el puente entre la filosofía existencial y la psicología existencial. Sostiene que los seres humanos tenemos la libertad de elegir el modo en que queremos vivir, a pesar de que las circunstancias bajo las que ejercemos esa libertad varíen de un individuo a otro. Por tanto, la existencia es un proceso activo y hay dos modos fundamentales de existir. Si reflexionamos sobre nosotros mismos, los otros y el mundo, llegamos a tomar conciencia de la finitud de la vida. De esta manera tendremos una vida responsable, libre y activa. Una existencia con sentido y crecimiento personal, lo que denomina **“vida auténtica”**. Sin embargo, el enfrentarse al hecho de que “yo un día moriré” conlleva una ansiedad inevitable, por lo que la mayoría de las personas llevan una **“vida inauténtica”**, dejando su libertad en manos de otros (los padres, los cónyuges, el trabajo, la sociedad, Dios, etc). De este modo, inhiben un completo entendimiento de sí mismos y no exploran las posibilidades que les ofrece la vida. Una forma de vida inauténtica sería, por ejemplo, llevar una vida tradicional, siguiendo rígidamente las normas que dicta la sociedad, sin entrar en contacto con los sentimientos genuinos propios.

Heidegger, y los demás representantes de la corriente fenomenológica- existencial (Binswanger, Frankl, Yalom entre otros), mantienen la idea de libertad de elegir la naturaleza de nuestra existencia, de modo que cada persona tiene que crear un significado para su vida. Sartre lo denomina **“proyecto fundamental”** y es lo que quiere expresar con su famosa frase *“la existencia precede a la esencia”*. Sin embargo, el buscar ese propósito central y vivir de acuerdo a él, conlleva ansiedad, pues requiere ser consciente de la finitud de la vida y ejercer la propia libertad, por ello la mayoría de las personas renuncian. Yalom lo expresa de la siguiente manera: *“la muerte es la condición que hace posible que vivamos la vida de un modo auténtico, es la conciencia de la muerte la que promueve el cambio de perspectiva y hace posible que el individuo distinga entre lo central y lo accesorio. Manteniendo la muerte en la mente se pasa a un estado de gratitud, de aprecio por los incontables dones de la existencia”*. En consecuencia, los trastornos mentales son formas inauténticas de existencia, pérdidas de libertad o alejamientos del ser en el mundo.

2. Modelos humanistas

Los modelos humanistas reciben influencias del existencialismo (el hombre guía su propia vida y es responsabilidad de cada persona buscar un significado a su existencia) y del romanticismo (el hombre es bueno por naturaleza, y, en este punto, entre otros, se diferencian de los modelos fenomenológicos- existenciales, que parten de una naturaleza humana más neutra).

Desde este enfoque, se considera que el ser humano tiende hacia su **autorrealización**, es decir, a alcanzar su mayor potencial. El desarrollo de su potencialidad, asimismo, no se alcanza de forma aislada, sino que el hombre crece en interdependencia y tiene responsabilidades también interpersonales. Se mantiene una concepción global del ser humano, como una **gestalt**. No buscan, por tanto, predecir la conducta humana ni métodos científicos que expliquen aspectos parciales, sino descubrir formas de entender al ser humano en su totalidad y de enriquecer su vida.

Los modelos humanistas, desde diversas escuelas (Terapia centrada en el cliente de Rogers, Maslow, Enfoque Gestáltico de Perls, Análisis Transaccional de Berne, Psicodrama de Moreno, Bioenergética de Reich...), introducen cambios útiles en el marco psicoterapéutico. Insisten en confiar en el paciente, como capaz de dirigir su propia vida y de encontrar un camino hacia la autorrealización, por lo que rechazan la posición de autoridad y “de saber” del terapeuta. Consideran que ayudando al paciente a conectarse con sus emociones genuinas en un atmósfera de aceptación se desbloquea su tendencia hacia el crecimiento personal. Asimismo, se centran en trabajar con la experiencia en el aquí y ahora. Rogers, uno de los máximos exponentes de este enfoque, refiere que tendremos existencias plenas si vivimos de acuerdo con el proceso de **“valoración organísmico”**, es decir, si buscamos aquellas experiencias que nos llevan a la autorrealización y evitamos las que no nos conducen a esto. La guía para llevar una vida de crecimiento son los sentimientos más profundos, pero, muchas personas no pueden guiarse por sus sentimientos genuinos, pues viven de acuerdo con los valores de otra persona, estando, por tanto, bloqueada su tendencia innata a la autorrealización (serían *“personas incongruentes”*, que es similar a lo que los existencialistas llaman *“personas inauténticas”*). Sólo es posible ayudar a estas personas a vivir de acuerdo con el proceso de valoración organísmico si se les presta atención positiva incondicional, queriéndoles tal y como son. Basándose en estos conceptos, Rogers establece tres condiciones que deben estar presentes en cualquier relación que pretenda ser promotora del desarrollo (ya sea de psicoterapeuta-paciente, de madre o padre-hijo, de profesor-alumno...): la **consideración positiva incondicional**, la **empatía** y la **congruencia o autenticidad**.

TERAPIA DE FAMILIA Y MODELOS SISTÉMICOS

En la década de los cincuenta, los clínicos empezaron a introducir a la familia en sus tratamientos desde diferentes orientaciones ya que comenzaron a observar que cuando sus pacientes cambiaban en la terapia individual, esto tenía consecuencias dentro de la familia: algún otro desarrollaba síntomas, o la familia empezaba a apartarse. El cambio rápido de un síntoma severo en un paciente producía inestabilidad en el seno familiar o conyugal. Nathan Ackerman (1908-1971) fue uno de los pioneros de esta corriente al afirmar que el conflicto interpersonal precede al

conflicto intrapsíquico, siendo éste el resultado de conflictos interpersonales interiorizados.

Las técnicas tradicionales de salud mental se habían concentrado en la exploración de la vida intrapsíquica, centrándose las técnicas de tratamiento exclusivamente en el individuo, aislado de su medio, identificándolo por éllo como el núcleo de la patología. El tratamiento de la familia aporta una nueva perspectiva: relaciona el comportamiento disfuncional con la red de interacciones producidas en el seno familiar y la considera como una unidad. Por lo tanto, no se considera la patología como un conflicto del individuo, sino como una patología de la relación: el paciente sería la expresión y no la causa de la disfunción familiar. Para dilucidar el “por qué” de una conducta o un síntoma, el clínico sistémico tendrá que preguntarse “para qué”, qué función desempeña en el seno familiar.

En los anteriores modelos de salud mental, la unidad de diagnóstico y tratamiento es el individuo, en el modelo interaccional o sistémico, dicha unidad es el sistema (díada, tríada o más personas). De ahí que la terapia vaya dirigida a intervenir activamente en el sistema para modificar las secuencias comunicativas patológicas, tratando de facilitar nuevas formas de relación.

Foster y Gurman (1988) consideran cuatro aspectos centrales del funcionamiento familiar (la estructura, la regulación, la información y la adaptación), que el terapeuta sistémico deberá explorar como una parte más de la historia clínica:

- La **estructura** se refiere al grado de claridad de los límites familiares. Existen diferentes **tipos de límites** dentro de la familia en función del grado de claridad o difusión de las fronteras entre sus miembros: se define como límite **difuso** aquel que es permeable, dando como resultado a una familia aglutinada; como límite **rígido** aquel que no es permeable, generando por lo tanto familias desligadas; y como **claro** aquel que está visiblemente definido.
- A través de la **regulación** la familia mantiene el balance de sus interacciones, que son consideradas como enormemente estables y predecibles. Conforman una pauta de causas-efectos circular y tiene como finalidad mantener el equilibrio u homeostasis del sistema. La persona etiquetada como “enferma” cumpliría la función de mantener un precario equilibrio familiar.
- La **información** se refiere a la manera en que se comunican los miembros de la familia, siendo este aspecto de gran importancia en el modelo sistémico. Por ello el clínico tendrá que prestar atención tanto a los aspectos de contenido como a los relacionales que se ponen de manifiesto a través de la **comunicación**. El terapeuta tratará de identificar y distinguir los distintos tipos de reglas que rigen el funcionamiento familiar, diferenciando por lo tanto entre las **reglas reconocidas** (aquellas que se han establecido explícitamente y de manera directa y abierta; comprenden normas de convivencia, asignación de tareas, responsabilidades...), las **reglas implícitas** (aquellas que constituyen funcionamientos sobreentendidos acerca de los cuales la familia no tiene

necesidad de hablar de modo explícito, y que por lo tanto se dan en la dinámica familiar a pesar de no haber sido verbalizadas), y las **reglas secretas** (aquellas más difíciles de identificar, y bajo las cuales se esconden en ocasiones síntomas somáticos en un miembro de la familia, que provocan la atención del resto de los miembros familiares). Igualmente el terapeuta tendrá que estar alerta para identificar un posible **doble vínculo**, por el que una persona estaría recibiendo mensajes contradictorios por otro miembro familiar, o situaciones en las que se establezca una **triangulación**, comprendida como el intento de resolver los conflictos interpersonales de dos personas involucrando a una tercera, lo que conlleva en ocasiones a alianzas o coaliciones entre los distintos miembros familiares.

- Se denomina **capacidad de adaptación** al grado en que la familia es competente a la hora de asimilar cambios y desarrollar un nuevo equilibrio en respuesta a una crisis o reto familiar (como la adquisición de independencia por parte de los hijos o el fallecimiento de un cónyuge). Cuando una familia tiene una pobre capacidad de adaptación sobreviene el peligro de generar un paciente para asegurar la frágil homeostasis familiar.

Aunque las técnicas de intervención empleadas por estos enfoques varían en cada escuela, podemos encontrar unos elementos más o menos comunes a todas ellas como las **preguntas circulares**, preguntas que realiza el terapeuta sobre el juego familiar, poniendo de manifiesto el tipo de relaciones interpersonales entre sus miembros; la **reformulación del problema**, que consiste en explicar de una forma alternativa lo que está ocurriendo en la secuencia de relaciones familiares, de modo que posibilite un cambio; las **esculturas familiares**, técnica por medio de la cual se recrean en el espacio las relaciones entre los miembros de la familia, a través de la formación de un cuadro físico; la **narración de cuentos** con finalidad tanto diagnóstica como terapéutica; el **uso de analogías**, mediante las cuales el terapeuta expone una metáfora que relata una situación similar a la vivida por la familia, y explora sus reacciones; la **prescripción de tareas**, para conseguir la adquisición de determinadas pautas conductuales por parte de la familia; el uso de la **resistencia** o la **intervención paradójica**, a través de las cuales el terapeuta se alía con la resistencia familiar al cambio, al proponerles como opción el mantener la situación actual. En ocasiones la familia responde a la provocación mediante el cambio.

TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN

Recientemente se habla de terapias de tercera generación o la “tercera ola” dentro de la terapia de conducta (Hayes 2004). Tras una primera generación basada en los principios del análisis experimental, principalmente en el condicionamiento clásico y operante, y una segunda que se centró, fundamentalmente, en técnicas cognitivas, la tercera generación recupera el análisis funcional y enfatiza el planteamiento contextualista. Se consideran terapias dentro de esta corriente, entre otras, la terapia de aceptación y compromiso (Hayes, Strosahl y Houts, 2005), la terapia conductual dialéctica (Linehan, 1993; García Palacios, 2006) y la terapia cognitiva basada en *mindfulness* (Segal, Williams, Teasdale, 2002).

En las terapias de tercera generación son conceptos clave la aceptación, la búsqueda de valores vitales, la conciencia plena, la dialéctica y la autocompasión. Se parte del uso de técnicas que ayuden a los pacientes a aceptar sus experiencias tal y como son, en lugar de luchar contra ellas o intentar evitarlas. Consideran inútil y perjudicial la “batalla” contra el síntoma, por ejemplo se ha demostrado que, en la supresión de pensamiento, cuanto más se intenta hacer desaparecer un pensamiento o un sentimiento más aumenta la probabilidad de experimentarlo (Gross, 2002). En esta línea, en la terapia de aceptación y compromiso se habla de “**evitación experiencial**” para referirse a la no aceptación de las experiencias desagradables y a la evitación de dichas experiencias. Sostienen que numerosos trastornos psicopatológicos están relacionados con la evitación experiencial. Cuando no se acepta la ansiedad como algo que forma parte de la vida, el mismo querer evitarla produce que ésta aumente. En la terapia de aceptación y compromiso, se intenta que el paciente se exponga a los eventos desagradables que ha evitado anteriormente, con el fin de conseguir la aceptación de la experiencia tal y como es, y adoptando una postura de observar la experiencia sin crítica, con una **actitud de amabilidad** hacia uno mismo. Con ello, se pretende que el paciente descubra que las experiencias desagradables pueden experimentarse sin que sucedan las consecuencias negativas anticipadas, así como que los pensamientos no son la realidad y que aprenda a no fusionarse con ellos. Por último, de este modo pueden aparecer **nuevos contextos**, que se establecen en función de los **valores** del paciente, trabajándose también durante el proceso psicoterapéutico estos valores centrales para cada uno.

Otro punto importante en las terapias de tercera generación, consiste en la importancia que se otorga al **entrenamiento en mindfulness** como componente relevante en estas intervenciones. Se refiere a la actitud intencional de entrar en contacto con la propia experiencia, centrándose en el momento presente y suspendiendo el juicio. La práctica de *mindfulness* ayuda salir del modo “*piloto automático*”. Al mismo tiempo que se mantiene una actitud de aceptación de la experiencia tal y como se da, se trata de observar sin intentar evitar ninguna emoción o pensamiento y con una actitud de amabilidad hacia uno mismo. Uno debe dirigirse a sí mismo, en términos de Kabat-Zinn, con “*mente de principiante*”, con paciencia y sin juzgar. A modo de ejemplo, uno de los ejercicios más habituales consiste en centrar la atención sobre la propia respiración, como si se observara ésta por primera vez. Aparecen pensamientos o imágenes en la mente, entonces se toma conciencia de estos y se vuelve la atención a la respiración, sin criticarse ni juzgarse por ello. De igual modo, pueden aparecer emociones agradables o desagradables, se toma conciencia de ellas, sin pretender modificarlas ni llegar a ningún estado determinado, simplemente se vuelve una y otra vez la atención a la respiración. Se adquiere, por tanto, una forma de estar en el mundo centrada en el “ser”, más que en el “hacer” (Kabat-Zinn), así como se fomenta la autocompasión. Con la práctica del *mindfulness* se entrena el yo observador y, con ello, se produce la “des-identificación” de los automatismos adquiridos. Se toma conciencia del cambio, se observa el devenir y se aprende a considerar los procesos que ocurren en nuestro interior como procesos que aparecen y desaparecen, de modo que “yo no soy mis emociones ni mis pensamientos”. Simon refiere que el *mindfulness* nos ayuda a captar la realidad por una parte y la forma en

que nuestra mente la modifica por otra, teniendo esto grandes implicaciones en el proceso psicoterapéutico.

CONSTRUCTIVISMO

A principios del siglo XX la ciencia continúa buscando el descubrimiento de una realidad externa e independiente del observador. Se considera que las teorías científicas deben reflejar la realidad de forma objetiva. Así, un terapeuta modernista cognitivo trabaja junto al paciente, partiendo de la base de que éste comete una serie de distorsiones cognitivas al descubrir la realidad. O un terapeuta modernista sistémico considera la familia como una “estructura”, en la que, mediante una serie de técnicas, el profesional podía arreglar aquello que resultaba disfuncional. Ambos terapeutas mantienen una posición de saber, es decir, creen descubrir una realidad que está en el exterior, dispuesta a ser descubierta. Sin embargo, surgen experiencias, en distintos ámbitos, que no podían ser explicadas desde esta postura. Comienza, entonces, un auge del constructivismo, considerándose que el conocimiento está condicionado por el propio proceso de cognición. **La realidad es una construcción** de quienes creen que la descubren, es una realidad inventada, aunque su inventor no tenga conciencia del acto de su invención (Segal y Watzlawick).

Un paso más allá, en el **constructivismo social**, además de negarse la existencia de una realidad independiente del observador, se pone el énfasis en las interpretaciones sociales. Berger y Luckmann sostienen que el conocimiento es una construcción socialmente negociada que tiene lugar en un mundo que definimos a través de nuestro lenguaje descriptivo en interacción social con los otros. Desde esta perspectiva, Freedman expone cuatro ideas fundamentales:

1. Las realidades **son construidas socialmente**, el conocimiento se sitúa en el espacio intersubjetivo.
2. Las realidades **se constituyen a través del lenguaje**. *"El mundo está fuera, pero las descripciones del mundo no...El mundo no habla. Solo nosotros lo hacemos"* (Rorty)
3. Las realidades se organizan y mantienen a través de las historias, de las **narrativas**. Anderson (1990) lo expresa de la siguiente manera: *"...la vida es el asunto de contarnos a nosotros mismos historias acerca de la vida, y de saborear historias acerca de la vida contadas por otros, y de vivir nuestras vidas de acuerdo con tales historias, y de crear historias nuevas y más complejas acerca de las historias y que esta composición de historias no es acerca de la vida humana, sino que es la vida humana"*.
4. **No hay verdades esenciales**. Así, los self se construyen a través del lenguaje, no se conciben como algo dentro de la persona, sino como un proceso que sucede en el espacio intersubjetivo. Por ello en el proceso psicoterapéutico se pretende co-construir narrativas que fomenten el desarrollo de esos self preferidos.

Desde el constructivismo social, se destaca la importancia de la **narrativa**, que es la forma que toma la descripción de nuestra experiencia en el contexto del lenguaje y la cultura (White y Epson; Linares). La terapia pasa, por tanto, a ser un trabajo conjunto,

entre terapeuta y paciente, para desarrollar nuevas narrativas. De esta manera, explica Sluzki, cuando las narrativas se transforman, la historia original que contiene el problema pierde su papel protagonista, y el problema, redefiniéndose, deja de ser tal y aparecen soluciones.

Si no existen verdades que tengan que ser descubiertas y si el conocimiento es algo consensuado, el papel del terapeuta consistirá en cuestionar las narrativas dominantes (convirtiéndose la **pregunta** en una intervención fundamental) para construir conjuntamente **narrativas alternativas**. Para Anderson, basándose en Gadamer, *“la terapia es un proceso de expandir y decir lo no dicho”*, abriéndose nuevas posibilidades, diferentes formas de entender. Así, el terapeuta mantiene una **postura de “no saber”**, lo que le permite al paciente situarse como “experto en sí mismo”, e ir trabajando, a través de una **relación igualitaria, no directiva y exploratoria**.

En esta corriente, se incluyen psicoterapeutas que parten de distintas escuelas: de la terapia cognitiva (Gonçalves, Guidano), del psicoanálisis (Luborsky, Spence), de la sistémica (Linares, Sluzki) o de la experiencial (Greenberg, Rice). Asimismo, también se considera la óptica de las narrativas como una metateoría (Gold, Omer y Alon, Rodríguez Vega y Fernández Liria), entendiendo que las explicaciones propuestas por los distintos modelos psicoterapéuticos proporcionan nuevas versiones del problema, que son útiles no porque son verdad, sino porque son distintas.

INTEGRACIÓN

Las discusiones entre las distintas escuelas psicoterapéuticas han tratado, principalmente, sobre qué teoría encuentra una explicación “verdadera”. Sin embargo, en la práctica clínica aparecen evidencias sobre la eficacia de distintos tratamientos basados en teorías incompatibles. Debido a estos hallazgos, entre otros, en los últimos años de la década de los 70, la integración se constituye como un movimiento fuerte, caracterizado por la insatisfacción con una única escuela y una nueva forma de concebir el cambio. Se toma mayor conciencia de que los distintos modelos no son más que expresiones parciales y complementarias de un modelo global (González de Rivera). En este sentido, Sluzki plantea los siguientes interrogantes *“¿Cómo es posible que familias y terapeutas sean capaces de hablar con emoción, intensidad, pertinencia y convicción sobre tal variedad de temas? ¿cómo es que cada uno genere hipótesis igualmente plausibles que explican de manera tan diversa las causas del problema y sus raíces? ¿Y cómo es posible que se haya generado cambio a través de caminos tan distintos?”*.

Según Arkowitz se pueden diferenciar tres direcciones principales en el campo de la integración:

1. El **eclecticismo técnico** (Lazarus, Beutler...), que pretende encontrar el mejor tratamiento para cada paciente y cada problema. Se centra en la selección de procedimientos terapéuticos efectivos, independientemente de su marco teórico.

2. La **integración teórica** (Watchel, Horowitz...), que busca integrar, principalmente, los elementos teóricos o conceptuales de las distintas escuelas psicoterapéuticas.
3. Los **factores comunes** (Frank, Prochaska...), se centran en la búsqueda de los elementos que comparten las diferentes psicoterapias.

Se plantea, por tanto, la necesidad de buscar vías de integración en psicoterapia y se huye de posiciones dogmáticas. Trabajando en esta línea, Fernández Liria y Rodríguez Vega utilizan la siguiente metáfora, tomada de Bowen:

“...seis hombres de Indostán
de gran erudición
que aunque eran todos ciegos
al Elefante a ver fueron
para dar a su mente sosiego
gracias a la observación”

“El ciego que percibió el elefante como una pared no estuvo más acertado que el que lo percibió como un árbol o que aquél otro que lo percibió como un abanico. Quizá hubieran actuado de forma más inteligente si hubieran puesto en común toda la información en vez de discutir por conceptos parciales” (Bowen, 1960)

Formación en psicoterapia

En nuestro país los programas nacionales de formación en psiquiatría y en psicología clínica reconocen que la psicoterapia es un instrumento asistencial básico que debe formar parte integral, junto con otros enfoques de base biológica y social, en la formación de estos especialistas. Aunque la realidad es que, tal como atestiguan las encuestas, los residentes de casi todos los países europeos, especialmente del nuestro, reciben formación psicoterapéutica en una proporción exigua, especialmente los de psiquiatría. Y sin embargo una mayoría de ellos, conscientes de la necesidad de obtener formación psicoterapéutica, se la procura fuera de la red pública, financiándosela ellos mismos

La situación actual se caracteriza por la existencia de una demanda sanitaria reconocida de hecho pero en la práctica ignorada.

El actual programa de la especialidad de Psiquiatría contempla la Psicoterapia como uno de los itinerarios posibles con 12 meses en el cuarto año de formación. Pero, como el mismo programa advierte, las rotaciones de los años anteriores deben incluir algún nivel de formación psicoterapéutica, por lo que el itinerario específico debe en realidad, profundizar esta formación previa.

La situación actual hace necesario que las Unidades docentes acreditadas se adapten para ofrecer de un modo reglado formación en psicoterapia, en una o en varias de las corrientes fundamentales basadas en un modelo único o en una perspectiva integradora. Asociaciones y colegios profesionales como la FEAP, la AEN, y los colegios de Médicos y Psicólogos de Madrid han elaborado sus propios criterios de acreditación tanto de los profesionales como de las Unidades que, si bien no tienen un carácter oficial, si que son valorados en los foros profesionales.

Para conseguir llegar a acuerdos sobre los criterios comunes para la enseñanza de la psicoterapia es importante reconocer las dificultades que hay derivadas de la co-existencia de diferentes programas formativos entre las Unidades, las diferencias de medios, materiales y humanos, para llevarlos a cabo, la existencia de profesionales con distinta cualificación o las diferencias entre modelos epistemológicos.

Los métodos más difundidos y generalmente aceptados para la enseñanza de la psicoterapia son:

1. Observación de un terapeuta experto llevando a cabo tratamientos psicoterapéuticos
2. Llevar a cabo tratamientos psicoterapéuticos el propio residente
3. Supervisión de sus propios casos y participación en supervisiones grupales de los casos de otros colegas.
4. Participando en cursos de formación teórico-práctica estructurada, presentación de casos, conferencias y talleres
5. Participando en Actividades experienciales para tomar conciencia de la influencia que la persona del terapeuta tiene en el propio proceso terapéutico.

Supervisión

Se considera como una de los métodos más importantes (si no el más importante) del entrenamiento en psicoterapia. Su objetivo es desarrollar la capacidad del supervisando para llevar a cabo una terapia eficaz con el consultante.

Se define el proceso de supervisión como “Una intervención facilitada por un miembro experto de una profesión con un miembro/s que se inicia en esa misma profesión. Esta relación es evaluativa, se extiende a través del tiempo, y tiene el propósito simultáneo de mejorar el funcionamiento profesional del miembro que se inicia, monitorizar la calidad de los servicios ofrecidos a los clientes que él o ella atienden y servir como

método de selección o evaluación para aquellos que se introducen en esa profesión en particular” (Bernard and Goodyear 1992)

Se recomienda que:

La supervisión esté adaptada al nivel de experiencia del terapeuta

Que haya más de un supervisor implicado para que el terapeuta se beneficie del entrenamiento en diferentes estilos de supervisión

Que se combinen actividades de supervisión grupal con individual

Que el terapeuta, adquiera durante su formación, alguna experiencia introductoria como supervisor a través de actividades de supervisión-supervisada, de un terapeuta con menos experiencia.

Que el informe final de supervisión, elaborado por el propio supervisor, se considere como una parte importante en la evaluación.

Niveles de formación

Se podrían considerar cuatro niveles de competencia.

- 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 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.
- 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 de competencia 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: 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 en los Trastornos por Ansiedad; la terapia sexual de pareja para aliviar las disfunciones sexuales y las que acompañan a los diversos trastornos psiquiátricos. También, como en el caso del nivel anterior, la adquisición de estas habilidades debería completarse a lo largo de toda la residencia.

- El cuarto nivel 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: psicoterapia cognitivo-conductual, psicoterapia psicodinámica focalizada, psicoterapia interpersonal, psicoterapia sistémica o modelos articulados de integración de varios de ellos. Este nivel de competencia quedará prioritariamente reservado a aquellos residentes que opten por especializarse en psicoterapia.

La experiencia de la Unidad de Formación e Investigación en psicoterapia del Hospital Universitario la Paz en Madrid

En 2006 se puso en marcha la Unidad de Formación e Investigación en Psicoterapia en el Hospital Universitario la Paz (UFIP), apoyada por la Oficina de Psiquiatría y Salud mental de la CAM de entonces. Su objetivo era facilitar entrenamiento en psicoterapia desde una perspectiva integradora basada en la construcción de narrativas terapéuticas, a los residentes de psiquiatría y psicología clínica del HULP y a todos aquellos profesionales residentes o especialistas que lo solicitasen desde cualquier lugar de España y Latinoamérica.

Tres años más tarde la Ufip ha recibido en torno a 63 residentes rotantes de diferentes puntos de España (43) y de nuestra Unidad docente (20). El periodo de rotación es entre tres y seis meses durante los cuales el o la residente tiene la oportunidad de actuar como terapeuta directo, observador en la consulta o detrás del espejo, co-terapeuta en grupo o en terapia de familia y presentar casos para su supervisión en dos sesiones semanales grupales de hora y media o en una sesión de supervisión individual semanal de hora y media.

Se entiende que la formación y la investigación en Psicoterapia se tienen que basar en la clínica. Para ello, el grupo de profesionales colaborador de la UFIP (Servicio de

Psiquiatría del HULP y Servicio de Psiquiatría del Hospital Príncipe de Asturias, SSMM de Tetuán y SSM de Hortaleza en Madrid) organizan a tiempo parcial sus actividades y agenda asistencial al servicio de la formación en psicoterapia del grupo de residentes rotantes.

En estos años se ha consolidado una estructura de centros y profesionales colaboradores que incluyen los centros de salud mental de los distritos de Fuencarral, Tetuán y Hortaleza y el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario La Paz en Madrid. La participación de 5 a 8 profesionales (psiquiatras y psicólogos con formación en psicoterapia acreditada) como supervisores garantiza la posibilidad de observar diferentes estilos terapéuticos.

Las sesiones de supervisión, los seminarios teórico-prácticos y el programa de lecturas guiadas garantizan la coherencia del programa formativo que se enmarca dentro de una perspectiva integradora de construcción de narrativas terapéuticas. La UFIP ya está recibiendo también a profesionales de enfermería o Psicología o Psiquiatría que desean realizar estancias cortas con objetivos de capacitación en aspectos o técnicas psicoterapéuticas específicas, por lo que en un futuro, podría estar en condiciones de contribuir a la Formación Continuada en Psicoterapia con programas teórico-prácticos basados, de modo primordial, en la participación en la clínica. La experiencia de la UFIP provee de un programa estructurado de entrenamiento para un área como la psicoterapia cuya formación es desigual a lo largo de la geografía de nuestro país. Sabemos que actualmente se están abriendo otras unidades de formación en psicoterapia en otros puntos de España, desde la experiencia pionera de la Unidad de Granada dirigida por el profesor José María López Sánchez. Compartir y fomentar esas experiencias formativas puede ser uno de los caminos más adecuados para potenciar el desarrollo de la Psicoterapia en nuestro entorno.

Referencias bibliográficas

- Albert E, Shawn B (2000). Vivir en una sociedad irracional: una guía para el bienestar mediante la terapia racional emotiva-conductual. Ediciones Paidós Iberica.
- Beck A, Shaw B, Rush AJ, Emery G (2005). Terapia cognitiva de la depresión. 17ª Edición. Desclee De Brouwer
- Beck, JS (2000). Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización. Gedisa editorial.
- Bleichmar H (2005) Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas. Paidós.
- Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF (2006). Psychotherapy for Borderline Personality Focusing on Object Relations. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Feixas, G; Miró, MT (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Paidós.
- Feixas, G. (1992). Constructivismo e integración en psicoterapia. Revista de Psicoterapia Vol. III, nº 12: 101-108.
- Fernández Liria, A; Rodríguez Vega, B (2001). La práctica de la Psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas (segunda edición). Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Fernández Liria, A. (1993). Investigación en psicoterapia (I): el pájaro Dodo en el umbral del siglo XXI. Psiquiatría Pública 5: 354-362.
- Froján, M.X; Santacreu, J (1999). Qué es un tratamiento psicológico. Biblioteca Nueva.
- Gabbard, GO (2006). Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica. Editorial Médica panamericana
- Hergenhahn (2001). Introducción a la Historia de la Psicología. Paraninfo, Thomson Learning.
- Kabat-Zinn, J (2009). Mindfulness en la vida cotidiana. Paidós.
- Linares, JL (1996) Identidad y Narrativa: La Terapia Familiar en la Práctica Clínica. Paidós.
- Martin, G; Pear, J (2007). Modificación de Conducta. Qué es y cómo aplicarla. Prentice Hall
- Mearns,D.; Thorne, B (2003). La terapia centrada en la persona hoy. Desclee de Brouwer.
- Mirapeix, C (1993). Una concepción integradora de la psicoterapia: más allá del dogmatismo de escuela. Psiquis: Revista de psiquiatría, psicología médica y psicósomática. ISSN 0210-8348. Vol. 14, nº3: 9-25
- Miró, MT (2006). La atención plena (mindfulness) como intervención clínica para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia. Revista de Psicoterapia. Vol. XVII – Nº 66/67: 31-76.
- Pérez, MA y Botella L (2006). Conciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. Revista de Psicoterapia. Vol. XVII – Nº 66/67: 77-120.
- Rodríguez Vega, B.; Fernández Liria, A. (1997). De la metáfora del sistema a la narrativa: la evolución del modelo sistémico. Psiquiatría pública 9 (6): 404-410
- Segal, ZV.; William JM y Teasdale JD (2006). Terapia cognitiva de la depresión basada en la conciencia plena. Un nuevo abordaje para la prevención de recaídas. Desclee De Brouwer.

- Simón, VM (2006). Mindfulness y neurobiología. Revista de Psicoterapia. Vol. XVII – Nº 66/67: 5-30
- Sluzki, C. (1995). Transformaciones: una propuesta para cambios narrativos en psicoterapia. Revista de Psicoterapia 6(22/23): 53-70
- Yalom, I (2000). Psicoterapia existencial y terapia de grupo. Paidós